



Performancemessung im Gesundheitswesen

Triple Aim Ansatz - Good Practice und nationale Besonderheiten

Dezember 2018

Aline Dragosits MA

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung,
1030 Wien, Haidingergasse 1
Kontakt: Tel. 01/ 71132-0
ewg@sozialversicherung.at

Dieser Bericht wurde von Expertinnen und Experten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger produziert und gereviewt.

Disclaimer

Die Autorin ist beim Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung angestellt. Die Bearbeitung erfolgt aus Sicht der Sozialversicherung (Krankenversicherung) entsprechend den Rahmenbedingungen des §133 (2) ASVG (Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein und soll das Maß des Notwendigen nicht überschreiten).

Der Wissensgewinn erfolgt weisungsunabhängig und frei von parteilichen oder politischen Einflussnahmen.

Autorenteam

Autorin:	Aline Dragosits MA
Revierwerin:	Mag. Sonja Scheffel
Reviewer:	Dr. Timo Fischer, Mag. Andreas Goltz

Kontakt: ewg@sozialversicherung.at

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	i
Abbildungsverzeichnis	ii
1 Einleitung	1
2 Definitionen und Abgrenzung	1
3 Outcomeorientierte Performancemessung: der Triple Aim Ansatz	3
4 Perspektive	6
5 Ziele	7
6 Internationale Good Practice Modelle	8
6.1 USA – IHI Triple Aim	8
6.2 Neuseeland – Integrated Performance and Incentive Framework	11
6.3 Niederlande – Dutch Health Care Performance Report	13
7 Stärken und Schwächen von Performancemesssystemen	15
8 Empfehlungen für Österreich	16
9 Zusammenfassung und Ausblick	19
Literaturverzeichnis	20

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell des Versorgungssystems	3
Abbildung 2: Erweiterungen der Triple Aims, die vier Zieldimensionen.....	4
Abbildung 3: Rahmen zur Messung des Gesundheitszustandes	9
Abbildung 4: Rahmen zur Messung der Behandlungserfahrung	9
Abbildung 5: Rahmen zur Messung der Kosten / Kopf	10
Abbildung 6: Integrated Performance and Incentive Framework.....	12
Abbildung 7: Rahmen zur Messung der Dutch Health Care Performance	14
Abbildung 8: Framework zur Outcomemessung mit ausgewählten übergeordneten Indikatoren	16

1 Einleitung

Beginnend mit **2013** wurden in der Sozialversicherung bereits **erste Arbeiten für die Performancemessung** geleistet (Beitel et al. 2013, Beitel et al. 2014). 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 (2013-2016) auf den sogenannten **Outcomes**. Diese sind einerseits die Resultate der Entscheidungen und Handlungen im Gesundheitssystem und andererseits unterschiedlicher Einflüsse^a auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (ebd.).

In der derzeitigen Projektphase wird das Thema **Performancemessung** auf Basis internationaler Erfahrungen aufbereitet. Dabei werden die Vorarbeiten zur Outcomemessung^b sowie politische Rahmenbedingungen berücksichtigt. Dieser Bericht trägt somit zur Erweiterung der Outcome- in Richtung Performancemessung bei.

2 Definitionen und Abgrenzung

Laut Smith et al. (2009) beschreibt die **Performance** oder Leistungsfähigkeit wie gut ein System in der Lage ist, das zu leisten, was es soll. **Performancemessung** zeigt die Grade der Zielerreichung des Gesundheitssystems auf (Smith et al., 2009).

Performancemessung, adäquat umgesetzt, dient als Entscheidungsgrundlage. Dabei sollen die bereitgestellten Informationen den Entscheidungsträgern in Form von Messwerten als verlässliche Basis dienen. Zuerst muss definiert werden, was gemessen werden soll. Die Messung wiederum zeigt vor allem im Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen die jeweilige Leistungsfähigkeit.

Das Eruiere von Good Practice Beispielen ist eine weitere Aufgabe der Performancemessung. Es ist notwendig, die dadurch gefundenen Empfehlungen länderspezifisch anzupassen und für den jeweiligen Kontext zu übersetzen (Czypionka et al. 2010). Mannion und Braithwaite (2012) verweisen außerdem darauf, dass nationale Performancemesssysteme pilotiert und sorgfältig evaluiert werden müssen, um ihr absolutes Potenzial zu entfalten (Mannion et al., 2012).

Jeder Performancemessung sollte eine **Betrachtung der Werte** des Systems voran gehen. Essentiell ist eine Analyse, ob diese eine Zielerreichung ermöglichen oder gar verhindern (Navarro, 2001).

^a Genetik, sozioökonomische- und Umwelteinflüsse, Verhalten, etc.

^b <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.603013&version=1413959169>; letzter Zugriff: 15.08.2018
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Mess_und_Vergleichskonzept_Outcome_Messung_im_Gesundheitswesen; letzter Zugriff: 15.08.2018

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

Controlling: Steuerung des Planungs- und Umsetzungsprozess einer Organisation. Das Controlling ist somit Grundlage für **Führungsprozesse und -entscheidungen**.

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

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

3 Outcomeorientierte Performancemessung: der Triple Aim Ansatz

Outcomes sind die Resultate der Handlungswirkungen im Gesundheitssystem und aller übriger Faktoren (Genetik, sozio-ökonomische und Umwelteinflüsse, Verhalten, etc.) auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Beitel et al., 2013).

