

Ergebnisbericht der

Machbarkeitsstudie zur Messung der Leistungsfähigkeit

(“Health System Performance Assessment”)

des deutschen Gesundheitssystems

November 2018

(1. revidierte Fassung: Februar 2019)

durchgeführt im Auftrag des

Bundesministerium für Gesundheit

von

Dr. Julia Röttger, Anne Spranger, Helene Eckhardt, Katharina Achstetter,
Prof. Dr. Reinhard Busse

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen &
Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin
Technische Universität Berlin

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	4
TABELLENVERZEICHNIS	5
EINLEITUNG.....	8
ARBEITSPAKET A	10
ARBEITSPAKET A.I: KONZEPTIONELLES GERÜST: DIMENSIONEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS UND GESUNDHEITSPOLITISCHE ZIELE	10
1 Ziel und Methodik.....	10
2. Systematischer Vergleich bestehender Konzepte	11
2.1 Internationale Initiativen	12
2.2 Nationale Initiativen	18
3 Entwicklung eines konzeptionellen Rahmens für ein deutsches HSPA	21
3.1 Vorabüberlegungen	22
3.2 Beschreibung des deutschen Frameworks.....	24
ARBEITSPAKET A.II: INDIKATORENAUSWAHL UND KLASSIFIZIERUNG (OPERATIONALISIERUNG)	32
1 Identifikation und Gruppierung bestehender Indikatoren.....	32
2 Bewertung der identifizierten Indikatoren	40
3 Ausgewählte Indikatoren.....	41
ARBEITSPAKET A.III: DATENGRUNDLAGE (MESSUNG).....	60
1 Routinedaten	60
1.1 Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung	60
1.2 Daten der privaten Krankenversicherung	63
1.3 Daten der amtlichen Statistik.....	64
1.4 Weitere Daten(-Quellen)	69
1.5 Internationale Quellen	70
2. Surveydaten.....	71
3. Verknüpfung verschiedener Datenquellen	75
4 Bewertung der Daten und Abgleich mit Indikatoren	75
A.IV DISKUSSION UND ERKLÄRUNGSANSÄTZE DER ERGEBNISSE.....	79
1 Einleitung - Beispielauswertung	81
2 Kurzübersicht zur Leistungsfähigkeit: Schlüsselindikatoren	83
3 Demografischer und sozio-ökonomischer Kontext	95
4 Krankheitslast in Deutschland sowie Risiko- und protektive Faktoren	96
5 Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems	100
5.1 Zugang zum Gesundheitssystem und der Versorgung.....	100
5.2 Qualität und Sicherheit	101
5.3 Bevölkerungsgesundheit.....	104
5.4 Responsiveness des Gesundheitssystems.....	105
6 Bewertung der Effizienz des Gesundheitssystems	106
6.1 Input.....	107
6.2 Leistungseinheiten (Outputs).....	111
6.3 Technische Effizienz	114
6.4 Systemweite Effizienz	115
ARBEITSPAKET B: KONZEPT AUSGABENMONITORING	116
1 BESTEHENDE AUSGABENMONITORINGS UND DEREN AUFBAU.....	116
1.1 Gesundheitsausgabenrechnung (GAR).....	116

1.2 System of Health Accounts (SHA)	121
2 INDIKATOREN DER TECHNISCHEN EFFIZIENZ	125
2.1 Stationärer Sektor.....	125
2.2 Ambulanter Sektor.....	128
2.3 Arzneimittelversorgung	130
2.4 Abschlussbemerkungen zur technischen Effizienz.....	133
3 KONZEPTION AUSGABENMONITORING	134
3.1 Vorabüberlegungen zum Ausgabenmonitoring.....	134
3.2 Konzeption Ausgabenmonitoring	135
ARBEITSPAKET C: QUANTIFIZIERUNG DES NOTWENDIGEN RESSOURCENEINSATZES (PERSONELLER UND FINANZIELLER AUFWAND) ZUM AUFBAU UND BETRIEB EINES HSPA.....	140
REFERENZEN.....	150
ANHANG	170
ANHANG 1: DETAILLIERTE INDIKATORENLISTE.....	171
ANHANG 2: DETAILLIERTE DARSTELLUNG DER SURVEYS IN DEUTSCHLAND.....	266
ANHANG 3: AUFLISTUNG DER AUSGABENTRÄGER, LEISTUNGSARTEN UND EINRICHTUNGEN NACH GAR SOWIE DER FINANZIERUNGSSYSTEME, LEISTUNGSERBRINGER UND FUNKTIONEN NACH SHA.....	306

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eigene Darstellung des WHO Building Blocks Framework	12
Abbildung 2: OECD HCQI Framework	13
Abbildung 3: Joint Assessment Framework.....	14
Abbildung 4: Dimensionen HSPA-Framework Deutschland	25
Abbildung 5: Dimensionen HSPA-Framework inkl. Equity und Bedarfskategorien	26
Abbildung 6: HSPA-Framework erweitert um Kontext, Determinanten von Gesundheit und Krankheitslast.....	27
Abbildung 7: Produktionsprozess, Input, Output und Outcome	30
Abbildung 8: HSPA-Framework inkl. Effizienz	31
Abbildung 9: Flowchart Vorgehen Indikatorenauswahl	39
Abbildung 10: Klassifizierung der Indikatoren.....	44
Abbildung 11: Übersicht der identifizierten Surveys nach Fokus und Umfang der teilnehmenden Länder.....	71
Abbildung 12: Gruppierung der Indikatoren anhand vorheriger Bewertungen (Inhalt und Datenqualität/-verfügbarkeit)	78
Abbildung 13: Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf an ärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen, 2016 (in %)	85
Abbildung 14: Säuglingssterbefälle (Anzahl pro 1.000 Lebendgeburten) nach Bundesland, 2016 (und 2015)	86
Abbildung 15: Säuglingssterblichkeit, 2016 (Anzahl pro 1.000 Lebendgeburten)	87
Abbildung 16: Unterschiede in der bewerteten Responsiveness zwischen Männern und Frauen, 2016.....	89
Abbildung 17: Responsiveness in der ambulanten Versorgung (in % Antworten „immer“ oder „häufig“), 2016 oder aktuellstes verfügbares Datenjahr.....	89
Abbildung 18: Vermeidbare Sterblichkeit gegenüber den Gesamtgesundheitsausgaben im Zeitverlauf, letztverfügbare 10 Jahre.....	92
Abbildung 19: Zusätzliche Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US\$, PPP) für einen vermiedenen Sterbefall pro 100.000 Bevölkerung, letztverfügbare Datenjahre	94
Abbildung 20: Entwicklung der gesundheitlich beeinträchtigten Lebensjahre (YLD) in Deutschland und acht Vergleichsländern, 1990-2017	98
Abbildung 21: Entwicklung der DALYs in Deutschland und acht Vergleichsländern, 1990-2017	98
Abbildung 22: DALYs nach Krankheitsgruppen.....	99
Abbildung 23: Entbindungen per Kaiserschnitt pro 1.000 Lebendgeborenen in den Jahren 2006-2016	103
Abbildung 24: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser nach Finanzierungssystemen, 2016	109
Abbildung 25: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (gesamt) nach Bundesländern, 2016 und prozentuale Änderung seit 2010	110
Abbildung 26: Schematische Darstellung der GAR-Erstellung.....	118
Abbildung 27: Die drei Rechenkonzeptionen der GAR (plus Krankheitskostenrechnung)	120
Abbildung 28: Die drei Rechenkonzeptionen des SHA	122
Abbildung 29: Entwicklung von Ausgaben, Personal und Auslastung in deutschen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2016 (Änderungen zu 2003 in %)	127
Abbildung 30: Entwicklung der ambulanten kassenärztlichen Leistungen zwischen 2009 und 2016 (Änderungen zu 2009 in %)	129
Abbildung 31: Änderungen der Arzneiverordnungen und Ausgaben für Arzneimittel zwischen 2004 und 2017	132
Abbildung 32: Ausdifferenzierung der Kosten für Medikamente anhand unterschiedlicher Gruppierungslogiken und Datenquellen	136
Abbildung 33: Konzeption des Ausgabenmonitorings.....	138

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Revision der ordnenden Logik nach Urheberschaft, 2018	10
Tabelle 2: Übersicht über ausgewählte nationale HSPA-Initiativen nach Kriterien entlehnt von Smith 2014a und WHO Regionalbüro für Europa 2012	19
Tabelle 3: Übersicht der für die Erstellung des Frameworks (Arbeitspaket A.I) sowie die Indikatorenextraktion (Arbeitspaket A.II) genutzten Quellen	33
Tabelle 4: Bewertungstemplate - inhaltliche Bewertung der Indikatoren	41
Tabelle 5: Begründung der Auswahl der Schlüsselindikatoren	44
Tabelle 6: Übersicht ausgewählte Indikatoren	46
Tabelle 7: Zuordnung der Indikatoren zu den Bedarfskategorien	58
Tabelle 8: An die GKV übermittelte Daten bei Krankenhausbehandlung	62
Tabelle 9: Übersicht über Datenquellen	65
Tabelle 10: HSPA-relevante Surveys	73
Tabelle 11: Template für die Bewertung der Datengrundlage (Weiterführung von Tabelle 4)	76
Tabelle 12: Übersicht über die Ergebnisse der Schlüsselindikatoren	83
Tabelle 13: Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf an ärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen nach Alter, Geschlecht, Einkommen (Datenjahr 2016) und im Jahresvergleich	85
Tabelle 14: Vermeidbare Sterblichkeit und Gesamtgesundheitsausgaben, 2015 oder letztverfügbares Jahr	91
Tabelle 15: Anteil der deutschen Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Grad der Verstädterung und Regionen	95
Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Krankheitslast in Deutschland sowie Risiko- und protektive Faktoren	96
Tabelle 17: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Zugang zum Gesundheitssystem und der Versorgung	100
Tabelle 18: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Qualität und Sicherheit (der Versorgung)	101
Tabelle 19: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Bevölkerungsgesundheit	104
Tabelle 20: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Responsiveness des Gesundheitssystems	105
Tabelle 21: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Inputs des Gesundheitssystems	107
Tabelle 22: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Outputs des Gesundheitssystems	111
Tabelle 23: Übersicht über Krankenhauscharakteristika und die durchschnittliche Verweildauer, 2016	112
Tabelle 24: Übersicht über die durchschnittliche Verweildauer nach Bundesländern und Diagnosegruppen, 2016	113
Tabelle 25: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Technische Effizienz	114
Tabelle 26: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Systemweite Effizienz	115
Tabelle 27: Gegenüberstellung von GAR und SHA Überkategorien am Beispiel von Waren mit Kostendaten von 2016	123
Tabelle 28: Effizienzindikatoren für den stationären Bereich	126
Tabelle 29: Effizienzindikatoren für den ambulanten Bereich	128
Tabelle 30: Effizienzindikatoren die Versorgung mit Arzneimitteln	130
Tabelle 31: Veränderungen in Menge, Kosten/Mengeneinheit und Gesamtkosten in verschiedenen Sektoren (2011-2016/17)	133
Tabelle 32: Mögliche Institutionen für die Durchführung eines HSPA	144
Tabelle 33: Wesentliche Stakeholder für verschiedene Ebenen des HSPA	146

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ACSC	Ambulant sensitive Krankenhausfälle, Ambulatory Care Sensitive Conditions
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register
AG GGRdL	Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AVD	Arzneimittelverordnungsdaten
BÄK	Bundesärztekammer
BerlinHECOR	Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin, Berlin Centre of Health Economics Research
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRIDGE Health	Bridging Information and data generation for evidence-based health policy and research
BVA	Bundesversicherungsamt
CWF	Commonwealth Fund
DALY	Disability Adjusted Life Years
DDD	Definierte Tagesdosen, Defined Daily Doses
DG	Directorate-General
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
ECDC	European Centre for Disease Control and Prevention
EU	Europäische Union
euHS_I	European Health Systems_Indicator
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GESISAllbus	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-HIS	GKV-weites Heilmittel-Informationssystem
HC	Health Care Functions
HCQI	Health Care Quality Indicators
HF	Health Care Financing Schemes
HP	Health Care Providers
HSPA	Health System Performance Assessment
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
MiG	Management im Gesundheitswesen
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
NAKO	Nationale Kohorte
NRZ	Nationales Referenzzentrum
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Organisation for Economic Co-operation and Development

OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
PPP	Purchasing Power Parity
PPS	Purchasing Power Standards
KKP	Kaufkraftparität
PZN	Pharmazentralnummer
RKI	Robert Koch-Institut
SDR	Standardisierte Sterberate, Standardized Death Rate
SGB	Sozialgesetzbuch
SHA	System of Health Accounts
SOEP	Sozioökonomisches Panel
TB	Tuberkulose
UK	Vereinigtes Königreich, United Kingdom
WHO	Weltgesundheitsorganisation, World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZI	Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung

Einleitung

Health System Performance Assessment (HSPA), also die Bewertung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems, bezeichnet ein Werkzeug für die evidenzbasierte Politiksteuerung von Gesundheitssystemen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert HSPA als

„länderspezifischen Vorgang des Monitorings, der Beurteilung, der Berichterstattung und der Überprüfung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen im Hinblick auf strategische Zielvorgaben für das Gesundheitssystem“ (Smith 2014b, S. 14).

Während die WHO bereits 2000 ein Konzept für die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen im Rahmen des World Health Report veröffentlichte (WHO 2000), ist spätestens seit der Unterzeichnung der Charta von Tallinn 2008 und der damit einhergehenden „Verpflichtung zum Handeln“, um „Transparenz zu fördern und für die Leistung der Gesundheitssysteme Verantwortung zu übernehmen, um messbare Ergebnisse zu erzielen“ (WHO Regionalbüro für Europa 2008, S. 2), HSPA noch weiter in den Fokus gerückt. 2014 hat die Europäische Kommission eine HSPA-Expertengruppe gegründet, welche das Ziel verfolgt, den Wissensaustausch zwischen den Mitgliedstaaten zu ermöglichen, Instrumente und Methoden zur Unterstützung nationaler politischer Entscheidungsträger zu identifizieren sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen zu stärken (Europäische Kommission 2014b).

Mittlerweile beschäftigt sich eine Vielzahl von Institutionen und Initiativen (länderübergreifend und -spezifisch) mit der Möglichkeit, die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu messen und zu vergleichen. Das deutsche Gesundheitssystem wird dabei zwar von länderübergreifenden Initiativen mitabgedeckt (z.B. die Initiative der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) Health at a Glance (OECD 2017a, 2018a)), doch gibt es bisher kein länderspezifisches HSPA für das deutsche Gesundheitssystem.

Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie wurde von Januar bis November 2018 analysiert, wie die Ausgestaltung eines HSPA für Deutschland aussehen und umgesetzt werden kann. Im nachfolgenden Ergebnisbericht werden die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgestellt.

Das HSPA für Deutschland soll dabei entsprechend dem Auftrag des BMG die folgenden Ziele erfüllen:

- Unterstützung einer evidenzbasierten Politiksteuerung
- Messung von Fortschritten, Evaluierung von Reformmaßnahmen

- Identifizierung von Stärken und Schwächen
- Stärkung einer transparenten Darstellung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems.

Basierend auf dieser Zielsetzung sowie internationalen Vorarbeiten wurde in einem ersten Schritt ein konzeptioneller Rahmen mit Dimensionen und Kategorien für ein HSPA in Deutschland entwickelt (Arbeitspaket A.I). Im nachfolgenden Schritt wurde auf Grundlage international genutzter Instrumente ein Indikatorenset für ein HSPA für Deutschland definiert (Arbeitspaket A.II). Parallel wurden Datenquellen für die Nutzung innerhalb eines HSPA für das deutsche Gesundheitssystem identifiziert. Diese wurden in Arbeitspaket A.III systematisch dargestellt. Zeitgleich wurden in Arbeitspaket B Informationen und Indikatoren für die Messung der Effizienz (und besonders Gesundheitsausgaben in den drei Bereichen Arzneimittel, stationäre und ambulante Behandlungen) erfasst und systematisch aufbereitet. Basierend auf den Ergebnissen von Arbeitspaketen A.I-III und B wurde in Arbeitspaket A.IV anhand ausgewählter Indikatoren eine exemplarische Auswertung und Diskussion für ein HSPA in Deutschland durchgeführt.

In Arbeitspaket C erfolgte abschließend – wiederum basierend auf den Ergebnissen aus Arbeitspaketen A und B sowie internationalen Erfahrungen – eine Quantifizierung des notwendigen Einsatzes personeller und finanzieller Ressourcen zum Aufbau und Betrieb eines regulären HSPA für Deutschland.

Arbeitspaket A

Arbeitspaket A.I: Konzeptionelles Gerüst: Dimensionen des Gesundheitssystems und gesundheitspolitische Ziele

1 Ziel und Methodik

Ziel des Arbeitspaketes A.I ist die Entwicklung eines konzeptionellen Rahmens zur Messung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems. In einem ersten Schritt wurden internationale und nationale HSPA- Initiativen recherchiert und gegliedert. Ausgangspunkt für die Recherche waren die umfangreichen Vorarbeiten, welche im Rahmen von EuroReach (Hofmarcher und Smith 2013) und BRidging Information and Data Generation for Evidence-based Health policy and research (BRIDGE Health) (Perić et al. 2017) unter starker Beteiligung des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen (MiG) geleistet wurden. In dem Projekt BRIDGE Health wurde anhand internationaler Publikationen eine umfangreiche Sammlung an Indikatoren für die Messung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen vorgenommen. Diese wurden im european Health Systems_Indicator (euHS_I) Inventory zusammengefasst¹. Grundlage für das euHS_I Inventory waren 43 HSPA-Initiativen, welche nach dem Urheber gegliedert sind. Diese Liste an Initiativen bildete die Grundlage für die Literaturrecherche für Arbeitspaket A.I und A.II. In Arbeitspaket A.I wurde von Januar bis Februar 2018 eine aktualisierende Recherche anhand der Liste vorgenommen. Die Gliederung vom euHS_I Inventory nach A) Europäische Kommission, B) OECD, C) WHO, D) andere länderübergreifende Initiativen wie dem Commonwealth Fund (CWF) und E) Länder wurde im Zuge der Recherche und späteren Gruppierung der Publikationen angepasst und aktualisiert (Tabelle 1).

Tabelle 1: Revision der ordnenden Logik nach Urheberschaft, 2018

	euHS_Inventory	TUB-Revision
A) Europäische Kommission	Alle DGs; Forschungsprojekte unter FP-5 und FP-7	Alle DGs; Publikationen von Expertengruppen; keine Forschungsprojekte
B) OECD	Health at a Glance; How's Life?; 2 relevante Einzelpublikationen	Health at a Glance; Health at a Glance: Europe; Systematische Literatursuche nach Stichworten, resultierend in 9 Einzelpublikationen; OECD Reviews; State of Health in the EU: Country Health Profiles
C) WHO	WHO Health 2020; WHO Core Health 2015; vereinzelte Publikationen des European Observatory	Zusätzlich Core Health Indicators; 100 Core Health Indicators 2018; WHO Women's health

¹ Das Inventory kann nach Registrierung über die Internetseite des Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien heruntergeladen werden (HealthSystemIntelligence & Medizinische Universität Wien 2017 <https://healtheconomics.meduniwien.ac.at/en/wissenschaft-forschung/projekte/bridge-health/european-health-systems-indicator-euhs-i-inventory/>)

D) andere Initiativen	Außereuropäische Länderinitiativen (USA, Kanada; Neuseeland; Australien); Commonwealth Fund; Health Consumer Powerhouse	Systematische Literatursuche nach Stichworten im Commonwealth Fund; Health Consumer Powerhouse
E) Länder	EU Mitgliedsstaaten	Hocheinkommensgruppe der Weltbank und länderübergreifende Initiativen: Australien; Belgien; Estland; Irland; Italien; Kanada; Malta; Neuseeland; Niederlande; Nordischer Rat; Norwegen; Österreich; Portugal; Singapur; Schweden; UK; Ungarn; USA

Quellen: Eigene Darstellung basierend auf euHS_I Inventory (HealthSystemIntelligence & Medizinische Universität Wien 2017)

Insgesamt wurden 14 Dokumente aus der Liste ausgeschlossen, da Updates verfügbar waren oder Informationen durch andere Berichte abgedeckt wurden (z.B. wenn ein Bericht ausschließlich einen Überblick über das Vorgehen in anderen Ländern lieferte, diese aber bereits über die Länderberichte eingeschlossen waren). 27 Dokumente wurden neu in die Liste aufgenommen, unter anderen mehrere Einzelpublikationen und außereuropäische Länderinitiativen. Insgesamt umfasst die aktualisierende Recherche 64 Originalquellen (für eine Übersicht der eingeschlossenen Quellen, siehe Abschnitt Arbeitspaket A.II, Tabelle 3). Aufgrund der besonderen Bedeutung von Effizienz in der Machbarkeitsstudie wurden auch Publikationen aufgenommen, die eine ländervergleichenden Analyse von einzelnen Aspekten von Effizienz durchführten (z.B. Tackling Wasteful Spending on Health (OECD 2017b)). Im Februar 2018 wurde die aktualisierende Recherche für den konzeptionellen Rahmen abgeschlossen (für Arbeitspaket A.II wurde im Mai 2018 nochmals gezielt nach Updates gesucht).

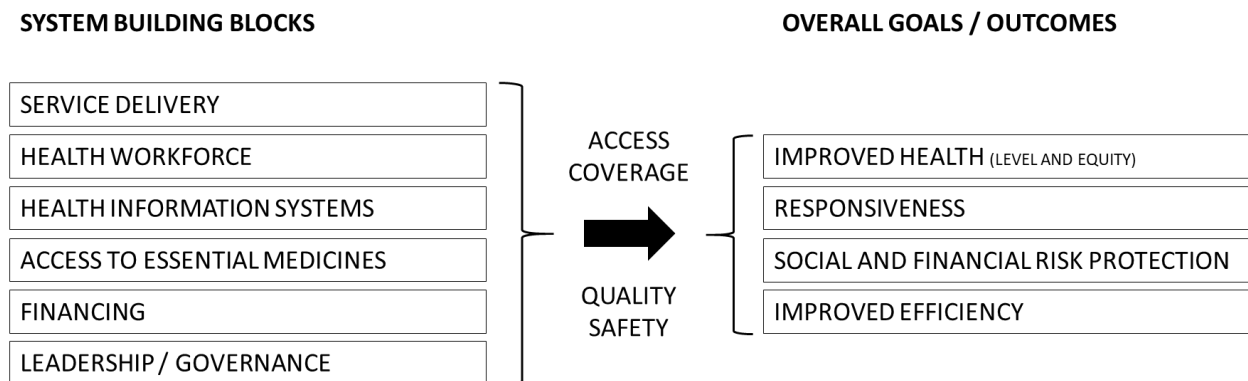
2. Systematischer Vergleich bestehender Konzepte

Basierend auf der durchgeführten Recherche (siehe 1.) sowie ergänzt um etablierte Frameworks, welche bereits vor 2010 veröffentlicht wurden (der World Health Report 2000 bildet die „älteste“ eingeschlossene Publikation), wurde ein systematischer Vergleich genutzter HSPA-Frameworks vorgenommen. Bei dem Vergleich der Frameworks fallen große Überschneidungen hinsichtlich der aufgeführten Dimensionen der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen auf. Stärkere Unterschiede finden sich wiederum hinsichtlich der Definitionen der genannten Dimensionen, der Abgrenzung zu anderen sowie hinsichtlich der Art des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Dimensionen.

2.1 Internationale Initiativen

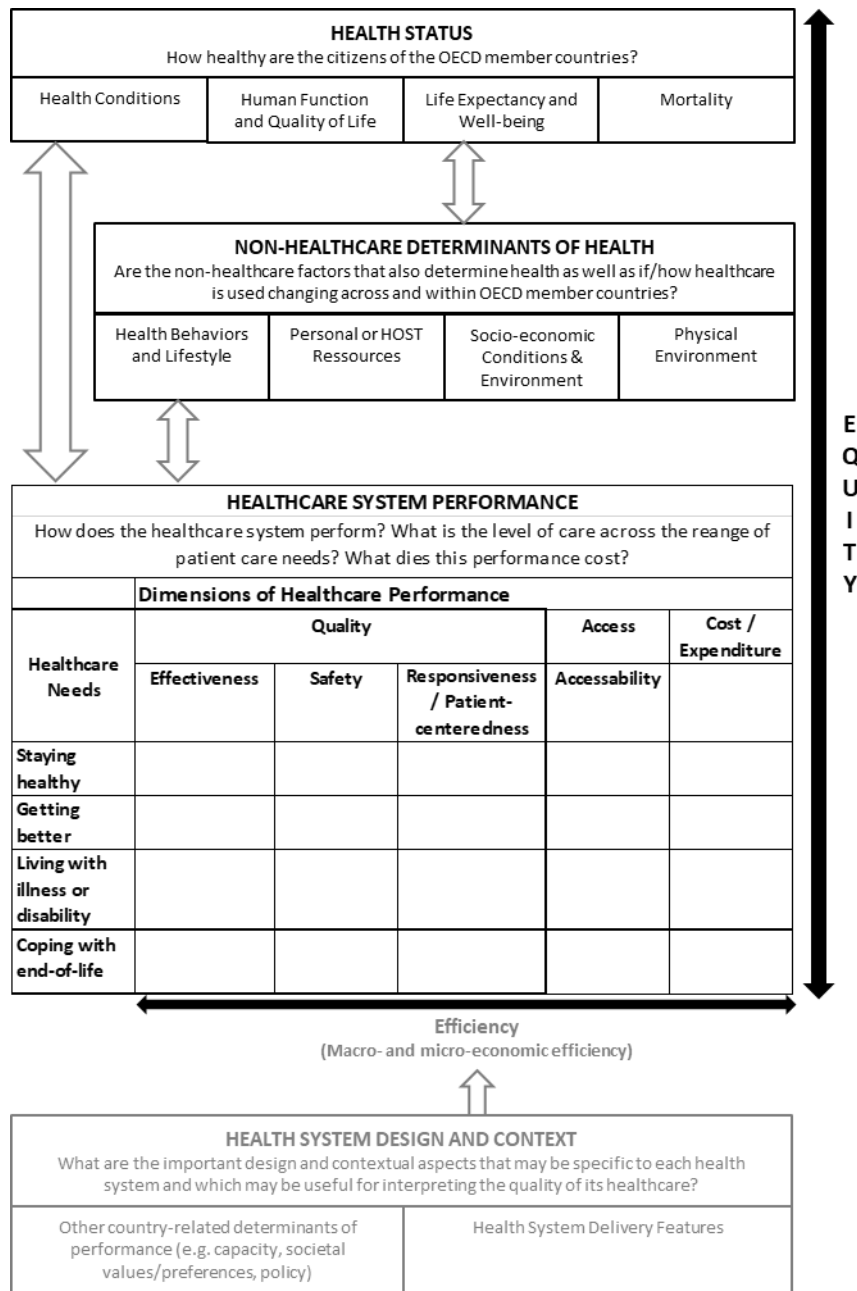
Sowohl beim Vergleich der internationalen Frameworks sowie in Hinblick auf die nationalen HSPA-Initiativen (siehe Abschnitt 2.2) zeigt sich, dass insbesondere die Frameworks der WHO und der OECD häufig eingesetzt bzw. adaptiert werden. In der nachfolgenden Beschreibung werden die Unterschiede in den Dimensionen bzw. zwischen den Frameworks daher exemplarisch anhand des WHO Building Block Frameworks (WHO 2007) (Abbildung 1), des OECD Health Care Quality Indicators (HCQI) Frameworks (Arah et al. 2006; Mattke et al. 2006) (Abbildung 2) sowie des aktuellen Frameworks der Europäischen Kommission (Joint Assessment Framework [JAF]) (Europäische Kommission Directorate-General [DG] Employment, Social Affairs and Inclusion 2015) (Abbildung 3), welches seinerseits eine Weiterentwicklung des OECD Frameworks ist, aufgezeigt.

