

Internationales Benchmarking von Gesundheitssystemen

Ansatz zur Problemlösung?

Tobias Wente
Christoph Vauth

Oktober 2003

Diskussionspapier Nr. 286

ISSN 0949 -9962

JEL Klassifikation: I11, I18, I19

Zusammenfassung

Die Gesundheitssysteme stehen weltweit zur Diskussion. Kann internationales Benchmarking ganzer Gesundheitssysteme dazu beitragen, Lösungen für deren Probleme zu finden? Diese Arbeit stellt drei aktuelle Ansätze solcher Vergleiche vor. Hierbei werden die Erkenntnisse ebenso erläutert wie die Probleme, vor deren Hintergrund diese betrachtet werden müssen. Insgesamt stellt sich heraus, dass die beschriebenen groben Vergleiche ganzer Systeme nicht dazu geeignet erscheinen, konkrete Lösungen aufzuzeigen. Aber sie erregen weltweite Aufmerksamkeit, so dass öffentlichkeitswirksamer Druck auf die politischen Entscheidungsträger aufgebaut wird, die dadurch angehalten werden, notwendige Reformen anzustoßen.

Abstract

The health systems are discussed worldwide. Is international benchmarking of whole health systems a potential tool to give answers to their problems? This paper introduces three current concepts of such comparisons. Their findings are explained as well as the problems, which are the background ahead of which those results have to be contemplated. Overall there is the conclusion that the rough comparisons of whole systems as described don't seem to be qualified to show up concrete solutions. But they create worldwide attention, so that public pressure on the political decision makers is built up, which invites these to start necessary reforms.

Stichwörter:

Benchmarking, Vergleich, Gesundheitssystem, Health System, Performance

*Universität Hannover, Institut für Versicherungsbetriebslehre, Königsworther
Platz 1, 30167 Hannover
cv@ivbl.uni-hannover.de*

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
2. Definitionen und Begriffsbestimmungen.....	2
2.1 Was ist unter „Internationalem Benchmarking“ zu verstehen?	2
2.2 Die Bewertungs- und Vergleichskriterien	3
2.3 Dimension des Gesundheitswesens	4
3. Ansätze im Internationalen Benchmarking.....	5
3.1 Der Bewertungsrahmen der WHO	5
3.2 Der Bewertungsrahmen der OECD.....	10
3.3 Der Ansatz von Evans und anderen – Eine erste Weiterentwicklung	13
4. Erkenntnisse aus internationalen Vergleichen	14
4.1 Das Ziel Gesundheit.....	14
4.2 Ist die Ansprechempfindlichkeit der Systeme gewährleistet?.....	16
4.3 Finanzielle Belastung	17
4.4 Gesamtvergleich	18
5. Probleme des internationalen Benchmarking.....	19
5.1 Vergleichbarkeit von Gesundheitssystemen und Staaten.....	20
5.2 Daten	21
5.3 Indikatorprobleme	21
5.4 Konkrete Kritik am Ansatz der WHO	22
6. Schlussbetrachtung und Ausblick	24
Literaturverzeichnis.....	27

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Mögliche Gliederung des Gesundheitssystems	4
Abbildung 2: Hauptziele eines Gesundheitssystems nach dem WHO-Ansatz....	7
Abbildung 3: Zielgewichtung für ganze Gesundheitssysteme nach der WHO ..	10
Abbildung 4: Hauptziele eines Gesundheitssystems nach dem OECD-Ansatz	12
Abbildung 5: Ausgewählte Ergebnisse der WHO.....	18
Abbildung 6: Vergleich der Zielgewichtung nach WHO und standardisiert	23

Abkürzungsverzeichnis

Bd.	Band
bzw.	beziehungsweise
DALE	Disability-adjusted life expectancy
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
et al.	et altera
ff	fort folgend
HALE	Health adjusted life expectancy
Hrsg.	Herausgeber
i. e. S.	im engen Sinne
i. w. S.	im weiten Sinne
No.	Numero
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
S.	Seite
US \$	United States Dollar
Vgl.	Vergleiche
Vol.	Volume
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Die Gesundheitssysteme stehen weltweit zur Diskussion. Insbesondere in den reichen Industriestaaten beschäftigen sich Gesetzgeber mit der Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung, um diese auch zukünftig sichern zu können. Drastisch steigende Gesundheitskosten, hervorgerufen durch gewachsene Ansprüche, die rasante Weiterentwicklung der medizinischen Technologie und alternde Bevölkerungen zwingen sie dazu.¹ Schließlich repräsentiert das Gesundheitswesen hier oftmals den größten Service-Sektor mit einem entsprechend großen Anteil am Bruttoinlandsprodukt und den öffentlichen Ausgaben.² Aber auch in ärmeren Ländern wird nach einer effizienteren Ressourcenverwendung im Gesundheitsbereich gesucht, um die Bevölkerung auch mit begrenzten Mitteln möglichst optimal versorgen zu können.³ Wo aber gibt es Verbesserungspotenziale und wo sollte man mit den notwendigen Reformen ansetzen? Und wie wird ermittelt, ob Reformprogramme erfolgreich sind bzw. waren oder nicht?⁴ Eventuell können auch Reformansätze aus anderen Ländern übernommen werden, so dass gute Ideen nicht zweimal erdacht werden müssen und unnötige Fehler bereits im Ansatz vermieden werden können.⁵ Um dies zu ermöglichen, werden internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen vorgenommen.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Grundvoraussetzungen, die für relativ grobe Vergleiche geschaffen werden müssen. Diese groben Vergleiche, die auf stark aggregierten Daten beruhen, richten sich insbesondere an Politiker, die an Details selten interessiert sind, aber den ersten Anstoß für Reformen und Effizienzverbesserungen im Gesundheitswesen geben müssen.⁶ Die Arbeit soll als Diskussionsgrundlage zur Beurteilung der Sinnigkeit solcher groben

¹ Vgl. Hurst, J (2000), S. 751 sowie Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 8.

² Vgl. Johnston, DJ; Rock (2002), S. 3 und Thai, KV et al. (2002), S. 543.

³ Vgl. Sadana, R; Pang, T (2003), S. 159.

⁴ Vgl. Evans, DB (2002), S. 197.

⁵ Vgl. Mannion, R; Goddard, M (2002), S. 21 sowie Mosseveld, CJSM van; Son, S van (1999), S. 23.

⁶ Vgl. Evans, DB (2002), S. 207.

Vergleiche auf internationaler Ebene dienen. Hierzu wird zunächst ein kurzer einleitender Überblick über die wichtigsten Begriffe in diesem Zusammenhang gegeben. Nachfolgend werden drei aktuelle Ansätze zur Entwicklung von Bewertungssystemen vorgestellt, deren Ergebnisse anschließend für Vergleiche herangezogen werden. Es schließt sich die Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse aus diesen Gegenüberstellungen an, der die Erläuterung der Probleme, die sich sowohl bei der Bewertung und somit auch für die folgenden Vergleiche ergeben, folgt. Abschließend kommt es zu einer Schlussbetrachtung, in der die Möglichkeiten und Grenzen des in dieser Arbeit beschriebenen internationalen Benchmarkings aufgezeigt werden.

2. Definitionen und Begriffsbestimmungen

Um die Ansätze, Erkenntnisse und Probleme des internationalen Benchmarking diskutieren, analysieren und verstehen zu können, bedarf es eindeutiger Definitionen der relevanten Größen und eines einheitlichen Vokabulars. Diese Voraussetzungen sollen in diesem Kapitel erarbeitet werden.

2.1 Was ist unter „Internationalem Benchmarking“ zu verstehen?

Nach CZARNECKI ist Benchmarking der Austausch von Leistungsinformationen, um die Anwendung zu identifizieren, die in vergleichbaren Systemen zum besten Ergebnis führt. Hierbei wird in drei Schritten vorgegangen. Zunächst müssen entsprechende Vergleichsdaten erhoben werden. Anschließend werden die besten Leistungserbringer einer Gruppe ermittelt, um die Elemente ihres Systems, die ihnen den Leistungsvorsprung verschaffen, herauszufiltern und in andere Systeme übernehmen zu können.⁷ Diese Arbeit beschäftigt sich vornehmlich mit den ersten beiden der hier beschriebenen Schritte.

⁷ Vgl. Czarnecki, MT (1995), S. 1:2.