Das Modell des Versorgungssystems in Abbildung 1 verdeutlicht, dass der von den Gesundheitsanbieterinnen und -anbietern generierte Output und Outcome nicht isoliert vom Input und Throughput betrachtet werden darf. Dies soll mittels folgender Beispiele verdeutlicht werden:

- Die Effektivität von präventiven beeinflusst die Nachfrage nach kurativen Angeboten
- Die Versorgungsleistung von rehabilitativen Einrichtungen kann einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Krankenhauswiederaufnahmeraten haben (Beitel et al., 2013)

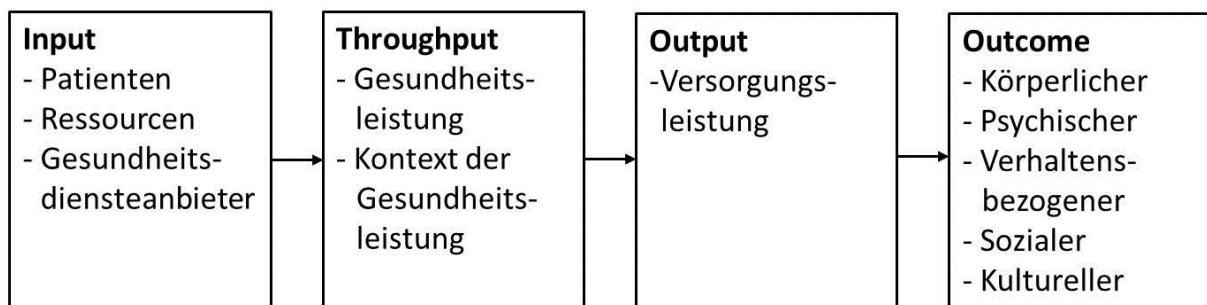


Abbildung 1: Modell des Versorgungssystems

Quelle: Pfaff et al. 2011

Outcomemessung ist als ein zentraler Bestandteil der Performancemessung zu sehen. Diese wiederum konzentriert sich auf die Leistung des Gesundheitssystems **als Ganzes**.

Die Performancemessung zeigt den Grad der Zielerreichung an. Genau genommen ist es wichtig, darüber nachzudenken was vom Gesundheitssystem erwartet wird und wie die unterschiedlichen Ergebnisse bewertet werden können. Berman (2016) geht in seinen Ausführungen auch näher darauf ein, dass eindimensionale Messsysteme nicht dazu geeignet sind, multiple Ergebnisse adäquat darzustellen (Berman, 2016).

Eine Möglichkeit die Ziele und im konkreten die Ergebnisse eines Gesundheitssystems zu messen, stellt der **Triple Aim Ansatz** dar. Dieser outcomeorientierte Ansatz versucht die Komplexität des Systems zu vereinfachen indem die unterschiedlichen Sichtweisen und Ansprüche im Gesundheitswesen durch die Verwendung mehrerer Rahmen berücksichtigt werden. Somit sollen die Ziele einfacher messbar gemacht werden. Zum Beispiel wäre eine isolierte Betrachtung der Kosten wenig aussagekräftig. Erst in Kombination mit anderen Messwerten kann die Effizienz des Gesundheitssystems spezifischer interpretiert werden (Stiefel et al., 2012).

Einige Länder haben bereits gute Erfahrung mit dem **Triple Aim Ansatz** gemacht. Dabei werden simultan die drei Zielbereiche **Bevölkerungsgesundheit**, **Zufriedenheit** und **Effizienz** gemessen. Da die Outcomes zentraler Bestandteil der Performance sind, handelt es sich bei diesem Ansatz um einen outcomeorientierten. Der Vorteil des Ansatzes liegt darin, dass die Einflussfaktoren auf die Gesundheit in den entsprechenden Perspektiven kombiniert betrachtet werden und somit das große Ganze nicht aus den Augen verloren wird.

Bodenheimer und Sinsky (2014) greifen den Triple Aim Ansatz in ihren Überlegungen auf. Neben der (1) Optimierung der Bevölkerungsgesundheit, (2) Verbesserung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, sowie (3) effizienten Behandlung ist ihrer Ansicht nach **zusätzlich** noch eine (4) Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter notwendig (vgl. Abbildung 2). Diese vier Zielebenen können auch als intermediäre Ergebnisse betrachtet werden, welche in die Bevölkerungsgesundheit münden (Berman, 2016).



Abbildung 2: Erweiterungen der Triple Aims, die vier Zieldimensionen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bodenheimer

Hintergrund ist jener, dass laut einer Umfrage beinahe die Hälfte der US-amerikanischen Ärztinnen und Ärzte Symptome eines Burnouts aufweisen. Diese Umfrage kommt auch zu dem Schluss, dass der Schlüsselfaktor der Zufriedenheit darin liegt, eine qualitative Behandlung zu gewährleisten (Bodenheimer et al., 2014). Nicht nur die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte sondern auch anderer **Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter** trägt wesentlich zur **Zielerreichung** bei. Es benötigt eine adäquate Anzahl von gut ausgebildeten, zufriedenen Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern (ebd.). Andere Studien kommen ebenfalls zum Schluss, dass die Arbeitszufriedenheit und **Motivation** von Ärztinnen und Ärzten einen bedeutenden Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsversorgung haben. Unzufriedene Ärztinnen und Ärzte arbeiten weniger produktiv und effizient, haben häufiger Fehlzeiten und neigen dazu, aus der medizinischen Versorgung auszuschneiden oder tendieren eher zu einer Frühpension. Darüber hinaus verordnen sie eher unnötige Medikamente und Untersuchungen. Als Resultat sinkt auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, wodurch deren Therapietreue beeinträchtigt wird (Löffler et al. 2015, S. 927f).

