



Performancemessung im Gesundheitswesen

Grundlagen

Dezember 2016

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung,
1031 Wien, Kundmanngasse 21
Kontakt: Tel. 01/ 71132-0
ewg@hvb.sozvers.at

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	i
Sonstige Verzeichnisse	ii
Abbildungsverzeichnis.....	ii
1 Einleitung	1
1.1 Wieso beschäftigen wir uns mit diesem Thema?	1
1.2 Was ist Performancemessung?	1
1.3 Was ist nicht Performancemessung?	2
2 Ziele und Methode	3
2.1 Was möchten wir wissen?	3
2.2 In welcher Projektphase ist dieser Bericht angesiedelt?	3
2.3 Was kann nicht im Rahmen dieses Berichts geleistet werden?	3
2.4 Wie werden die Informationen generiert?	4
2.5 Welche Perspektive wird für die Performancemessung des Gesundheitswesens eingenommen?	4
2.6 Welcher Nutzen soll mit dem Bericht erzielt werden?	4
3 Performancemessung – internationale Beispiele	6
3.1 Neuseeland – Integrated Performance and Incentive Framework	6
3.2 USA – IHI Triple Aim	8
3.3 Niederlande – Dutch Health Care Performance Report	10
3.4 Triple Aim Ansatz und seine Besonderheiten	12
4 Implikationen für die Praxis	13
4.1 Outcomemessung	13
4.2 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen.....	14
4.3 Übertragbarkeit der Erkenntnisse in die Praxis.....	14
5 Zusammenfassung und Ausblick	16
Literaturverzeichnis	17
Anhang	18
Indikatoren zur Messung der Dutch Health Care Performance.....	18

Sonstige Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Integrated Performance and Incentive Framework (Ashton 2015)	7
Abbildung 2: Framework zur Messung des Gesundheitszustandes (Stiefel et al. 2012)	8
Abbildung 3: Framework zur Messung der Behandlungserfahrung (Stiefel et al. 2012)	9
Abbildung 4: Framework zur Messung der Kosten / Kopf (Stiefel et al. 2012).....	10
Abbildung 5: Framework zur Messung der Dutch Health Care Performance (van den Berg et al. 2015)	11
Abbildung 6: Prozessmodell des Gesundheitssystems.....	12
Abbildung 7: Framework zur Outcomemessung mit ausgewählten übergeordneten Indikatoren (Beitel et al. 2013).....	13

1 Einleitung

1.1 Wieso beschäftigen wir uns mit diesem Thema?

Beginnend mit **2013** wurde in der Sozialversicherung bereits **erste Arbeit für die Performancemessung** geleistet. Ziel war es, sich in einem weiter gesteckten Zeitrahmen und mit einem inhaltlich breiter gefassten Zugang mit der Performance des österreichischen Gesundheitssystems und möglichen Indikatoren auseinanderzusetzen.

Der **Schwerpunkt** lag in der früheren Projektphase auf den sogenannten **Outcomes**. Dies sind einerseits die Resultate der Entscheidungen und Handlungen im Gesundheitssystem und andererseits der Einflüsse unterschiedlicher Bereiche (Genetik, sozio-ökonomische und Umwelteinflüsse, Verhalten, etc.) auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

In der vorliegenden Projektphase wird das Thema **Performancemessung** auf Basis internationaler Erfahrungen aufbereitet. Dabei werden die Vorarbeiten zur Outcomemessung berücksichtigt bzw. wird darauf aufgebaut.

1.2 Was ist Performancemessung?

Wie kann Performancemessung definiert werden?

Eine Annäherung liefern Smith et al. (2009):

Die **Performance** oder Leistungsfähigkeit beschreibt, wie gut ein System in der Lage ist, das zu leisten, was es soll. **Performancemessung** zeigt die Grade der Zielerreichung des Gesundheitssystems auf.

Performancemessung, adäquat umgesetzt, dient als Entscheidungsgrundlage. Dabei sollen die bereitgestellten Informationen den Stakeholdern in Form von Messwerten als verlässliche Basis dienen. Um dies zu gewährleisten gilt es, einige Punkte mit zu bedenken. Auf diese wurde bereits im Detail im Grundlagenbericht zur Performancemessung eingegangen (vgl. Beitel et al. 2013). Daher werden sie im Folgenden lediglich kurz dargelegt:

- (1) Die Wahl der **Perspektive** ist entscheidend. Sie ist abhängig von der Position der entsprechenden Stakeholder (vgl. Kapitel 2.5)
- (2) Formulierung von **Zielvorstellungen**, was das Gesundheitssystem leisten soll
- (3) Gliederung des Systems in relevante Bereiche (**Domänen**)
- (4) Definition von Werten, welche gemessen werden sollen (**Indikatoren**) (Beitel et al. 2013)

Daneben stellt das Eruiieren von ‚Good-practice‘ Strategien eine weitere Aufgabe der Performance Messung dar. Es ist notwendig, die Empfehlungen länderspezifisch anzupassen und zu übersetzen (Czypionka et al. 2010). Einige Länder haben bereits gute Erfahrung mit dem **Triple Aim Ansatz** gemacht. Dabei werden simultan drei Domänen / Zielebenen bearbeitet. Der Vorteil liegt darin, dass die Einflussfaktoren auf die Gesundheit mit den jeweils entsprechenden Perspektiven kombiniert betrachtet werden können und somit das große Ganze nicht aus den Augen verloren wird.

1.3 Was ist nicht Performancemessung?

Laut dem Bundesamt für Gesundheit lässt sich Performancemessung von folgenden Begriffen abgrenzen (BAG 2005):

Controlling: Steuert den Planungs- und Umsetzungsprozess einer Organisation und ist somit Grundlage für **Führungsprozesse und –entscheidungen**.

Evaluation: eines Gegenstandes / eines Prozesses. Kann Monitoring- und/oder Controlling-Daten in die Analyse mit einbeziehen.

Monitoring: Routinemäßige, ständige und systematische Sammlung von vergleichbaren Daten. **Controlling und Evaluation** können Monitoringdaten für eigene Zwecke benutzen.

2 Ziele und Methode

2.1 Was möchten wir wissen?

Der Bericht widmet sich folgenden Fragestellungen:

- Welche Ziele des Gesundheitswesens überprüfen andere Länder im Rahmen ihrer nationalen Performancemessung unter Verwendung des Triple Aim Ansatzes?
- Welche Indikatoren werden für die Messung der Performance nach diesem Ansatz im Gesundheitswesen verwendet?