Abbildung 1: Eigene Darstellung des WHO Building Blocks Framework



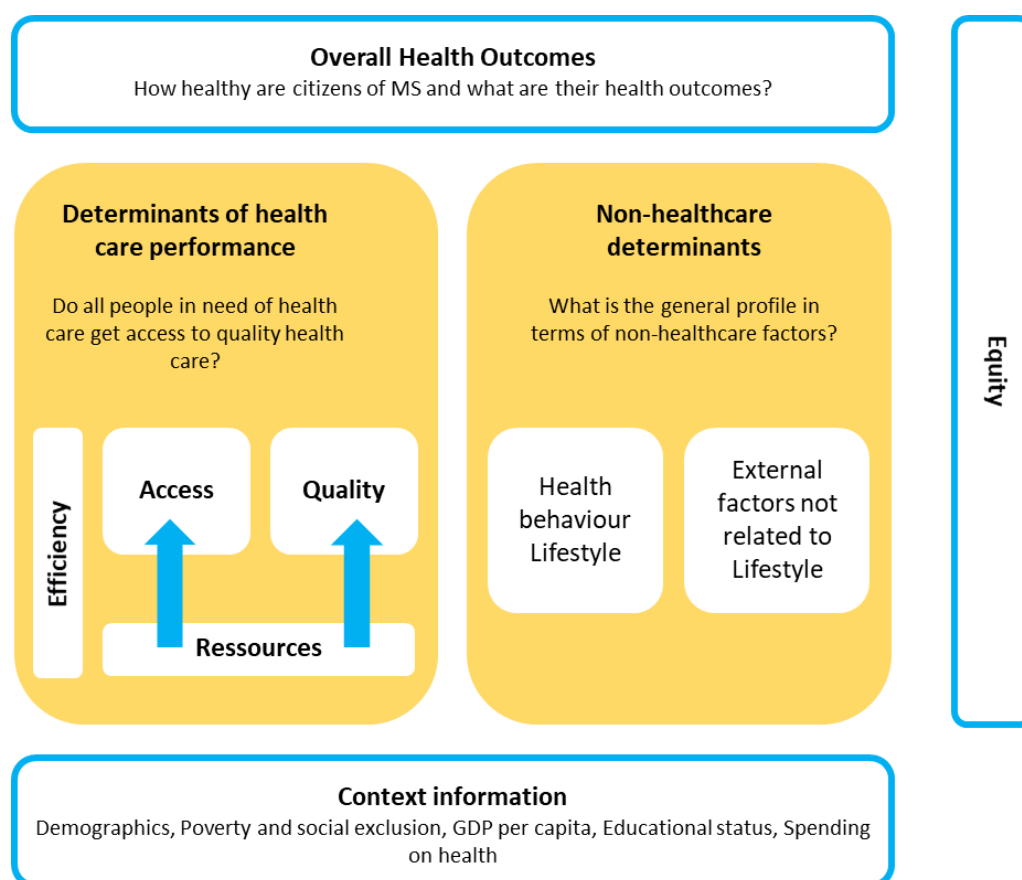
Quellen: WHO 2007, 2010

Abbildung 2: OECD HCQI Framework



Quelle: Arah et al. 2006 (Anmerkung: Die Weiterentwicklung des Frameworks nach Carinci et al. 2015 kommt hier nicht zur Verwendung, da sie spezielle Versorgungsformen oder Sektoren in den Fokus rückt.)

Abbildung 3: Joint Assessment Framework



Quelle: Smith 2014a

(Verbesserung der) Bevölkerungsgesundheit: Die Gesundheit der Bevölkerung bildet übereinstimmend in allen Frameworks eine Dimension zur Messung der Leistungsfähigkeit sowie ein Outcome des Systems. Die Positionierung und der Zusammenhang mit den anderen Dimensionen unterscheidet sich jedoch: Im WHO-Framework ist es am deutlichsten als Ergebnis des Gesundheitssystems gekennzeichnet (und blendet die anderen Einflussfaktoren aus), im OECD-HCQI-Framework ist es nicht als „Outcome“ bezeichnet, sondern als „Health Status“ und mit einem bidirektionalen Pfeil mit „Healthcare Performance“ verbunden (wodurch klar werden soll, dass die Gesundheit der Bevölkerung sowohl den Bedarf nach Gesundheitsleistungen darstellt, als auch deren Ergebnis), während es beim JAF als „Overall Health Outcomes“ bezeichnet wird, um zu kennzeichnen, dass es als Ergebnis sowohl des Gesundheitssystems als auch von anderen Determinanten betrachtet wird.

Zugang zum Gesundheitssystem bzw. der Versorgung: Die Dimension des Zugangs zu Gesundheitssystem und Versorgung wird von der WHO übergreifend definiert als „ein Maß für den Anteil der Bevölkerung der

angemessene Gesundheitsleistungen erreicht“ (WHO Regionalbüro für Europa 1998, S. 2). Zugang beinhaltet dabei je nach Definition neben der Verfügbarkeit von Leistungen (u.a. Entfernung, Wartezeiten) und der Akzeptabilität auch die finanziellen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Leistungen (z.B. Höhe der Selbstbeteiligung). In den Frameworks der WHO werden die finanziellen Aspekte bzw. Auswirkungen des Zugangs noch zusätzlich in zwei getrennten Dimensionen betrachtet (zum einen bei „Coverage“, die parallel zu „Access“ als intermediäres Outcome angeordnet wird, zum anderen beim Outcome „finanzielle Risikoabsicherung“, wobei diese auch die [negativen] Auswirkungen der Nutzung von Gesundheitsleistungen ohne Versicherungsschutz bzw. sehr hohen Selbstzahlungen berücksichtigt). „Coverage“ selbst hat drei zentrale Unterdimensionen: Wer ist ver- bzw. abgesichert? Welche Leistungen sind ver- bzw. abgesichert (Leistungskatalog)? Wie hoch ist die Selbstbeteiligung trotz Ver- bzw. Absicherung?

Responsiveness: Die Responsiveness eines Gesundheitssystems ist laut WHO definiert als die *Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auf die legitimen Erwartungen der Bevölkerung hinsichtlich der nicht-medizinischen Aspekte in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem* und wird von dieser in zwei Hauptkategorien unterteilt, nämlich Respekt vor der Person und Nutzerorientierung (Valentine et al. 2003). Ähnliche Dimensionen sind in allen Frameworks enthalten, doch gibt es hier große Unterschiede in Terminologie und Abgrenzung zu anderen Dimensionen. Bei der WHO bildet die Dimension Responsiveness, genau wie die Dimension Gesundheit, einen Outcome des Gesundheitssystems und wird u.a. von Zugang zur Versorgung und Qualität der Versorgung beeinflusst. Bei der OECD wiederum fällt die Dimension „Responsiveness / Patient Centredness“ in dem HCQI Framework unter „Quality“ (gemeinsam mit „Safety“ und „Effectiveness“). Responsiveness bezieht sich bei der OECD ausschließlich auf die erhaltene Versorgung, während diese Dimension bei der WHO breiter ist und alle Interaktionen mit dem Gesundheitssystem einschließt (z.B. bereits die Anfrage nach einem Termin). Entsprechend unterscheiden sich die Gruppen, welche die Responsiveness des Systems beurteilen können. Während es bei der OECD Personen sind, welche Leistungen in Anspruch genommen haben (womit es Teilkomponente der Qualität wird; s.u.), können zumindest einzelne Aspekte der Responsiveness des Gesundheitssystems beim WHO Framework von der gesamten Bevölkerung beurteilt werden, d.h. auch von Personen, welche keine Leistungen in Anspruch genommen haben (bspw. auf Grund von Zugangsbarrieren).

Finanzielle Risikoabsicherung: Die Dimension „finanzielle Risikoabsicherung“ findet sich bei der WHO als Outcome-Dimension, zudem wird der Aspekt „Coverage“ parallel zum Zugang als intermediäres Outcome aufgeführt. Im JAF sind finanzielle Barrieren ein Aspekt des „Access“. (Wie bereits erwähnt, kann der erfolgte Zugang zu nicht versicherten Leistungen bzw. solchen mit hohem Selbstbehalt auch zu negativen

Konsequenzen bei der finanziellen Risikoabsicherung in Form von „katastrophalen Ausgaben“ oder „verarmenden Ausgaben“ führen.)

Qualität der Versorgung: Die Qualität der Versorgung wird in allen Frameworks aufgeführt. Qualität ist dabei unterschiedlich breit definiert und umfasst z.B. bei der OECD neben der gesundheitsbezogenen „Effectiveness“ (= Wirksamkeit, d.h. erwünschtes Ergebnis in Bezug auf den Bedarf) und „Safety“ (= Sicherheit, d.h. unerwünschte Ergebnisse) auch den Punkt Patientenzentrierung/Responsiveness (siehe *Responsiveness*), während bei der WHO „Quality“ und „Safety“ parallel erwähnte intermediäre Outcomes sind.

Equity: Des Weiteren sind in den drei Frameworks „Equity“ Aspekte beinhaltet. Ziel ist somit bspw. nicht nur einen hohen durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erreichen (bei der WHO als „Level“ bezeichnet), sondern ebenfalls eine „gerechte“ Verteilung zwischen Bevölkerungsgruppen, Regionen etc. „Equity“ wird in den Frameworks entweder als einzelne Dimension, die bspw. vertikal zu allen anderen Dimensionen verläuft (JAF, OECD), oder als Aspekt innerhalb der einzelnen Dimensionen (WHO) aufgeführt.

Input: Welche in das System fließenden Ressourcen innerhalb des HSPA beachtet werden sollten, ist unterschiedlich differenziert aufgeführt. Die WHO listet als Building Blocks den „Input“ in das System; hierunter fallen unter anderem Humanressourcen, Technologien, aber auch Politiksteuerung. Bei der OECD findet sich ausschließlich die Dimension „Cost/Expenditure“ als Input. Im JAF Framework werden finanzielle, humane und technologische Ressourcen als Input betrachtet. Während die WHO und JAF grafisch kennzeichnen, dass der Input einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems hat, wird dieser Zusammenhang bei der OECD nicht explizit dargestellt.

Effizienz: Hinsichtlich der Bewertung der Effizienz von Gesundheitssystemen besteht aktuell der größte Diskussions- und Forschungsbedarf (Cylus et al. 2016; Papanicolas und Smith 2013). So wird die Effizienz zwar in allen Frameworks aufgeführt, doch bleibt unklar, welche Aspekte von Input und Outcome explizit in Relation gesetzt werden sollten. So betrachtet bspw. die WHO innerhalb der Effizienz ausschließlich die Kosten/Ausgaben als Input (und lässt die als Input dargestellten Building Blocks weg).

Kontext-Informationen: Die OECD lieferte mit den Kontext-Informationen eine wichtige Ergänzung zu den zuvor bestehenden Frameworks. Diese Informationen fließen in qualitativer Form in das HSPA ein und bilden eine Grundlage zur Diskussion der Ergebnisse. So kann ein umfassendes HSPA nur dann erfolgen und richtig interpretiert werden, wenn allgemeine Informationen über Organisation, Finanzierung, Leistungserbringung und aktuelle politische Reformen des Gesundheitssystems bereitgestellt werden, wie

dies z.B. in der Reihe Health Systems in Transition des European Observatory on Health Systems and Policies gemacht wird (z.B. der Bericht zu Deutschland: Busse und Blümel 2014) Die Europäische Kommission empfiehlt ebenfalls die Nutzung von Kontextinformationen für die Diskussion der Ergebnisse. Ein gravierender Unterschied ist hier jedoch, dass explizit nicht der Gesundheitssystemkontext genannt wird, sondern andere Kontextinformationen des Landes, welche das Gesundheitssystem, die Leistungsfähigkeit sowie auch die nicht-versorgungsbezogenen Determinanten von Gesundheit beeinflussen können (Europäische Kommission 2014b).

Nicht-versorgungsbezogene Determinanten von Gesundheit: Im OECD-Framework und im JAF finden sich zudem nicht-versorgungsbezogene Determinanten von Gesundheit. Hierunter sind Faktoren gefasst, welche bekanntermaßen die Gesundheit beeinflussen, bspw. Umwelteinflüsse, aber nicht durch das Gesundheitssystem bzw. die Versorgung beeinflusst werden. Die OECD unterscheidet diese in vier Kategorien (i. health behaviours and lifestyle, ii. personal or host resources, iii. socio-economic conditions and environment und iv. physical environment), während diese Determinanten im JAF in zwei Kategorien unterteilt werden (i. Health behaviour / Lifestyle und ii. External factors not related to lifestyle). Die Abgrenzung dieser Determinanten vom Gesundheitssystem ist dabei jedoch nur eingeschränkt möglich. So lassen sich die im JAF genannten Kategorien in Verhaltensprävention sowie Verhältnisprävention übertragen. Insbesondere hinsichtlich der Prävention von Erkrankungen ist somit eine Überschneidung gegeben (siehe Bedarfskategorie: Staying healthy / Gesund bleiben).

Bedarfskategorien: Die OECD schlägt in ihrem Framework zudem die Nutzung von vier Bedarfskategorien vor: „gesund bleiben“, „gesund werden“, „Leben mit chronischer Krankheit oder gesundheitlicher Einschränkung“ und „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“. Die Bedarfskategorien bieten eine Möglichkeit das HSPA zu gliedern, insbesondere da sich bspw. die Outcomes (und die genutzten Indikatoren) zwischen den Kategorien teilweise stark unterscheiden. So muss der häufig genutzte Outcome „Lebenserwartung“ bei der Bedarfskategorie „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ anders interpretiert werden als bspw. in der Bedarfskategorie „Leben mit chronischer Krankheit oder gesundheitlicher Einschränkung“. Des Weiteren können die Bedarfskategorien auch Unterschiede in der Datenerhebung notwendig machen, so dass in der Kategorie „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ ggf. die Angehörigen hinsichtlich der Responsiveness des Gesundheitssystems befragt werden müssten.

2.2 Nationale Initiativen

Aufbauend auf internationalen Vorarbeiten und Frameworks befasst sich eine Vielzahl von nationalen Institutionen damit, die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu messen. Die meisten nationalen HSPA-Initiativen begannen mit der Verpflichtung der Charta von Tallinn von 2008, mit früherem Beginn in vereinzelt Ländern wie z.B. den Niederlanden und Schweden (beide veröffentlichten bereits 2006 einen HSPA-Bericht). Im nationalen Kontext gibt es große Unterschiede in der Ausgestaltung, den verantwortlichen Organisationen und eingebundenen nationalen Stakeholdern, der Frequenz, Evidenzbasis und Aufbereitung von HSPA-Initiativen (siehe Tabelle 2). Den meisten nationalen HSPA ist gemein, dass sie HSPA als Ergänzung und tiefergehende Analyse zu bestehenden oder noch zu formulierenden Versorgungs- und Gesundheitszielen verstehen. Auch wenn nationale Gesundheitsziele oftmals deckungsgleich mit internationalen Zieldimensionen sind (z.B. Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit bei qualitativ hochwertiger und kosteneffizienter Versorgung), gibt es einige signifikante Unterschiede bei der Betrachtung von einzelnen Krankheitsentitäten, Sektoren, Bevölkerungsgruppen und der Operationalisierung von nationalen Gesundheitszielen. In Portugal wurde das Gesundheitssystem durch den National Health Plan 2010-2014 reformiert und dessen Zielerreichung durch ein HSPA gemessen (WHO Regionalbüro für Europa 2010b). Auf der anderen Seite erfolgte eine Reihe von nationalen HSPA, die unter Zuhilfenahme des oben erwähnten WHO-Frameworks besonderen Reformbedarf aufzeigten (z.B. führte Estland einen Aktionsplan zur Bekämpfung von Übergewicht bei Kindern nach dem HSPA im Jahr 2009 ein (WHO Regionalbüro für Europa 2010a)). Die Inkludierung von nationalen Reformen ist daher ein wichtiger Punkt, die Fokussierung auf nationale Gesundheitssystemspezifika im Allgemeinen ein weiterer (z.B. Datenerhebung nach vulnerablen Bevölkerungsgruppen im australischen HSPA). Alle nationalen HSPA streben zudem nach Vergleichen und Rankings; die meisten Länder wählen Vergleiche nach Regionen, nach Bevölkerungsgruppen oder -schichten (z.B. CWF Scorecard on State Health System Performance monitort die Leistungsfähigkeit von US-Staaten in den gewählten Zieldimensionen (Radley et al. 2017)) bis hin zur Messung der Leistungsfähigkeit von einzelnen Krankenhäusern (z.B. Pay for Performance Schemes für einzelne Krankenhäuser in Frankreich) und deren kontinuierlicher Erfassung über einen gewissen Zeitrahmen (Expert Group on Health System Performance Assessment 2016).

Tabelle 2: Übersicht über ausgewählte nationale HSPA-Initiativen nach Kriterien entlehnt von Smith 2014a und WHO Regionalbüro für Europa 2012

Land (zugrundeliegendes Framework)	Zielsetzung des HSPA	Durchführende Organisation	Indikatorenset	Vergleichsbasis	Zeit / Frequenz	Zielgruppen
Belgien (eigenes)	Erhöhen der Transparenz; Übernahme von Verantwortung; Verständnisverbesserung innerhalb des Systems und dessen Zusammenhänge; evidenzbasierte Politiksteuerung	<i>Kooperation</i> zwischen 3 Organisationen (KCE: Belgian Health Care Knowledge Centre; Sciensano, ehem. Scientific Institute of Public Health; RIZIV-INAMI: Institute for Health and Disability Insurance)	106	EU-15 Durchschnitt Nach Regionen (Brüssel, Flandern, Wallonien)	2009; 2012; 2015 (intermediate report 2014); 2019 in Arbeit	Breit (alle Stakeholder und auch Patienten)
Niederlande (OECD)	Erhöhen der Transparenz und Rechenschaft gegenüber Parlament; Überwachung der Zielerreichung im Gesundheitssystem	<i>Öffentliche Hand – national</i> (RIVM: National Institute for Public Health and the Environment)	125	EU-15 Durchschnitt	2006; 2008; 2010; 2014; 2018	Ursprünglich nur für Gesundheitsberufe und interessiertes Publikum, später breiter (https://www.volksgezondheidenzorg.info)
Schweden (nach Leitfragen organisiert)	Kontrolle der Zielerreichung des schwedischen Gesundheitssystems und von einzelnen Reformen („How much are we paying for healthcare?“; „Are we getting healthier and living longer?“)	<i>Öffentliche Hand – national, Provinzen und Kommunen</i> (Socialstyrelsen: National Board of Health and Welfare und SKL: Swedish Association of Local Authorities and Regions)	54	Nach Regionen, internationalen Vergleichen (innerhalb der EU), nach Krankheitsentitäten	2006-2012 jährlich; 2014; 2016	Entscheidungsträger im Gesundheitssystem (auch lokal)
Malta (JAF)	Messung der Zielerreichung der National Health System Strategy; Erhöhen der Transparenz; Rechenschaft	<i>Öffentliche Hand</i> (Ministry for Energy and Health, Parliamentary Secretary for Health)	96	Gesetzte Ziele und EU-15 und 28 Durchschnitte	2015	Entscheidungsträger im Gesundheitssystem
Kanada (eigenes)	Vergleich von Regionen und Gesundheitssystemen in Kanada, gesetzte Ziele	<i>Unabhängige Institution der öffentlichen Hand – Bund und Provinzen</i> (CIHI: Canadian Institute for Health Information)	>100	Nach Regionen, Bedarfskategorien, Sektoren und Krankheitsentitäten	Seit 1994 fortlaufend	Lokale Entscheidungsträger

Quellen: Canadian Institute for Health Information 2013; Ministry for Energy and Health Parliamentary Secretary for Health 2015; National Board of Health and Welfare 2017; National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) 2015; van den Berg et al. 2014; Vlayen et al. 2010; Vrijens et al. 2016

HSPA geht in den meisten nationalen Initiativen über die Publizierung von Berichten hinaus; es beschreibt viel mehr einen Prozess der Zusammenarbeit bei Datensammlung, Auswertung, Framework-Gestaltung und nicht zuletzt Interpretation der Ergebnisse (wobei dies in einigen Ländern mehr formalisiert ist als in anderen). Einige HSPA gehen auch über die quantitative Bewertung von Reformen hinaus, geben stetige qualitative Rückmeldung an Entscheidungsträger und dienen auch dem internationalen Vergleich (z.B. Harbers et al. 2008).

3 Entwicklung eines konzeptionellen Rahmens für ein deutsches HSPA

Der konzeptionelle Rahmen für das deutsche HSPA beschreibt die relevanten Dimensionen, Kategorien sowie deren Zusammenhang zueinander und strukturiert die Auswahl geeigneter Indikatoren. Bereits innerhalb des konzeptionellen Rahmens bzw. Frameworks, können Spezifika des jeweiligen Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Zudem können, durch die vorab durchgeführten systematischen Überlegungen zu einem konzeptionellen Rahmen, im späteren Verlauf Lücken in der tatsächlichen Verfügbarkeit von Indikatoren und/oder Datenquellen leichter offengelegt werden.

Die Entwicklung des Frameworks für das deutsche HSPA basierte zum einen auf den Ergebnissen der Literaturrecherche und zum anderen auf Expertenbefragungen von i) nationalen und ii) internationalen Experten (siehe dazu Box 1). Im nachfolgenden Text werden die Vorabüberlegungen für ein deutsches HSPA beschrieben, anschließend wird die finale Version des Frameworks dargestellt und mit den bestehenden Frameworks der WHO, OECD und der Europäischen Kommission abgeglichen. Es wird aus Gründen des Umfangs darauf verzichtet, die Zwischenversionen (vor den Rückmeldungen durch die Experten und den Überarbeitungen) des Frameworks darzustellen.

Box 1: Revision des Frameworks durch nationale und internationale Experten

Revision des konzeptionellen Frameworks durch den nationalen und internationalen Projektbeirat (angelehnt an das Delphi-Verfahren)

1. Advisory Board von dem Gesundheitsökonomischen Zentrum Berlin (BerlinHECOR) (Treffen am 26. März 2018)

Ein erster Entwurf des Frameworks wurde dem Advisory Board im Vorfeld des Treffens am 26.03.2018 übermittelt und um schriftliche Rückmeldung gebeten. Es erfolgten Rückmeldungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des Robert Koch-Instituts (RKI), des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), des Verbandes für private Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Es erfolgte eine Diskussionsrunde und eine detaillierte Vorstellung des Frameworks. Die erhaltenen Kommentare bezogen sich insbesondere auf Systemgrenzen (Prävention, Pflege und Rehabilitation) sowie auf die angedachte Operationalisierung der einzelnen Dimension.

2. Internationaler Projektbeirat

Die revidierte Version des Frameworks wurde dann an den Internationalen Projektbeirat (Mark Pearson, Peter C. Smith, Maria Hofmarcher, Carine Vande Voorde und Gert Westert) mit der Bitte um Rückmeldung übermittelt. Die fünf hochrangigen Experten des internationalen Projektbeirates nahmen sowohl zum Framework und dessen internationaler Anschlussfähigkeit (z.B. zu der Verbindung von Zugang, Qualität und Bevölkerungsgesundheit als Kern des Frameworks) Stellung, als auch zu den Systemgrenzen (so wurde u.a. angemerkt, dass nicht-versorgungsbezogene Determinanten der Gesundheit im Framework klarer aufgenommen werden müssen) und der Operationalisierung.

3.1 Vorabüberlegungen

Basierend auf den vom BMG formulierten Zielstellungen für ein HSPA:

1. Unterstützung einer evidenzbasierten Politiksteuerung
2. Identifizierung von Stärken und Schwächen
3. Messung von Fortschritten, Evaluierung von Reformmaßnahmen
4. Stärkung einer transparenten Darstellung der Leistungsfähigkeit des dt. Gesundheitssystems

sowie auf den Erfahrungen aus anderen Ländern wurden die folgenden Vorabüberlegungen für die Gestaltung eines deutschen HSPA getroffen, welche sich auch im Weiteren auf den konzeptionellen Rahmen wie auch auf die spätere Auswahl der Indikatoren auswirken:

Regelmäßig: Alle der vier formulierten Ziele können nur durch die regelmäßige Durchführung eines HSPA erreicht werden. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, hat sich international noch keine bestimmte Frequenz etabliert. Es wurde daher der internationale Beirat um eine Einschätzung zu einer sinnvollen Frequenz von HSPA-Berichten befragt (siehe dazu auch Arbeitspaket C). Die internationalen Experten empfahlen eine Frequenz von 2-3 Jahren für ein Kern-HSPA.

Nutzerfreundlich: Insbesondere um Ziel 4 zu erreichen (aber ebenfalls relevant für die anderen Ziele), muss das HSPA so gestaltet sein, dass Umfang und Aufbereitung der Ergebnisse so gewählt werden, dass das HSPA „handhabbar“ bleibt. Dies bedeutet, dass das HSPA auf ein Kernset von Indikatoren reduziert sein sollte (und in diesem noch eine Unterteilung in Schlüsselindikatoren und weitere erklärende Indikatoren stattfindet, siehe Abbildung 10) sowie die Aufbereitung der Ergebnisse leicht verständlich sein sollte. Dies bedeutet zum einen, dass Indikatoren ausgewählt werden sollten, welche eindeutig zu interpretieren sind (was bedeutet eine höhere/niedrigere Ausprägung?), sowie weitere qualitative Beschreibungen notwendig sind, um die Ergebnisse in den Kontext einzuordnen (dies kann bei Vergleichen mit anderen Ländern in besonderem Maße notwendig sein). Des Weiteren bedeutet dies auch, dass relevante Informationen zu den genutzten Datenquellen bereitgestellt werden müssen, so dass Nutzer des HSPA die Güte und Verlässlichkeit der Informationen schnell einschätzen können.

Anschlussfähig: Insbesondere um Ziel 2, und somit auch Ziel 1, zu erreichen, ist es hilfreich, wenn im HSPA auch Möglichkeiten für Vergleiche mit anderen Ländern gegeben sind. Eine Grundvoraussetzung für diese Vergleiche ist eine internationale Anschlussfähigkeit des konzeptionellen Rahmens und der Auswahl der Indikatoren. Zusätzlich müssen die Indikatoren auch Spezifika des deutschen Gesundheitssystems abbilden. Des Weiteren sollte das HSPA auch an nationale Initiativen anschließen. Zum einen um, wie bereits

erwähnt, die deutschen Spezifika entsprechend abzubilden, aber auch um bestehende (Vor-)Arbeiten zu nutzen und zu einer effizienten Nutzung bestehender Initiativen/Daten beizutragen.

Flexibel: Ziel 3, und hier insbesondere die Evaluierung von Reformmaßnahmen sowie der Vorschlag eines reduzierten Kernsets (siehe „Nutzerfreundlich“) an Indikatoren, bedingt eine notwendige Flexibilität des HSPA. Eine Möglichkeit, diese zu erreichen, ist die Kombination eines Kern-HSPA (regelmäßig, möglichst gleichbleibendes Indikatorenset) mit einem Fokus-HSPA (nach Bedarf, wechselnde Indikatorensets) empfehlenswert. Dieses kann dann genutzt werden, um eine (anstehende) Reform, bestimmte Krankheitsentitäten, Bevölkerungsgruppen bzw. Bedarfskategorien (siehe Abschnitt 2.1), einzelne Dimensionen (bspw. Qualität) oder auch Equity-Aspekte (bspw. regionale Verteilung) detaillierter zu analysieren, als dies im Kern-HSPA möglich wäre.

Systemgrenzen: Um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu bewerten, müssen die Grenzen des Systems definiert werden, d.h. welche Leistungen zählen zu dem System und welche beschriebenen Effekte können der Versorgung durch das Gesundheitssystem zugeschrieben werden? Nach Diskussionen mit den Experten des BerlinHECOR-Beirats sowie Rückmeldung des BMG wurde entschieden, die Grenzen des deutschen Gesundheitssystems basierend auf dem Sozialgesetzbuch (SGB) V festzulegen. Dies bedeutet, der Logik des SGB V folgend, das System ist definiert über:

- die medizinischen Leistungen, die im Leistungskatalog enthalten sind, u.a. ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel, Prävention (individuelle und ausgewählte bevölkerungsweite Maßnahmen, wie bspw. Impfungen, Screenings und Check-ups), palliative Versorgung und Teile der medizinischen Rehabilitation (§§ 20 ff SGB V);
- die im SGB V geregelten Finanzierungsmechanismen;
- die Leistungsanbieter, die gemäß SGB V Leistungen anbieten dürfen;
- den Akteuren der Leistungserbringer und Krankenkassen auf korporatistischer Ebene, zu denen staatliche Aufgaben delegiert wurden (z.B. Gestaltung des Leistungskataloges).

Zusätzlich muss die private Krankenversicherung, welche ca. 11% der Bürger vollversichert, ebenfalls in das deutsche HSPA einbezogen werden.

Dieser Logik folgend, werden u.a. ein Großteil der Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Langzeitpflege über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und Arbeitsmedizin sowie Rehabilitation in Folge von Arbeitsunfällen nicht eingeschlossen. Ausnahmen von diesen eher eng definierten Grenzen des Systems werden ggf. in einigen Fällen notwendig sein.