Das outcomeorientierte Performancemesssystem des erweiterten Triple Aim Ansatzes eignet sich auch für das österreichische Gesundheitssystem. In den aktuellen Reformbestrebungen im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags Gesundheit hat man sich auf das gemeinsame Zukunftsbild, nämlich sich „...für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich...“ einzusetzen, geeignet. Des Weiteren hat man sich darauf festgelegt, ein nachhaltiges Gesundheitssystem durch „...**qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und effizienten Gesundheitsversorgung für alle Menschen...**“ sicherzustellen (B-ZV^a, Art. 2, Abs. 2). Diese Ziele finden sich auch etwas erweitert im Triple Aim Ansatz (vgl. Abbildung 1).

^a Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017-2021;

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/6/CH3973/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021,_urschrift.pdf; letzter Zugriff: 26.09.2018

4 Perspektive

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 Krankenhausträgerorganisation, 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 Zielbereich unterschiedliche Perspektiven eingenommen. Grundsätzlich sollte jedoch die gesellschaftliche Perspektive bevorzugt werden, wenn die Gesundheit der Bevölkerung im Mittelpunkt steht.

5 Ziele

Dieser Bericht widmet sich folgenden Fragestellungen:

- Welche Rahmen werden für die Messung der Performance nach dem Triple Aim Ansatz im Gesundheitswesen verwendet?
- Welche Ziele des Gesundheitswesens überprüfen andere Länder im Rahmen ihrer nationalen Performancemessung unter Berücksichtigung des Triple Aim Ansatzes?
- Welche Stärken und Schwächen weisen Performancemesssysteme auf und was gilt es zu beachten?

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

6 Internationale Good Practice Modelle

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 Triple Aim Ansatz verfolgen. Um von Good Practice Modellen lernen zu können, werden die Modelle des **US-amerikanischen, neuseeländischen, und niederländischen Gesundheitssystems** näher betrachtet. Im Anschluss daran werden Chancen und Risiken von Performancemesssystemen aufgezeigt und in der Folge Lösungsansätze, um die Risiken zu minimieren.

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.

Aufbauend auf einer Recherche aus dem Jahr 2016 wurden aktuellere Erkenntnisse ergänzt.

6.1 USA – IHI Triple Aim

Hintergrund

Im Jahr 2008 wurde vom Institute for Healthcare Improvement (IHI) ein Performancemesssystem vorgestellt, welches sich am Triple Aim Ansatz orientiert. Ziel ist es, simultan drei Dimensionen zu messen. 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 (Stiefel et al. 2012).

Zielbereiche

Beim Triple Aim Ansatz des IHI werden die Zielbereiche durch unterschiedliche Indikatoren gemessen. Die Bereiche werden in Klammern den Triple Aims zugeordnet:

- (1) Optimierung der Bevölkerungsgesundheit (Health Outcomes, Disease Burden, Risikofaktoren)
- (2) Verbesserung der Zufriedenheit (Behandlungserfahrung)
- (3) Effiziente Behandlung (Kosten/Kopf, Gesamtkosten/Person/Monat; Spitalsentlassungsrate und/oder Kosten)

Rahmen

Das IHI hat für jeden definierten Zielbereich einen eigenen Rahmen erstellt:

Optimierung der Bevölkerungsgesundheit (Gesundheitszustand)