Mit Hilfe dieser Fragestellungen soll in weiterer Folge geklärt werden, ob und wie die Erkenntnisse auf die nationalen Gegebenheiten angewendet werden können.

2.2 In welcher Projektphase ist dieser Bericht angesiedelt?

Das Projekt Performancemessung zielt darauf ab in einem mehrstufigen Prozess jene Ergebnisse zu liefern:

Mit dem vorliegenden Bericht werden folgende Ziele in einem kurzfristig^a gesteckten Zeitrahmen definiert:

- Zusammenfassung der Erkenntnisse internationaler Erfahrungen mit Performancemessung unter Verwendung des Triple Aim Ansatzes auf Basis der verfügbaren Literatur
- Beschreibung der ausgewählten Perspektive (Bevölkerungs-, System-, Sozialversicherungsperspektive, usw.)
- Identifikation möglicher Indikatoren

Mittel- bis langfristig (2017-2020) sind folgende Schritte geplant:

- Definition geeigneter Rahmenbedingungen (Framework/s) zur Performancemessung
- Empfehlung passender Indikatoren zur Messung der Performance
- Messung der empfohlenen Indikatoren
- Durchführung von Detailanalysen
- Monitoring der Ergebnisse

2.3 Was kann nicht im Rahmen dieses Berichts geleistet werden?

Folgende Punkte können sowohl im Rahmen des Berichts als auch des Projekts vorerst nicht behandelt werden:

^a Ende 2016

- Umfassende Berücksichtigung aller relevanten Quellen mittels systematischer Literaturrecherche
- Detaillierte Interpretation der Ergebnisse
- Ableiten von konkreten Maßnahmen

Dies sind dennoch relevante Punkte, die es in einer späteren Projektphase zu berücksichtigen gilt.

2.4 Wie werden die Informationen generiert?

Die Informationen stammen aus einer unsystematischen Literaturrecherche. Im Vordergrund dieser Recherche standen Studien, welche sich mit **Good Practice** in der Performancemessung unter Verwendung des **Triple Aim Ansatzes** beschäftigen.

Während in Kapitel 2 näher auf die Methode eingegangen wird, werden in Kapitel 3 die Ergebnisse der Recherche vorgestellt und zusammengefasst. In Kapitel 4 finden sich erste Überlegungen wie die Erkenntnisse auf das österreichische System übertragen werden können. Den Abschluss bildet Kapitel 5 mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick.

2.5 Welche Perspektive wird für die Performancemessung des Gesundheitswesens eingenommen?

Zunächst muss definiert werden, aus welcher Perspektive die Performance des Gesundheitswesens gemessen werden soll. Grundsätzlich ist es möglich, die Analyse aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte, einer Trägerorganisation, eines Krankenversicherungsträgers, aus Perspektive des Gesundheitswesens oder aus Sicht der Gesellschaft durchzuführen (Cylus et al. 2016).

Je nach Fragestellung ist die entsprechende Perspektive zu bevorzugen. Wenn es beispielsweise darum geht die Versorgungswirksamkeit einzelner Anbieter zu analysieren, empfiehlt es sich, die Perspektive der Patientinnen und Patienten einzunehmen, da in diesem Fall eine Gesellschaftssicht vermutlich zu breit gefasst wäre. Soll beispielsweise die Wirkung der Regierungsarbeit im Bereich der Gesundheitspolitik gemessen werden, wird man die gesellschaftliche Perspektive bevorzugen (Czypionka et al. 2010).

In den vorgestellten Performancemesssystemen nach dem Triple Aim Ansatz werden je nach Fragestellung und Domäne unterschiedliche Perspektiven eingenommen. Grundsätzlich sollte jedoch die gesellschaftliche Perspektive bevorzugt werden, wenn die Gesundheit der Bevölkerung im Mittelpunkt steht.

2.6 Welcher Nutzen soll mit dem Bericht erzielt werden?

Dieser Bericht trägt zur Erweiterung der Outcome-Messung in Richtung Performancemessung bei. Da es sich bei dem Bericht im Groben um eine

Zusammenfassung der Erkenntnisse aus der Literatur handelt, hat er einen Mehrwert für weiterführende Arbeiten (vgl. dazu mittel- bis langfristige Ziele).

3 Performancemessung – internationale Beispiele

Die Auflistung der Good-Practice Beispiele beinhaltet den im Zuge der Recherchen gewonnenen aktuellen Kenntnisstand. Ziel ist es, vor allem jene Performancemesssysteme zu berücksichtigen, welche einen Tripple Aim Ansatz verfolgen. Dabei wurden die Modelle des **neuseeländischen, US-amerikanischen und niederländischen Gesundheitssystems** näher betrachtet.

Im Folgenden werden diese ausgewählten Performancemesssysteme vorgestellt.

3.1 Neuseeland – Integrated Performance and Incentive Framework

Hintergrund

Im staatlich organisierten Gesundheitssystem von Neuseeland wurde im Jahr 2014 vom Gesundheitsministerium ein Framework entwickelt um die Performance des Gesundheitssystems zu messen. Dabei wird sowohl diese als auch jene einzelner Organisationen gemessen (Ashton 2014).

Ein erklärtes Ziel der Performancemessung ist eine verbesserte Zusammenarbeit der Primär- und Sekundärversorgung. Im Zentrum der integrierten Versorgung steht die Bevölkerung.

Framework

Das ‚Integrated Performance and Incentive Framework‘ (IPIF) zielt darauf ab, das Gesundheitssystem ganzheitlich entlang der Bereiche **Zugang, Equity, Qualität, Sicherheit und Kosten** zu betrachten (Ashton 2014).

Domänen

Die Performancemessung des neuseeländischen Gesundheitssystems basiert auf einem ‚Triple-Aim‘ Ansatz entlang folgender Domänen:

- Chancengerechtigkeit und Optimierung des Gesundheitszustandes für die gesamte Bevölkerung
- Effizienz der Public Health Strategien
- Optimale Qualität, Patientensicherheit und Zufriedenheit mit der Behandlung (Ashton 2014)

Ebenen

Das IPIF verfolgt einen Zweiebenenansatz.

- Gesundheitssystemebene
 - Die Indikatoren werden national einheitlich selektiert. Dabei werden alle Gesundheitsdiensteanbieter und Stakeholder mit einbezogen.
- Bezirksebene
 - Die Messung kann in diesem Fall individuell festgelegt und an die Bedürfnisse der regionalen Player angepasst werden (Ashton 2014)

Bevölkerungsgruppen

Die Indikatoren werden entlang der Lebenszyklen (Säuglingsalter, Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, höheres Alter) gelistet (Ashton 2014).