3.2 Beschreibung des deutschen Frameworks

Entsprechend den Vorarbeiten im Bereich HSPA enthält auch das für Deutschland entwickelte Framework die nachfolgenden Dimensionen für die Messung der Leistungsfähigkeit:

- Zugang zum Gesundheitssystem/zur Versorgung (inkl. finanzieller Risikoabsicherung),
- Qualität der erhaltenen Versorgung,
- Outcomes,
 - d.h. die dem System zuschreibbare Gesundheit der Bevölkerung
 - und die Responsiveness sowie
- Effizienz.

Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit (Equity) fließen in die Dimensionen Zugang zum Gesundheitssystem/zur Versorgung (inkl. finanzieller Risikoabsicherung), Qualität der erhaltenen Versorgung sowie der dem System zuschreibbaren Gesundheit der Bevölkerung und Responsiveness ein und bilden ein wichtiges Kriterium für die spätere Kategorienbildung. Zudem bilden Informationen zu Input, Kontext und nicht-versorgungsbezogenen Determinanten von Gesundheit, Krankheitslast und Bedarf an gesundheitlicher Versorgung wichtige Aspekte des HSPA (siehe Abbildung 4-6 und Abbildung 8).

Übergreifend wurde festgelegt, dass das HSPA der Bevölkerung/den Patienten durch das System folgen sollte. Dementsprechend muss der konzeptionelle Rahmen sowie das spätere HSPA die Versorgungsrealität widerspiegeln, wie sie die Bevölkerung bzw. die Patienten durchlaufen. Dies schließt das gesamte Gesundheitssystem ein und stoppt bspw. nicht an Sektorengrenzen. Sich unterscheidende Bedürfnisse und Ansprüche an die gesundheitliche Versorgung werden über eine Gruppierung in Bedarfskategorien abgebildet.

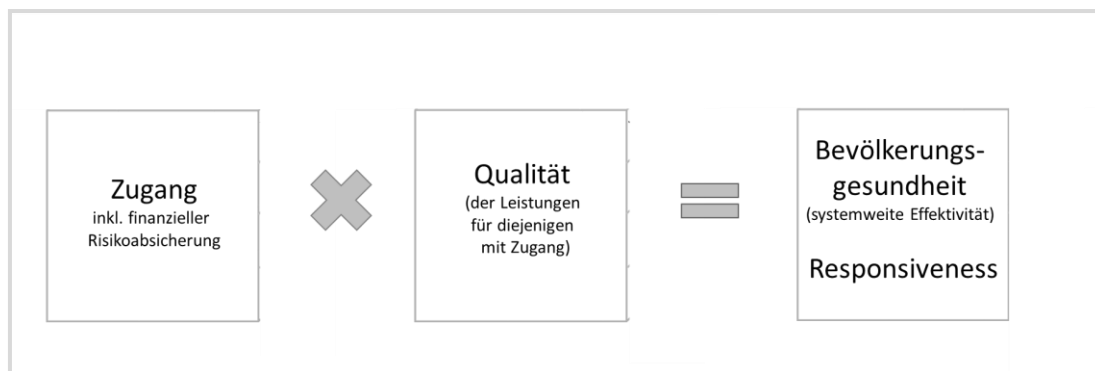
Die Dimension **Zugang** zum Gesundheitssystem und der Versorgung beinhaltet im entwickelten Framework die **finanzielle Risikoabsicherung** und setzt sich aus den folgenden Aspekten zusammen: (i) Bevölkerungsabdeckung (WER ist versichert?), (ii) Leistungskatalog (WAS ist versichert?), (iii) Finanzierbarkeit (WIE hoch ist die Kostenbeteiligung?) und (iv) Verfügbarkeit von Leistungen (u.a. Entfernung, Wartezeiten und Wahlfreiheit). Im Nenner wird dabei jeweils die gesamte Bevölkerung bzw. die gesamte Bevölkerung mit einem Bedarf an Versorgungsleistungen betrachtet.

Die Dimension **Qualität** beschreibt die Qualität der erhaltenen Leistungen und umfasst die Kategorien Wirksamkeit (einschl. Angemessenheit bzw. Indikationsqualität), Patientensicherheit sowie die Patien-

tenorientierung². Daraus folgt, dass Messungen der Qualität nur mit Gruppen von Personen bzw. Patienten ins Verhältnis gesetzt werden (d.h. nur solche im Nenner stehen), welche auch eine Versorgungsleistung erhalten haben. Entsprechend ist in dem vorgeschlagenen Framework die Dimension Zugang der Qualität vorgeschaltet.

Die Outcome-Dimensionen **Bevölkerungsgesundheit** und **Responsiveness** sind als das Ergebnis aus der Kombination zwischen Zugang zum Gesundheitssystem bzw. der Versorgung und der Qualität der erhaltenen Versorgung zu betrachten. So kann das Optimum in den Dimensionen Bevölkerungsgesundheit und Responsiveness nur dann erreicht werden, wenn sowohl ein sehr guter Zugang sowie eine sehr gute Qualität gegeben sind. Beide Dimensionen (Bevölkerungsgesundheit und Responsiveness) beziehen sich dabei auf die gesamte Bevölkerung und werden in dem vorgeschlagenen Framework als finaler „Outcome“ des Systems betrachtet.

Abbildung 4: Dimensionen HSPA-Framework Deutschland



Zudem adaptieren wir das Vorgehen der OECD und nutzen eine Einteilung der Bevölkerung nach **Bedarfskategorien** als eine Gliederungsebene innerhalb des Performance Assessments. Die Unterteilung nach Bedarf setzt sich im vorgeschlagenen Framework aus sechs Gruppen zusammen: „gesund auf die Welt kommen“ (entsprechend dem niederländischen HSPA), „gesund bleiben“ (OECD), „gesund werden“ (Versorgung akuter Erkrankungen) (OECD), „Leben mit chronischer Krankheit oder gesundheitlicher Einschränkung“ (adaptiert von OECD), „Personen mit eingeschränkter Autonomie“ (eigene Ergänzung) und „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ (OECD) (siehe Abbildung 5).

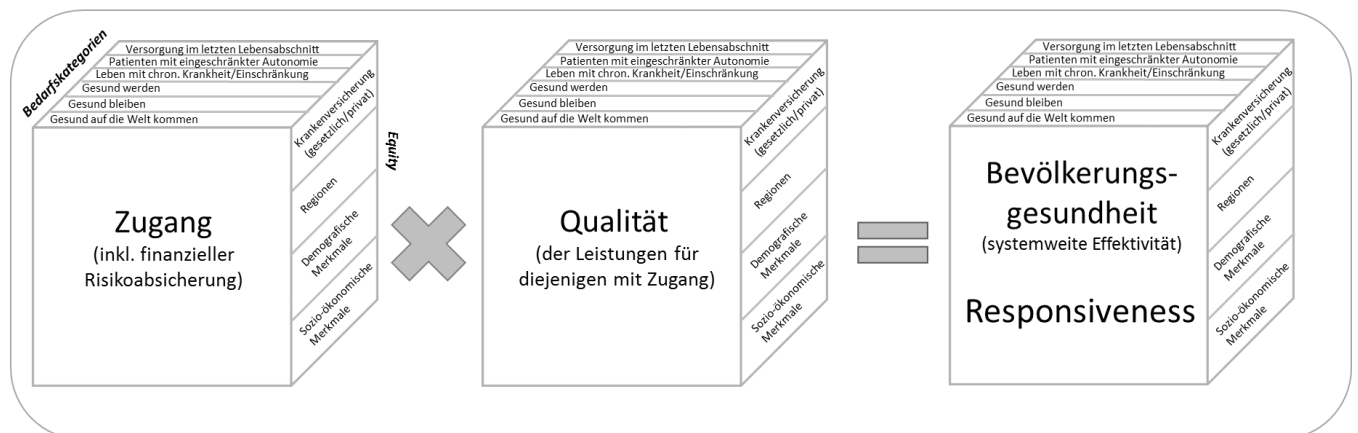
² Die erreichte Patientenorientierung wird zusammenfassend in der Dimension „Responsiveness“ berichtet. Ein Grund hierfür ist, dass bei der Erhebung der Patientenorientierung häufig bereits ein Zusammenspiel zwischen Zugang und Qualität erfasst wird, so dass eine getrennte Auswertung/Darstellung als nicht zielführend eingeschätzt wird.

Equity-Aspekte fließen in dem vorgeschlagenen Framework in die Dimensionen Zugang, Qualität, Bevölkerungsgesundheit und Responsiveness ein. In den vier genannten Dimensionen sollte jeweils neben dem erreichten Level auch die Verteilung betrachtet werden. Hier erscheinen die folgenden übergreifenden Faktoren als sinnvoll (wobei sich die Auswahl je nach Indikator leicht unterscheiden kann):

- Typ der Krankenversicherung – Verteilung zwischen gesetzlich und privat Versicherten,
- regionale Verteilung (bspw. auf Ebene der Bundesländer oder Kreise) und
- die Verteilung anhand demografischer sowie
- sozio-ökonomischer Charakteristika (bspw. Alter und Geschlecht des Patienten).

Die vorgeschlagenen Equity-Kategorien folgen damit zum einen den für ein HSPA empfohlenen Kategorien (Commission of the European Communities 2009; Hofmarcher und Smith 2013) und greifen zum anderen Spezifika Deutschlands bzw. des deutschen Gesundheitssystems auf (private- und gesetzliche Krankenversicherung [PKV/GKV], regionale Verteilungen).

Abbildung 5: Dimensionen HSPA-Framework inkl. Equity und Bedarfskategorien



Entsprechend den internationalen Frameworks (und auch der Rückmeldung der Experten) wird in dem entwickelten Framework auch aufgezeigt, dass neben den direkt dem Gesundheitssystem zuschreibbaren Faktoren noch weitere Faktoren bestehen, welche zum einen die Gesundheit beeinflussen und zum anderen ebenfalls einen Effekt auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems haben.

Diese Faktoren werden im Framework anhand der Kontextinformationen sowie der Krankheitslast inkl. der nicht-versorgungsbezogenen Determinanten von Gesundheit betrachtet (siehe Abbildung 6).

Das Diagramm zeigt den Prozess der Gesundheitsversorgung und die Determinanten von Gesundheit. Oben steht ein Kasten mit der Aufschrift 'Determinanten von Gesundheit (Verhalten, "Metabolisch", Umwelt)'. Ein Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Krankheitslast (YLL + YLD = DALY)'. Ein weiterer Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Durch gesundheitliche Versorgung beeinflussbar = "Bedarf"'. Ein dritter Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Zugang (inkl. finanzieller Risikoabsicherung)'. Ein viertes Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Qualität (der Leistungen für diejenigen mit Zugang)'. Ein fünfter Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Bevölkerungsgesundheit (systemweite Effektivität)'. Ein sechster Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Responsiveness'. Ein siebter Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Design, Politik und Kontext des Gesundheitssystems (Politiksteuerung, Finanzierung, Humanressourcen, Technologien, Leistungserbringung,...)'. Ein achter Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Bisher) Nicht durch gesundheitliche Versorgung beeinflussbar'. Ein neunter Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Reduktion des Bedarfs durch erfolgreiche Adressierung beeinflussbarer Ursachen'. Ein zehnter Pfeil führt von diesem Kasten zu einem Kasten mit der Aufschrift 'Zugang (inkl. finanzieller Risikoabsicherung)'.

Das Diagramm zeigt die Determinanten von Gesundheit (Verhalten, "Metabolisch", Umwelt) und deren Einfluss auf die Krankheitslast (YLL + YLD = DALY). Die Krankheitslast wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Bedarf). Der Bedarf wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Zugang). Der Zugang wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Qualität). Die Qualität wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Bevölkerungsgesundheit). Die Bevölkerungsgesundheit wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Responsiveness). Die Responsiveness wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Design, Politik und Kontext des Gesundheitssystems). Das Design, die Politik und der Kontext des Gesundheitssystems beeinflussen die Responsiveness und die Bevölkerungsgesundheit.

Das Diagramm zeigt die Determinanten von Gesundheit (Verhalten, "Metabolisch", Umwelt) und deren Einfluss auf die Krankheitslast (YLL + YLD = DALY). Die Krankheitslast wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Bedarf). Der Bedarf wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Zugang). Der Zugang wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Qualität). Die Qualität wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Bevölkerungsgesundheit). Die Bevölkerungsgesundheit wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Responsiveness). Die Responsiveness wird durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst (Design, Politik und Kontext des Gesundheitssystems). Das Design, die Politik und der Kontext des Gesundheitssystems beeinflussen die Responsiveness und die Bevölkerungsgesundheit.

Die **nicht-versorgungsbezogenen Determinanten von Gesundheit** beschreiben das komplexe Zusammenspiel von verschiedenen Verhaltensweisen, Umwelteinflüssen, genetischer Disposition und anderen Einflüssen auf den individuellen Gesundheitsstatus. Die WHO unterscheidet *the social and economic environment, the physical environment, and the person's individual characteristics and behaviours* und leistete wichtige Vorarbeiten zur systematischen Aufarbeitung von verschiedenen Lebensbereichen wie Transport, Umwelt, Landwirtschaft, Wohnumfeld und Urbanisierung. Für die Zwecke des Frameworks wird übernommen, dass es außerhalb der gesundheitlichen Versorgung Determinanten von Gesundheit gibt (**Risiko- und protektive Faktoren**), die einen wesentlichen Einfluss auf die **Krankheitslast** in Deutschland haben. Zudem wird festgehalten, dass sich die Krankheitslast in Deutschland aus zwei zu unterscheidenden Kategorien zusammensetzt:

- i) weitestgehend durch die direkte gesundheitliche Versorgung beeinflussbare Krankheitslast (idealerweise wird diese auch in der Outcome-Dimension Bevölkerungsgesundheit erfasst, d.h. ein gutes Ergebnis des Systems würde diesen Teil der Krankheitslast senken) sowie
- ii) durch Krankheitslast, welche nicht – oder nicht ausschließlich – durch die direkte gesundheitliche Versorgung beeinflussbar ist (z.B. Verletzungen durch Autounfälle), nichtsdestotrotz aber einen Einfluss auf das Gesundheitssystem hat (u.a. durch die Inanspruchnahme von Leistungen).

Die beiden Kategorien sind nicht trennscharf, dennoch sollte diese Unterteilung aus den nachfolgenden Gründen in der Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems beachtet werden:

- Die Krankheitslast insgesamt hat einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, z.B. auf die notwendigen Ressourcen, spiegelt aber nicht ausschließlich die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems wider, sondern wird von vielen weiteren Faktoren beeinflusst. Sie kann daher in „durch die medizinische Versorgung beeinflussbare“ und in „(noch) nicht durch die Versorgung beeinflussbare“ Krankheitslast unterteilt werden; erstere spiegelt den „Bedarf“ im Sinne des Gesundheitssystems bzw. der Versorgung wider.
- In der Dimension „Bevölkerungsgesundheit“ sollte idealerweise die Krankheitslast betrachtet werden, welche durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst wird (bzw. beeinflusst werden könnte) und somit entsprechend die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems widerspiegelt.

Um die Effizienz des Gesundheitssystems beurteilen zu können, sind weitere Informationen notwendig. Allerdings sind zunächst auch einige Begriffe zu klären bzw. zu definieren, da die Literatur teilweise identische Ausdrücke für unterschiedliche Elemente verwendet³. Zum einen müssen die Ressourcen, welche in das System fließen, quantifiziert werden. Dies ist im Framework abgebildet über die Dimension „**Input**“. Der Input umfasst u.a. finanzielle, humane und technologische Ressourcen sowie Informationen zu Prozessen. Die reinen Angaben über den Input lassen zwar noch keine normative Interpretation zu, doch sind Aussagen sowohl zur technischen als auch systemweiten Effizienz des Systems nur möglich, wenn der Input entsprechend genau erfasst und beziffert wird (siehe dazu auch Arbeitspaket B).

³ So wird statt von technischer Effizienz auch von „Produktivität“ gesprochen (vgl. etwa Morger et al. 2017). Produktivität wird dabei als das reine Verhältnis zwischen Input und Output betrachtet, während eine Betrachtung der Effizienz dieses Verhältnis in Beziehung zu einem möglichen Maximum setzt, was z.B. durch Skaleneffekte nicht proportional zur Effizienz sein muss (Street und Häkkinen 2010). Im überwiegenden Teil der HSPA-Literatur wird jedoch auch für die Produktivität der Begriff Effizienz verwendet.

Wir folgen der Definition von EUROSTAT (2016a) und unterscheiden im „Produktions“prozess zwischen Input, Output in Form einzelner Aktivitäten oder Leistungsbündeln bzw. Leistungseinheiten und Outcome (siehe Abbildung 7).

Um die **technische Effizienz** zu bewerten, werden die Inputs in Relation zu den erbrachten Leistungseinheiten ins Verhältnis gesetzt. Dabei werden die Inputs entweder in (I1) Kosten bzw. „Ausgaben“ (wobei diese wiederum in Geldeinheiten oder als Prozentsatz des BIP quantifiziert werden können) oder in (I2) physischen Einheiten (etwa Personen bzw. Arbeitsstunden oder Betten) ausgedrückt – und die Outputs entweder als (O1) einzelne Aktivitäten (etwa Röntgenuntersuchungen) oder (O2) Leistungseinheiten (etwa stationäre Fälle) quantifiziert. Daraus ergeben sich, vereinfacht gesagt, vier Möglichkeiten für die Quantifizierung der technischen Effizienz: I1 vs. O1 (etwa Kosten pro abgegebener Medikamenten-Tagesdosis [DDD]), I1 vs. O2 (etwa Kosten pro Krankenhausfall), I2 vs. O1 (etwa Histologien pro Histologe) und I2 vs. O2 (etwa stationäre Fälle pro Pflegekraft) (siehe Abbildung 7).

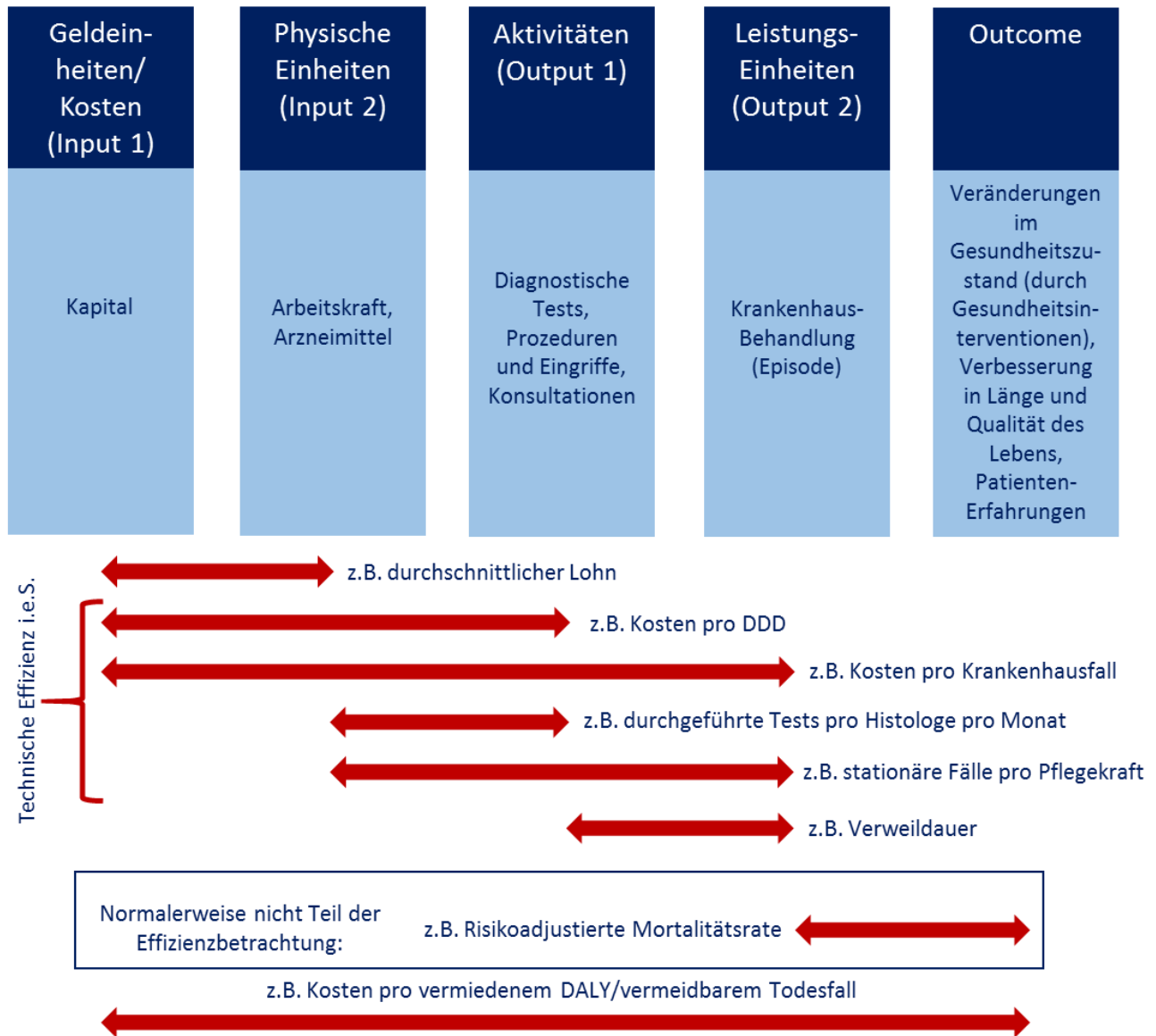
Alle diese Effizienzquantifizierungen ermöglichen Aussagen dazu, wie hoch der Ressourcenaufwand pro erbrachter Leistung ist, was wiederum, mit Hilfe geeigneter Standardisierungsverfahren, über Jahre und Regionen bzw. Länder verglichen werden kann. Sie haben aber mindestens zwei Nachteile: (i) sie sind auf Teilaspekte des Gesundheitssystems beschränkt, da die Outputs nicht über Leistungssektoren hinweg zusammengeführt werden können und (ii) sie lassen keine Aussage zur Effizienz in Bezug auf das Erreichen der finalen Ziele des Gesundheitssystems (der „Outcomes“) zu. Daher ist die Methodik für Vergleiche etwa von Krankenhäusern etabliert, wird im Rahmen von HSPA auf nationaler Ebene, geschweige denn im internationalen Vergleich, kaum eingesetzt⁴.

Zur Messung dieser **systemweiten Effizienz** (Kosten-Effektivität) müssen die Inputs in Relation zu den Outcomes des Systems (d.h. zu Indikatoren aus den Dimensionen Gesundheit und/oder Responsiveness) gesetzt werden. Diese Messung ist nur sinnvoll gegenüber dem Input, ausgedrückt in Geldeinheiten (da kein Indikator existiert, der die diversen physischen Einheiten zusammenführt). Ebenso wie bei der technischen Effizienz können diese dann entsprechend über Jahre und Regionen bzw. Länder verglichen werden.

⁴ Eine Ausnahme bildet hier das HSPA aus Schweden, in dem die folgenden Indikatoren der technischen Effizienz genutzt werden bzw. wurden: Cost per consumed DRG-Point, Cost per DRG-Point produced, Cost per contact with the primary care system. Im schwedischen HSPA-Bericht von 2012 wurden diese Indikatoren für einen regionalen Vergleich eingesetzt (Swedish National Board of Health and Welfare 2013). Die aktuellen HSPA-Berichte aus Schweden, welche mit ca. 170 Seiten deutlich kürzer ausfallen als der 2012er Bericht (350 Seiten), verzichten auf die Darstellung dieser Indikatoren und verweisen stattdessen auf die Datenbank mit den entsprechenden Ergebnissen (National Board of Health and Welfare 2015, 2017).

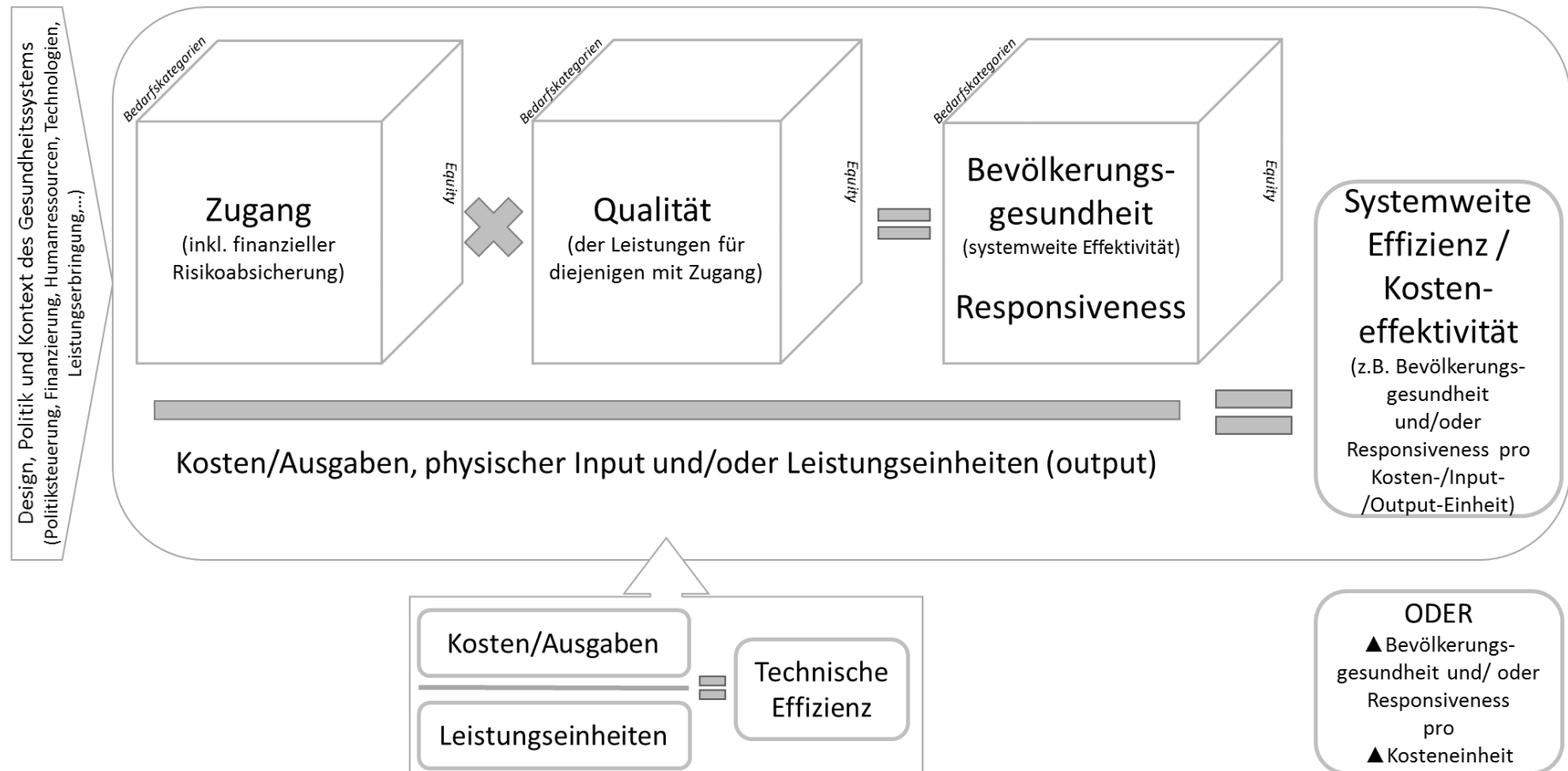
Abbildung 8 stellt das Gesamt-Framework (allerdings ohne Determinanten der Gesundheit und Krankheitslast) dar.

Abbildung 7: Produktionsprozess, Input, Output und Outcome



Quellen: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cylus et al. 2016; Eurostat 2016a; Morger et al. 2017; Sharpe et al. 2007

Abbildung 8: HSPA-Framework inkl. Effizienz



Arbeitspaket A.II: Indikatorenauswahl und Klassifizierung (Operationalisierung)

1 Identifikation und Gruppierung bestehender Indikatoren

Die Auswahl geeigneter Indikatoren richtete sich i) am konzeptionellen Rahmen des HSPA (siehe A.I), ii) an internationalen Erfahrungen im Bereich von HSPA sowie iii) an deutschlandspezifischen Erfahrungen hinsichtlich einzelner Indikatoren und HSPA-Dimensionen aus.