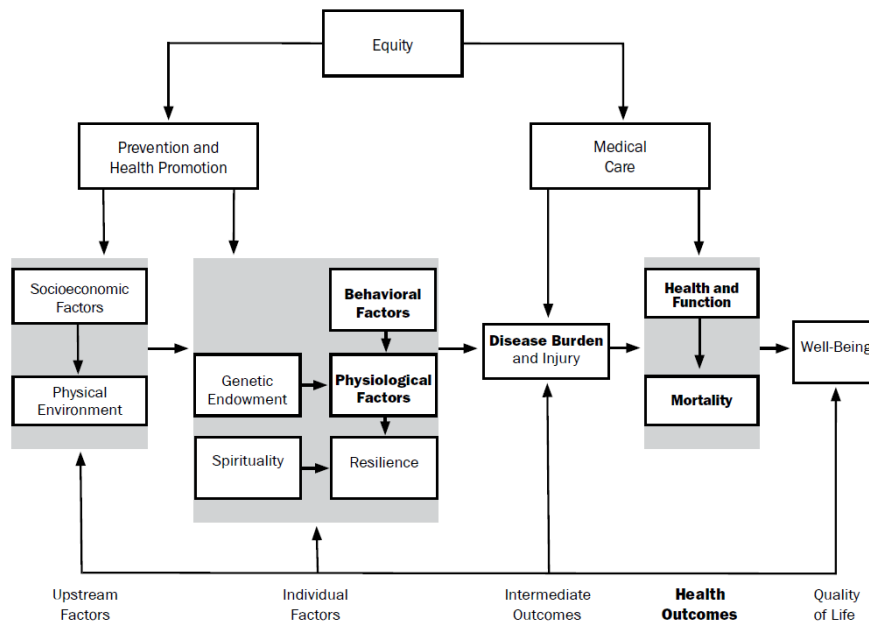


Abbildung 3: Rahmen zur Messung des Gesundheitszustandes

Quelle: Stiefel et al. 2012

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, untergliedert sich dieser Rahmen weiter in **Determinanten** (Ebenen ‚upstream‘ und ‚individual factors‘) und **Outcomes** (Ebenen ‚intermediate‘ und ‚health outcomes‘). In weiter Folge beeinflussen beide Dimensionen die Lebensqualität.

Verbesserung der Zufriedenheit (Behandlungserfahrung)

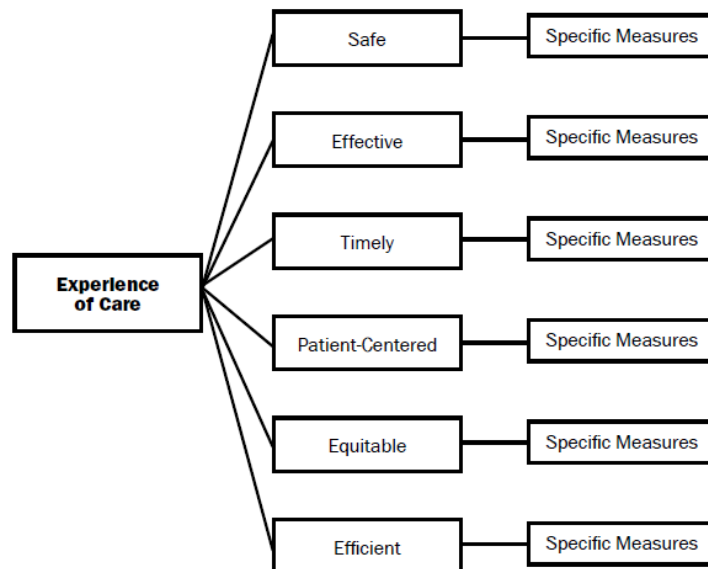


Abbildung 4: Rahmen zur Messung der Behandlungserfahrung

Quelle: Stiefel et al. 2012

Der Rahmen zur Messung der Behandlungserfahrung untergliedert sich außerdem weiter in die Bereiche *Sicherheit, Effektivität, Wartezeit, Patientenzentriertheit, Gerechtigkeit, Effizienz*.

enz. In diesem Zielbereich wird der Vorteil des gegliederten Rahmens deutlich. Hier kann die Perspektive gewechselt werden. Während beim vorigen Rahmen die Gesellschaftsperspektive im Vordergrund stand, kann hier die Sicht jener Personen eingenommen werden, die die Behandlung erhalten bzw. finanzieren (Stiefel et al. 2012).

Effiziente Behandlung (Kosten/Kopf)

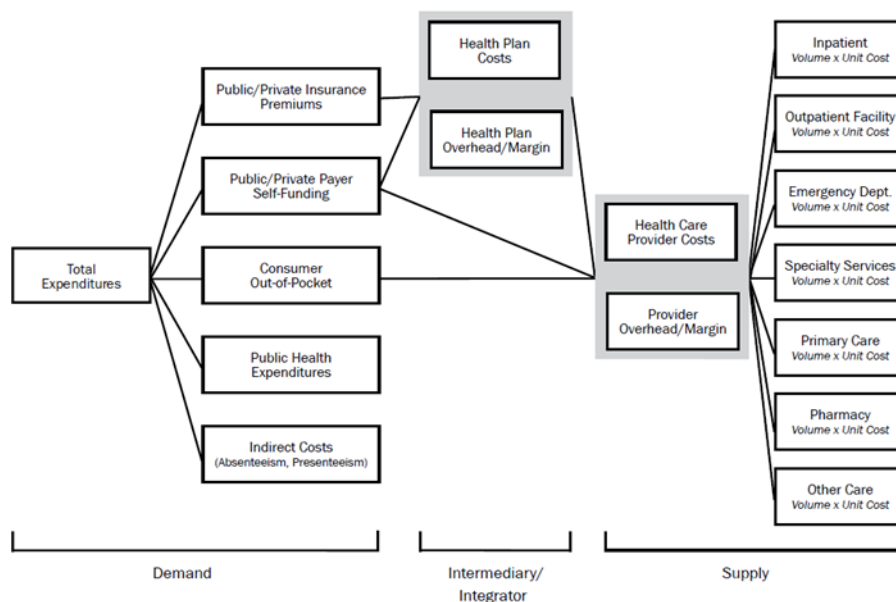


Abbildung 5: Rahmen zur Messung der Kosten / Kopf

Quelle: Stiefel et al. 2012

Die Kosten werden in diesem Rahmen je nach Perspektive untergliedert. Aus der Perspektive der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter 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 Kosten pro Einheit zu unterteilen.

Bevölkerungsgruppen

In diesem Performancemesssystem wird die Gesamtbevölkerung einbezogen.