Anreize

Der Erfolg des IPIF hängt zu einem großen Teil vom Partizipationswillen der Gesundheitsdiensteanbieter ab. Deshalb sind Anreize notwendig. Die Anreize, welche von diesem Performancemesssystem ausgehen sind sowohl monetär (z.B. bei Erreichung definierter Ziele) als auch nicht-monetär.

In Abbildung 1 sind die wesentlichen Punkte des Frameworks noch einmal zusammengefasst.

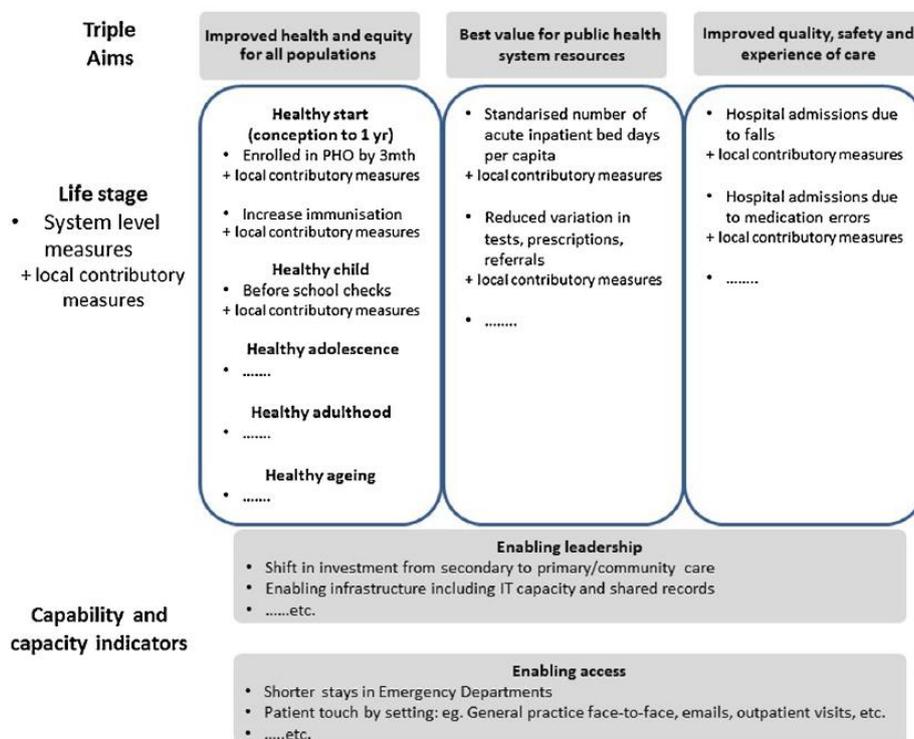


Fig. 1. IPIF framework: levels of performance measurement, with examples of possible indicators. Examples of possible measures are given here: selection of actual measures has yet to be finalised beyond the five system measures for 2014/15 given in Table 1.
 Source: Based upon Expert Advisory Group. Integrated performance and incentive framework: final report. Wellington: Ministry of Health, 2014, p. 7.

Abbildung 1: Integrated Performance and Incentive Framework (Ashton 2015)

Monitoring

Im Rahmen des Monitorings wird ein Skillmix eingesetzt. Dabei werden Verträge evaluiert sowie Audits, Befragungen und Selbstbewertungen durchgeführt (Ashton 2014).

3.2 USA – IHI Triple Aim

Hintergrund

Im Jahr 2008 wurde vom Institute for Healthcare Improvement (IHI) ein Performancemesssystem vorgestellt, welches sich ebenfalls am Triple Aim Ansatz orientiert. Der ganzheitlich verfolgte Ansatz sieht vor, dass dabei sowohl Gesundheitsorganisationen, Public Health Departments, Sozialeinrichtungen, Schulen aber auch Betriebe miteinbezogen werden. Das Ergebnis der Arbeiten ist ein Manual zur Gestaltung der Performancemessung sowie Empfehlungen hinsichtlich Datenquellen und Methoden. Die jeweiligen Organisationen in den USA (z.B. Kaiser Permanente oder CareOregon) haben ihre Systeme individuell ausgestaltet (Stiefel et al. 2012).

Domänen

Beim ‚Triple Aim‘ Ansatz des IHI werden die Domänen durch unterschiedliche Indikatoren gemessen^a: Die Domänen werden wie folgt definiert sowie die übergeordneten Bereiche in Klammer ergänzt:

- Gesundheitszustand (Health Outcomes, Disease Burden, Risikofaktoren)
- Behandlungserfahrung (Zufriedenheit – gemessen mittels Befragungen)
- Kosten / Kopf (Gesamtkosten / Person / Monat; Spitalsentlassungsrate und / oder Kosten)

Framework

Das IHI hat für jede definierte Domäne ein eigenes Framework erstellt:

Gesundheitszustand

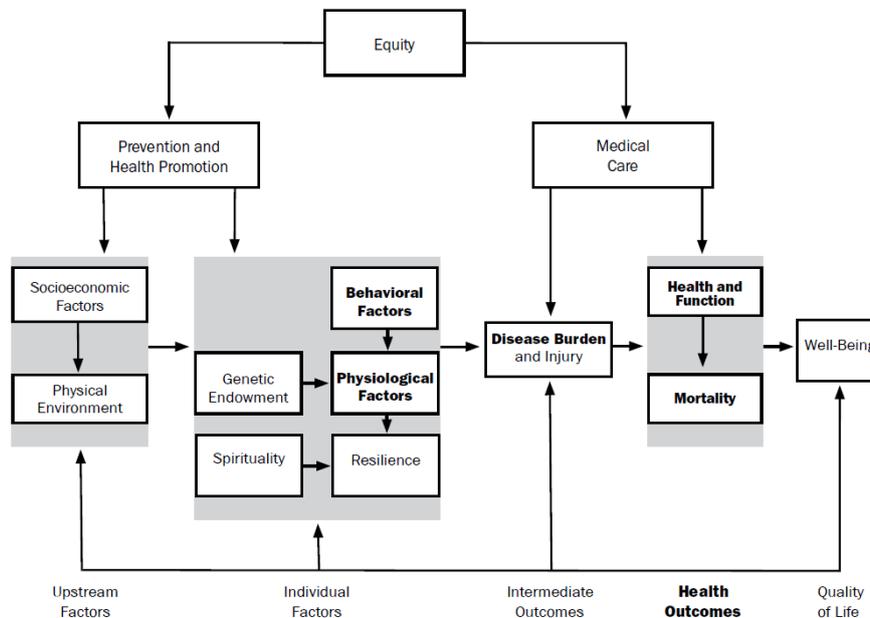


Abbildung 2: Framework zur Messung des Gesundheitszustandes (Stiefel et al. 2012)

^a Vgl. dazu Anhang

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, untergliedert sich dieses Framework weiter in **Determinanten** (Ebene ‚upstream & individual factors‘) und **Outcomes** (Ebene ‚intermediate & health outcomes‘).