Auf internationale Vergleiche im Gesundheitswesen bezogen kann Benchmarking in drei Arten unterteilt werden: Benchmarking von ganzen Systemen, von einzelnen Sektoren oder auch von unterschiedlichen Personengruppen. Vergleiche von ganzen Gesundheitssystemen zielen darauf ab, die Effizienz und Effektivität der Systeme einzelner Länder, wie beispielsweise der Bundesrepublik Deutschland oder Frankreichs, als Ganzes gegenüber zu stellen. Vom Benchmarking einzelner Gesundheitssektoren wird gesprochen, wenn unterschiedliche Sektoren wie z. B. die ambulante Versorgung oder die Arzneimittelversorgung in verschiedenen Ländern verglichen werden.⁸ Das internationale Benchmarking einzelner Akteure zielt darauf ab, die Leistung der verschiedenen Gruppen, die im Gesundheitswesen tätig sind, zu vergleichen. Hebammen, Fachärzte und Krankenschwestern wären beispielsweise solche Personengruppen.⁹ Wie bereits in der Einleitung erwähnt, behandelt diese Arbeit lediglich das Benchmarking ganzer Gesundheitssysteme.

2.2 Die Bewertungs- und Vergleichskriterien

Ein in der gesamten Ökonomie wichtiges Kriterium ist die Effektivität. Diese kann zwar als Maßstab dafür verwendet werden, inwiefern ein System ein vorgegebenes Ziel überhaupt erreicht (Grad der Zielerreichung / Wirksamkeit).¹⁰ Sie sagt allerdings nichts über das Wie aus. Ressourcenverschwendungen bzw. die Missachtung des ökonomischen Prinzips bleiben so unaufgedeckt und können sogar zu einer positiven Beurteilung führen.¹¹

Von der Effektivität ist die Effizienz abzugrenzen. Diese bezeichnet das Verhältnis der eingesetzten Mittel zum erreichten Ziel. Sie gibt somit das ökonomische Prinzip wieder. Bei der Effizienzermittlung im Gesundheitswesen wird dabei in der Regel das Maximumprinzip angewendet. Danach ist eine

⁸ Zwei Beispiele hierfür stellen Mosseveld, CJSJM van; Son, S van (1999) und Kupsch, S et al. (2000) dar.

⁹ Vgl. Girard, J-F; Minvielle, E (2002), S. 341.

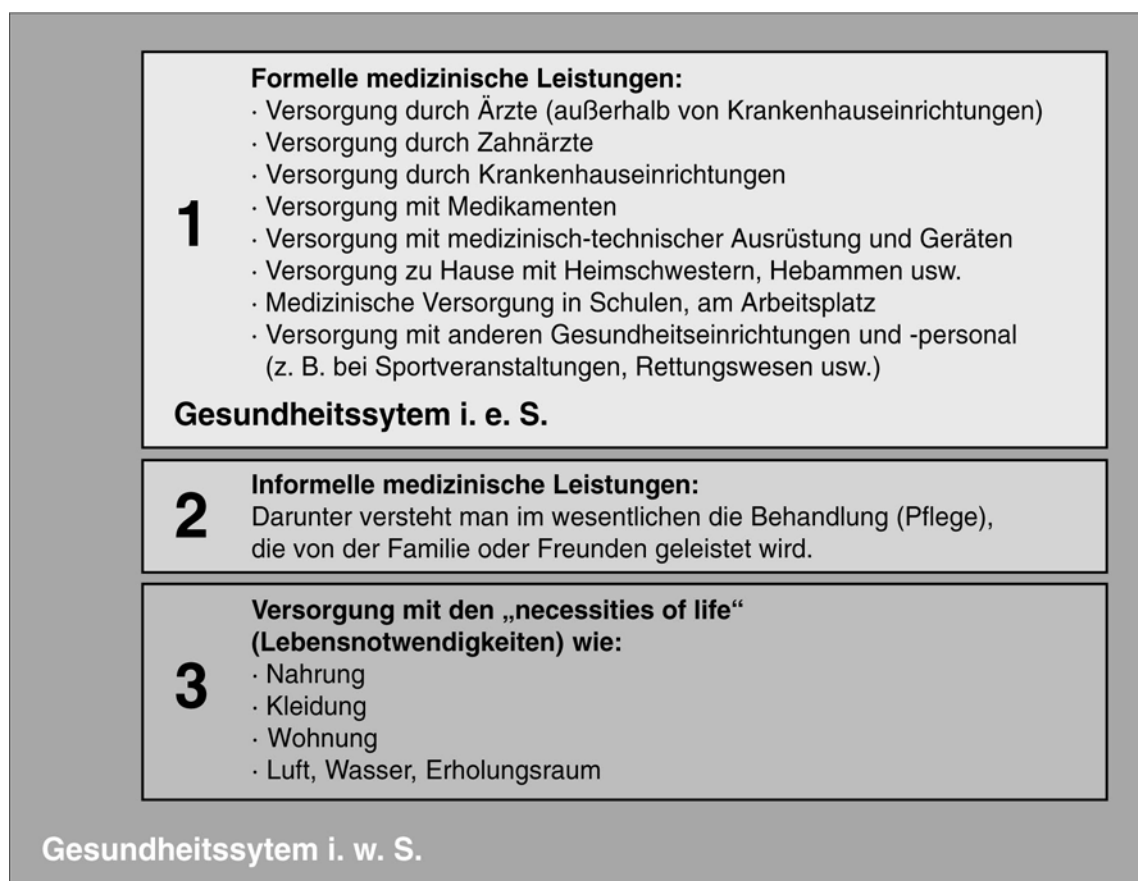
¹⁰ Vgl. Weissenböck, H (1974), S. 9.

Maßnahme effizient, wenn sich mit einem gegebenen Ressourceneinsatz ein maximales Ergebnis erreichen lässt.¹²

2.3 Dimension des Gesundheitswesens

Um zu verdeutlichen, was unter einem Gesundheitssystem überhaupt zu verstehen ist, wird nachfolgend eine Aufschlüsselung in Anlehnung an Andersen et al. herangezogen:

Abbildung 1: Mögliche Gliederung des Gesundheitssystems



Quelle: In Anlehnung an Andersen, R et al. (1970), S. 6.

Allein anhand dieser Übersicht wird bereits deutlich, wie stark das Gesundheitswesen mit allen Bereichen des Lebens verzahnt ist und welche

¹¹ Vgl. WHO (2000), S. 40.

¹² Vgl. DKI (1981), S. 9 und Klausning, M (1981), S. 33 ff.

Schwierigkeiten sich damit für dessen Bewertung und Vergleichbarkeit ergeben.¹³

3. Ansätze im Internationalen Benchmarking

Um Vergleiche im Gesundheitswesen vornehmen zu können, sollte zunächst ein Bewertungsrahmen konstruiert werden, anhand dessen die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen gemessen, analysiert und verglichen werden kann.¹⁴ Nachdem zwar schon seit den 1960er Jahren die Wichtigkeit der Bewertung von Leistungen im Gesundheitswesen erörtert wird, gibt es erst seit Anfang der 1990er Jahre ernstzunehmende Bestrebungen auf inter-nationaler Ebene solche Bewertungsrahmen zu entwickeln.¹⁵ In diesem Kapitel werden drei aktuelle Ansätze vorgestellt.

3.1 Der Bewertungsrahmen der WHO

Im Jahr 2000 erstellte die World Health Organization (im Folgenden WHO abgekürzt) einen solchen Rahmen zur Bewertung von Gesundheitssystemen, um einen Vergleich ihrer 191 Mitgliedsstaaten zu ermöglichen. Dieses Bewertungssystem, das erstmals im World Health Report 2000 Anwendung fand,¹⁶ stellt den ersten umfassenden Ansatz dar, der internationale Durchsetzungskraft entfalten könnte. Er kann somit auch als das derzeitige Standardwerk in diesem Forschungsgebiet bezeichnet werden, an dem sich andere Ansätze orientieren bzw. anlehnen.¹⁷

Die Grenzen des zu bewertenden Gesundheitssystems werden von der WHO durch das Konzept der ‚health actions‘ bestimmt. ‚Health actions‘ sind hierbei definiert als jede Kombination von Aktivitäten, die in erster Linie dazu dienen,

¹³ Vgl. Weissenböck, H (1974), S. 4

¹⁴ Vgl. Czarnecki, MT (1995), S. 1:3 sowie Kapitel 2.1, S. 2.

¹⁵ Vgl. Schieber, GJ; Poullier, J-S (1990), S. 9.

¹⁶ Vgl. Evans, DB (2002), S. 197 und WHO (2000).