Empfehlungen

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.

6.2 Neuseeland – Integrated Performance and Incentive Framework

Hintergrund

Im staatlich organisierten Gesundheitssystem von Neuseeland wurde im Jahr 2014 vom Gesundheitsministerium ein Rahmen 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.

Zielbereiche

Die Performancemessung des neuseeländischen Gesundheitssystems basiert auf einem Triple Aim Ansatz entlang der drei folgenden Ziele:

- (1) Optimierung der Bevölkerungsgesundheit (Chancengerechtigkeit und Optimierung des Gesundheitszustandes für die gesamte Bevölkerung)
- (2) Verbesserung der Zufriedenheit (Optimale Qualität, Patientensicherheit und Behandlungszufriedenheit)
- (3) Effiziente Behandlung (Effizienz der Public Health Strategien) (Ashton 2014)

Rahmen

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).

Ebenen

Das IPIF verfolgt einen Zweiebenenansatz. Auf Ebene des Gesundheitssystems werden die Indikatoren national einheitlich selektiert. Dabei werden alle Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter sowie Stakeholder mit einbezogen. Auf Bezirksebene kann die Messung 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 6 sind die wesentlichen Punkte des Rahmens noch einmal zusammengefasst.

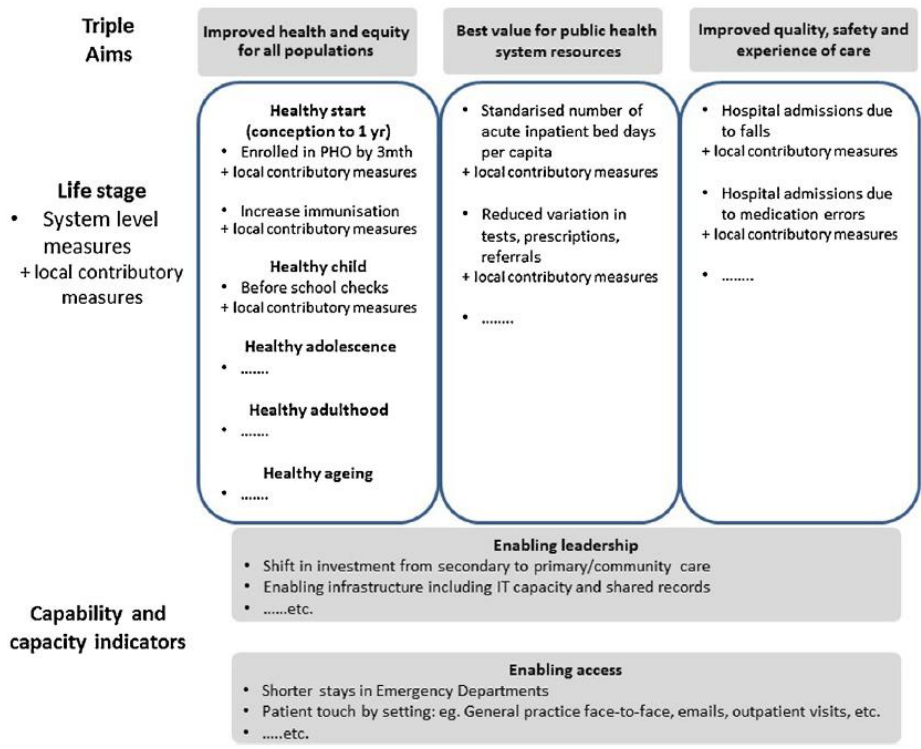


Abbildung 6: Integrated Performance and Incentive Framework

Quelle: Ashton 2015

Empfehlungen

Das neuseeländische 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 regionalen Bedürfnisse angepasst. Eine Übertragbarkeit auf die nationalen Gegebenheiten muss geprüft werden.

6.3 Niederlande – Dutch Health Care Performance Report

Hintergrund

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

Zielbereiche

Obwohl in den Niederlanden nicht explizit auf den Triple Aim Ansatz hingewiesen wird, werden auch bei diesem Rahmen drei Zielbereiche definiert. Diese sind in Klammern den Triple Aims zugeordnet.

- (1) Optimierung der Bevölkerungsgesundheit (Qualität - Wirksamkeit, Sicherheit und Innovation)
- (2) Verbesserung der Zufriedenheit (Zugang - finanzielle, geographische und soziale Barrieren, zeitgerechte Erbringung, Verfügbarkeit von Versorgung und Personal sowie Wahlfreiheit)
- (3) Effiziente Behandlung (Kosten/Leistbarkeit - Gesundheitsausgaben, Produktivität, finanzielle Situation von Leistungserbringer und Krankenversicherungen) (Renner et al. 2014)

Rahmen

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

Der Rahmen untergliedert die Gesundheitsversorgung in folgende Bereiche

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

Entlang der Zielbereiche werden ca. 100 Indikatoren gemessen (vgl. Abbildung 7).