Behandlungserfahrung

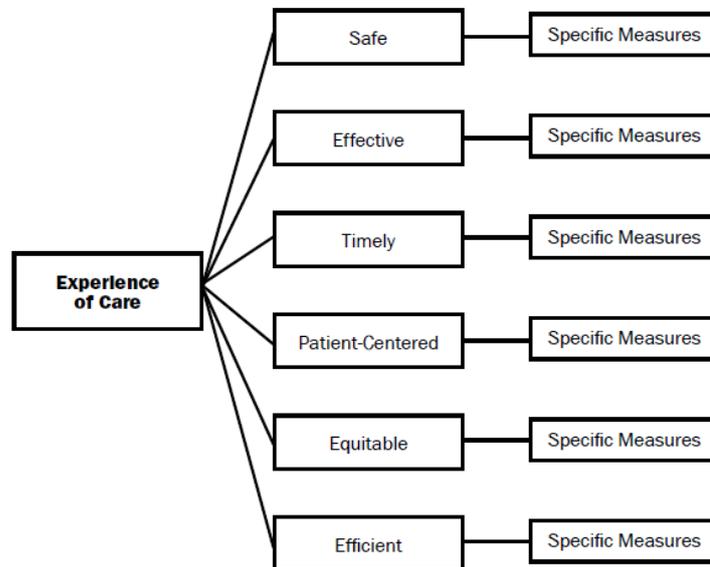


Abbildung 3: Framework zur Messung der Behandlungserfahrung (Stiefel et al. 2012)

Das Framework zur Messung der Behandlungserfahrung untergliedert sich außerdem weiter in die Bereiche *Sicherheit, Effektivität, Wartezeit, Patientenzentriertheit, Gerechtigkeit, Effizienz*. In dieser Domäne wird der Vorteil der gegliederten Frameworks deutlich. Hier kann die Perspektive gewechselt werden. Während im vorigen Framework die Gesellschaftsperspektive im Vordergrund stand, kann hier die Sicht jener Personen eingenommen werden, die die Behandlung erhalten bzw. finanzieren (Stiefel et al. 2012).

Kosten / Kopf

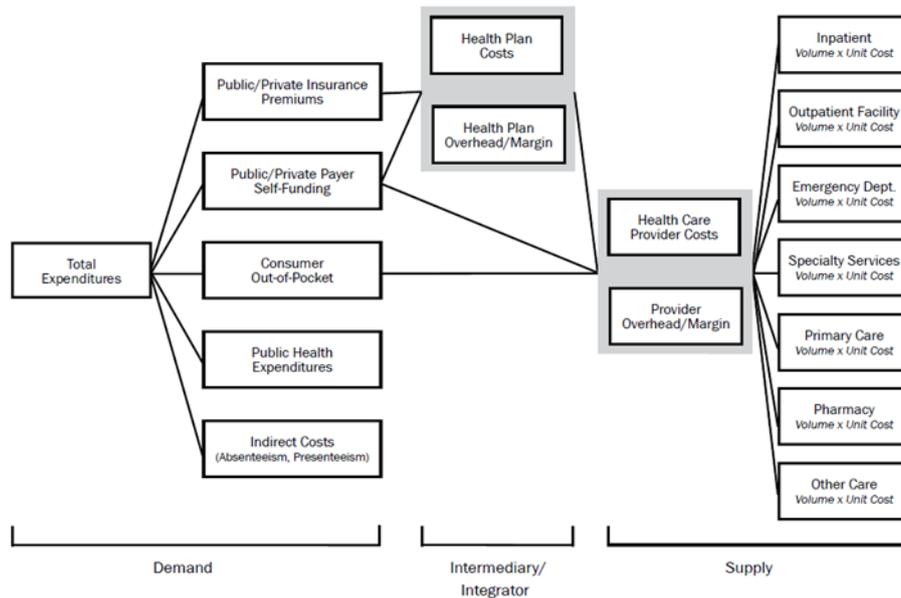


Abbildung 4: Framework zur Messung der Kosten / Kopf (Stiefel et al. 2012)

Die Kosten werden in diesem Framework je nach Perspektive untergliedert. Aus Perspektive der Gesundheitsdiensteanbieter werden Indikatoren im Bereich Angebot (Supply) definiert. Die Kostenindikatoren auf der Nachfragerseite (Demand) werden aus Perspektive der Bevölkerung definiert. Aus Planungsperspektive sind Indikatoren, welche die Kosten zwischen den Ebenen messen, relevant. Um die Veränderungen und Variationen noch besser verstehen zu können, empfiehlt es sich vor allem auf der Angebotsseite noch weiter in Mengen und unit-Kosten zu unterteilen.

Bevölkerungsgruppen

In diesem Performancemesssystem wird die Gesamtbevölkerung einbezogen.

Empfehlungen

Stiefel et al. (2012) liefern mit ihrem Papier eine gute Anleitung dafür, welche Indikatoren und Frameworks für die individuelle Performancemessung geeignet sein könnten.

Sie weisen außerdem darauf hin, dass diese individuell definierten Indikatoren zur Performancemessung immer wieder aktualisiert werden müssen.

3.3 Niederlande – Dutch Health Care Performance Report

Hintergrund

Der Dutch Health Care Report basiert auf einem konzeptuellen Framework von Delnoij et al. (2002). Dieses Konzept wurde später auch von der OECD aufgegriffen und für internationale Vergleiche adaptiert (Renner et al. 2014).