¹⁷ Vgl. Girard, J-F; Minvielle, E (2002), S. 340.

die Gesundheit zu steigern oder zu erhalten.¹⁸ HURST und JEE-HUGHES formulieren dies folgendermaßen: „The health system itself is defined widely, to embrace all ‚health actions‘ whose primary intent is to improve or maintain health.“¹⁹

Die WHO definiert hierbei zunächst Ziele, die ein Gesundheitssystem erreichen sollte. Sie unterscheidet diese in ureigene und mittelbare bzw. instrumentelle Ziele. Die instrumentellen Ziele unterstützen dabei lediglich die Erreichung der ureigenen Ziele und dienen als Erklärung für Messergebnisse, werden aber selber nicht erfasst. Gemessen werden ausschließlich die drei ureigenen Hauptziele, die einen Selbstzweck besitzen.²⁰ „... the concept of performance is centred around three fundamental goals: improving health, enhancing responsiveness to the expectations of the population, and assuring fairness of financial contribution.“²¹ Ausgehend von diesen drei Hauptzielen, die nachfolgend genauer erörtert werden, entwickelt die WHO anschließend Messmethoden und ermittelt die Haupteinflussgrößen auf deren Erreichung.²²

Beim Ziel der Gesundheitsverbesserung handelt es sich eindeutig um das zentrale Ziel des Gesundheitssystems, ohne das dieses keine Daseinsberechtigung hätte. Es umfasst sowohl die Anhebung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes, als auch die Reduzierung von Ungerechtigkeiten bei der Gesundheitsversorgung einer Bevölkerung.²³

Das Ziel der Ansprechempfindlichkeit bzw. der Reaktion des Systems auf die Klientenerwartungen setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Zum einen wird der Respekt für den Menschen genannt. Dieser äußert sich in der Wahrung der Menschenwürde, der Vertraulichkeit beim Umgang mit medizinischen Daten, und dem Selbstbestimmungsrecht für Individuen und

¹⁸ Vgl. Murray, CJL; Frenk, J (2000), S.717 sowie Evans, DB (2002), S. 197-198.

¹⁹ Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 9.

²⁰ Vgl. WHO (2000), S. 24 sowie Evans, DB (2002), S. 198.

²¹ Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 717.

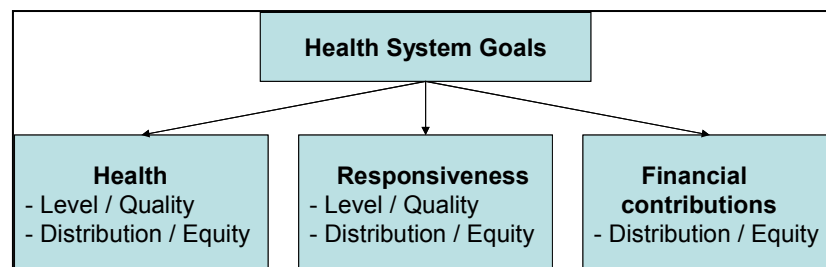
²² Vgl. Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 718.

²³ Vgl. Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 717 sowie WHO (2000), S. 23.

Familien bezüglich ihrer Gesundheit, sprich ob und wie man sich behandeln lassen möchte oder nicht. Zum anderen spielt die Klientenorientierung beziehungsweise Kundenzufriedenheit eine gewichtige Rolle. Diese umfasst kurze Wartezeiten, Zugang zu unterstützenden Netzwerken während der Pflege, die Qualität des Grundangebotes und die freie Wahl der Anbieter von Gesundheitsleistungen. Auch bei diesem Ziel werden sowohl der Durchschnitt als auch die gerechte Verteilung der Leistung betrachtet.²⁴

Unter dem Ziel der Gerechtigkeit des finanziellen Beitrags versteht die WHO, dass jeder Haushalt entsprechend seinen Möglichkeiten an den gesamten Gesundheitskosten eines Landes beteiligt werden soll. Dies kann auch bedeuten, dass ein Haushalt eventuell nichts beisteuern muss, aber dennoch Leistungen in Anspruch nehmen kann. Die Intention, die hinter diesem Ziel steckt, ist der Wunsch, dass niemand aufgrund von Krankheit und der damit verbundenen Kosten in existenzbedrohende finanzielle Schwierigkeiten geraten soll.²⁵

Abbildung 2: Hauptziele eines Gesundheitssystems nach dem WHO-Ansatz



Quelle: Vgl. Murray, CJL and Frenk, J (2000), S. 721.

Wie auch bei anderen im Englischen verfassten Ansätzen üblich, spricht die WHO von der Performance des Systems, die gemessen und anschließend beurteilt und verglichen wird. Diese Performance, die als Leistung oder auch Zielerfüllung übersetzt werden könnte, umfasst größtenteils bloße Effektivitäts- aber auch Effizienzaspekte.²⁶

²⁴ Vgl. WHO (2000), S. 31 sowie Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 717.

²⁵ Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 717.

²⁶ Vgl. Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 722.

So bildet die Gegenüberstellung absoluter Effektivitätskennzahlen, wie beispielsweise der Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr in US \$ oder der Lebenserwartung, den größten Teil des WHO-Vergleiches.²⁷ Die WHO kreiert aber auch zwei direkte Effizienzindikatoren, die auch ohne Vergleich Aussagekraft besitzen und mit deren Hilfe sie ein internationales Ranking nach der Gesundheitssystemeffizienz erstellt.²⁸ Der Effizienzindikator für das Gesamtsystem ist beispielsweise wie folgt definiert: „Efficiency is how well we achieve the socially desired mix of the five components of the three goals, compared to the available resources.“²⁹

Um nun die Effizienz eines Gesundheitssystems zu ermitteln, wird der aktuelle Zustand mit dem Minimal- und dem Maximalzustand verglichen. Das Maximum stellt dabei das maximal Erreichbare eines Zieles bei gegebenen Ressourcen dar. Das Minimum wird in der Regel als null angenommen, wenn es keinen Mitteleinsatz gibt. Dies gilt jedoch nicht für den Bereich Gesundheit. Auch ohne Gesundheitssystem gibt es immer eine „Grundgesundheit“. Das heißt sehr einfach ausgedrückt, dass auch ohne spezielles Gesundheitssystem Leben unter Gesundheit möglich ist, bzw. nicht für alle der sofortige Tod eintritt.³⁰

Das Minimum wird folglich definiert als der Zustand bzw. das Gesundheitsniveau, das ohne Vorhandensein eines Gesundheitssystems, also bei einem Ressourceneinsatz von null, erreichbar wäre. Dieses Minimum wird auf der Basis von Daten vom Anfang des 20. Jahrhunderts, also vor Entstehung moderner Gesundheitssysteme, verbunden mit diversen Wachstumsraten geschätzt. Die Effizienz beträgt 1 beziehungsweise 100 %, wenn das mit dem gegebenen System und den gegebenen Ressourcen maximal Erreichbare vom System geleistet wird.³¹

²⁷ Vgl. WHO (2000), S. 40.

²⁸ Vgl. WHO (2000), S. 41.

²⁹ Murray, CJL; Frenk, J (1999), S. 9.

³⁰ Vgl. Evans, DB et al. (2001), S. 307.

³¹ Vgl. Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 722 und Evans, DB et al. (2001), S. 307.

Es werden hier beispielhaft für die WHO nur zwei Effektivitätsindikatoren und die Bildung eines Effizienzindikators dargestellt, da ansonsten der Rahmen dieser Arbeit gesprengt würde.³² Zunächst wird der Indikator für die Bewertung des Zieles des bestmöglichen Gesundheitszustandes einer Bevölkerung beschrieben. Anschließend folgt die Erläuterung, wie die WHO zu einem sehr stark zusammengefassten Indikator zur Bewertung der Effektivität des gesamten Gesundheitssystems gelangt und diesen zum Effizienzmaßstab ausbaut.

„To assess overall population health and thus to judge how well the objective of good health is being achieved, WHO has chosen to use disability-adjusted life expectancy (DALE)...“³³ Diese um Behinderungen bereinigte Lebenserwartung ergibt sich aus der absoluten Lebenserwartung, korrigiert um einen Teil der Lebensjahre, die unter der Last einer Behinderung verbracht werden.³⁴

Bei der Ermittlung des ersten von der WHO entwickelten Gesamtsystemindikators³⁵ werden der eben genannte und vier weitere Indikatoren, wie zum Beispiel der Beitrag zu den Gesundheitskosten in Prozent der Zahlungsfähigkeit jedes einzelnen Haushaltes, der zur Beurteilung der fairen finanziellen Belastung herangezogen wird, zu einer Zahl zusammengefasst.³⁶ Die Gewichtung der drei Hauptziele und der daraus resultierenden fünf Komponenten der Messung wird dabei wie in Abbildung 3 auf Seite 10 zu sehen vorgenommen.