Die Grundlage für die Indikatorenextraktion bildete die auch für Arbeitspaket A.I durchgeführte Literaturrecherche. Die Ergebnisse aus Arbeitspaket A.I wurden durch eine Nachrecherche im Mai 2018 ergänzt (siehe Tabelle 3 für die vollständige Quellenübersicht). Des Weiteren wurden im späteren Verlauf Publikationen ergänzend hinzugefügt, sofern diese von besonderem Interesse für die Machbarkeitsstudie waren (u.a. Australian Institute of Health and Welfare 2018; Hagenaars et al. 2018; National Board of Health and Welfare 2017; NHS 2018; OECD 2018a; Peristat 2018; van den Berg et al. 2014).

Die Extraktion und Gruppierung der Indikatoren erfolgte in 2 Schritten:

- Aus den vorab ausgewählten Publikationen wurden alle Indikatoren am Ursprungstext extrahiert. Publikationen, die bereits in der euHS_I survey Indikatorenliste gelistet waren, wurden stichprobenartig auf ihre Vollständigkeit und eventuelle Updates überprüft. Umfangreichere Publikationen der OECD bzw. WHO wurden insofern besonders gehandhabt, als dass nur Indikatoren extrahiert wurden, die nicht bereits deckungsgleich (identische Bezeichnung und Operationalisierung) in der Indikatorenliste enthalten waren (für die OECD wurde anhand der Indikatorenliste aus Health at a Glance 2017 abgeglichen, für die WHO anhand der Indikatoren aus dem European Health Report 2015). Es entstand so eine Liste mit allen extrahierten Indikatoren aus den in Tabelle 3 genannten Quellen.
- Anschließend wurden die extrahierten Indikatoren gruppiert. Die Grundlage für diesen Schritt bildete die konsolidierte Indikatorenliste aus dem Projekt BRIDGE Health (siehe <https://healthconomics.meduniwien.ac.at/en/wissenschaft-forschung/projekte/bridge-health/european-health-systems-indicator-euhs-i-inventory/>). Im Falle eine Aktualisierung einer schon gelisteten Publikation, wurden die extrahierten Indikatoren überprüft und ggf. neue Indikatoren aufgenommen und nicht mehr verwendete Indikatoren entfernt.

Tabelle 3: Übersicht der für die Erstellung des Frameworks (Arbeitspaket A.I) sowie die Indikatorenextraktion (Arbeitspaket A.II) genutzten Quellen

ID	Abkürzung	Vollständige Literaturangabe	Enthalten in BRIDGE?	Anzahl extra-hierte Indikatoren
A	Europäische Kommission			
A1	ECHI	EC, ECHI - European Core Health Indicators (2013) http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en	Ja	114
A2	ECHO	ECHO, European Collaboration for Healthcare Optimization (2014) Zaragoza (Spain): Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud- Instituto Investigación Sanitaria Aragón; c2011. ECHO consortium. Handbook on methodology; 2014 Apr 27; from: http://www.echo-health.eu/handbook/CV_CID.html	Ja	30
A3	Eckefeldt et al. 2014 (DG-ECFIN)	Eckefeldt P, Schwierz C, Giamboni L, Aarnout M & Carone G (2014) Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies - European Commission Occasional Papers (Vol. 201). Brussels: European Economy, from http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp201_en.pdf	Ja	29
A4	ESIF for Health 2015	ESIF, European Structural and Investment Funds (2015) Technical Toolkit: Set of indicators useful for the final evaluation of actions, developed under the project "Provision of support for the effective use of European Structural and Investment (ESI) Funds for health investments", http://www.esifforhealth.eu/pdf/WP3%283%29_Indicators_FINAL_20150211.pdf	Ja	77
A5	EU Semester thematic 2017 (DG-ECFIN)	EC, Europe 2020 (2017) European Semester Thematic factsheet: Health Systems, from https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_en_0.pdf	Ja, aber aktualisiert	15
A6	Eurostat - Quality of Life	Eurostat, Quality of life Expert Group (2017) Final report of the expert group on quality of life indicators http://ec.europa.eu/eurostat/documents/7870049/7960327/KS-FT-17-004-EN-N.pdf/f29171db-e1a9-4af6-9e96-730e7e11e02f	Ja, aber aktualisiert	108
A7	Eurostat - SDG	Eurostat (2018) EU SDG indicator set for 2018 monitoring report, from http://ec.europa.eu/eurostat/web/sdi/good-health-and-well-being	Ja, aber aktualisiert	11
A8	European Pillar of Social Rights (DG EMPL)	European Commission (2016) Key economic, employment and social trends behind a European Pillar of Social Rights, Commission Staff Working Document, SWD(2016) 51 final, available from: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016SC0051&from=EN	Ja	35
A9	EU Youth Health 2011 (DG EAC)	European Commission (2011) Commission Staff Working Document on EU indicators in the field of youth. SEC (2011) 401 final. Retrieved from http://ec.europa.eu/youth/library/publications/indicator-dashboard_en.pdf	Ja	12
A9	EU Youth Health 2018 (DG EAC)	European Commission (2018) Youth monitor - European Commission. Retrieved from http://ec.europa.eu/youth/dashboard/index_en.htm	Ja, aber aktualisiert	35
A10	DG SANTE EXPH 2014	EXPH, Expert Panel on effective ways of investing in Health (2014) Definition and Endorsement of Criteria to Identify Priority Areas When Assessing the Performance of Health Systems, 27 February 2014, from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/002_criteriapperformancehealthsystems_en.pdf .	Ja	30
A10	DG SANTE EXPH 2014	EXPH, Expert Panel on effective ways of investing in Health (2014) Final report on Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety, 9 October 2014	Nein, neu hinzugefügt	58
A10	DG SANTE EXPH 2018	EXPH (2018) Tools and methodologies for assessing the performance of primary care. Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). https://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions_en	Nein, neu hinzugefügt	118

ID	Abkürzung	Vollständige Literaturangabe	Enthalten in BRIDGE?	Anzahl extra-hierte Indikatoren
A11	DG SANTE EXPH 2017	DG SANTE (2017) BLOCKS: tools and methodologies to assess integrated care in Europe: report by the expert group on Health Systems Performance Assessment (HSPA). https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf	Nein, neu hinzugefügt	118
A12	JAF Health (DG EMPL) 2015	EC, Social Protection Committee Indicators Sub-group (2015) Progress report on the review of the Joint Assessment Framework in the area of health, Brussels 17 February 2015, from http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13724&langId=en	Ja, aber aktualisiert	58
A13	EC-MACELI 2014	European Commission (2014) Comparative efficiency of health systems, corrected for selected lifestyle factors. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/2015_maceli_report_en.pdf	Ja	17
A14	Medeiros & Schwierz 2015 (DG-ECFIN)	Medeiros J & Schwierz C (2015) Efficiency estimates of health care systems - European Commission Economic Papers (Vol. 549). Brussels: European Economy, from http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf	Ja	14
A15	SPC - SPPM (DG EMPL) 2017	EC, Social Protection Committee Indicators Sub-group (2017) 2016 Social Protection Performance Monitor (SPPM) dashboard results, http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en	Ja, aber aktualisiert	23
OECD				
B1	Devaux & de Looper 2012	Devaux M. & de Looper M (2012) Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. OECD Health Working Papers, No. 58, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en	Nein, neu hinzugefügt	15
B2	Fujisawa & Klazinga 2017	Fujisawa R & Klazinga N (2017) Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. OECD Health Working Papers, No. 102, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en	Nein, neu hinzugefügt	(7)*
B3	Gmeinder et al. 2017	Gmeinder M, Morgan D & Mueller M (2017) How much do OECD countries spend on prevention? OECD Health Working Papers, No. 101, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/f19e803c-en	Nein, neu hinzugefügt	6
B4	Health at a Glance 2017	OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en	Ja, aber aktualisiert	177
B4	Health at a Glance Europe 2016	OECD/EU (2016) Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en	Nein, neu hinzugefügt	30
B5	How's Life? 2017	OECD (2017) How's Life? 2017: Measuring Well-being, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/how_life-2017-en	Ja, aber aktualisiert	78
B6	James et al. 2017	James C, Devaux M & Sassi F (2017) Inclusive growth and health. OECD Health Working Papers, No. 103, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/93d52bcd-en	Nein, neu hinzugefügt	1
B7	Joumard et al. 2010	Joumard I, André C & Nicq C (2010) Health Care Systems: Efficiency and Institutions (Vol. 769). OECD Publishing, from http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?docLanguage=en&cote=eco/wkp(2010)25	Ja	27
B8	Lorenzoni et al. 2018	Lorenzoni L, Murtin F, Springare LS, Aaraaen A & Daniel F (2018) Which policies increase value for money in health care? OECD Health Working Papers, No. 104, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/a46c5b1f-en	Nein, neu hinzugefügt	19
B9	OECD 2017	OECD (2017) Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en	Nein, neu hinzugefügt	47

ID	Abkürzung	Vollständige Literaturangabe	Enthalten in BRIDGE?	Anzahl extra-hierte Indikatoren
B10	OECD Reviews of Health Care Quality 2017	OECD (2017) Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en	Nein, neu hinzugefügt	35
B10	OECD Reviews of Health Care Quality 2016	OECD (2016) OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en	Nein, neu hinzugefügt	4
B11	OECD Reviews of Health Systems	OECD (2017) Primary Care in Denmark, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264269453-en	Nein, neu hinzugefügt	8
B12	State of Health in the EU: Country Health Profiles	OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) Germany: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. http://dx.doi.org/10.1787/9789264283398-en	Nein, neu hinzugefügt	11
WHO				
C1	WHO Health 2020	WHO Regional Office for Europe (2015) The European Health Report 2015: Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence, Denmark. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/251775/Health-2020-Targets-and-indicators-version2-ENG.pdf	Ja	38
C1	WHO Regional Office for Europe 2017	WHO Regional Office for Europe (2017) Core Health Indicators in the WHO European Region 2017. Special focus: 2030 Sustainable Development Agenda (2017)	Nein, neu hinzugefügt	11
C1	WHO Core Health Europe 2015	WHO Regional Office for Europe (2015) Core Health Indicators in the WHO European Region 2015 - Special focus: human resources for health. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/290440/Core-Health-Indicators-European-2015-human-resources-health.pdf	Ja	31
C2	100 Core Health Indicators 2018	WHO (2018) Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.	Nein, neu hinzugefügt	(100)*
C3	WHO Women's health	WHO (2015) Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe	Nein, neu hinzugefügt	4
C4	Smith et al. 2016	Cylus J, Papanicolas & Smith PC (Hg.) (2016) Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe (Health policy series, 46).	Ja	6
C4	Smith et al. 2017	Smith PC, Cylus J & Papanicolas (2017) How to make sense of health system efficiency comparisons? Policy Brief 27, HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS. World Health Organization 2017.	Nein, neu hinzugefügt	19
Andere Initiativen				
D1	Commonwealth Fund (CWF) 2014	Davis K, Stremikis K, Schoen C & Squires D (2014) Mirror, Mirror on the Wall, 2014 NEU (Update): How the U.S. Health Care System Compares Internationally, The Commonwealth Fund, June 2014, http://www.commonwealth-fund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf	Ja	12
D1	Commonwealth Fund (CWF) 2018	McCarthy D, Radley D & Hayes S (2018) Aiming Higher: Results from the Commonwealth Fund Scorecard on State Health System Performance, 2018 Edition, The Commonwealth Fund, May 2018, https://interactives.commonwealth-fund.org/2018/state-scorecard/files/Radley_State_Scorecard_2018.pdf	Ja, aber aktualisiert	43

ID	Abkürzung	Vollständige Literaturangabe	Enthalten in BRIDGE?	Anzahl extra-hierte Indikatoren
D1	Commonwealth Fund (CWF) 2017	Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A & Doty MM (2017) Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care. http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/jul/mirror-mirror-international-comparisons-2017	Ja, aber aktualisiert	74
D2	EHCI 2018	Health Consumer Powerhouse (2018) Euro Health Consumer Index 2017 Report. Retrieved from https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf	Ja, aber aktualisiert	46
Länderinitiativen				
E1	AIHW 2016	Australian Institute of Health and Welfare (2016) Australia's health report 2016. Canberra: AIHW. Retrieved from https://www.aihw.gov.au/reports-statistics/health-welfare-overview/australias-health/reports	Ja, aber aktualisiert	41
E2	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016) Health Outcomes in Österreich. Update SV-Zahlenbericht 2016. Ausgewählte übergeordnete Outcomeindikatoren im europäischen und regionalen Vergleich. Dezember 2016. http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.765591&portal:componentId=gtn2ba20f84-4710-45a2-bde3-5a5c81ca7e03&viewmode=content	Nein, neu hinzugefügt	27
E2	Austria - SV und OÖGKK 2014	Beitel C, Labek A, Dragosits A, Pfeffer N & Scheuringer M (2014) Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen. Schwerpunkt: Outcomes. Grundlagenbericht II. Detailindikatoren. Retrieved from http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.599727&version=1402472510	Nein, neu hinzugefügt	42
E3	Belgium - KCE 2016	Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P & Meeus P (2015) Performance of the Belgian Health System. Report 2015. Health Services Research (HSR), Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport2015.pdf	Ja	118
E4	Canada - CIHI 2018	CIHI (2018) Your Health system in depth based upon indicator library (2018) Retrieved from: http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library	Ja, aber aktualisiert	135
E5	Denmark, Finland, Greenland, Iceland, Norway, Sweden - Nordic Council of Ministers 2017	Nordic Council of Ministers, Nordic Council of Ministers Secretariat (2017) Nordic Statistics 2017. Copenhagen: Nordisk Ministerråd. Retrieved from http://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1146911&dswid=8807	Nein, neu hinzugefügt	(24)*
E6	DK, FI, IS, NO, SE - The Nordic Welfare Watch - Nordic Council of Ministers 2017	Friðleifsdóttir S, Eydal GB, Jónsdóttir S & Ólafsson S (2017) The Nordic Welfare Watch. Final report. Copenhagen: The Nordic Council of Ministers. Retrieved from http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1155301/FULLTEXT02.pdf	Nein, neu hinzugefügt	29
E7	Estonia HSPA 2010	WHO Regional Office for Europe & Ministry of Social Affairs of Estonia (2010) Estonia health system performance assessment. 2009 snapshot. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/115260/E93979.pdf?ua=1	Ja	52
E8	Hungary HSPA 2014	Szigeti S, Evetovits T, Gaál P & Pusztai Z (2014) Strengthening health system performance assessment in Hungary - Analysis and recommendations. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf	Ja	46

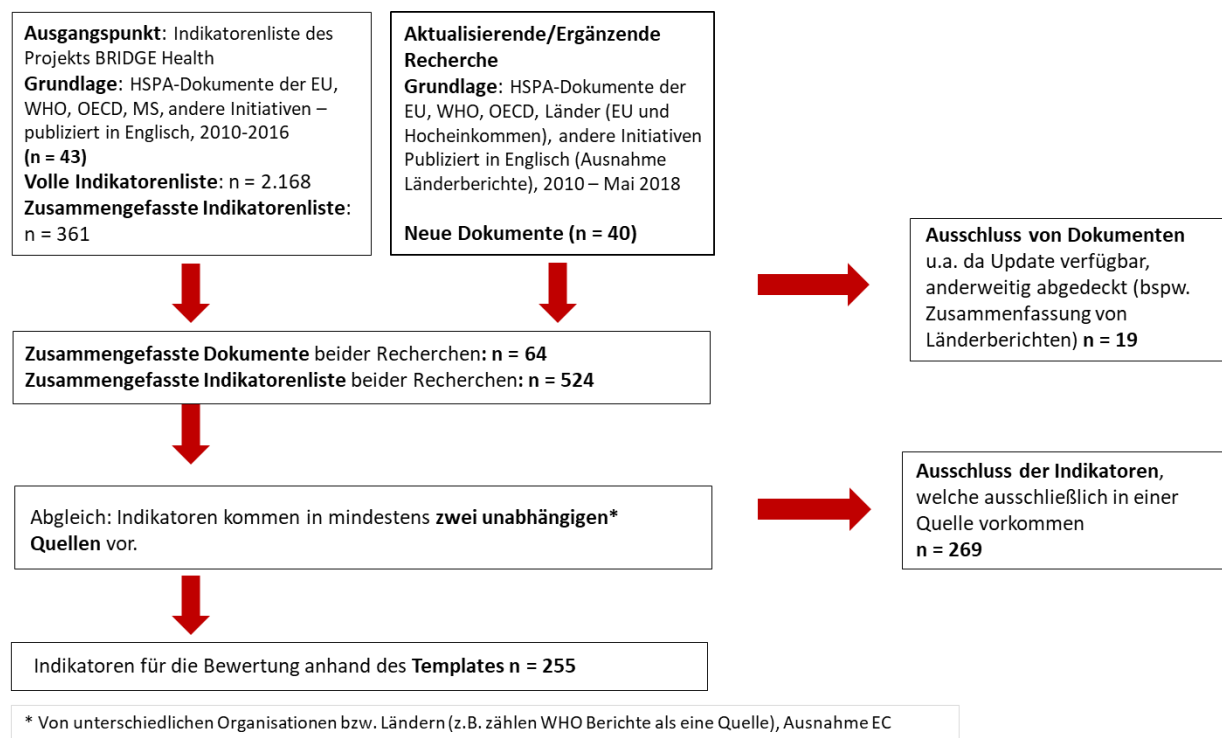
ID	Abkürzung	Vollständige Literaturangabe	Enthalten in BRIDGE?	Anzahl extra-hierte Indikatoren
E9	Ireland - NHQSR 2017	Department of Health (2017) NHQRS-National Healthcare Quality Reporting System - Third annual report 2017. Retrieved from: https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2017/07/NHQSR-2017-Annual-Report.pdf	Ja, aber aktualisiert	20
E10	Italy - PNE 2014	National Agency for Regional Health Services-AGENAS (2014) National Outcome Evaluation Program - PNE. Retrieved from http://95.110.213.190/PNEed14_EN/index.php#	Ja	122
E11	Malta - Grech et al. 2015	Grech K, Podesta M, Calleja A & Calleja N (2015) Report on the Performance of the Maltese Health System 2015. Retrieved from https://health.gov.mt/en/dhir/Documents/HSPA%20-%20Malta%20Report%20-%20Final%20050416.pdf	Ja	61
E12	Netherlands - van den Berg et al. 2015	van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg L & Zwakhals S (2015) Dutch Health Care Performance Report 2014. Retrieved from http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:277134&type=org&disposition=inline	Ja	142
E13	New Zealand - MoH 2018	Ministry of Health – Manatū Hauora (2018) Performance Measures for 2018/19. DHB non-financial monitoring framework and performance measures. 10 May 2018. Retrieved from https://nsfl.health.govt.nz/accountability/performance-and-monitoring/performance-measures/performance-measures-201819	Ja, aber aktualisiert	88
E14	Norway 2018 - helsenorge.no	Shahzadi S & Narbuuld H (2018) Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet. Retrieved from https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten	Nein, neu hinzugefügt	117
E15	Portugal HSPA 2010	World Health Organization Regional Office for Europe & Ministry of Health of Portugal (2010) Portugal health system performance assessment 2010. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf	Ja	44
E16	Singapore - MoH 2013	Ho K, Chew SK, Lee CE, Lau HC, Goh KT (2013) State of health. Report of the Director of Medical Services. 2003 - 2012. Singapore: Ministry of Health.	Nein, neu hinzugefügt	11
E16	Singapore - Swedish Agency for Growth Policy Analysis 2013	Swedish Agency for Growth Policy Analysis (2013) Measurements for Improved Quality in Healthcare. Singapore. Retrieved from http://www.tillvaxtanalys.se/download/18.5d9caa4d14d0347533bce583/1430907694576/direct_response_2013_07.pdf	Nein, neu hinzugefügt	33
E17	Sweden - Socialstyrelsen 2013	Socialstyrelsen (2013) Quality and Efficiency in Swedish Health Care - Regional Comparisons 2012. Retrieved from http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-5-7	Ja	169
E17	Sweden - Socialstyrelsen 2015	Socialstyrelsen (2015) Regional comparisons 2014 – Public Health Retrieved from http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19912/2015-9-2.pdf	Ja	41
E18	UK - Berry 2015	Berry N (2015) How does the NHS compare with health systems in other countries? Retrieved from http://www.health.org.uk/sites/default/files/HowDoesTheNHSCompareWithHealthSystemsInOtherCountries.pdf	Ja	26
E19	UK - Bevan et al. 2014	Bevan G, Karanikolos M, Exley J, Nolte E, Connolly S & Mays N (2014) The four health systems of the UK: How do they compare? Retrieved from http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/revised_4_countries_report.pdf	Ja	34
E20	UK - NHS 2016	National Health Service - NHS (2016) NHS Outcomes Framework 2016 to 2017. Retrieved from https://www.gov.uk/government/publications/nhs-outcomes-framework-2016-to-2017	Ja	67
E21	US - Institute of Medicine (IOM) 2015	IOM, Institute of Medicine (2015) Vital signs: Core metrics for health and health care progress. Washington, DC: The National Academies Press, http://www.nap.edu/login.php?record_id=19402&page=http%3A%2F%2Fwww.nap.edu%2Fdownload%2F19402	Ja	56

ID	Abkürzung	Vollständige Literaturangabe	Enthalten in BRIDGE?	Anzahl extra- hierte Indika- toren
<i>* Im Zuge der Gruppierung der Indikatoren wurden die Indikatoren bzw. Quellen bei der erneuten Überprüfung ausgeschlossen. Die Gründe waren wie folgt: B2 – Aufzählung über bereits genutzte Indikatoren auf Länderebene, diese waren jedoch über die Länderberichte bereits abgedeckt, C2 – die neu extrahierten Indikatoren wurden als unpassend für ein HSPA in einem Hoheinkommensland eingestuft, E5 – Indikatoren waren bereits über andere Länderberichte abgedeckt und nur wenige mit Gesundheitsbezug.</i>				

Basierend auf der so erstellten konsolidierten Indikatorenliste wurden alle Indikatoren identifiziert, welche von mindestens zwei Initiativen genutzt werden bzw. genutzt worden sind. Die Veröffentlichungen der OECD sowie die Veröffentlichungen der WHO wurden dabei jeweils als eine Initiative bewertet, d.h. wenn ein Indikator bspw. in zwei OECD Veröffentlichungen, aber sonst in keiner weiteren Quelle, vorkam, wurde dieser nicht weiter berücksichtigt; wenn ein Indikator wiederum bspw. bei der OECD und in einem der Länderberichte vorkam, wurde der Indikator weiterhin berücksichtigt.

Insgesamt wurden so 255 Indikatoren identifiziert (siehe Abbildung 9). Die so getroffene Auswahl an Indikatoren bildet den ersten Entwurf eines Indikatorensets. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zu Grunde, dass über Indikatoren, welche mehrfach im Rahmen von HSPA eingesetzt wurden, eine Form von internationalem Konsens besteht. Somit ist es im Sinne der internationalen Anschlussfähigkeit eines deutschen HSPA unerlässlich, die jeweiligen Indikatoren hinsichtlich einer Anwendung für ein HSPA des deutschen Gesundheitssystems zu überprüfen.

Abbildung 9: Flowchart Vorgehen Indikatorenauswahl



2 Bewertung der identifizierten Indikatoren

Anschließend wurde das identifizierte Indikatorenset den Dimensionen des entwickelten konzeptionellen Rahmens (siehe A.I) zugeordnet und anhand eines vorab definierten Kriterienkatalogs beschrieben und bewertet (siehe Tabelle 4). Für die Erstellung des Kriterienkatalogs wurde auf internationale Erfahrungen und bestehende Bewertungsinstrumente zurückgegriffen (Beitel et al. 2014; Bojke et al. 2018; Fekri et al. 2017).

Es wurde jeder Indikator bewertet, vorausgesetzt, dieser konnte einer Dimension des entwickelten Frameworks für ein deutsches HSPA zugeordnet werden. Die anschließende Bewertung beruhte auf der Vergabe von Noten auf einer Skala von 1 „sehr gut“ bis 5 „sehr schlecht“ und auf „Ja“/„Nein“ Bewertungen. Die Bewertung der Datengrundlage erfolgte erst dann, wenn der Indikator in der inhaltlichen Bewertung mindestens die Note 2 erhielt (zu der Datengrundlage für ein deutsches HSPA siehe auch Arbeitspaket A.III). Dies war dann der Fall, wenn die Aussagekraft des Indikators mit mindestens „Gut“ bewertet wurde und mindestens zwei der drei weiteren Kriterien (2.2.-2.4) positiv beurteilt wurden. Die Bewertung der Indikatoren wurde von drei Wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Fachgebiets MiG zwischen März und Juli 2018 vorgenommen. Dabei wurde jeder Indikator von jeweils zwei Mitarbeiterinnen bewertet. Bei Unklarheiten und Abweichungen in der Bewertung, wurde die Bewertung nochmals in der Gruppe zur Diskussion gestellt. Es entstand so eine Liste von 90 Indikatoren, welche dem internationalen Projektbeirat zum Review zugeschickt wurde.

Tabelle 4: Bewertungstemplate - inhaltliche Bewertung der Indikatoren

1	Allgemeine Beschreibung und Zuordnung im Framework	
1.1	Kurzbezeichnung	
1.2	Langbezeichnung	
1.3	Zuordnung im Framework	Dimension (ggf. Subdimension): Bedarfskategorie/n:
1.4	Definition und/oder Berechnung	
1.5	Int. Anschlussfähigkeit	Von wem wird/wurde der Indikator eingesetzt:
<i>Wenn eine Zuordnung im Framework (1.3.) nicht möglich ist, kann auf die weitere Bewertung verzichtet werden</i>		
2	Inhaltliche Bewertung	
2.1	Aussagekraft	Drückt der Indikator die Leistungsfähigkeit der (Sub)Dimension, der der Indikator zugeordnet ist, gut aus? Repräsentiert der Indikator die (Sub)Dimension gut? Skala von 1 „sehr gut“ bis 5 „sehr schlecht“, ggf. Erklärung ausführen
2.2	Beeinflussbarkeit durch das Gesundheitssystem	Reagiert der Indikator vermutlich auf Veränderungen im Gesundheitssystem? Ja/Nein, ggf. Erklärungen ausführen (Nicht relevant für die Dimensionen: Kontext, nicht-versorgungsbezogene Determinanten der Gesundheit, Input)
2.3	Validität	Ist der Indikator inhaltlich gut operationalisiert? Bewertung der face-validity; zusätzlich falls möglich: Zusammenhang mit anderen Indikatoren oder Gold-Standard Ja/Nein, ggf. Erklärungen ausführen
2.4	Interpretierbarkeit	Ist der Indikator inhaltlich sinnvoll interpretierbar? (Ist bspw. eindeutig, was eine höhere/niedrigere Ausprägung bedeutet bzw. wann ein Ergebnis besser/schlechter ist?) Ja/Nein (Nur teilweise auf Indikatoren der Dimension „Input“ und „Output“ zutreffend, diese können alleinstehend nicht normativ interpretiert werden)
2.5	Expertenrating	<i>Nur für Indikatoren die bereits in der BRIDGE Health Liste enthalten waren</i> Wurde der Indikator in der Expertenbefragung des euHS_I survey als Headline Indikator eingestuft? Ja/Nein
Zusammenfassende Bewertung Inhalt: Note 1: wenn 2.1 = sehr gut UND 2.2-2.5 = Ja (wenn Indikator nicht in BRIDGE Health 2.2-2.4=Ja) Note 2: wenn 2.1 = mindestens gut UND 2.2 -2.4 mindestens zwei „Ja“ Note 3: erfüllen nicht die Bedingungen für Note 2. <i>Wenn die Inhaltliche Bewertung mit Note 3 abschließt, ist keine weitere Bewertung der Datenverfügbarkeit notwendig</i>		

3 Ausgewählte Indikatoren

Bei der Auswahl der Indikatoren wurde neben der Bewertung auch beachtet, wie gut eine Dimension bzw. die Bedarfskategorien bereits durch weitere Indikatoren abgedeckt sind. So war für einige Dimensionen und Bedarfskategorien eine relativ große Auswahl an möglichen Indikatoren vorhanden (z.B. für die Dimension „Zugang“ oder für die Kategorie „Versorgung akut Erkrankter“), während bei anderen nur wenig etablierte Indikatoren identifiziert werden konnten (z.B. im Bereich „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ oder auch für die Dimension „Effizienz“).