Domänen

Obwohl hier nicht explizit auf den ‚Triple aim‘ Ansatz hingewiesen wird, werden auch in diesem Framework drei Zielbereiche definiert

- Qualität (Wirksamkeit, Sicherheit und Innovation)
- Zugang (finanzielle, geographische und soziale Barrieren, zeitgerechte Erbringung, Verfügbarkeit von Versorgung und Personal und Wahlfreiheit)
- Kosten / Leistbarkeit (Gesundheitsausgaben, Produktivität, finanzielle Situation von Leistungserbringer und Krankenversicherungen) (Renner et al. 2014)

Framework

Das Framework zielt darauf ab, ein umfassendes Bild des Gesundheitswesens zu zeichnen, etwaige Trends aufzuzeigen und mit anderen Ländern zu vergleichen (Renner et al. 2014).

Das Framework untergliedert die Gesundheitsversorgung in folgende Bereiche

- Perinatale Versorgung
- Prävention
- Kuration
- Langzeitpflege und –versorgung
- Palliativbetreuung (Renner et al. 2014)

Entlang der Domänen werden ca. 100 Indikatoren gemessen. Diese sind dem Framework zugeordnet (vgl. Abbildung 5) und im Anhang angefügt.

Figure 1.1: Conceptual framework of healthcare system performance (source: Arah et al., 2006).

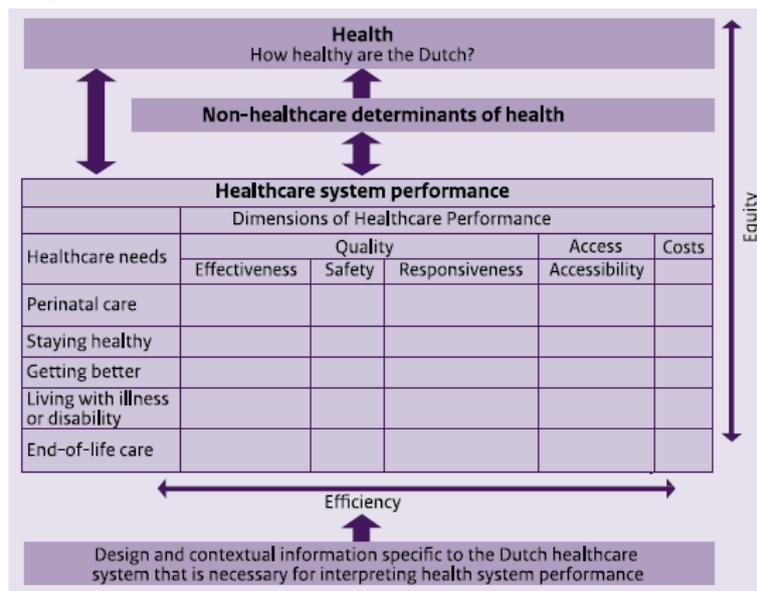


Abbildung 5: Framework zur Messung der Dutch Health Care Performance (van den Berg et al. 2015)

Bevölkerungsgruppen

Es wird die Gesamtbevölkerung unterteilt nach ihren Bedürfnissen berücksichtigt um ein umfassendes Bild darzulegen.

4 Implikationen für die Praxis

Im Folgenden werden die Vorarbeiten und Rahmenbedingungen zur Outcome- bzw. Performancemessung kurz vorgestellt bevor im Anschluss daran die Übertragbarkeit der Erkenntnisse andiskutiert wird.

4.1 Outcomemessung

Im Zuge der bereits erfolgten SV-internen Arbeiten mit dem Fokus Outcomes des Gesundheitswesens wurde bereits ein Rahmen zur Messung relevanter Werte zur Ergebnismessung erarbeitet. Die definierten Ziele dabei sind:

- Lange leben bei guter Gesundheit
- Soziale Sicherheit und Chancengleichheit
- Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten
- Gute Qualität

Wie in Abbildung 7 dargestellt, bilden sieben definierte Bereiche des Gesundheitssystems ein Framework für die Messung der Outcomes. Diese fokussieren sowohl auf Gesundheitsförderung und Prävention als auch auf Krankenbehandlung. Es werden 23 übergeordnete Indikatoren zur Messung empfohlen (Beitel et al. 2013).

Funktionen des Gesundheitssystems		Gesundheit stärken <i>vermeide pathogene und fördere salutogene Prozesse</i>	Krankheit behandeln <i>vermindere die Folgen pathogener Prozesse</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	Verringerung verfrühter Sterblichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenserwartung bei Geburt • Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (EU-SILC) • Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (ATHIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidbare Sterblichkeit MAHGS vor 75 • Verlorene Lebensjahre PYLL (gemäß OECD vor 70) • Durch vermeidbare Sterblichkeit (MAHGS) verlorene Lebensjahre (PYLL)
	Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Lebensqualität 	
	Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Beschäftigten, die Ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen (European Working Conditions Survey) • Durchimpfungsrate Influenza bei über 60 jährigen • Durchimpfungsrate Kinder: MuKiPa 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung)
	Zugang und Fairness		<ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch • economic access = out of pocket as a share of final household consumption • Wartezeiten (extramural, ambulant, stationär: OP)
	Förderung der Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Genereller Health Literacy Index (HLS-EU) • Prävention Literacy Index (HLS-EU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Health Care Literacy Index (HLS-EU)
	Erhöhung der Patientensicherheit		<ul style="list-style-type: none"> • Schwere oder tödliche Zwischenfälle • Postoperative Komplikationen (Risiko-adjustiert)
	Hohe Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektiver Gesundheitsstatus der Bevölkerung (ATHIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (SV-Kundenbefragung) • Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung) • Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin extramural) (sektorenübergreifende Patientenbefragung)

Abbildung 7: Framework zur Outcomemessung mit ausgewählten übergeordneten Indikatoren (Beitel et al. 2013)

4.2 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

In Österreich einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung mit dem Beschluss der Rahmengesundheitsziele und der Zielsteuerung Gesundheit auf eine gemeinsame Bearbeitung der jeweiligen Aufgaben.

Beginnend mit dem Jahr 2011 starteten die Vorarbeiten zu den Rahmengesundheitszielen. Diese wurden vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossen. Im Vordergrund steht das Commitment, die **Gesundheit der Bevölkerung** durch **Maßnahmen in allen Politikfeldern** zu erhalten, zu fördern und wieder herzustellen. Die Rahmengesundheitsziele dienen und dienen als Handlungsrahmen für die Vereinbarungen der Zielsteuerung Gesundheit^a.

„Aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag werden auf Landesebene vierjährige Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart und verbindlich festgelegt. Diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können weitere über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele sowie die für deren Erreichung zu setzenden Maßnahmen beinhalten...“^b. Die konkreten bundes- und landesgesetzlichen Regelungen werden mit Beginn des Jahres 2017 erarbeitet werden.