Um mit Hilfe dieses aggregierten Effektivitätsindikators nun die Effizienz beurteilen zu können, wird er in Relation zum Gesamtinput des Systems gesetzt. Da alle Ressourceneinsätze, wie die Anzahl der Ärzte oder

³² Für einen detaillierten Einblick in die Materie wird auf den bereits mehrfach zitierten Artikel von Murray und Frenk (2000) und auf den Weltgesundheitsbericht 2000 (WHO [2000]) verwiesen.

³³ WHO (2000), S. 27.

³⁴ Siehe auch Kapitel 3.3, S. 13.

³⁵ Vgl. Brundtland, GH (2001), S. 4.

³⁶ Vgl. WHO (2000), S. 35-39.

Krankenschwestern zum Beispiel, letztendlich vom finanziellen Aufwand abhängen, werden von der WHO die Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr, gemessen in US \$, als Wert des gesamten Ressourceneinsatzes herangezogen.³⁷ Die so kreierte Kennziffer wird anschließend mit dem minimal und maximal durch das Gesundheitssystem Erreichbaren verglichen.

Abbildung 3: Zielgewichtung für ganze Gesundheitssysteme nach der WHO

Ziel	Komponente	Gewichtung	
Fair financial contribution:	Distribution or equality	25 %	
Responsiveness:	Overall or average	12,5 %	25 %
	Distribution or equality	12,5 %	
Health (disability-adjusted life expectancy):	Overall or average	25 %	50 %
	Distribution or equality	25 %	

Quelle: In Anlehnung an WHO (2000), S. 39.

3.2 Der Bewertungsrahmen der OECD

Während der Hauptgrund der WHO für das Erstellen eines Bewertungsrahmens offensichtlich der Wunsch nach einer weltweiten Angleichung des Gesundheitsstandards auf einem möglichst hohen Niveau ist,³⁸ liegt das Hauptmotiv bei der Organisation for Economic Co-operation and Development (im Folgenden kurz OECD genannt) in der zu erwartenden deutlichen Zunahme der Gesundheitsausgaben in ihren Mitgliedsstaaten resultierend aus deren stark alternden Bevölkerungen und neuer kostenintensiver Technologien.³⁹ Da

³⁷ Vgl. WHO (2000), S. 40.

³⁸ Vgl. Sadana, R; Pang, T (2003), S. 159.

³⁹ Vgl. Hurst, J (2000), S. 751 and 756.

viele Aspekte von der WHO übernommen werden, werden bei der Darstellung des Ansatzes lediglich die Abweichungen genauer erörtert.

Das Gesundheitssystem, welches die OECD betrachtet, ist wesentlich enger definiert als das der WHO. Dies hängt damit zusammen, dass nicht alle Aktivitäten, die in irgendeiner Art und Weise den Gesundheitsstatus der Bevölkerung beeinflussen, berücksichtigt werden. Lediglich direkt zuordenbare Institutionen und Tätigkeiten werden unter dem Begriff Gesundheitssystem verstanden.⁴⁰ Um äußere Einflüsse auf die Leistung des Systems dennoch nicht außer Acht zu lassen, wird stellvertretend für diese das Bildungsniveau als Indikator herangezogen.

Auch die OECD verfolgt den Ansatz, die Leistungsfähigkeit und Effizienz eines Gesundheitssystems zu messen und zu beurteilen, indem sie von den Zielen ausgeht, für deren Erreichen ein Gesundheitssystem überhaupt existiert. So wurden die drei bereits bei der WHO genannten Hauptziele nahezu unverändert übernommen.⁴¹ Nachfolgend werden zwei wichtige Korrekturen wiedergegeben.

Abweichend von der WHO fasst die OECD das Ziel der Ansprechempfindlichkeit etwas weiter. So ist die OECD der Meinung, dass der Zugang zum Gesundheitssystem als ein Bestandteil dieses Zieles angesehen werden sollte, der dazu beitragen kann, es zu erreichen und dementsprechend auch durch Messungen erfasst werden sollte. Die WHO hingegen sieht den Zugang zum Gesundheitssystem lediglich als instrumentelles Ziel an, das keiner speziellen Messung bedarf.⁴² Des Weiteren schlägt die OECD vor, das Niveau der Gesundheitsausgaben als Ziel mit einzubeziehen.⁴³ Die WHO lehnt dies mit dem folgenden Argument ab: „... it is always desirable to achieve more

⁴⁰ Siehe Kapitel 2.3, S. 4.

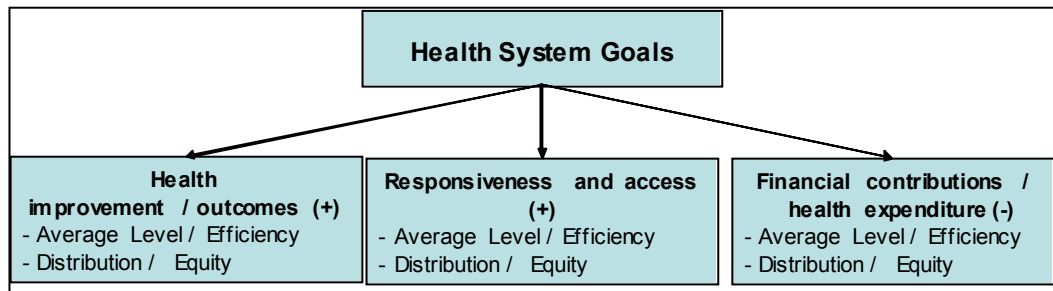
⁴¹ Vgl. Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 10.

⁴² Vgl. WHO (2000), S. 24.

⁴³ Vgl. Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 10.

health and more responsiveness, [but] it is not intrinsically valuable to spend an ever-increasing amount of money on the health system.“⁴⁴

Abbildung 4: Hauptziele eines Gesundheitssystems nach dem OECD-Ansatz



Quelle: Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 28.

Ausgehend von den Korrekturen am Bewertungsrahmen der WHO entwickelt die OECD zwei Konzepte der Effizienz. Zum einen das Konzept der mikroökonomischen Effizienz. Diese vergleicht die Produktivität des Gesundheitssystems, also die Gesundheit und die Ansprechempfindlichkeit pro US \$, mit einer Schätzung der maximal erreichbaren Produktivität bei einem gegebenen Ressourceninput. Zum anderen das Konzept der makroökonomischen Effizienz. Diese untersucht, wie eine Veränderung des Ressourceneinsatzes, der für das Gesundheitssystem verwendet wird, die Ziele Gesundheit und Ansprechempfindlichkeit näher an oder weiter weg vom angestrebten Niveau im Vergleich mit anderen Waren und Dienstleistungen bringt.⁴⁵

Im Gegensatz zur WHO misst die OECD differenzierten Analysen eine höhere Priorität bei. Folglich erfolgt auch die Effizienzmessung nicht anhand von stark aggregierten Indikatoren, sondern anhand von vielen verschiedenen Messgrößen. Außerdem greift die OECD in zahlreichen Bereichen auf Indikatoren zurück, die in ihren Mitgliedsstaaten entwickelt wurden, und dort auf nationaler Ebene Anwendung finden, anstatt eigene Bewertungsmaßstäbe zu definieren.⁴⁶

⁴⁴ Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 721.

⁴⁵ Vgl. Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 10.

⁴⁶ Vgl. Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 11-15.

3.3 Der Ansatz von Evans und anderen – Eine erste Weiterentwicklung

Bei der Entwicklung eines Bewertungs- und Vergleichskonzeptes durch EVANS (2001) handelt es sich weniger um einen eigenen Ansatz, als vielmehr um eine konsequente Weiterentwicklung aber auch Vereinfachung des Bewertungsrahmens der WHO. Wie bei der WHO wird auch hier die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von 191 Staaten verglichen.

David B. EVANS konzentriert sich dabei jedoch lediglich auf das Ziel der Gesundheitsverbesserung. Er entwickelt einen Indikator zur Messung der Effizienz bezüglich der Erreichung dieses Zieles. Die anderen beiden bereits oben genannten Ziele der Ansprechempfindlichkeit und des fairen Beitrags zur Finanzierung des Systems lässt er außer Betracht, da deren Einbeziehung seiner Meinung nach nur zu geringfügig anderen Ergebnissen führt.