Aus den 255 Indikatoren der Bewertung wurden 90 ausgewählt. Die häufigsten Gründe für den Ausschluss von Indikatoren waren: eine nur eingeschränkte Aussagekraft für die jeweilige Dimension sowie – dies gilt nur für die Indikatoren zu den Performanz-Dimensionen⁵ – eine nur eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch das Gesundheitssystem. Des Weiteren wurden einige Indikatoren ausgeschlossen, da für diese bisher keine Operationalisierung vorliegt und es sich somit eher um Ideen für Indikatoren als fertig entwickelte Indikatoren handelte. Bei einer besonders hohen inhaltlichen Relevanz wurden diese nicht fertig entwickelten Indikatoren dennoch in die Liste aufgenommen mit dem Hinweis, dass diese weiterentwickelt werden sollten (bspw. Versorgung in Übereinstimmung mit Leitlinien). Darüber hinaus wurden mehrere Indikatoren ausgeschlossen, da diese dem entwickelten Framework nicht zugeordnet werden konnten bzw. nicht innerhalb der definierten Grenzen des Gesundheitssystems lagen (bspw. Indikatoren für den Bereich Langzeitpflege). Bei dieser Bewertung wurde auch einbezogen, ob die Indikatoren für das deutsche Gesundheitssystem/deutsche HSPA passend sind (so wurde bspw. der Indikator „Zugang zu sauberem Trinkwasser“ als nicht aussagekräftig für ein deutsches HSPA eingestuft).

Fünf internationale HSPA-Experten im Projektbeirat unterzogen die erstellte Liste einer kritischen Prüfung. Des Weiteren konnte Nataša Perić als Reviewerin gewonnen werden. Insgesamt wurde die Liste überwiegend positiv bewertet, es wurden einige Details angemerkt bzw. korrigiert und für einige wenige Indikatoren vorgeschlagen, diese nicht aufzunehmen bzw. abzuändern. So enthielt die Liste ursprünglich den Indikator „Gini-Koeffizient“, welcher von einem Experten als schwer zu verstehen bzw. zu kommunizieren eingestuft wurde. Als besser zu verstehender und kommunizierender Indikator wurde das Verhältnis zwischen dem Einkommen der reichsten 20% der Bevölkerung und dem Einkommen der ärmsten 20% der Bevölkerung vorgeschlagen, um die Einkommensungleichheit abzubilden (siehe Indikator C.3, Tabelle 5). Ein weiterer Kommentar betraf den Indikator „Wiederaufnahmeraten in Notaufnahmen“ (Indikator Q.3, Tabelle 5). Hier wurde angemerkt, dass dieser stark von Änderungen im Überleben abhängig ist, d.h. bessere Überlebenschancen im Krankenhaus führen zu höheren Wiederaufnahmeraten (Laudicella et al. 2018). Es wurde daher entschieden, die Wiederaufnahmeraten ausschließlich für die Indikatoren AMI und Schlaganfall zu betrachten, da für beide Indikationen auch die Mortalität bei stationären Fällen betrachtet wird (Indikator Q.2). Auf diese Weise können die Indikatoren im HSPA gemeinsam analysiert und eine Steigerung der Wiederaufnahmeraten auf Grund verbesserter Mortalität einbezogen werden.

In Tabelle 6 sind die für ein HSPA in Deutschland vorgeschlagenen Indikatoren nach Dimensionen des Frameworks und mit Angabe der vorhandenen Datengrundlage (siehe dazu auch Arbeitspaket A.III) sowie

⁵ Die Performanz-Dimensionen sind Zugang, Qualität, Bevölkerungsgesundheit, Responsiveness und Effizienz.

der Klassifizierung aufgeführt. Die Indikatoren wurden angelehnt an das Vorgehen in BRIDGE Health folgendermaßen klassifiziert:

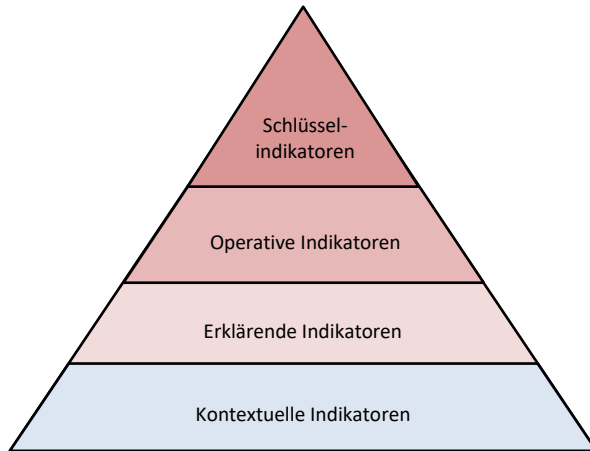
1) Schlüsselindikatoren („headline indicators“ oder „leading indicators“) sind Indikatoren, welche die Leistungsfähigkeit hinsichtlich übergreifender Ziele messen und somit insbesondere geeignet sind, um (1) Fortschritte bei der Erreichung der Gesamtziele einer Dimension sichtbar zu machen sowie (2) anhand weniger ausgewählter Indikatoren einen ersten Überblick über die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu ermöglichen. Diese Indikatoren sind idealerweise weit verbreitet (d.h. internationale Vergleiche können durchgeführt werden), werden regelmäßig eingesetzt (bzw. zumindest liegen Daten aus mehreren Jahren vor) und haben generell eine hohe Aussagekraft. Schlüsselindikatoren sind für die jeweilige Dimension stellvertretend und besonders aussagekräftig, um für die gesamte Dimension einen Überblick zu bieten. Als Schlüsselindikator wurden jene Indikatoren eingestuft, die möglichst viele dieser Kriterien erfüllen. Damit anhand der Schlüsselindikatoren ein Überblick über die Leistungsfähigkeit ermöglicht wird, wurde bei der Auswahl darauf geachtet, dass diese alle Dimensionen der Leistungsfähigkeit abdecken (d.h. es wurde mindestens ein Schlüsselindikator aus den Dimensionen Zugang, Qualität, Bevölkerungsgesundheit, Responsiveness und Effizienz ausgewählt). Die Anzahl der ausgewählten Schlüsselindikatoren schwankt je nach Dimension zwischen 1 und 4 Indikatoren. Gründe hierfür sind insbesondere, dass einige Dimension bereits sehr gut mit Indikatoren abgedeckt sind, welche die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, während bei anderen Dimensionen diese eher wenig vorhanden sind: so erfüllt aus der Dimension Responsiveness keiner der Indikatoren vollständig die Kriterien; um diese Dimension aber mit in den Schlüsselindikatoren abzudecken, wurde der am besten geeignetste Indikator (Responsiveness in der amb. Versorgung, int. anschlussfähig, über mehrere Jahre vorhanden) ausgewählt. Zwei weitere Indikatoren (Erreichbarkeit der Akutversorgung, Krankenhausfallrate für ambulant behandelbare Erkrankungen) wurden auf Grund der hohen Aussagekraft für das deutsche System als Schlüsselindikatoren ausgewählt, auch wenn für diese aktuell nur Zeitvergleiche möglich sind, während die internationale Vergleichbarkeit nur eingeschränkt gegeben ist (siehe dazu auch Tabelle 5).

(2) Operative Indikatoren („operational indicators“) sind Indikatoren, welche als Leitindikatoren in Subdimensionen angesehen werden, um bspw. Veränderungen der operativen Ziele zu messen.

(3) Erklärende Indikatoren („explanatory indicators“) sind Indikatoren, die sich zur Stratifikation von Schlüssel- und/oder operativen Indikatoren anbieten, z.B. nach Geschlecht, Region, Einkommensgruppen bzw. Indikatoren für bestimmte Indikationen oder Zielgruppen.

(4) Kontextuelle Indikatoren („contextual indicators“) sind Indikatoren, welche weitere und wertvolle Hintergrund-Informationen für ein HSPA beinhalten. Diese Indikatoren tragen zum Verständnis des Themas bei, messen jedoch keines der definierten Ziele des Gesundheitssystems direkt bzw. sind nicht durch politische Maßnahmen beeinflussbar.

Abbildung 10: Klassifizierung der Indikatoren



Eigene Darstellung nach Hofmarcher et al.; Eurostat 2015.

Tabelle 5: Begründung der Auswahl der Schlüsselindikatoren

Schlüsselindikator	Dimension	Begründung für Auswahl als Schlüsselindikator
A.1 Versicherungsabdeckung	Zugang	International vergleichbar, über mehrere Jahre vergleichbar, sehr hohe Aussagekraft für die Dimension. Relevant für alle Bedarfsgruppen.
A.3 Geografische Verteilung niedergelassener Ärzte: Ärztedichte in städtischen und ländlichen Regionen	Zugang	International nicht vergleichbar, jedoch hohe Aussagekraft für die Dimension und im deutschen Kontext, über mehrere Jahre vergleichbar. Relevant für alle Bedarfsgruppen.
A.9 Selbstberichteter nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Versorgung (Gründe: Kosten, Wartezeit, Entfernung)	Zugang	International und über mehrere Jahre vergleichbar, spiegelt den wahrgenommenen, subjektiven Zugang bzw. Barrieren durch die Bevölkerung wider, daher gute Ergänzung zu A.1 und A.3. Ebenfalls relevant für alle Bedarfsgruppen.
Q.2 30-Tages-Mortalität (bei stationären Fällen)	Qualität	International und über mehrere Jahre vergleichbar. Etablierter Indikator, um die Qualität der stationären Versorgung bei akutem MI und Schlaganfall abzubilden. Hohe Aussagekraft für die Dimension.
Q.5 Krankenhausfallrate für ambulant behandelbare Erkrankungen	Qualität	International nur eingeschränkt vergleichbar (starke Variationen in der Operationalisierung), jedoch über mehrere Jahre vergleichbar. Einer der wenigen Qualitätsindikatoren, der Aussagen über die Versorgung im ambulanten Sektor erlaubt und somit eine gute Ergänzung zu Q.2 und Q.8 bildet. Hohe Aussagekraft für die Dimension.
Q.8 Im Krankenhaus erworbene Infektionen	Qualität	International und über mehrere Jahre vergleichbar. Datengrundlage kann als sehr robust eingeschätzt werden (Punktprevalenz-Erhebungen), wenn auch nur für eine Stichprobe an Krankenhäusern. Während Q.2, Q.5 und Q.16 den Aspekt der „Wirksamkeit“ abdecken, deckt dieser Indikator den Bereich „Patientensicherheit“ ab. Hohe Aussagekraft für die Dimension.

Q.16 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen	Qualität	International und über mehrere Jahre vergleichbar. Etablierter Indikator mit – dank Krebsregistern – mittlerweile guter Datenbasis. Gibt zudem Hinweise auf die sektorenübergreifende und mehrjährige Qualität der Versorgung. Hohe Aussagekraft für die Dimension.
P.1 Vermeidbare Sterblichkeit	Bevölkerungsgesundheit	International und über mehrere Jahre vergleichbar. Stark aggregierter Indikator, der dadurch aber auch eine Aussage für eine breite Grundgesamtheit liefert (ergänzend zu P.4 und P.8, die deutlich spezifischer sind). Hohe Aussagekraft für die Dimension.
P.4 Säuglingssterblichkeit	Bevölkerungsgesundheit	International und über mehrere Jahre vergleichbar. Seit langem etablierter, sehr robuster Indikator/Datengrundlage. Hohe Aussagekraft für die Dimension.
P.8 Berichtete Fälle bei ausgewählten impfpräventablen Infektionskrankheiten	Bevölkerungsgesundheit	International und über mehrere Jahre vergleichbar. Indikator bildet den gesundheitlichen Effekt nach Prävention durch Impfungen ab. Hohe Aussagekraft für die Dimension.
R.1 Patientenerfahrungen mit der ambulanten Versorgung	Responsiveness	International und über mehrere Jahre vergleichbar. Datengrundlage jedoch Verbesserungswürdig. Der aktuell einzige Responsiveness-Indikator, der überhaupt international und über mehrere Jahre berichtet wird. Hohe Aussagekraft für die Dimension, da der Großteil der Bevölkerung regelmäßig Interaktionen mit Leistungserbringern im ambulanten Sektor hat. Übergreifend über alle Bedarfsgruppen relevant.
E.7 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (durchschnittliche Betrachtung)	Effizienz	International und über mehrere Jahre (siehe E.8) vergleichbar. E.7 und E.8 bilden die aktuell einzigen verfügbaren Indikatoren für die systemweite Effizienz. Hohe Aussagekraft für die Dimension.
E.8 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (inkrementelle Berechnung)	Effizienz	International und über mehrere Jahre vergleichbar. E.7 und E.8 bilden die aktuell einzigen verfügbaren Indikatoren für die systemweite Effizienz. Hohe Aussagekraft für die Dimension.

Tabelle 7 gibt zudem eine Übersicht über die Zuordnung der Indikatoren nach Bedarfskategorien. Eine detaillierte Beschreibung der ausgewählten Indikatoren inkl. der geplanten Equity-Analysen sowie der internationalen Anschlussfähigkeit befindet sich in Anhang 1.

Die vorgeschlagenen Indikatoren können sowohl für einen Zeitpunkt (aktuell verfügbares Datenjahr) als auch im Zeitverlauf betrachtet werden. Für die Schlüsselindikatoren wurde übergreifend festgelegt, dass diese sowohl für den Zeitpunkt, im Zeitverlauf als auch im Vergleich zu ausgewählten Beispielländern analysiert werden sollten (siehe dazu auch Abschnitt A.IV). Für alle weiteren Indikatoren finden sich die Informationen zu zeitlichen und internationalen Vergleichen ebenfalls in der detaillierten Indikatorenliste in Anhang 1.

Tabelle 6: Übersicht ausgewählte Indikatoren

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
Kontext / Context			
C.1 Gesamtbevölkerung	Kontextueller Indikator	Bevölkerungsstand, aktueller Stand und Entwicklung sowie das Verhältnis zwischen den Altersgruppen (15-64 Jahre zu 65 Jahre und älter).	Statistisches Bundesamt, Eurostat
C.2 Bruttoinlandsprodukt pro Kopf	Kontextueller Indikator	Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in KKS.	Statistisches Bundesamt, Eurostat
C.3 Einkommensungleichheit	Kontextueller Indikator	Das Verhältnis im gesamten Einkommen zwischen den 20% mit dem höchsten Einkommen und den 20% mit dem niedrigsten Einkommen innerhalb eines Landes.	Statistisches Bundesamt, Eurostat
C.4 Erwerbslosenquote	Kontextueller Indikator	Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen (Erwerbstätige + Erwerbslose).	Statistisches Bundesamt, Eurostat
C.5 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger	Kontextueller Indikator	Anteil der Bevölkerung im Alter von 18 bis 24 Jahren, der höchstens die Sekundarstufe I erreicht hat und aktuell nicht in Schul- oder Ausbildung ist.	Eurostat
Krankheitslast und Determinanten von Gesundheit / Burden of disease and health determinants			
D.1 Lebenserwartung	Kontextueller Indikator	Die Lebenserwartung bei Geburt und in einem bestimmten Alter gibt die durchschnittliche Anzahl an Jahren an, die eine Personengruppe (noch) leben würde, wenn die Sterblichkeitsraten in diesem Jahr für den Rest des verbleibenden Lebens zutreffen würden.	Statistisches Bundesamt, Eurostat
D.2 Lebensjahre mit gesundheitlicher Einschränkung (YLD)	Kontextueller Indikator	Anzahl der Lebensjahre, die mit gesundheitlicher Einschränkung gelebt werden, pro 100.000 Einwohner.	IHME (International) und zukünftig Deutschland-spezifische Daten aus „Burden 2020“ Studie vom RKI
D.3 Verlorene Lebensjahre (YLL)	Kontextueller Indikator	Anzahl der Jahre, die durch vorzeitige Sterblichkeit (Tod vor 86,6 Jahren (GBD 2016 Causes of Death Collaborators 2017)) verloren wurden, pro 100.000 Einwohner.	siehe Indikator D.2
D.4 DALYs	Kontextueller Indikator	Darstellung der Krankheitslast über Kombination von i) Anzahl Lebensjahre, die mit gesundheitlicher Einschränkung gelebt werden (Years lived with disability) sowie ii) Anzahl der Jahre, verloren durch vorzeitige Sterblichkeit (Years of life lost), DALYs pro 100.000 Einwohner.	siehe Indikator D.2
D.5 Selbstberichteter Gesundheitszustand	Kontextueller Indikator	Anteil der Bevölkerung, der den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzt.	Berichtet von Eurostat, basierend auf EU-SILC Daten
D.6 Langzeiteinschränkungen	Kontextueller Indikator	Anteil der Bevölkerung, der von Langzeiteinschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten berichtet.	EU-SILC, ECHI Indikator – wird über GBE-Bund berichtet.
D.7 Gesunde Lebensjahre / Verteilung gesunder Lebensjahre	Kontextueller Indikator	Der Indikator misst die Anzahl altersspezifischer verbliebener gesunder Lebensjahre (d.h. ohne schwerwiegende oder moderate Gesundheitsprobleme), die eine Person erwarten kann. Des Weiteren wird über den Indikator die Verteilung gesunder Le-	Berichtet von Eurostat, basierend auf EU-SILC Daten

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
		bensjahre zwischen Bildungs- und Einkommensgruppen erfasst. Gesundheitsprobleme werden über eine Selbsteinschätzung (gesundheitliche Einschränkungen über mindestens 6 Monate) erfasst.	
D.8 Rauchen	Kontextueller Indikator	Anteil der Bevölkerung, der täglich Zigaretten raucht (selbstberichtet).	EHIS, GEDA/DEGS
D.9 Adipositas	Kontextueller Indikator	Anteil erwachsener Personen, die adipös sind, das heißt deren Body Mass Index (BMI) größer oder gleich 30 kg/m ² ist (selbstberichtet) (Größe und Gewicht).	EHIS, GEDA/DEGS
D.10 Armutsgefährdungsquote	Kontextueller Indikator	Bei der Armutsgefährdungsquote handelt es sich um den Anteil der Bevölkerung, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten) beträgt.	Eurostat, Mikrozensus, EVS, SOEP
D.11 Luftverschmutzung	Kontextueller Indikator	Jährliche durchschnittliche Exposition der Bevölkerung gegenüber der Außenluftverschmutzung durch Feinstaub (PM10), unterteilt in „ländlicher Hintergrund“, „städtischer Hintergrund“ und „städtisch verkehrsnah“.	Umweltbundesamt
D.12 Körperliche Aktivität	Kontextueller Indikator	Anteil der Bevölkerung, der mindestens ≥ 150 Minuten pro Woche aktiv ist (moderate Intensität).	EU-SILC, EHIS, GEDA/DEGS
D.13 Unterstützende Beziehungen	Kontextueller Indikator	Anteil der Personen, die angeben, dass sie keine Person haben, mit der sie über vertrauliche und persönliche Angelegenheiten sprechen können und keine Verwandte, Freunde oder Nachbarn haben, die Sie um Hilfe bitten können.	EU-SILC
Zugang / Access			
A.1 Versicherungsabdeckung	Schlüsselindikator	Anteil der Bevölkerung, der durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen versichert ist (Vollversicherung) in Prozent der durchschnittlichen Jahresbevölkerung.	Mikrozensus, PKV-Zahlenbericht, KM 6-Statistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, OECD
A.2 Privathaushalte mit katastrophalen privaten Ausgaben für Gesundheit	Operativer Indikator	Anteil der Bevölkerung mit katastrophal hohen Haushaltsausgaben für Gesundheit als Anteil an den zur Verfügung stehenden Haushaltsausgaben. (Die zur Verfügung stehenden Haushaltsausgaben berücksichtigen auch Ausgaben für sogenannte Grundgüter wie Lebensmittel und Miete.)	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, WHO
A.3 Geografische Verteilung niedergelassener Ärzte: Ärztedichte in städtischen und ländlichen Regionen	Schlüsselindikator	Ärztedichte pro 1.000 Einwohner und Kreis, unterteilt nach Arztgruppen sowie Ratio der Ärztedichte zwischen städtischen und ländlichen Kreisen.	KBV/ZI, Gesundheitspersonalrechnung, BBSR, Eurostat
A.4 Erreichbarkeit von Akutversorgung	Operativer Indikator	Anteil der Bevölkerung, der Primärversorgung (Hausarzt, Internist, Kinderarzt), Notfallversorgung (Notaufnahme) und Schwangerschaftsbetreuung (Gynäkologen) innerhalb von 15/30 Minuten mit dem Auto erreichen kann.	BBSR (Für Vorgehen ambulant – siehe Gutachten zur Bedarfsplanung)
A.5 Zugang zu Palliativversorgung: geografische Verteilung und Wartezeiten	Erklärender Indikator	Dichte an Angeboten der Palliativversorgung (institutionell und ambulant) nach Regionen pro 1.000 Einwohner; sowie die Anzahl der wartenden Personen und durchschnittliche Wartezeit auf eine i) institutionelle und/oder ii) ambulante Palliativversorgung (Wartezeit in Wochen oder Tagen). Jeweils getrennt nach Palliativversorgung für Kinder/Jugendliche und Erwachsene.	Noch unklar, ggf. über Wartelisten

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
A.6 Wartezeit auf einen Termin bei einem Facharzt	Operativer Indikator	Selbstberichtete Wartezeiten von 2 Monaten oder länger auf einen Termin bei einem Facharzt, von Personen, die innerhalb der letzten zwei Jahre einen Termin bei einem Facharzt benötigten/hatten. (CWF) Zusätzlich: Versichertenbefragung der KBV, höchste Kategorie der Wartezeit: 3 Wochen (ohne Möglichkeit für int. Vergleiche).	CWF-Survey und KBV-Versichertenbefragung
A.7 Wartezeiten bei elektiven Eingriffen / Operationen	Operativer Indikator	Selbstberichtete durchschnittliche Wartezeit auf elektive Eingriffe (u.a. PTCA, Kataraktoperation, Koronarbypass, Hüft- und Kniegelenkserersatz), gemessen in Tagen.	CWF-Survey
A.8 Personen, die auf eine Organspende warten	Erklärender Indikator	Anzahl an Personen (einschließlich Kinder), die aktiv auf ein Transplantat warten, die von einem Transplantationszentrum anerkannt wurden und die bereit sind, das Transplantat zu erhalten (durchschnittliche Anzahl in einem Jahr) sowie die Anzahl der Personen, die von der Warteliste entfernt wurden (i) auf Grund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder (ii) da sie verstorben sind. Unterteilung nach Art des Transplantats.	Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)
A.9 Selbstberichteter nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Versorgung (Gründe: Kosten, Wartezeit, Entfernung)	Schlüsselindikator	Anteil der Bevölkerung mit selbstberichtetem nicht erfülltem Bedarf für medizinische Leistungen aufgrund von finanziellen Hürden, Wartezeiten oder Entfernungen innerhalb der letzten 12 Monate.	EU-SILC
Qualität / Quality			
Q.1 Krankenhausbezogene standardisierte Mortalitätsrate (HSMR)	Operativer Indikator	Das Verhältnis zwischen der beobachteten zu der erwarteten Anzahl (nach Risikoadjustierungen) an stationären Todesfällen in einer Region oder einem Krankenhaus. Berechnet auf Grundlage der Diagnosen, die für 80% der Todesfälle in Krankenhäusern ursächlich sind.	Wird für Dtl. bisher nicht berichtet, Kalkulation auf Basis der DRG-Statistik (Mikrodaten) möglich
Q.2 30-Tages-Mortalität (bei stationären Fällen)	Schlüsselindikator	1. 30-Tages-Mortalität nach AMI oder Schlaganfall: Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate von Personen über 45 Jahren, die innerhalb eines Zeitraums von 30 Tagen nach Aufnahme in ein Krankenhaus, mit der Hauptdiagnose i) akutem Myokardinfarkt (AMI) oder ii) ischämischem Schlaganfall versterben. 2. (second best): 30-Tages-Mortalität nach AMI oder Schlaganfall im Krankenhaus: Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate von Personen über 45 Jahren, die innerhalb eines Zeitraums von 30 Tagen nach Aufnahme in ein Krankenhaus, mit der Hauptdiagnose i) AMI oder ii) ischämischem Schlaganfall, im gleichen Krankenhaus versterben.	1. kann auf Grundlage der GKV bzw. PKV-Routinedaten berechnet werden. 2. wird über GBE-Bund berichtet (jedoch 28-Tages-Mortalität) sowie von der OECD.
Q.3 Wiederaufnahmeraten in Notaufnahmen 30 Tage nach der Krankenhausentlassung	Operativer Indikator	Die risikoadjustierte Wiederaufnahmerate über Notaufnahmen bei Patienten die vor maximal 30 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Eingeschlossen werden alle Patienten, die zuvor stationär mit einer Hauptdiagnose a) AMI oder b) ischämischem Schlaganfall aufgenommen worden sind.	Indikator ist aktuell nicht für Deutschland verfügbar. Kann auf Grundlage der GKV- bzw. PKV-Routinedaten berechnet werden.
Q.4 Behandlung in Stroke-Units	Operativer Indikator	Anteil der Schlaganfallpatienten, die in einer Stroke-Unit behandelt wurden.	Berechnung auf Grundlage der DRG-Statistik

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
			(Mikrodaten) (Komplexbehandlung gemäß OPS) möglich
Q.5 Krankenhausfallrate für ambulant behandelbare Erkrankungen	Schlüsselindikator	Krankenhausaufnahmen (standardisierte Rate pro 100.000 Einwohner) von Personen mit ambulant behandelbaren Erkrankungen: Angina, Asthma, Dehydration, Diabetes (mit und ohne Komplikationen), chronisch obstruktive Lungenerkrankung, kongestive Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Unterernährung und Mangelernährung.	Berechnung auf Grundlage der Krankenhausdiagnosedaten oder der DRG-Statistik (Mikrodaten) möglich. Weiterführende Analysen wären zudem auf Basis der GKV-/PKV-Routinedaten möglich (Krankheitsgeschehen für der KH-Aufnahme)
Q.6 Komplikationen während/nach einem chirurgischen Eingriff	Operativer Indikator	Komplikationen während/nach einem chirurgischen Eingriff: (1) Fremdkörper, die während eines Eingriffs zurückgeblieben sind, (2) Postoperative Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombose nach Hüft- u. Knieoperation, (3) Postoperative Sepsis nach abdominalen Operationen, pro 1.000 Krankenhausfälle (18 Jahre und älter).	Berechnung auf Grundlage der DRG-Statistik möglich (Mikrodaten), OECD
Q.7 Komplikationen während/nach der Entbindung	Operativer Indikator	Anzahl der Entbindungen mit Verletzung, Ruptur oder Riss des Perineums 3. oder 4. Grades mit/ohne geburtshilfliche Maßnahmen (Zangen- oder Vakuumextraktion), pro 100 vaginale Entbindungen.	Berechnung auf Grundlage der DRG-Statistik möglich (Mikrodaten), OECD
Q.8 Im Krankenhaus erworbene Infektionen	Schlüsselindikator	Punktprävalenz der im Krankenhaus erworbenen Infektionen (untere Atemwegsinfektionen, postoperative Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen, Clostridium difficile-Infektionen, primäre/sekundäre Sepsis, andere gastrointestinale Infektionen, systemische Infektionen, Haut- und Weichteilinfektionen)	ECDC (Punktprävalenz in einer KH-Stichprobe); keine deutschlandweiten Daten verfügbar
Q.9 Kaiserschnitttrate	Operativer Indikator	Anteil der Kaiserschnittentbindungen an allen Lebendgeburten, pro 1.000 Lebendgeborene.	Grunddaten der Krankenhäuser (Mikrodaten), Bevölkerungsstatistik, OECD
Q.10 Patient reported outcome (PROs) nach einer Behandlung	Erklärender Indikator	Verbesserung des Gesundheitszustandes nach elektiven Verfahren (z. B. Hüftgelenkersatz, Knieersatz, Cholezystektomie, Kataraktoperation) beurteilt durch die behandelten Patienten.	Indikator ist aktuell nicht für Deutschland verfügbar und es besteht keine entsprechende Datenbasis.