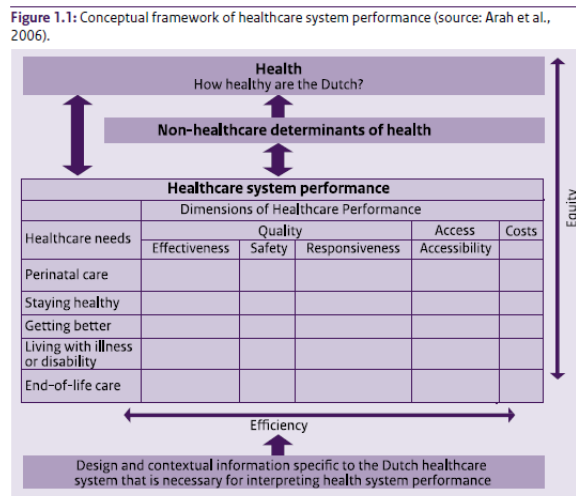


Abbildung 7: Rahmen zur Messung der Dutch Health Care Performance

Quelle: van den Berg et al. 2015

Bevölkerungsgruppen

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

Der Vorteil des niederländischen Performancemesssystems 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).

Empfehlungen

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 adaptiert werden.

7 Stärken und Schwächen von Performancemesssystemen

Der Wert eines Performancemesssystems liegt nicht unbedingt in den Messaktivitäten per se. Nach Lynch (2015) besteht die Stärke vor allem darin, dass Performancemesssysteme dazu beitragen, die Grenzen zwischen Zahlern und Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern zu überwinden (Lynch, 2015). So geht zum Beispiel das US-amerikanische Performancemesssystem sehr gut darauf ein, dass je nach Zielbereich unterschiedliche Perspektiven relevant sein können und auch unterschiedliche Werte gemessen werden müssen. Die Erstellung eines Rahmens pro Zielbereich wird als Stärke in diesem Messsystem angesehen.

Bei der Verwendung dieser Instrumente müssen jedoch die **Schwächen** mitbedacht werden.

So identifizieren Mannion und Braithwaite (2012) in ihrer Untersuchung des Performancemesssystems des englischen National Health Services (NHS) vier mögliche Stolpersteine im Zusammenhang mit Performancemesssystemen. Diese sind:

- Mangelhafte Messung (Tunnelvision, Kurzsichtigkeit, etc.)
- Falsche Anreizsetzung und Sanktionen
- Vertrauensbruch (Unterrepräsentation, Bullying, etc.)
- Politisierung der Performancemesssysteme (kurzfristige Abänderungen, etc.) (Mannion et al., 2012)

8 Empfehlungen für Österreich

Den in diesem Bericht betrachteten Performancemesssystemen ist gemein, dass die Zielbereiche sowohl **(1) die Optimierung der Bevölkerungsgesundheit**, **(2) die Verbesserung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** sowie die **(3) Behandlungseffizienz** im Sinne der Kosten berücksichtigen. Im Zentrum aller Messsysteme steht die Gesamtbevölkerung. Wie in Kapitel 3 angeführt, kann der Triple Aim Ansatz noch um einen weiteren Zielbereich zu einem Vierebenenansatz ausgebaut werden. Der vierte Zielbereich wäre demnach als **(4) Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter** zu definieren.

Zielbereiche

Im Rahmen bzw. Messgerüst, welcher/welches im Zuge der Arbeiten zur Outcomemessung erarbeitet wurde, wurden bereits Ziele definiert. Diese sind **Lange leben bei guter Gesundheit, soziale Sicherheit und Chancengleichheit** im Hinblick auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen, **Responsiveness** bzgl. legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten und **gute Qualität**. Die im Zusammenhang mit diesen Zielen ausgewählten Indikatoren lassen sich vor allem zu den Zielbereichen **Optimierung der Bevölkerungsgesundheit** (1) und **Verbesserung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** (2) zuordnen (Beitel et al. 2013).

Die Systempartner (Bund, Länder und Sozialversicherung) haben sich im Bundeszielsteuerungsvertrag für die Periode 2017 bis 2021 unter anderem auf folgende strategische Ziele geeinigt:

- S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
- S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
- S3: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen
- S4: Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben

Die Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Ziele eins bis drei des Bundeszielsteuerungsvertrags können gemeinsam mit den entsprechenden Zielwerten/Zielvorgaben den Triple Aim Zielbereichen (1) **Optimierung der Bevölkerungsgesundheit** (1) sowie (2) **Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** zugeordnet werden.

Für den Zielbereich (3) **Behandlungseffizienz** müssen ein Rahmen und Indikatoren definiert werden. Die Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben wurde als strategisches Ziel definiert. Die Kosten können wie im niederländischen Performancemesssystem den entsprechenden Lebenszyklen und ihren jeweiligen Indikatoren zugeordnet werden. Dazu eignen sich, sofern vorhanden, Gesundheitsausgaben der entsprechenden Kategorien.

Laut OECD (2017) werden zehn Prozent der stationären Gesundheitsausgaben dafür aufgewendet um die Folgen vermeidbarer Fehler und Infektionen zu behandeln. Eine bzw. einer von zehn Patientinnen bzw. Patienten wird während oder aufgrund der Behandlung unnötig geschädigt. Diese Ergebnisse waren unter anderem ein Antrieb für die OECD, auf das Thema ‚unnötige Gesundheitsausgaben‘ aufmerksam zu machen. Das Ziel war es, ineffektive und unnötige Aktivitäten in den Gesundheitssystemen mit Hilfe von ausgewählten Indikatoren zu identifizieren und analysieren (OECD; 2017). Diese können als unnötige Behandlungen sowie unnötige Gesundheitsausgaben bezeichnet werden und sowohl dem Bereich (1) **Optimierung der Bevölkerungsgesundheit** als auch (3) **Behandlungseffizienz** zugeordnet werden.