Eine weitere Abweichung ergibt sich bei der Ermittlung des mit den jeweils gegebenen Ressourcen von einem Gesundheitssystem maximal erreichbaren Gesundheitsniveaus. Dieses wird zur Beurteilung der Effizienz des Systems benötigt. Von der WHO werden hierzu Interventionen definiert, anschließend deren Kosten und Ergebnisse geschätzt und zu guterletzt diejenigen ausgewählt, die zum Maximum führen. Die Schätzung des Maximums bei EVANS basiert hingegen auf einer Auswahl an beobachteten Inputs und Ergebnissen und deren geschätzten Relationen zueinander.⁴⁷

Zu Differenzen kommt es auch bezüglich des Bewertungsmaßstabes. Während die WHO im Jahr 2000 zur Messung und Bewertung der Gesundheitsverbesserung beziehungsweise des Gesundheitszustandes noch von der um Behinderung korrigierten Lebenserwartung (DALE) spricht, prägt EVANS den Begriff der „Healthy life expectancy“. Diese weniger irreführende Bezeichnung des Indikators wurde von der WHO im World Health Report 2002

⁴⁷ Vgl. Evans, DB et al. (2001), S. 307.

als „Health adjusted life expectancy (HALE)“ übernommen.⁴⁸ Der Indikator wird von EVANS wie folgt definiert:

„Healthy life expectancy builds on the concept of life expectancy. Life expectancy is adjusted to allow for the fact that people live part of their lives in less than full health. These states are given weights between 0 and 1 to reflect their severity compared with full health (valued at 1). ...Taking into account these weights, ill health and its consequences reduce healthy life expectancy by between 5 and 11 years across 191 countries.“⁴⁹

Um nun zum bereits angesprochenen Effizienzindikator zu gelangen, setzt EVANS diese HALE zum Ressourceninput in das Gesundheitssystem und die äußeren Einflüsse auf dieses zueinander in Relation. Der Ressourceninput wird hierbei gleichgesetzt mit den Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr. Für die äußeren Einflüsse wird stellvertretend die durchschnittliche Anzahl an Schuljahren in der erwachsenen Bevölkerung herangezogen. Um Schätzungsungenauigkeiten zu berücksichtigen, wurde ein Unsicherheitsintervall für jedes Land ermittelt, das anschließend auch beim Ranking der einzelnen Gesundheitssysteme einbezogen wurde.⁵⁰

4. Erkenntnisse aus internationalen Vergleichen

4.1 Das Ziel Gesundheit

Was den Gesundheitsstatus der Gesamtbevölkerung betrifft, so gibt es weltweit sehr große Differenzen bei der Gesundheitsversorgung. Weit mehr als die Hälfte der WHO-Mitgliedsstaaten, und diese umfassen nahezu die gesamte Welt, weisen eine DALE⁵¹ von über 60 Jahren auf. Aber bei nicht weniger als 32

⁴⁸ Vgl. WHO (2002), S. 172.

⁴⁹ Evans, DB et al. (2001), S. 307.

⁵⁰ Vgl. Evans, DB et al. (2001), S. 307-308.

⁵¹ Vgl. die Kapitel 3.1, S. 5 ff. bzw. 3.3, S. 13.

Ländern wird die DALE auf nicht einmal 40 Jahre geschätzt. Ein eindeutiger Zusammenhang scheint zu Epidemien wie HIV/AIDS zu bestehen.⁵² Die Effizienz der Gesundheitsversorgung ist zudem positiv mit den Ausgaben im Gesundheitswesen verknüpft. Bis zu einem Betrag der Gesundheitsausgaben von 80 US \$ pro Kopf und Jahr steigt diese rapide an.⁵³

Des Weiteren wird deutlich, dass durchschnittlich sieben Lebensjahre unter Krankheit verlebt werden. Diese Zahl gilt einheitlich für alle Länder, was einen weitgehend einheitlichen Gesundheitsstandard vermuten lässt. Werden diese sieben Jahre allerdings in Relation zur Gesamterwartung gesetzt, so führt dies zu großen Diskrepanzen. Es wird offensichtlich, dass gerade Menschen in armen Regionen einen größeren Teil ihres Lebens unter der Bürde einer Krankheit verbringen müssen.⁵⁴

Zur Beurteilung der Gleichheit beziehungsweise Gerechtigkeit der Versorgung mit dem Gut Gesundheit zieht die WHO beispielsweise die Gleichheit der Geburten- und Erwachsenensterblichkeit als auch der Lebenserwartung und der DALE heran. Als Gerecht wird demnach eine Verteilung angesehen, wenn alle Menschen diesbezüglich dieselben Erwartungen hätten.⁵⁵

Auch hierbei stellt sich heraus, dass reiche Länder einen Vorteil haben, hauptsächlich, weil die Geburtensterblichkeit bei ihnen sehr niedrig ist. Am besten schneiden folglich auch europäische, sowie einige südamerikanische Länder ab. Insbesondere die afrikanischen Staaten südlich der Sahara weisen hier schlechte Ergebnisse auf. Es wird ebenfalls augenscheinlich, dass Ungleichheiten bei der Lebenserwartung stark von der sozioökonomischen Klasse innerhalb der Länder abhängen, zu der jemand gehört.⁵⁶

⁵² Vgl. WHO (2000), S. 27-28.

⁵³ Vgl. Evans, DB et al. (2001), S. 308.

⁵⁴ Vgl. Osterkamp, R (2001), S. 9 sowie WHO (2000), S. 27-28.

⁵⁵ Vgl. WHO (2000), S. 29.

⁵⁶ Vgl. WHO (2000), S. 28-31.

4.2 Ist die Ansprechempfindlichkeit der Systeme gewährleistet?

Was diesen Punkt betrifft, so lässt sich zunächst festhalten, dass der Begriff Ansprechempfindlichkeit, wie er in diesem Kontext benutzt wird, sehr subjektiv wahrgenommen wird. So werden arme Menschen weniger erwarten als reiche. Folglich erscheinen Korrekturen der Messungen bezüglich Reichtum und Kultur notwendig.

Das durchschnittliche Niveau der Ansprechempfindlichkeit der Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse ihrer Patienten gibt ein gemischtes Bild wieder. Die Elemente Respekt für den Menschen und Vertraulichkeit werden weltweit bereits gut umgesetzt. Anders sieht es bei kostenintensiven Elementen aus. So sind die freie Auswahl der Anbieter von Gesundheitsleistungen und die unverzügliche Behandlung für viele Menschen nicht garantiert. Auch die Selbstbestimmung, ob und welche Behandlung ein Patient in Anspruch nehmen möchte, ist nur selten gewährleistet.⁵⁷ Obwohl auch bezüglich dieses Zieles ein klarer Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben und der durchschnittlichen Zufriedenheit besteht,⁵⁸ sind die Vorteile der wohlhabenden Staaten hier nicht so stark ausgeprägt wie bei der Gesundheit als solche, da viele Elemente auch ohne hohe Kosten realisiert werden können.⁵⁹

Was die Gleichheit beziehungsweise Gerechtigkeit der Ansprechempfindlichkeit betrifft, so können Arme überall als Benachteiligte identifiziert werden. Sowohl bei der ihnen gebührenden Menschenwürde, als auch bei der Auswahl der Anbieter von Gesundheitsleistungen und der Qualität von „Annehmlichkeiten“ bzw. Zusatzleistungen, wie z. B. dem Essen im Krankenhaus, müssen sie Abstriche gegenüber Wohlhabenderen hinnehmen.⁶⁰ Ebenfalls nahezu überall

⁵⁷ Vgl. WHO (2000), S. 32-33.

⁵⁸ Vgl. Hurst, J (2000), S. 752.

⁵⁹ Vgl. WHO (2000), S. 34.