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
Q.11 Suizid bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung während eines stationären Aufenthalts	Operativer Indikator	Anteil der Patienten, die mit einer psychiatrischen Störung stationär aufgenommen worden sind und während des stationären Aufenthalts Suizid begangen haben. Bezugsgruppe sind alle Patienten die mit einer psychiatrischen Störung stationär aufgenommen worden sind.	Unklar. Voraussichtlich ändert sich die Datengrundlage nach Einführung von PEPP
Q.12 Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen	Erklärender Indikator	Anzahl der Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen, pro 1.000 Patienten.	Derzeit keine Daten für Deutschland. Kann ggf. nach Einführung von PEPP ausgewertet werden.
Q.13 Erfolgsquote bei der Behandlung von Tuberkulose	Erklärender Indikator	Prozentualer Anteil der Patienten mit erfolgreicher Behandlung unter den Patienten mit positivem Laborbefund (neue und bereits behandelte Fälle).	ECDC Tuberkulose Surveillance
Q.14 Potenziell inadäquate Medikation bei älteren Menschen	Operativer Indikator	Anteil der über 65-Jährigen mit mindestens einer Verordnung (bzw. einem eingelöstem Rezept) der PRISCUS-Liste.	Kann über Arzneimittel-Verordnungsdaten (ausschließlich GKV-Versicherte) berechnet werden. Ggf. wird auch über den Deutschen Alterssurvey und die NAKO und eine Datengrundlage geschaffen.
Q.15 Selbstberichtete Fehler in der Versorgung (in der Behandlung, Medikation oder Diagnostik)	Operativer Indikator	Anteil der Patienten (an allen Patienten der Befragung), die berichten, dass sie innerhalb der letzten 24 Monate einen Fehler in ihrer Versorgung erlebt haben (in der Behandlung, Medikation oder Diagnostik).	CWF-Survey
Q.16 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen	Schlüsselindikator	5-Jahres Überlebensrate nach einer der folgenden Krebsdiagnosen: Kolorektal, Prostata, Brust oder Cervix (in %).	RKI, Bericht zum Krebsgeschehen, Zentrum für Krebsregisterdaten; Concord 3 study (LSHTM)
Q.17 Versorgung in Übereinstimmung mit den empfohlenen Leitlinien	n.a.	Bisher gibt es für diesen Indikator keine robuste Operationalisierung. In aktuellen Arbeiten werden jedoch Möglichkeiten geprüft, die Versorgung in Übereinstimmung mit Leitlinien, u.a. anhand von Routinedaten, zu erheben.	n.a.
Bevölkerungsgesundheit / Population Health outcome			
P.1 Vermeidbare Sterblichkeit	Schlüsselindikator	Anzahl der Todesfälle, die durch eine gesundheitliche Versorgung als vermeidbar gelten, pro 100.000 Einwohner (basierend auf der Liste von Nolte und McKee, 2004). Ein Todesfall gilt danach als vermeidbar, wenn auf Grundlage des medizinischen Wissen und der Technologie zum Zeitpunkt des Todes, alle oder der Großteil der Fälle von dieser Ursache durch eine hochqualitative gesundheitliche Versorgung vermieden werden könnten.	Der Indikator wird vom European Observatory bereitgestellt. Die Analyse basiert auf der WHO global mortality data base. Für detaillierte Analysen zu

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
			Deutschland: Todesursachenstatistik
P.2 Müttersterblichkeit	Operativer Indikator	Anzahl der Todesfälle (Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft auf Grund von Ursachen, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Behandlung stehen oder durch diese verschlechtert werden), pro 100.000 Lebendgeburten.	Todesursachenstatistik, WHO global mortality data base
P.3 Fetale und Neonatale Mortalität	Erklärender Indikator	Die Anzahl der fetalen Todesfälle (intrauterin und Totgeburten) nach der 22. Schwangerschaftswoche. Unterschieden nach spontanen Todesfällen und Beendigung der Schwangerschaft (Fetale Mortalität) sowie die Anzahl der verstorbenen Säuglinge (Tag 0 bis 27) nach einer Lebendgeburt. Unterteilt nach früher neonataler Sterblichkeit (bis einschließlich Tag 6) und später neonataler Sterblichkeit (ab Tag 7).	Perinatalstatistik (IQTIG), Peristat, Todesursachenstatistik
P.4 Säuglingssterblichkeit	Schlüsselindikator	Die Anzahl von Säuglingssterbefällen (jünger als 1 Jahr zum Todeszeitpunkt) in einem Jahr pro 1.000 Lebendgeburten in diesem Jahr.	ECHI, Peristat, Todesursachenstatistik, berichtet von GBE-Bund und OECD
P.5 Geburtsgewicht nach Vitalstatus, Gestationsalter und Mehrlings-/Einlingsschwangerschaften	Erklärender Indikator	Anzahl der Geburten innerhalb jedes 500 Gramm Gewichtsintervall, dargestellt als Anteil an allen Lebend- und Totgeburten. Berechnet nach Gestationsalter, Vitalstatus und nach Mehrlings-/Einlingsschwangerschaften.	Perinatalstatistik (IQTIG), jedoch weitere Berechnungen notwendig. Datenzugriff noch unklar.
P.6 Neuerkrankungen bei ausgewählten Infektionskrankheiten	Operativer Indikator	Anzahl an (bestätigten) Neuerkrankungen von Syphilis, HIV/AIDS, Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitis C und Tuberkulose, pro 100.000 Einwohner innerhalb eines Jahres.	RKI und ECDC
P.7 Impfraten bei Kindern	Operativer Indikator	Anteil an Kindern, die vollständig gegen wichtige Infektionskrankheiten geimpft sind (Grundlage: STIKO-Empfehlung).	RKI und ECDC
P.8 Berichtete Fälle bei ausgewählten impfpräventablen Infektionskrankheiten	Schlüsselindikator	Anzahl an berichteten (bestätigten) Neuerkrankungen an Masern, Röteln, Pertussis, Mumps, Hepatitis B, pro 100.000 Einwohner innerhalb eines Jahres.	RKI und ECDC
P.9 Screeningraten für ausgewählte Krebsarten (Brust, Zervix und Kolon)	Operativer Indikator	Anteil der Befragten, die innerhalb der letzten zwei/drei Jahre die definierte Untersuchung hatten, von allen befragten Personen (bzw. Frauen) in der definierten Altersgruppe.	EHIS, GEDA/DEGS oder GKV-/PKV-Routinedaten
P.10 Polypharmazie und starke Polypharmazie bei Älteren	Operativer Indikator	Anteil der Bevölkerung von 65 Jahren und älter, die berichten, dass sie regelmäßig 5 bzw. 9 unterschiedliche verschreibungspflichtige Arzneimittel gleichzeitig eingenommen haben.	CWF-Survey, ggf. Über GKV-Routinedaten oder die NAKO zu erfassen.
Responsiveness			
R.1 Patientenerfahrungen mit der ambulanten Versorgung	Schlüsselindikator	Survey-Fragen: Wie häufig kam es vor, dass Sie ...ausreichend Zeit mit ihrem Arzt hatten? ...leicht verständliche Erklärungen erhalten haben? ...in Entscheidungen einbezogen wurden? ...die Möglichkeit hatten, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern? Die Fragen beziehen sich auf den festen Arzt (regular doctor).	Indikatoren werden über die OECD berichtet, die Daten sind aus dem CWF-Survey.

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
R.2 Patientenerfahrungen mit der Koordination der ambulanten Versorgung	Operativer Indikator	Basierend auf den Survey-Fragen: Kam es in den letzten zwei Jahren vor, dass ...Testergebnisse oder medizinische Unterlagen nicht vorlagen? ...Sie widersprüchliche Informationen erhalten haben? ...Ihre Ärzte Untersuchungen/Tests angeordnet haben, die Sie für unnötig hielten? ...Ihr Facharzt medizinische Informationen nicht vorliegen hatte oder Testergebnisse Ihres Hausarztes nicht vorlagen? ...nach einem Facharztbesuch, Ihr Hausarzt keine Informationen über die Versorgung beim Facharzt hatte?	CWF-Survey
R.3 Patientenerfahrungen mit der stationären Versorgung	Operativer Indikator	CWF-Survey: Bei Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt, wurden Sie da so viel in Entscheidungen einbezogen, wie Sie es sich gewünscht haben? Während des Krankenhausaufenthalts, wie häufig wurden sie von den Ärzten freundlich und respektvoll behandelt? Als Sie das Krankenhaus verlassen haben, ...wurde mit Ihnen besprochen, warum Sie die Medikamente nehmen müssen? ...wurde sichergestellt, dass sie eine anschließende Versorgung erhalten würden? ...haben Sie schriftliche Informationen erhalten, wie Sie sich zu Hause verhalten und auf welche Symptome Sie achten sollten? Oder Weiße Liste: Befragung zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung (respektvoller Umgang, Kommunikation, Beteiligung bei der Behandlung) auf einer 6er-Skala von ja, sehr bis überhaupt nicht (Patients' Experience Questionnaire).	CWF oder Weiße Liste (beide mit Einschränkungen)
R.4 1. Am Ort der Wahl verstorben oder 2. (second best) Am gewohnten Aufenthaltsort (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) verstorben	Erklärender Indikator	1. Abgleich zwischen dem bevorzugten und tatsächlichen Ort des Versterbens bei Patienten mit palliativer Versorgung. Der bevorzugte /tatsächliche Ort wird über eine Befragung der Angehörigen erfasst. Grund für diese Herangehensweise ist, dass der bevorzugte Ort des Versterbens sich mit fortschreitender Krankheit verändern kann (z.B. eine stationäre Versorgung erwünscht ist). 2. (second best option) Abgleich zwischen dem gewohnten Aufenthaltsort und dem Ort des Versterbens bei Patienten mit Krebs im Endstadium.	Für Option 1 fehlt eine Datenbasis. Option 2 kann anhand Krebsregister- und Routinedaten teilweise berechnet werden.
Input			
I.1 Gesamtgesundheitsausgaben	Kontextueller Indikator	Gesamte Gesundheitsausgaben (aufgeteilt in laufende Gesundheitsausgaben und Investitionskosten), in internationalen Vergleichen ausschließlich laufende Gesundheitsausgaben).	GAR (Statistisches Bundesamt), Eurostat
I.2 Gesundheitsausgaben nach Ausgaben-trägern	Kontextueller Indikator	Laufende Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern entsprechend der GAR. Sowie für internationale Vergleiche Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen/Kostenträgern (HF) entsprechend der SHA.	GAR (Statistisches Bundesamt), Eurostat
I.3 Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten	Kontextueller Indikator	Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten entsprechend der GAR. Sowie für internationale Vergleiche Gesundheitsausgaben nach Funktionen (HC) entsprechend der SHA.	GAR (Statistisches Bundesamt), Eurostat

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
I.4 Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen	Kontextueller Indikator	Laufende Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen entsprechend der GAR. Sowie für internationale Vergleiche Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) entsprechend der SHA.	GAR (Statistisches Bundesamt), Eurostat
I.5 Gesundheitsausgaben für palliative Versorgung	Kontextueller Indikator	Laufende Gesundheitsausgaben für die palliative Versorgung (stationäre und ambulante Pflege).	KJ1 Statistik (BMG)
I.6 Öffentliche (laufende) Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten öffentlichen Ausgaben	Kontextueller Indikator	Anteil der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben an den gesamten öffentlichen Ausgaben.	GAR (Statistisches Bundesamt), Eurostat
I.7 Kreuztabellierung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten	Kontextueller Indikator	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger und Leistungsart, z.B. Ausgaben Öffentlicher Haushalte für Ärztliche Leistungen.	GAR (Statistisches Bundesamt), Eurostat
I.8 Kreuztabellierung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen	Kontextueller Indikator	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger und Einrichtungen, z.B. Ausgaben Öffentlicher Haushalte für Ambulante Einrichtungen.	GAR (Statistisches Bundesamt), Eurostat
I.9 Anteil der gesamtstaatlichen Ausgaben für soziale Sicherung in % vom BIP	Kontextueller Indikator	Anteil der gesamtstaatlichen Ausgaben für soziale Absicherung in % vom BIP.	Statistisches Bundesamt, Eurostat
I.10 Krankenhausaufgaben für die stationäre Versorgung nach Hauptdiagnosegruppen	Kontextueller Indikator	Krankenhausaufgaben für die stationäre Versorgung, aufgeteilt nach Hauptdiagnosegruppen	Krankheitskosten – Fachserie 12 – 7.2.1, OECD
I.11 Absolventen des Humanmedizinstudiums	Kontextueller Indikator	Anzahl der Studenten, die in dem ausgewählten Jahr das Humanmedizinstudium abgeschlossen haben.	Statistisches Bundesamt, OECD
I.12 Absolventen in Berufen Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in sowie Hebamme und Entbindungspfleger	Kontextueller Indikator	Anzahl der Absolventen in Berufen der Gesundheits- und Krankenpfleger/in sowie Hebamme und Entbindungspfleger innerhalb des ausgewählten Jahres.	Statistisches Bundesamt, OECD
I.13 Anzahl praktizierender Ärzte und Ärztinnen	Kontextueller Indikator	Die Anzahl der praktizierenden Ärzte /Ärztinnen mit medizinischer Tätigkeit, die in ambulanten oder stationären Einrichtungen arbeiten, pro 100.000 Einwohner.	Ärztstatistik, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) ECHI-Indikator, Berichtet über GBE-Bund, OECD
I.14 Anzahl beschäftigter Krankenpfleger/innen, Hilfskrankenpfleger/innen und Hebammen	Kontextueller Indikator	Anzahl des praktizierenden Krankenpflegepersonals, einschließlich Krankenpfleger/innen, Hilfskrankenpfleger/innen und Hebammen, die in ambulanten und stationären Einrichtungen tätig sind, pro 100.000 Einwohner.	Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt ECHI-Indikator, berichtet über GBE-Bund

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
I.15 Vergütung von Angehörigen der Gesundheitsberufe: Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) und Pflegekräfte: Verhältnis zum Durchschnittslohn	Kontextueller Indikator	Durchschnittliches Bruttojahreseinkommen von Ärzten und Pflegekräften (Vollzeit) im Verhältnis zum durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen aller erwerbstätigen Personen (Vollzeit) in dem Jahr in Deutschland.	Statistisches Bundesamt (Kostenstruktur Ärzte), Pflegekräfte: noch unklar.
I.16 Mangel an Haus- und Fachärzten: Zahl der freien Stellen	Kontextueller Indikator	Eine vakante Stelle wird als neu geschaffene, unbesetzte oder freiwerdende Stelle definiert. Die Quote der vakanten Stellen (JVR) misst den Anteil der freien Stellen, ausgedrückt in Prozent, wie folgt = Anzahl der offenen Stellen * 100 / (Anzahl der besetzten Stellen + Anzahl der offenen Stellen).	Noch unklar, voraussichtlich über KVen möglich.
I.17 Mangel an Pflegekräften	Kontextueller Indikator	siehe I.16	Bisher keine Datengrundlage vorhanden
Aktivitäten und Leistungseinheiten / Output			
L.1 Notaufnahmefälle im Krankenhaus	Kontextueller Indikator	Notaufnahmefälle im Krankenhaus (ambulante Notfälle, wenn Patienten am selben Tag in ihre häusliche Umgebung zurückkehren, und Notfälle mit anschließender stationärer Behandlung), pro 1.000 Einwohner.	DRG-Statistik (Mikrodaten), KBV/ZI-Daten
L.2 (Geschätzte) Anzahl ambulanter Arztkontakte	Kontextueller Indikator	Durchschnittliche Anzahl der Haus-/Facharztconsultationen pro Kopf und Jahr.	KBV/ZI, GKV-Routinedaten und/oder EU-SILC
L.3 Anzahl der Krankenhausfälle	Kontextueller Indikator	Anzahl der Krankenhausentlassungen, pro 100.000 Einwohner (gesamt und aufgeschlüsselt nach ausgewählten Hauptdiagnosen).	Krankenhausstatistik (DRG und Grunddaten der Krankenhäuser), Eurostat
L.4 Anzahl chirurgischer Eingriffe und Prozeduren	Kontextueller Indikator	Anzahl chirurgischer Eingriffe und Prozeduren im Krankenhaus, stationär durchgeführt, pro 100.000 Einwohnern.	DRG-Statistik (Mikrodaten), Eurostat
L.5 Durchschnittliche Verweildauer	Kontextueller Indikator	Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nach ausgewählten Diagnosen sowie Prozeduren und Eingriffen.	Krankenhausstatistik Diagnosedaten (Fachserie 12 – 6.2.1), DRG-Statistik, OECD, Eurostat
L.6 Arzneimittelverordnungen insgesamt und nach ausgewählten Gruppen	Kontextueller Indikator	Arzneimittelverordnungen in DDD pro 1.000 Einwohner insgesamt und nach ausgewählten Arzneimittelgruppen (z. B. Antibiotika) innerhalb eines Jahres.	Arzneimittelverordnungsreport, GKV-Routinedaten
L.7 Magnetresonanz- und Computertomographie-Untersuchungen	Kontextueller Indikator	Anzahl der diagnostischen Untersuchungen (MRT/CT), pro 1.000 Einwohner.	Berichtet über die OECD, basierend auf DRG-Statistik und Bericht des Bundesamts für Strahlenschutz
Effizienz / Efficiency			
E.1 Krankenhausaussagen pro stationärem Fall	Erklärender Indikator	Durchschnittliche Krankenhausaussagen pro stationärem Fall.	Krankenhausstatistik - Kostennachweis der

Bezeichnung Indikator	Klassifikation	Kurzbeschreibung	Datengrundlage
			Krankenhäuser (Fachserie 12 – 6.3)
E.2 Anteil von Generika am gesamten Arzneimittelmarkt	Erklärender Indikator	Marktanteile von Generika am gesamten Arzneimittelmarktvolumen. Marktanteile von Generika am gesamten Arzneimittelumsatz.	GKV-Routinedaten, Arzneimittelverordnungsreport, OECD
E.3 Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe	Erklärender Indikator	Anteil von Kataraktoperationen und Tonsillektomien, die im Krankenhaus als ambulante Eingriffe durchgeführt wurden (d.h. Krankenhausaufnahme und Entlassung am gleichen Tag) innerhalb eines Jahres.	Wird über die OECD und Eurostat berichtet, basierend auf der Krankenhausstatistik und Abrechnungsdaten der KBV.
E.4 Änderungen von Ausgaben und Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung (im Zeitverlauf)	Operativer Indikator	Kombination von Indikatoren: Ambulante Fälle, Tage in ambulanter Versorgung (Behandlungstage), ambulante Fälle pro GKV-Versicherten, Tage mit ambulanter Versorgung pro GKV-Versicherten, Leistungsbedarf pro Fall (% BIP), Leistungsbedarf pro Tag mit amb. Versorgung (% BIP), Gesamtleistungsbedarf (% BIP) – jeweils in % Änderungen im Zeitverlauf dargestellt.	KBV/ZI, GKV-Routinedaten
E.5 Änderungen von Ausgaben, Personal und Inanspruchnahme in der Krankenhausversorgung (im Zeitverlauf)	Operativer Indikator	Kombination von Indikatoren: Stationäre Fälle pro Kopf, durchschnittliche Verweildauer, Krankenhaustage pro Kopf, Ärzte pro Fall, Pflegepersonal pro Fall, Ausgaben pro Fall in % des BIP und Krankenhausaufgaben in % des BIP – jeweils in % Änderungen im Zeitverlauf dargestellt.	Krankenhausstatistiken (Grunddaten, DRG-Statistik), GBE-Bund
E.6 Änderungen von Ausgaben und Verordnungen von Arzneimitteln (im Zeitverlauf)	Operativer Indikator	Kombination von Indikatoren: Verordnete Arzneimittel (GKV) in Defined daily doses (DDD), mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln. GKV-Ausgaben für verordnete Arzneimittel (ohne/mit Rabatte; in % BIP), mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln. GKV-Ausgaben (ohne/mit Rabatte; in % BIP) pro DDD, mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln. – jeweils in % Änderungen im Zeitverlauf dargestellt.	Arzneimittelverordnungsreport
E.7 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (durchschnittliche Betrachtung)	Schlüsselindikator	Kombination der Indikatoren „vermeidbare Sterblichkeit“ und „Gesundheitsausgaben“ → vermiedene Sterblichkeitsfälle pro Gesundheitsausgaben pro Kopf (durchschnittliche Betrachtung im Querschnitt).	Vermeidbare Sterblichkeit: Bereitgestellt durch European Observatory, Gesundheitsausgaben: OECD
E.8 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (inkrementelle Berechnung)	Schlüsselindikator	Kombination der Indikatoren „vermeidbare Sterblichkeit“ und „Gesundheitsausgaben“ → zusätzlich vermiedene Sterbefälle pro zusätzlichen Gesundheitsausgaben (inkrementelle Berechnung im Längsschnitt).	Vermeidbare Sterblichkeit: Bereitgestellt durch European Observatory, Gesundheitsausgaben: OECD

Die Indikatoren aus der Dimension Kontext sind so ausgewählt, dass diese einen Überblick über den demografischen und sozio-ökonomischen Kontext bieten. Dies beinhaltet Indikatoren welche die Bevölkerungsentwicklung widerspiegeln (Gesamtbevölkerung), Indikatoren welche insbesondere den ökonomischen Kontext, inkl. Verteilungsaspekten, darstellen sowie Indikatoren welche besonders den sozialen Kontext berücksichtigen (Erwerbslosenquote und frühzeitige Schulabgänger).

Um die (nicht-versorgungsbezogenen) Determinanten von Gesundheit sowie die Krankheitslast darzustellen, wurde entschieden, auf die Indikatoren Years of Life Lost (YLL), Years Lived with Disability (YLD) sowie die Kombination beider über den Indikator der „Disability Adjusted Life Years“ (DALY) zurückzugreifen. Die DALYs kombinieren Informationen zur Morbidität mit Informationen zur Mortalität und geben so einen Überblick über das allgemeine „Krankheitsgeschehen“ in Deutschland. Zusätzlich wurden Indikatoren für die Determinanten von Gesundheit ausgewählt, die die Bereiche gesundheitsbezogenes Verhalten und sozio-ökonomische Faktoren ebenso abdecken wie eine gesundheitsschädigende Umwelt.

Die Messung der Leistungsfähigkeit ist unterteilt in die Dimensionen „Zugang“, „Qualität“, „Bevölkerungsgesundheit“ und „Responsiveness“.

Um die Dimension „Zugang“ zu erfassen, wurden Indikatoren ausgewählt, die die Aspekte (i) WER ist versichert? (Indikator: Versicherungsabdeckung), (ii) WAS ist versichert und (iii) WIE hoch ist die Kostenbeteiligung (beide über die Indikatoren: ungedeckter Bedarf, hohe Haushaltsausgaben) sowie (iv) Verfügbarkeit von Leistungen (u.a. über die Indikatoren: Wartezeit auf Facharzttermine, Wartezeit auf Spenderorgane, Zugang zu akuter Versorgung innerhalb von 15/30 Minuten) abdecken.

Die Qualität der Versorgung umfasst zum einen die Wirksamkeit (einschließlich der Angemessenheit bzw. Indikationsqualität) und zum anderen die Patientensicherheit. Um die Wirksamkeit abzubilden, wurden u.a. die nachfolgenden Indikatoren ausgewählt, welche einen relativ breiten Bereich der gesundheitlichen Versorgung widerspiegeln: 30-Tages Sterblichkeit bei akutem Myokardinfarkt und Schlaganfall, Suizide bei Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung, Versorgung in Übereinstimmung mit medizinischen Leitlinien, von Patienten berichtete Endpunkte nach einer Behandlung. Die Patientensicherheit wird ebenfalls über einen relativ breiten Bereich erfasst und enthält sowohl Ergebnisse aus Patientensicht als auch Indikatoren welche auf Dokumentations-/Routine-Daten basieren: Prävalenz und Inzidenz von im Krankenhaus erworbenen Infektionen, potenziell inadäquate Medikation bei Älteren, Komplikationen während/nach einem operativen Eingriff sowie Anteil an Patienten, die einen Fehler in Behandlung, Diagnostik und Medikation berichten. Allen ausgewählten Indikatoren ist dabei gemein, dass die Bezugsgruppe jeweils die Patienten sind (alle hatten einen Zugang zum System und haben eine Leistung erhalten, d.h. im

Nenner stehen die Patienten), während bei den Indikatoren der Bevölkerungsgesundheit jeweils die Bevölkerung bzw. entsprechende Bevölkerungsgruppe im Nenner stehen (d.h. auch Personen, die keinen Zugang zur Versorgung hatten bzw. keine Leistung erhalten haben).

Die Indikatoren der Dimension „Bevölkerungsgesundheit“ wurden danach ausgewählt, dass diese als Ergebnis von „Zugang“ und „Qualität“ der Versorgung angesehen werden können und diese weitestgehend direkt vom Gesundheitssystem beeinflusst werden (siehe dazu auch Framework Abbildung 8). Die Indikatoren dieser Dimension umfassen u.a. die Durchimpfungsrate bei Kindern, die Teilnahmeraten an empfohlenen Screenings, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie die vermeidbare Sterblichkeit als übergreifenden Indikator.

Die Responsiveness eines Gesundheitssystems ist laut WHO definiert als die *Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auf die legitimen Erwartungen der Bevölkerung hinsichtlich der nicht-medizinischen Aspekte in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem* (Valentine et al. 2003). Bei der Indikatorenrecherche ist jedoch aufgefallen, dass bisher ausschließlich Indikatoren Verwendung fanden bzw. in ihrer Operationalisierung (Wahl der Stichprobe) so umgesetzt wurden, dass ausschließlich Patienten befragt wurden (Interaktion mit einem Leistungserbringer). Idealerweise sollte daher die bestehende Indikatorenliste um Indikatoren ergänzt werden, welche die allgemeine Bevölkerung einbeziehen und ein breiteres Verständnis von Interaktionen mit dem Gesundheitssystem umfassen. Die aktuell bestehenden (inkl. vorhandener Daten) und ausgewählten Indikatoren decken insbesondere die Patientenerfahrungen mit der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Koordination der Versorgung ab. Die Liste wurde um einen Indikator ergänzt, welcher auf die Responsiveness im Rahmen der Palliativversorgung zielt. Dieser bildet ab, ob ein Versterben am gewünschten Ort möglich war. Hierfür ist eine Befragung von nahen Angehörigen der Verstorbenen notwendig. Bislang liegen hierzu für Deutschland keine Daten vor. Insgesamt gibt es in Deutschland kaum Daten aus Sicht von Angehörigen sowie von Personen, welche über klassische (schriftliche/telefonische) Befragungen eher schlecht zu erreichen sind. Um die Responsiveness auch für die Bedarfskategorien „eingeschränkte Autonomie“ und „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ mit abzubilden, werden daher andere Wege der Datengenerierung bzw. Teilnehmerrekrutierung notwendig sein.

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich wird, gibt es große Unterschiede in der Anzahl an ausgewählten Indikatoren nach Dimension und Bedarfskategorien. So sind fünf der ausgewählten Zugangsindikatoren übergreifend für alle Bedarfskategorien zu werten, während dies nur zwei der Qualitätsindikatoren und keiner der Indikatoren für die Bevölkerungsgesundheit sind. Die Bedarfskategorie „Gesund werden“, welche die akute

Versorgung abbildet, ist am stärksten mit Indikatoren abgedeckt, während für die Kategorie „Gesund bleiben“ die wenigsten expliziten Indikatoren identifiziert worden sind und diese alle in der Dimension „Bevölkerungsgesundheit“ zu verorten sind.

Tabelle 7: Zuordnung der Indikatoren zu den Bedarfskategorien

Bedarfskategorien	Zugang / Access (9 Indikatoren)	Qualität / Quality (17 Indikatoren)	Bevölkerungsgesundheit / Population Health outcome (10 Indikatoren)	Responsiveness (4 Indikatoren)
Allgemein (über alle Gruppen übergreifend)	A.1, A.3, A.4, A.6, A.9	Q.15, Q.17		R.1, R.2
Gesund auf die Welt kommen	A.2	Q.7, Q.8, Q.9	P.1, P.2, P.3, P.4, P.5	R.3
Gesund bleiben			P.6, P.7, P.8, P.9	
Gesund werden	A.2, A.7	Q.1, Q.2, Q.3, Q.4, Q.5, Q.6, Q.8, Q.10, Q.13, Q.14, Q.16	P.1, P.10	R.3
Leben mit chronischer Krankheit	A.2, A.7, A.8	Q.5, Q.8, Q.11, Q.12, Q.14	P.1, P.10	R.3
Personen mit eingeschränkter Autonomie	A.2	Q.5, Q.8, Q.11, Q.12, Q.14	P.10	R.3
Versorgung im letzten Lebensabschnitt	A.2, A.5	Q.8		R.3, R.4

A.1 Versicherungsabdeckung, A.2 Privathaushalte mit katastrophalen privaten Ausgaben für Gesundheit, A.3 Geografische Verteilung niedergelassener Ärzte: Ärztedichte in städtischen und ländlichen Regionen, A.4 Erreichbarkeit von Akutversorgung, A.5 Zugang zu Palliativversorgung: geografische Verteilung und Wartezeiten, A.6 Wartezeit auf einen Termin bei einem Facharzt, A.7 Wartezeiten bei elektiven Eingriffen / Operationen, A.8 Personen, die auf eine Organspende warten, A.9 Selbstberichteter nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Versorgung

Q.1 Krankenhausbezogene standardisierte Mortalitätsrate (HSMR), Q.2 30-Tages-Mortalität (bei stationären Fällen), Q.3 Wiederaufnahmeraten in Notaufnahmen 30 Tage nach der Krankenhausentlassung, Q.4 Behandlung in Stroke-Units, Q.5 Krankenhausfallrate für ambulant behandelbare Erkrankungen, Q.6 Komplikationen während/nach einem chirurgischen Eingriff, Q.7 Komplikationen während/nach der Entbindung, Q.8 Im Krankenhaus erworbene Infektionen, Q.9 Kaiserschnitttrate, Q.10 Patient reported outcome (PROs) nach einer Behandlung, Q.11 Suizid bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung während eines stationären Aufenthalts, Q.12 Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen, Q.13 Erfolgsquote bei der Behandlung von Tuberkulose, Q.14 Potenziell inadäquate Medikation bei älteren Menschen, Q.15 Selbstberichtete Fehler in der Versorgung (in der Behandlung, Medikation oder Diagnostik), Q.16 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen, Q.17 Versorgung in Übereinstimmung mit den empfohlenen Leitlinien

P.1 Vermeidbare Sterblichkeit, P.2 Müttersterblichkeit, P.3 Fetale und Neonatale Mortalität, P.4 Säuglingssterblichkeit, P.5 Geburtsgewicht nach Vitalstatus, Gestationsalter und Mehrlings-/Einlingsschwangerschaften, P.6 Neuerkrankungen bei ausgewählten Infektionskrankheiten, P.7 Impfraten bei Kindern, P.8 Berichtete Fälle bei ausgewählten impfpräventablen Infektionskrankheiten, P.9 Screeningraten für ausgewählte Krebsarten (Brust, Zervix und Kolon), P.10 Polypharmazie und starke Polypharmazie bei Älteren

R.1 Patientenerfahrungen mit der ambulanten Versorgung, R.2 Patientenerfahrungen mit der Koordination der ambulanten Versorgung, R.3 Patientenerfahrungen mit der stationären Versorgung, R.4 1. Am Ort der Wahl verstorben oder 2. (second best) Am gewohnten Aufenthaltsort (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) verstorben.