Welche Indikatoren zur Messung des Zielbereichs (4) **Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und –anbieter** in welchem Rahmen verwendet werden können, muss ebenfalls in einem nächsten Projektschritt geklärt werden.

Ein möglicher Zugang zur Kombination der Zielbereiche 3 und 4 wäre **Value Based Health Care**. Dieser Ansatz dient zur Planung und Lenkung der medizinischen Versorgung größerer Kollektive. Bei der Verwirklichung der Vorstellungen bekommt die ärztliche Profession eine zentrale Rolle (Raspe, 2018). Der Wert einer Versorgungsleistung stellt laut Porter das Verhältnis von Behandlungsergebnis (outcome) zu finanziellem Aufwand dar. Die Outcomes und Kosten sind getrennt zu messen und in ihrer jeweiligen Gesamtheit und ihren Einzelkomponenten aufeinander zu beziehen (ebd.).

Rahmen

Ein Rahmen bzw. Messgerüst muss noch definiert werden. Dieser ist abhängig von den definierten Zielbereichen und Ebenen. Abbildung 8 stellt eine erste Zusammenfassung der Erkenntnisse dar. Auf diesen kann aufgebaut werden.

Ebenen

Die Zielsteuerung Gesundheit sieht vor, dass neben der bundesweit einheitlichen auch eine pro Bundesland individuell festgelegte Ausgestaltung der Inhalte erfolgt. Vor diesem Hintergrund wäre ein Zweiebenenansatz, den das neuseeländische IPIF verfolgt, denkbar. Die Praxistauglichkeit muss geprüft werden.

Bevölkerungsgruppen

In zwei der drei betrachteten Performancemesssystemen werden die Indikatoren den entsprechenden Lebenszyklen bzw. Gesundheitsstadien zugeordnet.

Der Zielsteuerungsvertrag sieht in Artikel 2 ein gemeinsames Zukunftsbild für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für **alle Menschen** in Österreich vor. Dabei hat die **Erhaltung der Gesundheit** einen ebenso hohen Stellenwert wie eine zielgerichtete **Gesundheitsförderung und Prävention**. Eine umfassende Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt einen größtmöglichen Stellenwert (B-ZV, Art. 2, Abs. 1 &4). Der Zielsteuerungsvertrag orientiert sich an den Gesundheitszielen Österreichs sowie an Public Health. Sie setzen sich vor allem für die Erreichung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sowie einer positiven Beeinflussung der Bevölkerung ab der frühen Kindheit ein (BMG, 2012). Aufgrund der Relevanz ist eine getrennte Betrachtung nach den Gesundheitsstadien ‚Geburt & Vorbereitung‘, ‚Gesundheit erhalten‘, ‚Krankheit behandeln‘, ‚Leben mit Krankheit‘ und ‚Pflege am Lebensende‘ denkbar. Diese Trennung würde

einerseits die Lebenszyklen sowie die Bedürfnisse der Personen in den jeweiligen Zyklen berücksichtigen.

Grundsätzlich ist ein Vorgehen, welches die Vorteile der vorgestellten Performancemesssysteme kombiniert, denkbar (vgl. Abbildung 8).