⁶⁰ Vgl. WHO (2000), S. 33.

ist die ländliche Bevölkerung im Nachteil.⁶¹ Insbesondere die unverzügliche Behandlung, die im ländlichen Raum schwerer zu realisieren ist, ist hierfür ausschlaggebend. Teilweise wurden auch Diskriminierungen von Frauen, Kindern und anderen Gruppen beobachtet. Die Ursache für diese Ungleichbehandlungen ist die Kostspieligkeit mancher Elemente des Zieles der Ansprechempfindlichkeit. Während die Achtung der Menschenwürde lediglich guten Willen voraussetzt, ist für eine gleiche unverzügliche Behandlung auch im ländlichen Raum ein nicht unerheblicher finanzieller Aufwand notwendig.⁶²

4.3 Finanzielle Belastung

Laut Definition der WHO ist die Finanzierung eines Systems dann fair, wenn das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zu den nicht für Nahrung aufgewendeten Ausgaben (Zahlungskapazität) für alle Haushalte gleich ist. In vielen Ländern, wie z. B. China, Nepal und Vietnam, wenden mehr als 1 % aller Haushalte über 50 % ihrer Zahlungskapazität für Gesundheit auf. Dies spiegelt ein nicht unerhebliches Risiko der Verarmung für Millionen von Menschen wider. Hauptursache ist der hohe Anteil der Selbstbeteiligung in diesen Ländern.⁶³

Generell lässt sich festhalten, dass die Fairness am ehesten garantiert werden kann, wenn die Selbstbeteiligung (Out of Pocket) möglichst gering und die Voraus- bzw. Vorsorgezahlungen (Pre-Payment) progressiv sind. Auch hier ist die Gerechtigkeit des Systems eher in reichen Ländern gegeben, was allerdings mehr an den Finanzierungssystemen (z. B. progressive Sozialversicherung in Deutschland) als an der bloßen Höhe der Gesundheitsausgaben liegt.⁶⁴

⁶¹ Vgl. Hurst, J. (2000), S. 753.

⁶² Vgl. WHO (2000), S. 33-34.

⁶³ Vgl. WHO (2000), S. 36.

⁶⁴ Vgl. WHO (2000), S. 35 und 38.

4.4 Gesamtvergleich

Als Ergebnis eines internationalen Vergleichs der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen ist besonders der positive Zusammenhang von Gesamtbeurteilung und Einkommen bzw. Gesundheitsausgaben eines Landes hervorzuheben. Mit mehr Geld lassen sich tendenziell bessere Ergebnisse erzielen. Allerdings sagt dies noch nichts über die Effizienz eines Systems aus, da der verwendete Indikator eine absolute Größe darstellt.⁶⁵

Ein Ranking nach der Effizienz der Gesundheitssysteme, sprich der Gesamtleistung in Relation zu den eingesetzten Ressourcen in Form von Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr (expenditure per capita), führt vor Augen, dass hierbei der Reichtum der Länder eine nicht mehr ganz so gewichtige Rolle spielt.⁶⁶

Abbildung 5: Ausgewählte Ergebnisse der WHO

Grad der Zielerreichung gemäß der WHO			DALE	Ausgaben für Gesundheit pro Kopf in US \$	Rang bei System-Performance (DALE)
Rang	Staat	Index			
1	Japan	93,4	74,5	1.759	9
2	Schweiz	92,2	72,5	2.644	26
3	Norwegen	92,2	71,7	1.708	18
4	Schweden	92,0	73,0	1.943	21
5	Luxemburg	92,0	71,1	1.985	31
...
13	Belgien	91,3	71,6	1.738	28
14	Deutschland	91,3	70,4	2.365	41
15	Vereinigte Staaten von Amerika	91,1	70,0	3.724	72
16	Island	91,0	70,8	1.757	27
...
59	Oman	80,2	63,0	334	1
...
189	Somalia	49,4	36,4	11	154
190	Zentralafrikanische Republik	45,9	36,0	34	164
191	Sierra Leone	35,7	25,9	31	183

Quelle: Eigene Zusammenstellung basierend auf Daten der WHO (2000)

Wie unter anderem Abbildung 5 bestätigt, kommt es bei der Bewertung der Effizienz von Gesundheitssystemen nicht so sehr darauf an, ein optimales

⁶⁵ Vgl. WHO (2000), S. 40 und S. 196-199.

⁶⁶ Vgl. WHO (2000), S. 200-203.

Ergebnis im Sinn der drei Ziele Gesundheit, Ansprechempfindlichkeit sowie gerechte Verteilung des finanziellen Beitrages zu erreichen. Stattdessen ist hier der Nutzungsgrad der eingesetzten (Geld) Ressourcen im Verhältnis zur gemessenen krankheitsbereinigten Lebenserwartung (DALE) von Interesse. Als Ergebnis stellt die WHO in ihrem Gesundheitsbericht 2000 fest, dass entsprechend dieser Skala der Oman das Gesundheitssystem mit der höchsten Performance besitze.⁶⁷

Was die Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr angeht, so kann eine Untergrenze von 60 US \$ ausgemacht werden, die benötigt wird, um wenigstens die effektivsten Gesundheitsangebote garantieren zu können. Viele Länder der Dritten Welt wenden momentan nicht einmal diese Summe auf. Diese Feststellung ist aus zweierlei Sicht interessant, besagt sie doch, dass es vielerorts am Nötigsten mangelt, sondern auch, dass mit verhältnismäßig geringem Aufwand eine Menge für die Gesundheit der Bevölkerung getan werden könnte.⁶⁸

5. Probleme des internationalen Benchmarking

Schon LEGGART hat mit der Bewertung von Gesundheitssystemen so seine Schwierigkeiten, wenn er schreibt: „... the science of health care performance measurement is still relatively embryonic ...“⁶⁹ Und da die Leistungsmessung und Bewertung noch in den Kinderschuhen steckt, gilt Gleiches auch für das internationale Benchmarking in diesem Bereich, da es ja hierauf aufbaut.⁷⁰

Ein generelles Problem haben alle bislang vorhandenen Ansätze der Leistungsmessung gemeinsam. Es handelt sich bei ihnen durchweg um empirische Ex-Post-Analysen. Das heißt, es werden nur inzwischen veraltete Daten betrachtet. Aufgrund der Zeitverzögerung zwischen Reformen und deren

⁶⁷ Vgl. zu den Ergebnissen sowie zur Ermittlungsmethode WHO (2000).

⁶⁸ Vgl. Brundtland, GH (2001), S. 4 und WHO (2000), S. 26.

⁶⁹ Leggat, SG et al. (1998), S. 3.

⁷⁰ Siehe Kapitel 2.1, S. 2.

Wirkungsentfaltung werden Verbesserungen erst Jahre später sichtbar. So fordert bereits WEISSENBOCK 1974 dynamische statt statischer Analysen, wobei er sich jedoch auch der Schwierigkeiten dieses Unterfangens vollauf bewusst ist.⁷¹

5.1 Vergleichbarkeit von Gesundheitssystemen und Staaten

Ein großes Problem ist auch die unterschiedliche Prioritätensetzung in den jeweiligen Ländern beziehungsweise Gesundheitssystemen. So kann es zum Beispiel zu abweichenden Verwendungen der vorhandenen Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems selber oder auch innerhalb der Gesellschaft kommen. Dies ist dann der Fall, wenn anderen politischen Zielen wie der Bildung oder der Verbesserung der Infrastruktur eine höhere Bedeutung als der Gesundheitsversorgung beigemessen wird.⁷²

Welche äußeren Einflüsse, die nicht zum Gesundheitssystem zu zählen sind, aber dennoch große Auswirkungen auf dieses und seine Leistungsfähigkeit haben, sollten bei der Bewertung und bei Vergleichen berücksichtigt werden? Generell gilt: „It is difficult to measure and control for social, medical, cultural, demographic and economic differences across countries.“⁷³ Was SCHIEBER und POUILLIER hierbei noch gar nicht berücksichtigt haben, sind klimatische Unterschiede⁷⁴ mit den durch diese hervorgerufenen besonderen Krankheiten wie zum Beispiel Malaria und große Differenzen im Bildungswesen.⁷⁵ Viele dieser Unterschiede können zwar statistisch ausgeglichen werden, allerdings muss man dafür die Hintergründe der einzelnen Gesundheitssysteme kennen und verstehen.⁷⁶

⁷¹ Vgl. Weissenböck, H. (1974), S. 104.

⁷² Vgl. Mannion, R; Goddard, M (2002), S. 18 sowie Busse, R; Schulenburg, J-M Graf vd (1997), S. 11.

⁷³ Schieber, GJ; Poullier, J-S (1990), S. 9.

⁷⁴ Vgl. Weissenböck, H (1974), S. 34.

⁷⁵ Vgl. Naylor, CD et al. (2002), S. 16.

⁷⁶ Vgl. Schieber, GJ; Poullier, J-S (1990), S. 10.