4.3 Übertragbarkeit der Erkenntnisse in die Praxis

Den in diesem Bericht betrachteten Performancemesssystemen ist gemein, dass die Domänen sowohl (1) die Gerechtigkeit in Hinblick auf den Zugang, (2) die Behandlungserfahrung und Qualität sowie die (3) Behandlungseffizienz berücksichtigen. Im Zentrum aller Messsysteme steht die Gesamtbevölkerung.

Im Framework welches im Zuge der Arbeiten zur Outcomemessung erarbeitet wurde, wurden bereits SV-intern Ziele definiert. Diese können den Domänen (1) und (2) zugeordnet werden. Ein Vorgehen, welches die Vorteile der vorgestellten Performancemesssysteme kombiniert, ist denkbar. Folgende systemspezifische Punkte können aufgegriffen werden:

Neuseeländisches Performancemesssystem

Dieses Messsystem verfolgt einen Zweiebenenansatz. Dabei wird zwischen Gesundheitssystem- und Bezirksebene unterschieden. Während bei der ersteren die Indikatoren einheitlich vorgegeben werden, werden sie bei der zweiten individuell festgelegt und an die Bedürfnisse angepasst.

Sowohl die Rahmengesundheitsziele als auch die Zielsteuerung Gesundheit sehen vor, dass neben der bundesweit einheitlichen auch eine pro Bundesland individuell festgelegte Ausgestaltung der Inhalte erfolgt.

US-amerikanisches Performancemesssystem

Das US-amerikanische Performancemesssystem geht sehr gut darauf ein, dass je nach Zielbereich unterschiedliche Perspektiven relevant sein können und auch unterschiedliche

^a Vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit Art. 4 Abs. 1-2; Stand 14.12.2016

^b Vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit Art. 7 Abs. 3; Stand 14.12.2016

Werte gemessen werden müssen. Die Erstellung des Frameworks pro Domäne wird als Stärke in diesem Messsystem angesehen.

Für die Übertragbarkeit bedeutet es, dass einerseits gut auf den Vorarbeiten aufgebaut werden kann und andererseits auch noch die bis dato eher weniger berücksichtigte Kostenkomponente mit einbezogen wird.

Niederländisches Performancemesssystem

Der Vorteil des niederländischen Performancemesssystem liegt, ebenso wie bei den anderen Messsystemen, darin, dass das Gesundheitssystem ganzheitlich betrachtet wird. Dabei erfolgt auch eine Unterteilung in relevante Bereiche entlang der Lebenszyklen (ähnlich wie im neuseeländischen Modell).

Hinsichtlich Übertragbarkeit wird auf die Liste an Indikatoren verwiesen. Je nach Gebiet wurden bereits viele Indikatoren identifiziert. Aus diesem Pool können auf Basis definierter Kriterien für das eigene System relevante Indikatoren identifiziert werden.

5 Zusammenfassung und Ausblick

In vielen Gesundheitssystemen wurden bereits Performancemesssysteme eingeführt mit dem Ziel die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Systeme zu beschreiben und somit als Entscheidungsgrundlage zu dienen. Diese sind unterschiedlich ausgestaltet. Um eine verlässliche Basis zu schaffen sollten wichtige Aspekte berücksichtigt werden.

Ziel dieses Berichts war es, Messsysteme zu identifizieren, die einen ähnlichen und bewährten Ansatz verfolgen. Dabei wurden Systeme berücksichtigt, die einen Triple Aim Ansatz verwenden. Als Beispiele wurden hier die neuseeländischen, US-amerikanischen und niederländischen Arbeiten herangezogen. In diesen werden simultan in drei Domänen Indikatoren gemessen. Alle Systeme berücksichtigen einen ganzheitlichen Ansatz indem die Bevölkerung im Fokus steht und nach Lebenszyklen eingeteilt wird.

Im Rahmen der Arbeiten zur Outcomemessung wurden bereits Ziele definiert. Außerdem wurde das Gesundheitssystem bereits in seine relevanten Bereiche eingeteilt. Diese Arbeiten sollen gemeinsam mit den Vereinbarungen im Rahmen der Zielsteuerung als Basis für die Performancemessung dienen.

Zusammengefasst wird empfohlen, die beschriebenen Vorteile der Messsysteme - nämlich

- Zweiebenenansatz
- Framework je Domäne
- Auswahl aus Indikatorenpool

- mit den SV-internen Arbeiten zur Outcomemessung zu kombinieren.

Die eruierten Ergebnisse sollten außerdem noch im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden. Beeinflusst wird dies vor allem durch die Vereinbarungen, welche im Rahmen der Zielsteuerung getroffen werden. Bis dato liegen noch keine konkreten Ziele vor, so dass eine Anknüpfung daran erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann.

Der SV-interne Prozess zur Generierung eines gemeinsamen Vorschlags, welcher im Rahmen der Arbeiten zur Outcomemessung erarbeitet wurde, wird als Good-practice Ansatz angesehen und zur weiteren Bearbeitung des Themas empfohlen. Die Erarbeitung erfolgte in mehreren Stufen

1. Basierend auf einer **Literaturrecherche** wurde ein Rahmengerüst für die Messung entwickelt, mögliche Indikatoren identifiziert sowie Kriterien definiert, mit deren Hilfe diese hinsichtlich Relevanz und datentechnischer Qualität bewertet wurden
2. Die **rahmenbildenden Aspekte des Gesundheitssystems** (Rahmengesundheitsziele, Zielsteuerung Gesundheit) wurden berücksichtigt.
3. Im Rahmen von **SV-internen Workshops** einigte man sich gemeinsam mit den Trägerexpertinnen und –experten auf ein Rahmengerüst und die zu messenden Indikatoren
4. Die Qualität der erarbeiteten Inhalte wurde außerdem durch einen **externen Review** überprüft

Für die weitere Bearbeitung und zur Erreichung der mittel- bis langfristigen Ziele wird eine Anlehnung an der eben beschriebenen Vorgehensweise vorgeschlagen.