Um die Effizienz des Gesundheitssystems zu erfassen, wurden Indikatoren ausgewählt, welche den Input in das System (finanzielle, humane und technologische⁶ Ressourcen) und den Output in Form erbrachter Leistungseinheiten erfassen sowie in einem letzten Schritt Indikatoren für die Messung der technischen und systemweiten Effizienz (siehe dazu Framework Abbildung 8 und Arbeitspaket B).

Der finanzielle Input wird über die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen erfasst (siehe dazu auch Arbeitspaket B). Des Weiteren ist ein Indikator für die Erfassung der Ausgaben für palliative Versorgung enthalten. Die humanen Ressourcen werden über die Anzahl an Absolventen, die Anzahl aktuell tätiger Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen sowie über die Anzahl an vakanten Stellen erfasst.

Die Indikatoren für die Messung der Outputs bzw. Leistungseinheiten umfassen die Anzahl an ambulanten Arzt-Patientenkontakten, die Anzahl an Krankenhausentlassungen sowie Fällen in der Notaufnahme, die Anzahl an durchgeführten Operationen und Prozeduren, die Menge an ausgegebenen, verschriebenen Arzneimitteln sowie die Anzahl durchgeführter Computer- und Kernspintomographien.

Die Effizienz wiederum wird über eine Verknüpfung der Informationen aus Input, Output sowie erreichter Performanz gemessen. Für die technische Effizienz wird u.a. die Höhe der Gesundheitsausgaben pro Krankenhausfall erfasst. Für die systemweite Effizienz wird die vermeidbare Sterblichkeit (siehe Indikatoren zur Bevölkerungsgesundheit) mit den Gesundheitsausgaben in Relation gesetzt. In Arbeitspaket B erfolgt eine detailliertere Beschreibung der Erfassung der Effizienz.

⁶ Um den technologischen Input in das System zu erfassen, wird international insbesondere die Anzahl an CT und MRT-Geräten pro 1.000.000 Einwohnern erfasst (OECD 2017a). Da die zusätzliche Aussagekraft dieses Indikators als eher gering eingestuft wurde, ist dieser nicht in der vorgeschlagenen Indikatorenliste enthalten. Die durchgeführten MRT/CT-Untersuchungen sind als Indikator unter den Leistungseinheiten/Aktivitäten enthalten.

Arbeitspaket A.III: Datengrundlage (Messung)

Parallel zur Recherche nach bestehenden Indikatoren wurden Datenquellen für die Nutzung innerhalb eines HSPA für das deutsche Gesundheitssystem von Juni bis August 2018 recherchiert.

Die Identifikation von geeigneten Datenquellen in Deutschland basiert auf Vorarbeiten aus anderen Projekten des Fachgebietes und BerlinHECOR und wurde anschließend nach dem Schneeballprinzip weiter fortgeführt. Ausgehend von einer strukturierten Recherche auf den Webseiten ausgewählter Institutionen wurden systematisch weitere Verweise und zusätzliche Datenquellen eruiert. Auch internationale HSPA-Initiativen, die Deutschland als Vergleichsland berücksichtigen, wurden in die Auswertung eingeschlossen.

1 Routinedaten

Routinedaten werden primär zu anderen Verwendungszwecken als der wissenschaftlichen Auswertung erhoben. Bei Routinedaten handelt es sich unter anderem um Daten der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der Unfallversicherung. Ferner zählen zu den Routinedaten die Daten der amtlichen Statistik. Diese umfassen die Krankenhausstatistik, die Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (Diagnosis Related Groups (DRG)-Statistik), die Pflege- sowie die Todesursachenstatistik. Im Folgenden werden die für ein HSPA-relevanten Datenquellen detaillierter dargestellt (eine umfangreiche Darstellung zu Routinedaten mit Bezug zum Gesundheitssystem in Deutschland liefert das Gutachten von Schubert et al. 2014). Eine Übersicht zu HSPA-relevanten Datenquellen bietet Tabelle 9.

1.1 Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten neben den Stammdaten der Versicherten (u.a. Alter, Geschlecht und Wohnort) noch Informationen zu:

Ambulante ärztliche Versorgung: Die Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung werden von den Ärzten an die Kassenärztlichen Vereinigungen und von diesen an die Krankenkassen übermittelt. Die Daten enthalten u.a. die folgenden Informationen:

- *Falldaten* enthalten u.a. den Versichertenstatus, die Nummer des abrechnenden Arztes, die Art der Inanspruchnahme und Behandlung sowie Punktzahl (Punktwerte der erbrachten Leistungen) und Leistungsausgaben⁷.
- *Leistungsdaten* werden datumsbezogen dokumentiert und umfassen u.a. die Gebührenordnungsnummer, die Häufigkeit der abgerechneten Leistungsziffer am gleichen Behandlungstag sowie Informationen zu durchgeführten Operationen und Prozeduren kodiert über den Operationen- und Prozedurenschlüssel.
- *Diagnosedaten* enthalten quartalsbezogen die über ICD-10 (10. Version des Systems der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) kodierten Diagnosen sowie eine Information zur Diagnosesicherheit⁸.
- Bei der *zahnärztlichen Versorgung* werden Falldaten, Leistungs-/Entgeltdaten (u.a. Daten zu konservierenden und chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen) sowie die Befunddaten an die zuständigen Krankenkassen übermittelt.

Arzneimittelverordnungen: Die GKV-Routinedaten enthalten Informationen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (u.a. zu den Rezeptdaten und den Arzneimitteldaten (inkl. Angabe der Pharmazentralnummer (PZN) und Apothekenabgabepreis pro PZN).

Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln: Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel übermitteln den Krankenkassen u.a. Informationen zu den von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis, den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Verordnung des Arztes inkl. Diagnose. Die Informationen über die Verordnungen von Heilmitteln im Rahmen von physio-, ergo- und stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Leistungen werden im GKV-weiten Heilmittel-Informationen-System (GKV-HIS) zusammengefasst (GKV-Spitzenverband 2018a, 2018b).

Krankenhausversorgung: Die zu übermittelnden Daten der Krankenhausversorgung an die GKV werden in Tabelle 8 dargestellt.

⁷ Durch die Einführung von Pauschalen in der Vergütung niedergelassener Ärzte werden seit 2008 nicht mehr alle Arzt-Patientenkontakte dokumentiert. Diese können somit nur noch indirekt u.a. über die Inanspruchnahme von Leistungen an unterschiedlichen Tagen ermittelt werden (Grobe et al. 2018).

⁸ Die von der WHO im Juni 2018 vorgestellte 11. Revision der ICD (ICD-11) enthält zusätzliche Codes, welche die Dokumentation von qualitäts- und patientensicherheitsrelevanten Informationen erlauben. Neben den Codes zur Dokumentation des Zeitpunktes einer Diagnose können der entstandene Schaden, dessen Ursache und Modus (Umstand des Schadens) umfassender dokumentiert werden, als es mit ICD-10 möglich war. Wann ICD-11 in Deutschland eingeführt wird, bleibt noch offen (Drösler und Kostanjsek 2018).

Tabelle 8: An die GKV übermittelte Daten bei Krankenhausbehandlung

Identifikation des Patienten	Versichertennummer, Versichertenart, Alter, Geschlecht und Wohnort des Patienten sowie krankenhausinterne Kennzeichnung des Versicherten (z.B. Nummer)
Identifikation des Krankenhauses	Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse
Aufnahme / Verlegung	Tag, Uhrzeit und Grund der Aufnahme
	Einweisungs-, Aufnahme- sowie nachfolgende Diagnosen
	Voraussichtliche Behandlungsdauer sowie Begründung bei Überschreitung
	Dokumentation des Aufnahmewegs bei Kleinkindern bis zu einem Jahr
	Arztnummer bei Anordnung der Behandlung, Institutionskennzeichen bei Verlegung, veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme
	Bezeichnung der Fachabteilung
Prozeduren	Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS-Kodierung)
Entlassung / Verlegung	Tag, Uhrzeit und Grund der Entlassung/Verlegung, Haupt- und Nebendiagnosen bei Entlassung/Verlegung
	Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-Kodierung)
	Angaben zu Reha-Leistungen, Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen
	Berechnete Entgelte

Quelle: (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2018, §2; GKV-Spitzenverband 2017; Schubert et al. 2014)

Die GKV-Daten zur ambulanten, stationären und Arzneimittelversorgung auf individueller Fallebene des Versicherten bieten die Möglichkeit, den Versicherten durch das System und über mehrere Jahre hinweg zu folgen. Des Weiteren können sowohl auf Basis der Leistungserbringer als auch auf Basis der Versicherten regionale Unterschiede analysiert werden. Bestehende Einschränkungen hinsichtlich der GKV-Routinedaten wurden bereits an anderer Stelle ausführlich diskutiert (siehe unter anderem: Schubert et al. 2014). Hierzu zählen unter anderem die eingeschränkten Möglichkeiten bei der Abbildung der Arzt-Patientenkontakte in der ambulanten Versorgung.

Die GKV-Routinedaten stellen, trotz der bekannten Einschränkungen, aus folgenden Gründen die wichtigste Datenquelle für ein HSPA in Deutschland dar:

- Abdeckung von ca. 89% der Bevölkerung in Deutschland
- Einzige Möglichkeit, Versicherten durch das System zu folgen (zusammen mit den PKV-Daten)
- Möglichkeit zur Analyse über mehrere Jahre
- Möglichkeit für Equity-Analysen (u.a. regionale Verteilung, Geschlecht und Alter, eingeschränkt auch zu sozio-ökonomischen Faktoren bzw. über die Verknüpfung mit weiteren Daten bspw. einem Deprivationsindex auf Kreisebene (Ohlmeier et al. 2014)).

Problematisch ist jedoch der Datenzugriff. Die Daten einzelner Krankenkassen sind nicht repräsentativ für die gesamte GKV-Versichertengemeinschaft (Hoffmann und Koller 2017; Schnee 2008). Ein übergreifender Datensatz über alle gesetzlichen Krankenversicherungen liegt dem Bundesversicherungsamt (BVA) für die Durchführung und Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) vor. Die dort vorliegenden Datensätze enthalten Individualdaten wie Versichertenstammdaten, Morbiditätsinformationen und Leistungsausgaben, welche vor der Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen pseudonymisiert werden (GKV-Spitzenverband 05.02.2018). Der Zugriff auf diesen Datensatz ist für wissenschaftliche Institutionen bislang jedoch nicht möglich. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt diese Daten zur Verfügung, jedoch in deutlich reduzierter Form und mit einem zeitlichen Abstand von ca. 4 Jahren zwischen Berichtsjahr und Datenlieferung (DIMDI 2018). Auf Grundlage dieser Einschränkungen ist der Datenzugang über das DIMDI für ein HSPA als derzeit nicht relevant einzustufen. Nach aktuellem Stand ist somit die wichtigste Datenquelle für ein HSPA – die Routinedaten der GKV – nicht zugänglich. Dies bedeutet, dass insbesondere die Indikatoren Q.2, Q.3 und P.10 nicht bzw. nur mit Einschränkungen ausgewertet werden können. Zudem könnten bei einer Vielzahl weiterer Indikatoren auch die GKV-Routinedaten genutzt werden (insbesondere, wenn diese zusammen mit den PKV-Routinedaten vorliegen würden). Dementsprechend würde die Anzahl der notwendigen verschiedenen Datenquellen und Zugänge stark reduziert werden, was wiederum die Komplexität der Durchführung eines HSPA für Deutschland verringern würde.

1.2 Daten der privaten Krankenversicherung

Im Gegensatz zur GKV verfolgen die privaten Versicherungen keine einheitlichen Abrechnungsstandards (Schubert et al. 2014). Die Daten aus der ambulanten Versorgung werden von jeder Krankenversicherung unterschiedlich erfasst. Darüber hinaus kann es aufgrund von unterschiedlichen Versicherungstarifen und Erstattungsbedingungen zu einer Untererfassung von Leistungen in der ambulanten Versorgung sowie bei der Arzneimittelversorgung kommen. Leistungen der stationären Versorgung und Pflege werden hingegen ähnlich abgerechnet wie von der GKV.

Schubert et al. 2014 identifizierten folgende Datenquellen, aus denen Daten für Forschungszwecke verwendbar sind: jährlicher Zahlenbericht der PKV (u.a. Versicherungsbestände, Erträge und Aufwendungen), Abrechnungstichproben (z.B. von ambulanten Arztrechnungen), Selbstbehaltsstatistik der PKV, Einzelleistungstatistiken, Arzneimittelverordnungsdaten der PKV, Ausgabenstatistik der PKV, Kopfschadenstatistik der PKV sowie die Statistik der privaten Pflegeversicherung. Aktuell ist es möglich, die aggregierten Daten in Form von Berichten über das Wissenschaftsinstitut der PKV zu nutzen. Zudem sind Kooperationen mit

einzelnen Versicherungsunternehmen möglich, welche Daten für die Forschung bereitstellen. Hier gelten jedoch die gleichen Einschränkungen wie bei der GKV – es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Versicherten einer PKV repräsentativ für alle PKV-Versicherten sind. Ein Zugriff auf die Mikrodaten der PKVen ist nach aktuellem Stand nicht möglich.

1.3 Daten der amtlichen Statistik

Bei den Daten der amtlichen Statistik handelt es sich um Vollerhebungen, welche im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt werden. Tabelle 9 fasst die für ein HSPA relevanten Statistiken des Gesundheitswesens und der Bevölkerungsstatistik zusammen, welche durch das Statistische Bundesamt entweder erfasst oder zusammengetragen und veröffentlicht werden.

Über die Daten der amtlichen Statistik sind insbesondere Daten zur stationären Versorgung verfügbar. In diesen Daten sind unabhängig von der Versicherungsart alle Patienten enthalten, jedoch ist der Datenumfang relativ gering: so enthalten die Krankenhausdiagnosedaten zwar Informationen zu den Haupt- und Nebendiagnosen, jedoch u.a. keine Informationen zu durchgeführten Operationen und Prozeduren. Diese sind zwar in der DRG-Statistik enthalten, hier sind aber nur die Krankenhäuser enthalten, welche in den Anwendungsbereich des § 1 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen. Beide Datenquellen haben die eklatante Einschränkung gemein, dass neben den Stammdaten der Patienten keine Informationen über den aktuellen Krankenhausaufenthalt hinaus (außer bei Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer bzw. innerhalb von 30 Tagen, jeweils in das gleiche Krankenhaus) enthalten sind. Risikoadjustierungen sind somit beispielsweise nur mit den Daten möglich, welche während dieses Aufenthalts kodiert worden sind. Des Weiteren kann u.a. nicht nachverfolgt werden, wie die Versorgung nach der Entlassung weiter verlief.

Tabelle 9: Übersicht über Datenquellen

Art der Statistik	Zuständige Institution	Eingeschlossene Entitäten	Erhobene Daten	Öffentlicher Zugang zu Mikrodaten vorhanden?	Periodizität	Aktualität	Zeitpunkt der Datenverfügbarkeit	Rechtsgrundlage
Bevölkerungsstatistik								
Bevölkerungsstand	DESTATIS	Personen, die gemäß Melderecht in Deutschland gemeldet sind bzw. gemeldet sein sollten	Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011	Ja (FDZ ² , aggregierte Ergebnisse in Fachserie 1 – 1.3 - DESTATIS)	jährlich	2011-2015* ^a	k.A.	Bundesmeldegesetz
Bevölkerungsgesundheit								
Bundeskrebsregister	ZfKD-RKI	Krebsregisterdaten der Länder	Prävalenz und Inzidenz von allen Krebsarten, Erkrankungs-, Sterbe- und Überlebensraten, Informationen zu einzelnen Behandlungsschritten und Nachsorge	Ja (ZfKD-FDZ, aggregierte Ergebnisse in Berichten)	k.A.	2001 - 2014	k.A.	KFRG
Meldepflichtige Krankheiten	RKI	Alle meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland gemeldet durch zuständigen Landesbehörden	Infektionsepidemiologisches Jahrbuch gibt Auskunft über meldepflichtige Krankheiten nach Bundesland	Nein (aggregierte Ergebnisse in Berichten)	jährlich	2001-2016	k.A.	IfSG, MeldepfIV der Länder
Todesursachen	DESTATIS	Alle von Standesämtern beurkundete Sterbefälle mit Wohnsitz in Deutschland	Sterbefälle nach Todesursachen, Säuglings- und Müttersterbefälle (Geburtsgewicht und Körperlänge des Säuglings), nach Staats- und Religionszugehörigkeit	Ja (FDZ, aggregierte Ergebnisse in Fachserie 12 – 4 - DESTATIS)	jährlich	1992-2015*	k.A.	BevStatG, BStatG
Leistungserbringer und medizinische Versorgung								
GKV-Routinedaten	GKV	Versorgungsdaten aus dem ambulanten, stationären und weiteren Sektoren	Patienten-Stammdaten, Ambulanter Sektor: Fall- und Leistungsdaten; Stationärer Sektor: Grunddaten des Krankenhauses, Fall- und Leistungsdaten – enthält Daten zu Krankenhausaufnahme/-Entlassung, Diagnosen, Lokalisation, OPS, DRGs, vor- und nachstationäre Leistungen, Entbindungen, Kuren, ambulantes Operieren; Arzneimittelverordnungsdaten; Weitere Sektoren	Nein (aggregierte Daten durch andere hier aufgelistete Einrichtungen)	k.A.	k.A.	k.A.	SGB V, 10. Kapitel

Art der Statistik	Zuständige Institution	Eingeschlossene Entitäten	Erhobene Daten	Öffentlicher Zugang zu Mikrodaten vorhanden?	Periodizität	Aktualität	Zeitpunkt der Datenverfügbarkeit	Rechtsgrundlage
			ren: Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Arbeitsunfähigkeit, Pflegeleistungen					
Arzneimittelverordnungsdaten	KBV	Verordnete Rx-Arzneimitteln in GKV (Verordnungen, Umsatz)	Patienten- bzw. Versichertendaten (des Patienten mit der Verordnung), Verordnungsdaten sowie Arzneimittel-daten	Nein (über KBV bzw. aggregierte Ergebnisse über ZI ^{b)})	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Abrechnungsstatistik der KBV	KBV	Ambulant tätige Vertragsärzte der GKV	Basisdaten zur vertragsärztlichen Versorgung und Einzelleistungsstatistik	Nein (über KBV bzw. aggregierte Ergebnisse über ZI ^{b)})	k.A.	k.A.	k.A.	§§ 95, 95a SGB V
Ärztestatistik	BÄK	Ambulant und stationär tätige Ärzte/innen (GKV & PKV), Ärzte im Ruhestand bzw. ohne ärztl. Tätigkeit	Arztgruppen – ambulant, stationär und in Behörden, Körperschaft. u.a. tätige Ärzte, nach Fachbezeichnung, nach Herkunftsland, mit Zusatz-Weiterbildungen nach Tätigkeitsarten	Nein (aggregierte Ergebnisse in Berichten)	jährlich	1993-2017	k.A.	BÄO, Approbationsordnung für Ärzte
Bundesarztregister	KBV	Ambulant tätige freiberufliche Vertragsärzte und Psychotherapeuten der GKV	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus und Arztgruppe, mit einer Schwerpunktbezeichnung, nach Herkunftsland, Alter, Geschlecht, mit Zusatz-Weiterbildung	Nein (aggregierte Ergebnisse in Berichten)	jährlich	1993-2017	k.A.	§§ 95, 95a SGB V
Nahversorgung und Erreichbarkeit von Leistungsanbietern	BBSR	Krankenhaus der Grundversorgung, Praktischer Arzt/Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte, Apotheken	Durchschnittliche Luftliniendistanz zum nächsten Hausärzte (mit und ohne Kinderärzte) oder Apotheken; Anteil der Bevölkerung im 1 km Radius bis zum nächsten Hausarzt (mit und ohne Kinderarzt) oder Apotheke; Erreichbarkeit von Krankenhäusern - Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten	Nein (einzelne Indikatoren in INKAR-Datenbank)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Grunddaten der Krankenhäuser	DESTATIS	Alle Krankenhäuser in Deutschland	a) Informationen zu KH: Zulassung, Träger, Rechtsform; b) Ausstattung (alle KH, spez. KH, Dialyseeinrichtungen, Intensivmedizinische Versorgung): Betten, Bettenauslastung, Med.-techn. Großgeräte, Dialyseplätze, ärztl. und	Ja (FDZ, aggregierte Ergebnisse in Fachserie 12 – 6.1.1 - DESTATIS)	jährlich	1993-2017*	9 Monate nach Ablauf des BJ	KHStatV, BStatG

Art der Statistik	Zuständige Institution	Eingeschlossene Entitäten	Erhobene Daten	Öffentlicher Zugang zu Mikrodaten vorhanden?	Periodizität	Aktualität	Zeitpunkt der Datenverfügbarkeit	Rechtsgrundlage
			nicht-ärztl. Personal; c) Patientenbewegung, Art der Entbindungen und Geburten, Ambulante Operationen, Vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen					
Diagnosedaten der Patienten im Krankenhaus	DESTATIS	Vollerhebung von Patienten/innen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden	Hauptdiagnosen (einschl. Sterbe- und Stundenfälle); Wegen Fehlbildungen im Geburtsmonat vollstationär Behandelte nach Hauptdiagnose und Wohnort/Behandlungsort (Land)	Ja (FDZ, aggregierte Ergebnisse in Fachserie 12 – 6.2.1 - DESTATIS)	jährlich	1995-2016*	11 Monate nach Ablauf des BJ	KHStatV, BStatG
Kostennachweis der Krankenhäuser	DESTATIS	Kosten des Krankenhauses für das abgelaufene Geschäftsjahr, d.h. die letzte abgeschlossene Rechnungsperiode	Personalkosten, Sachkosten, Zinsen und ähnliche Aufwendungen, Steuern, Kosten des Krankenhauses insgesamt, Kosten der Ausbildungsstätten, Aufwendungen für den Ausbildungsfonds	Ja (FDZ, aggregierte Ergebnisse in Fachserie 12 – 6.3 - DESTATIS)	jährlich	1991-2017	Anfang Dezember des dem Berichtsjahr folgenden Jahres	KHStatV, BStatG
Fallpauschalen (DRG-Statistik)	DESTATIS	Krankenhäuser im Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG (Allgemeinkrankenhäuser - ausgeschlossen sind psychiatrische Einrichtungen und Tageskliniken)	Vollstationäre Patientinnen und Patienten ohne ausländischen o. unbekannten Wohnort, OPS, Aufnahmeanlass, Entlassungs-/Verlegungsgrund, Haupt- und Nebendiagnosen, Verweildauer, Patienten nach Fachabteilungen (Anzahl, Verweildauer), CaseMix, Art und Umfang der abgerechneten Fallpauschalen	Ja (FDZ, aggregierte Ergebnisse in Fachserie 12 – 6.4 - DESTATIS, InEK)	jährlich	2005-2016*	11 Monate nach Ablauf des BJ	KHEntgG
Kostenstrukturerhebung	DESTATIS	GKV: Praxen von Ärzten, Zahnärzten und psycholog. Psychotherapeuten mit Gesamteinnahmen von mehr als 12.500 EUR im BJ	Vierjährliche Erhebung zu allgemeinen Informationen, Einnahmen und Aufwendungen sowie tätigen Personen	Nein (aggregierte Ergebnisse in Fachserie 2 – 1.6.1 - DESTATIS)	Alle 4 Jahre	2003-2015	18 Monate nach Ende des Berichtszeitraumes	KoStrukStat G, BStatG
Gesundheitsausgaben								
Gesundheitsausgaben (Ge-	DESTATIS	Gesamte und laufende Gesundheitsausgaben in Deutschland	Ausgaben im Gesundheitswesen nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen; nachrichtlich: Ausgaben	Nein (aggregierte Ergeb-	jährlich	1992-2015	14 Monate nach Ablauf des BJ	Verordnung (EG) Nr. 1338/2008, Verordnung

Art der Statistik	Zuständige Institution	Eingeschlossene Entitäten	Erhobene Daten	Öffentlicher Zugang zu Mikrodaten vorhanden?	Periodizität	Aktualität	Zeitpunkt der Datenverfügbarkeit	Rechtsgrundlage
sundheitsausgabenrechnung, GAR)			für Forschung und Ausbildung im Bereich Gesundheit, Ausgaben für Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen	nisse in Fachserie 12 – 7.1.1/2 - DESTATIS)				(EU) Nr. 2015/359
Krankheitskostenrechnung	DESTATIS	Kostenzuordnung auf Krankheiten	Indirekte Krankheitskosten in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nach Geschlecht, Krankheiten, Gründen für den Arbeitsausfall und Einrichtungen; direkte Krankheitskosten nach Krankheiten, Alter, Geschlecht und Einrichtungen	Nein (aggregierte Ergebnisse in Fachserie 12 – 7.2 - DESTATIS)	Unregelmäßig, zuletzt für 2015	2002-2008; 2015	Ca. 21 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres	Verordnung (EG) Nr. 1338/2008, Verordnung (EU) Nr. 2015/359
Gesundheitspersonal	DESTATIS	Alle im deutschen Gesundheitswesen tätigen Personen	In Einrichtungen des Gesundheitsschutzes, in ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen, in Rettungsdiensten, Verwaltung, Sonstige Einrichtungen ^c , Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens ^d	Nein (aggregierte Ergebnisse in Fachserie 12 – 7.3.1 - DESTATIS, Berichtet durch GGRdL)	jährlich	2000-2016	11 Monate nach Ablauf des BJ	Verordnung (EG) Nr. 1338/2008, Verordnung (EU) Nr. 2015/359
KM-6 Statistik	GKV, BMG	Mitglieder und Versicherte der GKV	Krankenkassenstatistik nach Mitgliedern, Versicherten	Nein (aggregierte Ergebnisse in Berichten durch BMG)	k.A.	1995-2017	k.A.	SRVwV

Anmerkungen: *Die Daten im Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Statistischen Bundesamtes werden später zur Verfügung gestellt, als sie im Rahmen der Fachserie veröffentlicht werden. a. Über das FDZ sind Fortschreibungsergebnisse auf Basis der Volkszählung 1987 bis einschließlich Erhebungsjahr 2013 verfügbar. Fortschreibungsergebnisse auf Basis des Zensus 2011 liegen ab dem Berichtsjahr 2011 vor (noch nicht über das FDZ verfügbar). Die rückgerechneten Daten sind von 1991 bis 2011 verfügbar. b. Die KBV stellt ihre Daten dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung zu Forschungszwecken bereit. c. In den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens werden Beschäftigte ausgewiesen, die einen medizinischen Gesundheitsberuf (ohne Tiermedizin) ausüben oder einem Beruf in der Altenpflege oder in der Medizin-, Orthopädie- und Reha-technik nachgehen und nicht in einer der definierten Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten. d. In diesem Sektor werden Vorleistungen ausschließlich für das Gesundheitswesen produziert. Hierzu gehören die pharmazeutische, die medizintechnische und die augenoptische Industrie, der Großhandel und die Handelsvermittlung sowie die medizinischen und zahnmedizinischen Labortorien. **Abkürzungen:** ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.; BAH - Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.; BÄK - Bundesärztekammer; BÄO - Bundesärzteordnung; BBSR - Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung; BevStatG - Bevölkerungsstatistikgesetz; BJ - Berichtsjahr; BMG - Bundesministerium für Gesundheit; BStatG - Bundesstatistikgesetz; DESTATIS – (Deutsches) Statistisches Bundesamt; EG - Europäische Gemeinschaft; EU - Europäische Union; FB - Festbetrag; GKV - Gesetzliche Krankenversicherung; IfSG – Infektionsschutzgesetz; InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; k.A. – keine Angaben; KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung; KFRG - Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz; KHEntgG - Krankenhausentgeltgesetz; KHStatV - Krankenhausstatistik-Verordnung; KJ - Kalenderjahr; KoStrukStatG - Gesetz über Kostenstrukturstatistik; MeldePflV der Länder - Meldepflichtverordnung der Länder; OPS – Operationen und Prozedurenschlüssel; PKV - Private Krankenversicherung; RKI – Robert Koch-Institut; Rx - Verschreibungspflichtige Arzneimittel; SGB - Sozialgesetzbuch; SRVwV - Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung; ZfKD - Zentrum für Krebsregisterdaten; ZI - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

1.4 Weitere Daten(-Quellen)

1.4.1 Daten der ambulanten Versorgung und Arzneimittelverordnungsdaten

Die *Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen* (KVen) werden dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung (ZI) für Analysen bereitgestellt. Diese Daten enthalten alle ambulanten Abrechnungsdaten (siehe oben unter GKV-Routinedaten), welche im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung anfallen. Daraus folgt, dass diese Datenquelle nur GKV-Versicherte umfasst (im Gegensatz zu den Daten zur stationären Versorgung, welche die Daten von privat und gesetzlich Versicherten enthalten).