5.2 Daten

Insbesondere die stark variierende Qualität der Daten macht einen internationalen Vergleich schwierig.⁷⁷ Oft sind diese sehr lückenhaft. Aber gerade ärmeren Staaten fehlt es einfach an den finanziellen Möglichkeiten, eine flächendeckende Datenerfassung aufzubauen. Hinzu kommen rein praktische Probleme. Wie soll den Menschen in weit abgelegenen und unterentwickelten Regionen zu verstehen gegeben werden, dass es ihnen zu Gute kommt, wenn sie ihre medizinischen Tätigkeiten genau protokollieren?⁷⁸

Ein weiteres Problem stellen die international oft nicht einheitliche Datenerfassung und bisweilen stark variierende Begriffsdefinitionen dar. Da es nicht möglich sein wird, für einen internationalen Vergleich alle Daten selbst bzw. neu zu erheben, muss auf bereits vorhandene Daten, die von den einzelnen Staaten zum internen Vergleich zusammengestellt werden, zurückgegriffen werden. Aber hierbei kann es passieren, dass die Daten aus Land A nicht mit denen aus Land B vergleichbar sind.⁷⁹ Dies beruht auf unterschiedlichen Erfassungsmethoden oder Organisationsstrukturen, die andere Definitionen, z. B. von ambulanter und stationärer Behandlung, nach sich ziehen,⁸⁰ sowie abweichenden geschichtlichen Entwicklungen der Systeme.⁸¹

5.3 Indikatorprobleme

Auch die technische Qualität und Repräsentanzfähigkeit von Indikatoren sorgen bei internationalen Vergleichen für kaum überwindbare Hürden. So repräsentieren Indikatoren niemals direkte Messergebnisse.⁸² Sie messen

⁷⁷ Vgl. Evans, DB et al. (2001), S. 309.

⁷⁸ Vgl. Thai, KV et al. (2002), S. 544 sowie Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992), Ziffer 484, S. 130.

⁷⁹ Vgl. Schieber, GJ; Poullier, J-S (1990), S. 9.

⁸⁰ Vgl. Weissenböck, H (1974), S. 35 sowie Girard, J-F; Minvielle, E (2002), S. 345.

⁸¹ Vgl. Thai, KV et al. (2002), S. 544.

⁸² Vgl. Mannion, R; Goddard, M (2002), S. 14.

immer nur das, was man mit ihnen zu messen beabsichtigt. Umso wichtiger ist, dass sie eine gute technische Qualität aufweisen. Diese umfasst die Kriterien der Nachbildbarkeit, der Gültigkeit, der Besonderheit, der Empfindlichkeit und der Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Einflussgrößen.⁸³ Insbesondere die Gültigkeit, die unter anderem von standardisierten Methoden zum Zusammentragen der entsprechenden Daten abhängt, ist hierbei schwer zu realisieren.⁸⁴

Die Zusammenfassung von möglichst vielen Informationen in einen einzigen Indikator mag ein Ranking ermöglichen. Auch sind solche Indikatoren sehr übersichtlich und leicht verständlich, so dass sie auch der Allgemeinheit vermittelbar sind.⁸⁵ Allerdings darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass ihre Aussagekraft umso stärker sinkt, desto höher ihr Aggregierungsgrad ist.⁸⁶ Hierunter leidet nicht zuletzt auch die Transparenz der Daten.⁸⁷ Und es stellt sich die Frage, wie die einfließenden Größen gewichtet werden müssen, um ein realistisches Abbild der Wirklichkeit zu erzielen.⁸⁸ Außerdem werden häufig konträre Ziele in einem Indikator erfasst und somit „Äpfel und Birnen“ in einen Topf geworfen.⁸⁹

5.4 Konkrete Kritik am Ansatz der WHO

Der Ansatz der WHO, die mit diesem Projekt gewisse Pionierarbeit geleistet hat, sieht sich aber auch Kritik ausgesetzt. So hat RICHARDSON z. B. vier Punkte ausgemacht, die er für verbesserungswürdig erachtet. Dies beginnt bereits bei den von der WHO definierten Zielen eines Gesundheitssystems. So ist RICHARDSON der Meinung, dass nicht alle Staaten und deren Systeme an den selben gleich gewichteten Zielen gemessen werden dürfen. Denn nicht alle

⁸³ Vgl. Girard, J-F; Minvielle, E (2002), S. 342.

⁸⁴ Vgl. Kapitel 5.2, S. 21.

⁸⁵ Vgl. Smith, S (2002), S. 298 sowie Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 15.

⁸⁶ Vgl. Mannion, R; Goddard, M (2002), S. 16 sowie Uhde, A (1983), S. 115.

⁸⁷ Vgl. Girard, J-F; Minvielle, E (2002), S. 339.

⁸⁸ Vgl. Girard, J-F; Minvielle, E (2002), S. 342 sowie Weissenböck, H (1974), S. 84.

⁸⁹ Vgl. Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 15.

Gesundheitssysteme haben die gleichen Ziele wie von der WHO angenommen. Insbesondere das Ziel der gerechten Finanzierung sollte daher die Bewertung der Gesundheitssysteme nicht beeinflussen. Er begründet dies unter anderem damit, dass viele Systeme auch oder ausschließlich über Steuern finanziert werden. Es lässt sich dabei aber nicht nachvollziehen, welche Steuern von welchem Steuerzahler wozu verwendet werden. Und so gibt die Einbeziehung des Zieles der fairen Finanzierung zwar wider, wie gerecht das Steuersystem ist, dies hat nach RICHARDSONS Auffassung jedoch nichts mit dem Thema Gesundheit zu tun.⁹⁰

Des weiteren stellt RICHARDSON fest, dass die von der WHO vorgenommene Gewichtung der einzelnen Ziele zur Erstellung eines aggregierten Indikators zur Bewertung der Gesamtsysteme stark von der standardisierten effektiven Gewichtung abweicht. Zumal diese standardisierte Gewichtung für die 50 wohlhabendsten und die übrigen in den WHO-Vergleich einbezogenen Staaten unterschiedlich vorgenommen werden müsste, wie in der folgenden Abbildung deutlich wird.

Abbildung 6: Vergleich der Zielgewichtung nach WHO und standardisiert

Ziel	Gewichtung nach WHO	Standardisierte effektive Gewichtung nach Richardson	
	Alle Staaten	Alle Staaten	TOP 50
Health	25,00%	33,00%	37,00%
Equity in Health	25,00%	29,00%	24,00%
Responsiveness	12,50%	8,00%	28,00%
Equity in Respons.	12,50%	11,00%	2,00%
Fair Finance	25,00%	20,00%	9,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Quelle: Vgl. Richardson, J et al. (2003), S. 360.

⁹⁰ Vgl. Richardson, J et al. (2003), S. 358-360.

Als dritten Kritikpunkt macht RICHARDSON die Modellierung des aggregierten Indikators aus. So können diverse Formeln angewendet werden, um die Werte der einzelnen Ziele zusammenzufassen. Die WHO bedient sich hier der additiven Methode. Werden jedoch z. B. multiplikative oder exponentielle Formeln angewendet, so ergeben sich zum Teil stark abweichende Ergebnisse.⁹¹

Viertens und letztens kommt RICHARDSON zu dem Schluss, dass das ökonometrische Modell der WHO nicht zwischen wahrer Effizienz und zufälligen Abweichungen bei den Messungen und Schätzungen unterscheiden kann. Er begründet dies unter anderem mit dem Verfahren der Ermittlung des ohne Gesundheitssystem erreichbaren Minimums, das zur Bestimmung der Effizienz herangezogen wird.⁹² Aber auch damit, dass die Effizienz unabhängig von der Zeit gesehen wird, also mit der bereits oben angesprochenen Ex-Post-Betrachtung des Vergleichs.⁹³

6. Schlussbetrachtung und Ausblick

Kann internationales Benchmarking von ganzen Gesundheitssystemen nach diesen vorangestellten Ausführungen als ein nützlicher Ansatz beurteilt werden, der dazu beitragen kann, die weltweite Gesundheitsversorgung nicht nur zu verbessern, sondern auch langfristig zu sichern?

Nach MURRAY und FRENK wird der Nutzen gerade von stark zusammengefassten Messergebnissen und den daraus resultierenden Indikatoren begrenzt bleiben. Diese können jedoch die Aufmerksamkeit für die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen erhöhen.⁹⁴ Ist diese Aufmerksamkeit erst einmal erreicht und sind die Entscheidungsträger auch gewillt Reformen anzustoßen und durchzuführen, werden weitere

⁹¹ Vgl. Richardson, J et al. (2003), S. 361-362.

⁹² Siehe Kapitel 3.1, S.5.