Literaturverzeichnis

- Ashton T.: Measuring health system performance, a new approach to accountability and quality improvement in New Zealand. Health Policy 119, p. 999-1004, 2015
- Beitel C., Labek A., Dragosits A., Goltz A., Pfeffer N., Scheuringer M.: Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen, Schwerpunkt Outcomes. Wien, 2013 online verfügbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.566524&version=1391184725>
- Bundesamt für Gesundheit: Evaluation, Glossar von Evaluationsbegriffen. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern, 2005
- Cylus J., Papanicolas I., Smith P. C.: Health System Efficiency, how to make measurement matter for policy and management. European Observatory on health systems and policies. Health policy series 46, 2016
- Cypionka T., Röhrling G., Kalmar M.: Performance von Gesundheitssystemen. Zeitschrift für soziale Sicherheit, Health System Watch, IV Winter, 2010 online verfügbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.566482&version=1391184721>
- Renner A., Bachner F., Griebler R., Winkler P.: Good-Practice-Beispiele, Outcome-Frameworks im Gesundheitswesen. Gesundheit Österreich GmbH, Kurzbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2014
- Smith P. et al. (2009): Principles of performance measurement. In: Smith P. et al. (2009): Performance Measurement for Health System Improvement, experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press, S. 3-24
- Stiefel M., Nolan K.: A Guide to Measuring the Triple Aim, Population Health, Experience of care and per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts, Institute for Healthcare Improvement, 2012
- Van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R, Heijink R. et al.: Dutch health care report 2014. National Institute for Public Health and the environment, Bilthoven, 2015

Anhang

Indikatoren zur Messung der Dutch Health Care Performance

Laut Van den Berg et al. (2015) werden folgende Indikatoren im Rahmen des niederländischen Performancemesssystems und gegliedert nach den definierten Bereichen berücksichtigt:

Chapter 2 Antenatal, perinatal and postpartum care

Accessibility

- Percentage of pregnant women that can reach the nearest midwife practice within 10 minutes
- Percentage of pregnant women that can reach a hospital maternity unit by car within 30 minutes
- Percentage of pregnant women that can be transported to a hospital maternity unit by ambulance within 45 minutes

Quality

Preventive care

- Percentages of pregnant women (all pregnant women and pregnant women from deprived areas) that have their first prenatal visit before 10 weeks of pregnancy
- Percentage of women that smokes during pregnancy

Midwifery

- Episiotomy rate among homebirths
- Rate of perineal tears after vaginal birth without instrument
- Percentage of live births at home with an Apgar score at 5 minutes of less than 7
- Percentage of babies that is breast fed within 48 hours after birth

Secondary and tertiary obstetric care

- Mode of delivery
 - Percentage of spontaneous deliveries in the nulliparous term singleton vertex group
 - Percentage of induced deliveries in the nulliparous term singleton vertex group
 - Percentage of instrumental deliveries in the nulliparous term singleton vertex group
 - Percentage of emergency caesarean deliveries in the nulliparous term singleton vertex group
 - Percentage of elective caesarean deliveries in the nulliparous term singleton vertex group
- Episiotomy rate among spontaneous deliveries
- Episiotomy rate among instrumental deliveries
- Rate of perineal tears among instrumental vaginal deliveries
- Rate of perineal tears among unassisted vaginal deliveries

Maternity care

- Percentages of women who reported to have usually or always good experiences with maternity care

Integrated care

- Fetal mortality rate per 1,000 live births and stillbirths
- Neonatal mortality rate per 1,000 live births and stillbirths

- Percentage of attended perinatal audits
- Percentage of preterm births delivered in maternity units without an on-site neonatal intensive care unit

Costs

- Total expenditure for midwifery
- Total expenditure for hospital obstetric care
- Total expenditure for maternity care

Chapter 3 Staying healthy

Quality

- Percentages of people in target groups that take part in organised population screening schemes
- Percentages of newborn infants with rare serious disorders that are detected in the neonatal blood spot programme
- Percentages of 2-year-old children not having received basic vaccinations and living in communities with below-target immunisation coverage rates (below the critical threshold for herd immunity)
- Yearly numbers of new bacterial meningitis cases
- Percentages of people in target groups of the National Influenza Prevention Programme that have received flu vaccinations
- Percentages of smokers visiting GPs who were given smoking cessation advice
- Percentages of people visiting paediatricians at child health centres who report good experiences with the available time, the explanations received and the opportunity to ask questions

Costs

- Percentage of total health expenditure devoted to prevention
- Per capita percentage of health expenditure devoted to preventive care

Chapter 4 Acute care

Accessibility

- Percentage of people living within 15 minutes' reach of the nearest ambulance station
- Percentage of people who can be taken by ambulance to the nearest emergency department within 45 minutes
- Percentage of people living more than a 30-minute car journey from the nearest out-of-hours GP centre
- Percentage of people who can be reached within 30 minutes by a mobile medical team in the daytime hours

Quality

- Percentage of emergency ambulance callouts that arrive on the scene within the 15-minute standard
- Percentage of GP practices conforming to the practice standard of 30 seconds for emergency telephone calls
- Percentage of emergency calls to out-of-hours GP centres answered within the practice standard of 30 seconds

- Percentage of patients dying within 30 days of hospital admission for an acute myocardial infarction
- Percentages of patients dying within 30 days of hospital admission for ischaemic and haemorrhagic stroke
- Percentage of patients with hip fractures receiving surgery within 24 hours of presentation
- Percentages of people reporting good experiences with ambulance services and with emergency departments in terms of communication and information provision

Costs

- Costs of acute care (ambulance services, out-of-hours GP centres, emergency departments, major trauma centres)
- Nationwide variations in consultation fees charged by out-of-hours GP centres

Chapter 5 Getting better: Non-acute curative health care

Accessibility

Financial access

- Percentage of people with health insurance who are six months or more in payment arrears
- Percentage of people who forego care due to costs
- Out-of-pocket health care expenses as percentage of disposable household income

Geographical access

- Percentages of people living more than a 10-minute car journey from nearest GP practice and nearest pharmacy
- Percentage of people living more than a 30-minute car journey from nearest hospital

Timeliness

- Percentage of GP practices not accessible by telephone within two minutes for non-urgent calls
- Percentages of secondary care units with waiting times above Tweek standards
- Numbers of people awaiting donor organs

Quality

Effectiveness

- Degrees of guideline adherence in GP prescribing behaviour on 20 indicators
- Percentage of pharmacotherapy audit groups functioning at levels 3 and 4
- Percentages of patients with breast, cervical or colorectal cancer still surviving 5 years later in relation to percentage of general population still surviving
- Numbers of hospital admissions per 100,000 population per year for conditions whose prevention and treatment is managed primarily by outpatient services
- Percentages of episodes of care in mental health services whose treatment effects were assessed in routine outcome monitoring (ROM)
- Percentage of short-term episodes of care in mental health services with positive treatment effects
- Percentages of patients perceiving problems with planning and coordination of health care