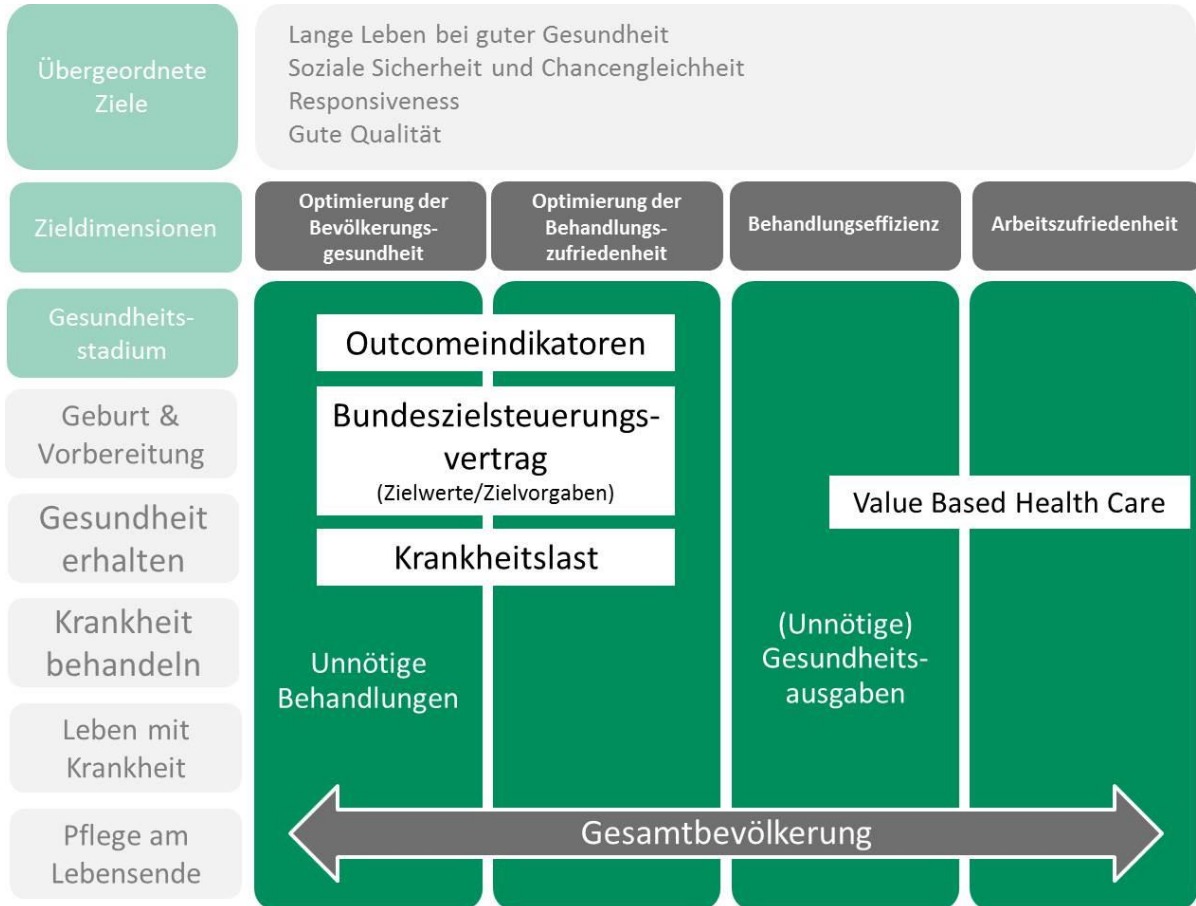


Abbildung 8: Möglicher Rahmen als Grundlage für ein Performancemesssystem

Quelle: Eigene Darstellung

9 Zusammenfassung und Ausblick

In vielen Gesundheitssystemen wurden bereits Performancemesssysteme eingeführt. Ziel dabei war es, die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Systeme zu beschreiben und somit als Entscheidungsgrundlage zu dienen.

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

Eine gemeinsame Zieldefinition und -verfolgung kann dazu beitragen die Chancen von Performancemesssystemen zu nutzen. Die wesentlichste Chance besteht darin, eine ganzheitliche Betrachtung des Gesundheitssystems zu ermöglichen. Risiken, die sich im Rahmen der Performancemessung ergeben können, sollten mitbedacht werden. Diese beziehen sich vor allem auf die Messung, Anreizsetzung, Vertrauen sowie zu starke Politisierung der Messsysteme.

Wie die Ausführungen verdeutlichen, kommen als Basis für die Performance Messung verschiedene Quellen in Betracht.

Literaturverzeichnis

- Ashton T. (2015): Measuring health system performance, a new approach to accountability and quality improvement in New Zealand. *Health Policy* 119, p. 999-1004
- Beitel C., Labek A., Dragosits A., Scheuringer M. (2014). *Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen, Schwerpunkt Outcomes*, SV Grundlagenbericht, Theorie, Outcomes-Framework, Indikatorenvorschlag, Empfehlungen. Wien, 2014 online verfügbar:
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.603013&version=1413959169>; letzter Zugriff: 09.08.2018
- Beitel C., Labek A., Dragosits A., Goltz A., Pfeffer N., Scheuringer M. (2013): *Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen, Schwerpunkt Outcomes*. Wien, 2013, online verfügbar:
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.566524&version=1391184725>; letzter Zugriff: 31.07.2018
- Berman P. (2016). Health Systems Performance. In Scheffler R. (2016). *World Science Handbook of Global Health Economics and Public Policy, Vol. 3 Health System Characteristics and Performance*. New Jersey, World Scientific, p. 269-295
- Bodenheimer T., Sinsky C. (2014). From Triple to Quadruple Aim, Care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, 12, 6, p. 573-576
- Bundesamt für Gesundheit: *Evaluation, Glossar von Evaluationsbegriffen*. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern, 2005
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2012). *Gesundheitsziele Österreich, Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Kurzfassung*. Wien
- 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>; letzter Zugriff: 31.07.2018
- Löffler C., Höck J., Hornung A. et al. (2015). Was macht Ärzte glücklich, Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern, eine repräsentative Querschnittsstudie. *Gesundheitswesen* 2015; 77, p. 927-931
- Lynch T. (2015). A critique of health system performance measurement. *International Journal of health service* 2015, 45(4), p. 743-761
- Mannion R., Braithwaite J. (2012). Unintended consequences of performance measurement in healthcare, 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Int Med J. R Australasian College Physicians*. 2012; 5, p. 569-574
- Navarro V. (2001). The new conventional wisdom, an evaluation of the who report, health systems improving performance. *Int J Health Services*. 2001; 31 (1), p. 23-33
- OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health, Highlights*. OECD Publishing, Paris. Online verfügbar:
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf>; letzter Zugriff: 22.11.2018
- Pfaff H., Schrappe M. (2011). *Einführung in die Versorgungsforschung*. In: Pfaff et al. (2011). *Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik, Methodik, Anwendung*. 1. Auflage, Schattauer, Stuttgart
- Raspe H. (2018). Value based health care (VbHC), woher und wohin. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)*, 130, p. 8-12
- 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, p. 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