⁹³ Vgl. Richardson, J et al. (2003), S. 362-365.

differenziertere Analysen und Vergleiche zwischen Subsystemen des Gesundheitssystems, wie z. B. bestimmten Sektoren, benötigt.⁹⁵ Erst durch diese Detailanalysen können spezielle Defizite aufgedeckt und brauchbare Best-Practise-Ansätze identifiziert werden.⁹⁶

Um sicherzustellen, dass hierbei auch tatsächlich sinnvolle Ergebnisse ermittelt werden, empfiehlt sich zum einen auf eine internationale Harmonisierung der Datenerfassung und Messmethoden hinzuwirken.⁹⁷ Daneben ist es von großer Bedeutung, dass die jeweilige Definitionsbasis international vereinheitlicht wird. Nur wer die gleiche Sprache spricht, kann auch über das gleiche reden. Neuere Ansätze zur internationalen Harmonisierung der Definitionsbasis scheinen dieses vorzubereiten.⁹⁸

Zum anderen sollte sich auf Vergleiche zwischen Ländern mit einem ähnlichen Entwicklungsstand konzentriert werden. Denn so wird eher garantiert, dass vergleichbare Probleme gegenübergestellt, und somit auch Lösungsansätze gefunden werden, die in die Systeme anderer Länder übernommen bzw. transferiert werden können.⁹⁹ Gerade dem Punkt der Generalisierbarkeit bzw. Übertragbarkeit von Ergebnissen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung wird zukünftig ein großer Stellenwert beigemessen werden. In der Frage des Benchmarking ganzer Gesundheitssysteme bedeutet dies, dass im Wesentlichen nur objektiv standardisierbare Parameter für die Performance-Messung herangezogen werden sollten, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können.

Abschließend kann die Frage nach dem Nutzen des internationalen Benchmarking grundsätzlich positiv beantwortet werden. Bei all der

⁹⁴ Vgl. Murray, CJL; Frenk, J (2000), S. 721.

⁹⁵ Siehe Kapitel 2.1, S. 2.

⁹⁶ Vgl. Sadana, R; Pang, T (2003), S. 159.

⁹⁷ Vgl. Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001), S. 4.

⁹⁸ Vgl. z.B. das Euro-NHEED Projekt der Europäischen Union.

⁹⁹ Vgl. McPake, B; Mills, A (2000), S. 811 sowie Mannion, R; Goddard, M (2002), S. 17.

berechtigten Kritik an den erläuterten Ansätzen schaffen sie es zumindest, dass sich Wissenschaft, Politik und nicht zuletzt die interessierte Öffentlichkeit einmal mehr um die Wirtschaftlichkeit und Produktivität der Gesundheitssysteme Gedanken macht, und diese auch durchaus kritisch diskutiert.

Literaturverzeichnis

Andersen, R, Smedby, B Anderson, O, Odin, W (1970):

Medical Care Use in Sweden and the United States – A Comparative Analysis of Systems and Behaviour, Chicago.

Brundtland, GH (2001):

Improving health systems' performance, in: OECD Observer, No. 229, S. 4.

Busse, R; Schulenburg, J-M Graf vd (1997):

Evaluation von Kosteneffektivität in der Gesundheitsversorgung. Bericht eines WHO-Treffens in Celle, Deutschland, 09. – 11.12.1996, in: Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (Hrsg.): Diskussionspapier Nr. 5, Hannover.

Culyer, AJ (Editor) (1983):

Health Indicators: An International Study for the European Science Foundation, Oxford.

Czarnecki, MT (1995):

Benchmarking strategies for health care management, Gaithersburg.

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (1981):

Effektivitätsmessung und Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen, Bonn.

Evans, DB; Tandon, A; Murray, CJL; Lauer, JA (2001):

Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis, in: British Medical Journal, Volume 323, S. 307-310.

Evans, DB (2002):

The evolution of WHO's approach to health system performance assessment, in: OECD (Editor), Measuring up: Improving health system performance in OECD countries, S. 197-209, Paris.

Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (Hrsg.) (1997):

Diskussionspapier Nr. 5, Hannover.

Girard, J-F; Minvielle, E (2002):

Measuring up: Lessons and potentials, in: OECD (Editor), Measuring up: Improving health system performance in OECD countries, S. 337-347, Paris.

Hurst, J (2000):

Challenges for health systems in Member Countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development, in: Bulletin of the World Health Organization, Volume 78, No. 6, S. 751-759.

Hurst, J; Jee-Hughes, M (2001):

Performance measurement and performance management in OECD health systems, in: OECD (Editor), Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 47, Paris.

Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) (Hrsg.) (2000):

Schriftenreihe / Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Band 74, Kiel.

Johnston, DJ; Rock (2002):

Foreword, in: OECD (Editor), Measuring up: Improving health system performance in OECD countries, S. 3, Paris.

Klausing, M (1981):

Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen: Der Beitrag der allgemeinen Systemtheorie für die Methode ihrer Ermittlung und Beurteilung, in: Wahl, M. (Hrsg.), Wissenschaftliche Beiträge Karlsruhe, Band 8, Karlsruhe.

Kupsch, S; Kern, AO; Klas, C; Kressin, BKW et al. (2000):

Health service provision on a microcosmic level - An international comparison - results of a WHO/IGSF survey in 15 European countries, in: Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) (Hrsg.), Schriftenreihe / Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Band 74, Kiel.

Leggat SG; Narine, L; Lemieux-Charles, L; Barnsley, J et al. (1998):

A review of organizational performance assessment in health care, in: Health Serv Manag Res, Volume 11, S. 3-23.

Mannion, R; Goddard, M. (2002):

Performance measurement and improvement in health care, in: Applied Health Economics and Health Policies, 2002, Volume 1, No. 1, S. 13-23.

McPake, B; Mills, A (2000):

What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? In: OECD (Editor), Measuring up: Improving health system performance in OECD countries, S. 811-820, Paris.

Mosseveld, CJSM. van; Son, S van (1999):

International Comparison of Health Care Data: Methodology development and application, Dordrecht.

Murray, CJL; Frenk, J (1999):

A WHO framework for health system performance assessment in: World Health Organization (Editor), GPE Discussion Paper No. 6, Geneva.

Murray, CJL; Frenk, J (2000):

A framework for assessing the performance of health systems, in: Bulletin of the World Health Organization, Volume 78, No. 6, S. 717-731.

Naylor, CD; Iron, K; Handa, K (2002):

Measuring health performance: Problems and opportunities in the era of assessment and accountability, in: OECD (Editor), Measuring up: Improving health system performance in OECD countries, S. 13-34, Paris.

OECD (Editor) (1990):

Health care systems in transition: The search for efficiency, Paris

OECD (Editor) (2001):

Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 47, Paris.

OECD (Editor) (2002):

Measuring up: Improving health system performance in OECD countries, Paris.

Osterkamp, R (2001):

Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen, in: Ifo-Schnelldienst, Bd. 54, 10, S. 9-16.

Richardson, J; Wildman, J; Robertson, IK (2003):

A critique of the World Health Organisation's evaluation of health system performance, in: Health Economics, Volume 12, S. 355-366.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992):

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Jahresgutachten 1992, Baden-Baden.

Sadana, R; Pang, T (2003):

Health research systems: a framework for the future, in: Bulletin of the World Health Organization, Volume 81, No. 3, S. 159.

Schieber, GJ; Poullier, J-S (1990):

Overview of international comparisons of health care expenditures, in: OECD (Editor), Health care systems in transition: The search for efficiency, S. 9-15, Paris

Smith, S (2002):

Developing composite indicators for assessing health system efficiency, in: OECD (Editor), Measuring up: Improving health system performance in OECD countries, S. 295-316, Paris.

Stralau, J; Zoller, BE (Hrsg.) (1974):

Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 36, Stuttgart.

Thai, KV; McManus, SM; Wimberly, ET (2002):

Health care financing: A comparative analysis, in: Thai, KV; Wimberly, ET; McManus, SM (Editor), Handbook of International Health Care Systems, New York, Basel.

Thai, KV; Wimberly, ET; McManus, SM (Editor) (2002):

Handbook of International Health Care Systems, New York, Basel.

Uhde, A (1983):

The need for health indicators, in: Culyer, AJ (Editor), Health Indicators: An International Study for the European Science Foundation, Oxford.

Wahl, M (Hrsg.) (1981):

Wissenschaftliche Beiträge Karlsruhe, Band 8, Karlsruhe.

Weissenböck, H (1974):

Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen, in:
Stralau, J; Zoller, BE (Hrsg.), Schriftenreihe aus dem Gebiete des
öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 36, Stuttgart.

World Health Organization (Editor) (1999):

GPE Discussion Paper No. 6, Geneva.

World Health Organization (2000):

The World Health Report 2000: Health systems: improving performance,
Geneva.

World Health Organization (2002):

The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life,
Geneva.