Patient safety

- Percentages of patients experiencing an adverse event during hospitalisation
- Percentages of patients experiencing medical, medication or diagnostic errors
- Hospital standardised mortality ratio (HSMR) of hospitalised patients

- Number of health care infections among 100 hospitalised patients
- Percentages of hospitals satisfying minimum volume standards for complex surgical interventions
- Percentage of patients committing suicide while in mental health treatment
- Numbers of coercive measures per 1000 psychiatric admissions

Client-centredness

- Degree to which health care users report being able to ask questions of health care providers
- Degree to which health care users report polite treatment by health care providers
- Degree to which health care users report receiving understandable explanations from health care providers
- Degree to which health care users report receiving unambiguous information from health care providers
- Degree to which health care users report being engaged in decisions about treatment
- Degree to which health care users report having sufficient consultation time with health care providers
- Percentages of patients receiving discharge information at hospital discharge
- Percentages of clients receiving short-term outpatient mental health care who were satisfied with the planning and delivery of treatment

Chapter 6 Living with long-term illness or functional limitations

Accessibility (and availability)

- Numbers of people involuntarily on waiting lists for long-term care longer than the permissible waiting times
- Percentages of clients obtaining care within waiting times prescribed by Treek standards
- Percentages of clients receiving home help services within one month of approval
- Percentages of informal carers of people with dementia who receive timely psychosocial and practical support for their own needs

Quality

- Numbers of multiple-bed rooms in residential and nursing homes
- Avoidable problems in clients in care homes and home care: pressure ulcers, malnutrition, malnutrition risks, falls, restraint use
- Percentages of professional care providers expressing satisfaction with the quality of care delivered by their organisation
- Percentages of professional care providers rating the quality of care delivered within their own unit or team as inadequate
- Percentages of professional care providers reporting that sufficient staff and qualified staff is available to ensure good-quality care
- Percentages of clients and their representatives reporting never, or only sometimes, having good experiences with the quality of the care received in the care home and home care sector, in terms of staff-client interaction, communication, engagement in decisions, professionalism, quality of meals and mealtime atmosphere (where appropriate)
- Degree to which clients in long-term mental health care report good experiences with the quality of the care

- Degree to which the quality of Dutch dementia care differs from that in other European countries
- Changes in perceived self-reliance and social participation after receipt of community support services under the Social Support Act (WMO)
- Percentages of informal carers reporting problems with their own social participation as a result of their care provision

Costs

- Trends in total Dutch long-term care insurance (AWBZ) expenditure
- Total AWBZ expenditure in 2013 by sector
- Per capita expenditure on long-term care in the Netherlands in comparison to other OECD countries
- Co-payments by clients receiving care funded by the AWBZ
- Expenditure under the Health Insurance Act (ZVW) and the AWBZ for people with multimorbidity or disability
- Mean AWBZ expenditure per insured person per region
- Mean WMO expenditure per resident per local authority
- Numbers of personal health budget holders and total expenditure on personal health budgets

Chapter 7 End-of-life care

Accessibility (and availability)

Palliative care

- Numbers of palliative care facilities
- Numbers of GPs with special interest in palliative care
- Numbers of volunteers that provide palliative care
- Number of consultation requests submitted to IKNL palliative care consultation teams
- Waiting times for terminal palliative care
- Numbers of patients with palliative sedation, according to SFK

End-of-life decisions

- Number of SCEN doctors
- Number of notifications of euthanasia and assisted suicide
- Percentage of deaths due to intensification of pain and symptom relief
- Percentage of deaths due to withholding life-sustaining treatment

Quality

Palliative care

- Number of high-care hospices with a quality accreditation

According to relatives

- Percentage of patients who died at their place of preference
- Degree to which relatives report being treated well by care providers
- Degree to which relatives report care providers having discussed the end of life with patients and relatives and aftercare with relatives
- Degree to which relatives report having the opportunity to be alone with the patients
- Degree to which relatives report being supported by care providers after the death of the patients

Palliative sedation

- Percentage of hospital protocols for palliative sedation matching the Royal Dutch Medical Association (KNMG) guideline
- Percentage of cases of continuous deep sedation with morphine alone
- Percentage of cases of continuous deep sedation in which artificial hydration or nutrition is administered
- Percentage of patients and relatives engaged in decisions about palliative sedation

End-of-life decisions

- Percentage of cases of euthanasia with morphine or benzodiazepines
- Percentage of reports of euthanasia and assisted suicide, that do not meet the criteria of due care according to the regional euthanasia review committees
- The average period between notifying the regional euthanasia review committees of euthanasia or assisted suicide and the review of the notification

Costs

Palliative care

- Expenditure for palliative care

Chapter 8 Health expenditure and efficiency

Expenditure

- Total health expenditure at macro level and by sector
- Determinants of changes in health expenditure in terms of price and volume
- Total health expenditure by OECD country according to SHA definitions
- Percentage of Dutch gross domestic product spent on health care
- Percentage of total publicly funded expenditures devoted to health care
- Publicly funded health care expenditure per employed person internationally, according to SHA definitions

Efficiency

- Health expenditure in relation to life expectancy in the Netherlands and internationally
- Health expenditure in relation to avoidable mortality in the Netherlands and internationally
- Administrative burdens in health care in the Netherlands and internationally
- Productivity in Dutch hospital care
- Average lengths of hospital stays in the Netherlands and internationally
- Efficiency in the outpatient prescription and use of pharmaceuticals
- Productivity in Dutch mental health care
- Productivity in Dutch nursing homes, residential homes and home care
- Variations between countries in terms of health care utilisation
- Substitution of care and the avoidance of unnecessarily expensive care

Chapter 9 Health care and public health

- Life expectancy and healthy life expectancy at birth
- Mortality from diseases that could be treated with the current level of knowledge and health care
- Overall mortality from cardiovascular diseases, cancer and infant mortality
- Relationship between health care expenditure and life expectancy
- Quality indicators and health outcomes in summary

Chapter 10 Equity

Differences between groups in service utilisation

- Variations in health care utilisation by less and more highly educated people
- Percentages of the population that forego periodic dental check-ups due to costs
- Ethnic variations in access to mental health care

Differences between groups in patient-centredness

- Variations in patient-centredness as perceived by less and more highly educated groups

Differences between groups in financial access to care

- Variations between income categories in out-of-pocket health care expenses as a percentage of disposable income
- Percentages of people with a chronic disease or disability that have additional expenditures for health reasons

Accessibility to vulnerable groups

- Health care access for homeless people
- Health care access for people without legal residence status