Das ZI hat zudem Zugang zu den *Arzneimittelverordnungsdaten* (AVD) der Vertragsärzte aller KVen. Diese erhält das Institut direkt von den Apothekenrechenzentren (gemäß § 300 Abs. 2 SGB V). Das Institut bezieht zusätzliche arzneimittelbezogene Informationen (u.a. aktuelle ATC-Codes entsprechend dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem für Arzneistoffe und zugehörige Marktsegmente) über den GKV-Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiIdO) sowie Daten der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) über Datenbanken ABDAMED und ABDATA (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2018). Aggregierte Daten zu Arzneimittelverordnungen können zudem dem jährlich erscheinenden Arzneimittelverordnungsreport entnommen werden (Schwabe et al. 2018).

Der Zugriff auf die beim ZI liegenden Daten ist aktuell nicht übergreifend geregelt (d.h. es gibt bisher keine scientific use files o.ä.). Für erste Auswertungen zu der Dimension „Effizienz“ innerhalb dieser Machbarkeitsstudie hat das ZI bereits aggregierte Daten zur Verfügung gestellt.

1.4.2 Daten der psychiatrischen Versorgung

Eine Quelle für die Auswertung zur psychiatrischen Versorgung können in Zukunft die Abrechnungsdaten über das pauschalierende Vergütungssystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) darstellen. Seit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 und bis Ende 2017 konnten die Krankenhäuser ihre Leistungen entsprechend den Regelungen des Systems auf freiwilliger Basis und unter der Einhaltung des Grundsatzes der Budgetneutralität abrechnen. Seit 2018 ist die Teilnahme am PEPP-System verbindlich, bis Ende 2019 gilt jedoch weiterhin der Grundsatz der Budgetneutralität. Ab dem 1. Januar 2020 soll das PEPP-Entgeltsystem nach dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ budgetwirksam werden (InEK 2017).

Im Rahmen der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems werden (zukünftig) gemäß §21 KHEntgG regelmäßig Strukturdaten und Leistungsdaten je Krankenhausfall erhoben.

1.4.3 Epidemiologische- und Registerdaten

Epidemiologische Daten können über Krankheitsregister bezogen werden. In Krankheitsregistern enthaltene Patientendaten dienen sowohl der Erforschung der Krankheit (Inzidenz, Prävalenz und Krankheitsverlauf) als auch der Verbesserung der Behandlungsqualität. Europaweit existieren zahlreiche regionale und zentrale Register. Als Beispiele können das Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert Koch-Instituts (RKI) und die Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) genannt werden. Umfassendere Listen mit epidemiologischen Krankheitsregistern finden sich in den Veröffentlichungen von Schubert et al. 2014 und Rare Disease Registries in Europe 2018. Bislang existiert jedoch keine vollständige Liste mit allen Krankheitsregistern in Deutschland. Weitere epidemiologische Daten werden über das RKI gesammelt. Hierunter fallen u.a. Daten zu Antibiotikaresistenzen, Ausbrüchen von durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten sowie zu nosokomialen Infektionen. Epidemiologische- und Registerdaten sind in der aktuellen HSPA-Indikatoren Auswahl nur relativ wenig genutzt. Diese Datengrundlage wird jedoch insbesondere bei Fokusberichten zu Krankheitsentitäten einen größeren Stellenwert einnehmen.

1.5 Internationale Quellen

Für Vergleiche mit anderen Ländern innerhalb des HSPA ist eine Nutzung von internationalen Datenquellen notwendig. Da zwischen den Routinedaten verschiedener Länder u.a. Unterschiede bei Merkmalsdefinitionen und Grundgesamtheiten bestehen, ist eine Harmonisierung der Daten für einen Vergleich notwendig. Da diese Aufgabe nicht innerhalb eines nationalen HSAs geleistet werden kann, ist eine Nutzung von bereits harmonisierten internationalen Daten notwendig. Daten werden bereitgestellt von der OECD (OECD Health Statistics), der WHO (Health for All) sowie Eurostat. Diese Datenbanken enthalten nicht nur Routinedaten, sondern u.a. auch ausgewählte Surveydaten. Bei der Nutzung dieser Datenbanken ist jedoch zu beachten, dass Abweichungen zu den national berichteten Daten sowie zwischen verschiedenen Datenbanken vorkommen. Anhand von Informationen zu den Mikrodaten und dem Vorgehen bei der Berechnung der Indikatoren sowie der Harmonisierung der Datenquellen können die Abweichungen überwiegend erklärt werden. Häufige Gründe für diese Unterschiede (auch zwischen den Datenquellen) können Abweichungen in den Definitionen der Indikatoren sowie bei standardisierten Daten, Unterschiede im Standardisierungsverfahren bzw. der zu Grunde liegenden Standardbevölkerungen sein (z.B. europäische Standardbevölkerung vs. OECD Standardbevölkerung). Die Erfahrung mit den vorliegenden Datenbanken zeigt jedoch, dass einige Abweichungen trotz der veröffentlichten Erklärungen ohne weitere Informationen nicht komplett nachvollzogen werden können. Für ein HSPA stellen die Datenbanken eine wichtige Quelle für internationale Vergleiche

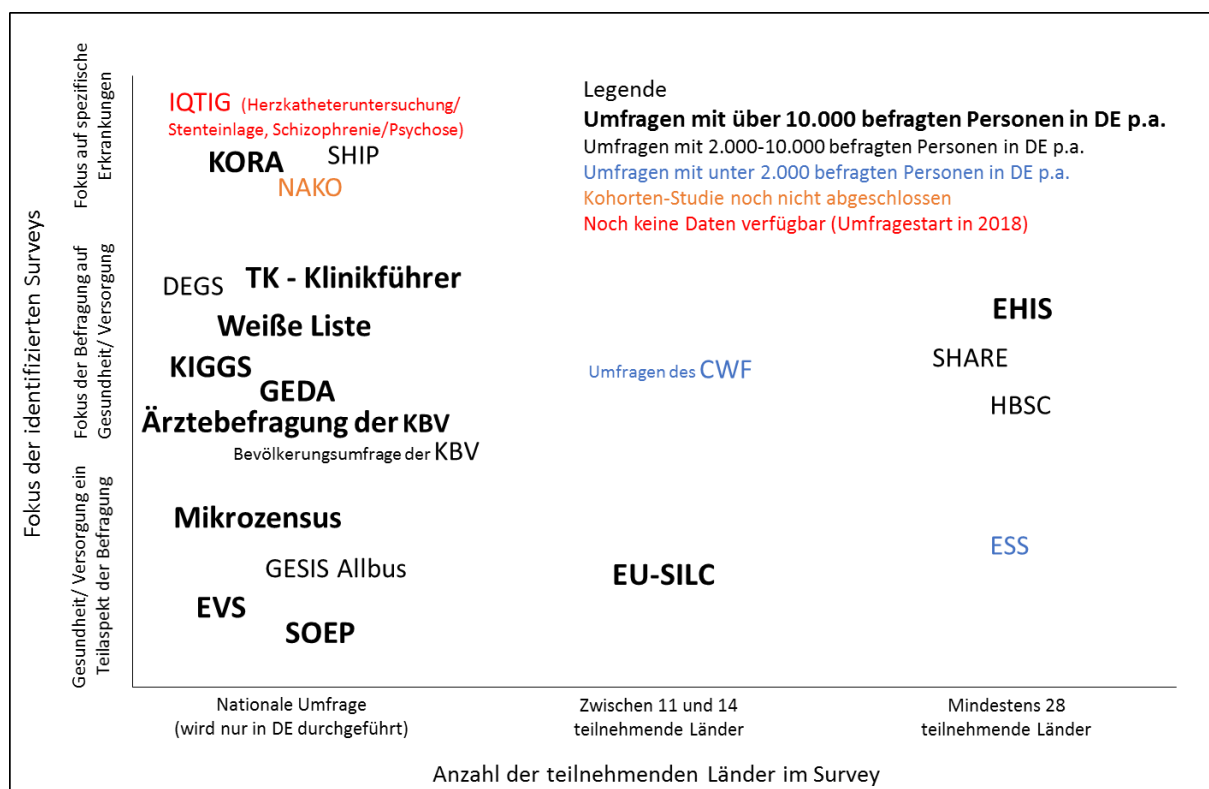
dar. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass Abweichungen zwischen den nationalen und den harmonisierten Daten bestehen können, welche innerhalb des HSPA transparent dargestellt sowie diskutiert werden sollten.

Weitere für ein HSPA relevante Quellen für internationale Daten sind im Bereich der infektionsepidemiologischen Daten das European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC), welches aus Deutschland die Daten vom RKI erhält. Des Weiteren können Daten über Eurotransplant genutzt werden, um Informationen zum Bedarf und zur Verfügbarkeit von Spenderorganen zu erhalten. Zusätzlich liefern einzelne Initiativen relevante Daten. So kann beispielsweise die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Krebserkrankungen international über die Concord Studie (Allemani et al. 2018; Cancer Survival Group 2018) erfasst werden.

2. Surveydaten

Insgesamt konnten 16 national und 10 international angelegte Surveys der Bevölkerung, Patienten und ihrer Angehörigen, Versicherten und Ärzte in Deutschland mit wiederholter Durchführung identifiziert werden. Eine erste Übersicht über diese identifizierten Surveys, gruppiert nach dem übergreifenden Thema sowie Stichprobenumfang, bietet Abbildung 11. Eine ausführliche Übersicht über alle identifizierten Surveys kann zudem Anhang 2 entnommen werden.

Abbildung 11: Übersicht der identifizierten Surveys nach Fokus und Umfang der teilnehmenden Länder



Quelle: Eigene Zusammenstellung basierend auf Angaben der jeweiligen Surveys.

Für ein HSPA in Deutschland sind aufgrund des Themenumfangs einige Surveys von besonderem Interesse. Hierbei handelt es sich um die Umfragen des CWF, welche in 11 Ländern durchgeführt werden, den Survey „Leben in Europa“ (European Union Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC), welcher in 14 europäischen Ländern durchgeführt wird, sowie die national durchgeführten Umfragen – der Mikrozensus, die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS), die NAKO Gesundheitsstudie und die Studien des Gesundheitsmonitorings des RKI.

CWF-Surveys bieten die größte Spannweite an HSPA-relevanten Themen und werden u.a. auch von der OECD aufgegriffen. Bisher umfassten die Umfragen drei Bevölkerungsgruppen: Erwachsene (über 18 Jahre), bei denen die Umfrage von 2007 bis 2016 alle drei Jahre durchgeführt wurde, ältere Personen (über 55 Jahre), die im Jahre 2014 bzw. (über 65 Jahre) im Jahre 2017 befragt wurden, sowie Personen mit mehreren Erkrankungen, die in den Jahren 2008 und 2011 befragt wurden.

Das Themenspektrum der Umfragen versucht dabei, alle Bereiche des Gesundheitssystems abzudecken. In den Umfragen wird auf den Gesundheitszustand der befragten Personen eingegangen, es werden die Inanspruchnahme von Leistungen, die Zugangs- und Qualitätsaspekte der Versorgung, die Erfahrungen mit der Versorgung sowie Gesundheitsausgaben angesprochen. Dabei werden einige Befragungsthemen bevölkerungsgruppenübergreifend wiederholt (z.B. Wartezeit auf einen Termin beim Arzt), während andere Themen nur bei bestimmten Bevölkerungsgruppen behandelt werden (z.B. vorliegen von Vereinbarungen hinsichtlich der Versorgung im letzten Lebensabschnitt). Aktuell ist die repräsentative Stichprobe mit ca. 1.500 Personen in Deutschland jedoch als relativ gering einzustufen.

Deutlich größere Stichprobenumfänge und zudem eine transparentere Dokumentation hinsichtlich der Teilnehmerrekrutierung weisen der Mikrozensus, die EVS sowie der EU-SILC Survey auf (Tabelle 10). Dabei handelt es sich um Statistiken über die Lebensbedingungen (überwiegend Mikrozensus und EU-SILC) und die Ausstattung mit Gebrauchsgütern, die Einkommens-, Vermögens- und Schuldensituation sowie die Konsumausgaben (EVS) privater Haushalte. In diesen Umfragen bilden HSPA-relevante Themen jedoch nur einen Teilaspekt und werden nicht in dem thematischen Umfang erfasst, wie dies in den Surveys des CWF der Fall ist.

Eine regelmäßige, ausschließlich in Deutschland stattfindende Befragung ist die Versichertenbefragung der KBV. Diese wird seit 2006 jährlich (Ausnahmen 2007 und 2012 keine Befragung), bei ca. 6.000 zufällig ausgewählten Bürgern durchgeführt. Die Stichprobe ist repräsentativ für Deutschland. Die Befragung hat einige feste Themengebiete (Wartezeiten, Arztbesuche, Bewertung fachlicher Fähigkeiten etc.) sowie jährlich wechselnde Themen und bietet einige für ein HSPA interessante Daten. Der Nachteil gegenüber den CWF-Daten ist hier jedoch insbesondere die nicht vorhandene Möglichkeit, die Ergebnisse international zu vergleichen.

Die Kohorten-Studie NAKO ist eine Langzeit-Bevölkerungsstudie mit einer Dauer von bis zu 30 Jahren, die von der Helmholtz-Gemeinschaft, der Leibniz-Gemeinschaft sowie von zahlreichen Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen organisiert und durchgeführt wird. Ziel der Studie ist es, die Ursachen chronischer Krankheiten und ihren Zusammenhang mit genetischen, Lebensstil- und Umweltfaktoren zu analysieren, Risikofaktoren zu identifizieren, Risikovorhersagemodelle zu entwickeln und Behandlungs- und Früherkennungsmöglichkeiten aufzuzeigen (NAKO e.V. 2015). Die NAKO besteht aus einem Untersuchungs- und Befragungsprogramm – mit einer Basisuntersuchung in der Periode 2014 bis 2018, einer Folgeuntersuchung in der Periode 2018 bis 2022 und aktiver Nachbeobachtung von 2016 bis 2042. Die Nachbeobachtung erfolgt in Form von Fragebögen, welche alle zwei bis drei Jahre, an alle Teilnehmer mit Fragen zu Lebensgewohnheiten (z. B. körperlicher Aktivität, Rauchen, Ernährung, Medikamenteneinnahme und Beruf) sowie zu sozialen Faktoren, Lebensqualität, Vorerkrankungen und Umwelt verschickt werden (Ahrens und Jöckel 2015; Günther et al. 2016). Eine Besonderheit der NAKO ist der zu generierende Datenpool, welcher aus der Zusammenführung verschiedener Datenquellen entsteht. Dabei werden die Untersuchungs- und Befragungsergebnisse mit Routinedaten der GKV und PKV verknüpft (NAKO e.V. 2015).

Tabelle 10: HSPA-relevante Surveys

Studie/ Eigenschaften	Methode der Datenerhebung/ Charakter der Auskunft	Stichprobe	Periodizität der Durchführung	Daten beim FDZ	Stratifizierung nach GKV/PKV	Stratifizierung nach Regionen
CWF	Befragungen - Freiwillig	Ca. 1.500 pro Jahr (jährlich unterschiedliche Bevölkerungsgruppen)	Alle 3 Jahre	Nein	Ja	Nach Gemeindetyp
EU-SILC	Befragungen - Freiwillig	22.600-28.000 Personen ab 16 Jahren pro Jahr	Jährlich	2005-2013 (Eurostat – bis 2016)	Nein	Grad der Verstädterung (nicht 2013)
EVS	Befragungen - Freiwillig	Ca. 80.000 Haushalte pro Erhebung	Alle 5 Jahre	1962/63-2013	Ja	Nach Gemeindetyp (Einwohnergrößenklasse, Stadt-Land)
Mikrozensus	Befragungen - Verpflichtend	650.000-750.000 Personen (alle Personen im Haushalt) pro Jahr	Jährlich	1973-2016	Ja – 2007/2011/2015	Nach Gemeindetyp, Kreis
Mikrozensus - Fragen zu Determinanten der Gesundheit	Befragungen - Freiwillig	Ca. 50.000 Personen pro Erhebung	Alle 4 Jahre	2009/2013	Nein	Nach Gemeindetyp, Kreis
NAKO	Untersuchungen und Befragungen - freiwillig	Ca. 200.000 Personen zw. 20-69 Jahren insgesamt	Alle 2-3 Jahre	keine	Ja	Unklar
KiGGS	Untersuchungen und Befragungen - freiwillig	16.000-25.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene pro Erhebung	Alle 2-3 Jahre	2003-2006, 2009-2012	Ja	Nach Gemeindegroße

DEGS	Untersuchungen und Befragungen - freiwillig	7.000-8.000 Personen zw. 18-79 Jahren pro Erhebung	Alle 8-9 Jahre	1997-1999, 2008-2011	Ja	Nach politischen Gemeindegrößenklassen, BIK-Regionen
GEDA	Befragungen - freiwillig	15.000-22.000 Personen ab 16 Jahren pro Erhebung	Alle 2 Jahre	2009/2010/2012	Ja	Siedlungsstrukturelle Kreistypen

Quelle: Eigene Zusammenstellung basierend auf Angaben des Statistischen Bundesamtes, RKI, CWF und NAKO e.V.

Die drei Studien des Gesundheitsmonitorings des RKI – die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) – erheben Daten zur aktuellen gesundheitlichen Lage, dem Gesundheits- und Risikoverhalten, der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge sowie zu Umwelt- und Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland. Zwei der drei Studien (KiGGS und DEGS) sind als Kohorten-Studien konzipiert.

Untersuchungen zu Patientenerfahrungen mit einem Arztbesuch, Krankenhausaufenthalt oder einer Behandlung bzw. einem Eingriff werden seltener regelmäßig bzw. deutschlandweit durchgeführt.

Derzeit werden in zwei unregelmäßig durchgeführten Surveys Patientenmeinungen zum letzten Krankenhausaufenthalt erhoben. Erhoben werden u.a. subjektive Eindrücke zur fachlichen Kompetenz des Personals und zur Zufriedenheit mit erhaltenen Leistungen sowie der Organisation der Einrichtung. Diese Erfahrungsberichte werden in öffentlich verfügbaren Datenbanken – in der Weissen-Liste und dem Klinikführer der Techniker Krankenkasse – zusammengefasst. Die zwei Umfragen des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu Patientenerfahrungen mit einer Herzkatheteruntersuchung/Stenteinlage sowie mit einer Behandlung in der Psychiatrie befinden sich noch in der Test- bzw. Planungsphase.

Weitere Surveys, welche Informationen zu Determinanten von Gesundheit liefern, sind die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (GESISAllbus) und das Sozioökonomische Panel (SOEP). In diesen Studien werden Fragen zum subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, gesundheitsbezogenen Wohlbefinden, gesundheitsbezogenen Verhalten und zur Krankenversicherungsart gestellt.

In ihrer Gesamtheit bilden die zur Verfügung stehenden Surveys eine gute Grundlage für die Durchführung eines HSPA in Deutschland. Besonders gut abgedeckt sind Indikatoren zu den Gesundheitsdeterminanten und dem subjektiven (wahrgenommenen) sowie objektiven Gesundheitszustand. Die Patientenerfahrungen mit der Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Bereich, z.B. Zufriedenheit mit einer Behandlung und wahrgenommene Fehler in der Versorgung werden durch die Surveys des CWF abgedeckt. Die Stratifizierung der Daten erlaubt die Untersuchung der Indikatoren

nach sozio-ökonomischen Faktoren. Bei den meisten relevanten Surveys ist eine Stratifizierung nach Krankenversicherungstyp sowie eine stratifizierte Untersuchung nach Stadt-Land-Gebieten möglich.

3. Verknüpfung verschiedener Datenquellen

Die Verknüpfung verschiedener Datenquellen kann für das deutsche HSPA ebenfalls relevant sein. Diese Verknüpfung kann dabei entweder auf Ebene der einzelnen Individuen oder auf einer höher aggregierten Ebene sinnvoll sein.

Die Verknüpfung von Befragungs- und Routinedaten auf Individualebene wurde bereits in verschiedenen Studien durchgeführt (siehe u.a. Röttger et al. 2015; Scholten et al. 2017). Dies ermöglicht u.a. eine Morbiditätsadjustierung (z.B. über Diagnosedaten) bei der Bewertung des Gesundheitssystems durch die Nutzer. Eine solche Datenquelle ist aktuell in Deutschland jedoch nicht verfügbar und wurde bisher nur innerhalb einzelner Projekte erstellt bzw. genutzt.

Eine weitere Möglichkeit ist die Verknüpfung auf einer höher aggregierten Ebene, z.B. regional auf Kreisebene. In den Daten der GKV ist u.a. der Wohnort der Versicherten enthalten. Anhand des Wohnorts können weitere Informationen verknüpft werden. Das RKI hat einen neuen Index für die Abbildung der sozio-ökonomischen Deprivation entwickelt (basierend auf INKAR-Daten). In diesen fließen Informationen zu Beruf, Bildung und Einkommen ein (Kroll et al. 2017). Über eine Verknüpfung des Deprivationsindex mit GKV-Daten (z.B. auf Kreisebene), wären dann umfangreiche Equity-Analysen möglich. Eine Auswertung mit Daten zur Krebsinzidenz verknüpft mit dem regionalen Deprivationsindex wurde im September 2018 veröffentlicht und zeigt deutliche regionale Unterschiede auf. Die veröffentlichten Ergebnisse unterstreichen die Relevanz eines solchen Vorgehens für ein HSPA (Hoebel et al. 2018).

4 Bewertung der Daten und Abgleich mit Indikatoren

Die identifizierten Daten wurden anschließend hinsichtlich ihrer Nutzbarkeit für ein HSPA bewertet. Dies wurde parallel zum Abgleich mit den identifizierten Indikatoren durchgeführt, da nur Datenquellen bewertet wurden, welche auch relevante Indikatoren abdecken. Wie bereits bei der Bewertung der Indikatoren, wurden auch die Daten für die Indikatoren anhand vorab definierter Kriterien bewertet (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Template für die Bewertung der Datengrundlage (Weiterführung von Tabelle 4)

3	Bewertung der Datenverfügbarkeit in Deutschland	
3.1	Verfügbarkeit	Liegt der Indikator bereits in einer Datenquelle vor? Ja (Quelle benennen)/Nein Hier sollte auch beachtet werden, ob für den Indikator auch eine ggf. notwendige Risiko-adjustierung vorgenommen worden ist Nur bei „Nein“: Kann der Indikator anhand bereits vorliegender Daten berechnet werden? Ja/Nein -> Falls ja: Wie hoch ist der Aufwand einzuschätzen bzw. welche Arbeitsschritte sind für die Berechnung notwendig: von eher geringem Aufwand (Berechnung anhand von zwei vorliegenden Variablen z.B. x/y), bis hin zu sehr hohem Aufwand (bspw. Verknüpfung verschiedener Datenquellen). Hier sollte auch beachtet werden, ob eine ggf. notwendige Risikoadjustierung (falls diese im Indikator vorgesehen ist) durchgeführt werden kann.
3.2	Aktualität	Wie regelmäßig sind die Daten für den Indikator verfügbar? Jährlich, alle zwei Jahre etc. (Bitte beachten, ob der Indikator regelmäßig erhoben wird oder ggf. nur einmalig in einem Survey vorkam -> d.h. Turnus der Datenerhebung und Turnus der Datenverfügbarkeit für den speziellen Indikator können voneinander abweichen). Wie lang ist ca. der Abstand zwischen Datenerhebung und Zugriff auf die Daten? Auf welches Datenjahr kann zum aktuellen Zeitpunkt (Juni 2018) zugegriffen werden? Seit wann wird der Indikator erhoben – sind bereits Analysen über mehrere Jahre möglich?
3.3	Stratifizierung	Sind stratifizierte Analysen möglich? GKV/PKV: Ja/Nein Regional: Ja (Ebene benennen bspw. PLZ-3-Steller)/Nein Demografie: Ja (Kategorien benennen: bspw. Alter in Jahren und Geschlecht)/Nein Sozio-Demografie: Ja (Kategorien benennen: bspw. Nettoäquivalenzeinkommen, Bildung)/Nein
3.4	Fallzahl	Ungefähre Fallzahl N= Falls Variablen für stratifizierte Analysen enthalten sind: Ist die Fallzahl ausreichend für stratifizierte Analysen? Ja/Nein/unklar - muss geprüft werden
3.5	Repräsentativität	Sind die Daten (ggf. nach Gewichtungen) repräsentativ für die betroffene Bevölkerung? Ja/Nein, ggf. Erklärungen Falls „Nein“: welche Gruppe ist nicht eingeschlossen, unterrepräsentiert, überrepräsentiert? (bspw. nur GKV)
3.6	Reliabilität	Wie kann die Reliabilität der Daten eingeschätzt werden? (insgesamt eher positiv/eher negativ) Reproduzierbarkeit (bereits mehrere Erhebungen vorhanden?), Kann ggf. über mehrere Quellen abgeglichen werden (bspw. ähnliche Frage in zwei unterschiedlichen Befragungen)? Informationen zu Messfehler vorhanden? Können Fehler bei der Weitergabe/Weiterverarbeitung aufgetreten sein? Können wir diese einschätzen? Bei Sekundärdaten: Welche weiteren Faktoren beeinflussen die Datenqualität? Kennen wir diese und können wir einschätzen in welche Richtung diese beeinflussen (z.B. Kodierverhalten)
Zusammenfassende Bewertung Datenverfügbarkeit:		
Note 1: Alle Kriterien positiv erfüllt (3.1.: Indikator liegt vor ODER kann mit sehr geringem Aufwand berechnet werden, 3.2-3.6 ausschließlich positive Bewertungen) Note 2: Überwiegend positiv bewertet (3.1.: Indikator liegt vor ODER kann mit geringem Aufwand berechnet werden UND 3.2-3.5 es gibt nur leichte Schwächen UND 3.6 positiv bewertet) Note 3: Überwiegend positiv bewertet, jedoch mit erheblichen Aufwand in der Berechnung (3.1.: Indikator liegt nicht vor und kann nur mit großem Aufwand erstellt werden UND 3.2-3.5 es gibt nur leichte Schwächen UND 3.6 positiv bewertet) – ODER – nur eingeschränkt positive Bewertung, aber geringer/kein Aufwand in der Berechnung (3.1 Indikator liegt vor bzw. kann mit geringem Aufwand erstellt werden, aber bei 3.3-3.5 größere Schwächen, 3.6 positiv bewertet) Note 4: Aktuelle Datenlage überwiegend negativ bewertet bzw. keine Daten verfügbar		

Basierend auf der Bewertung der Indikatoren sowie der ggf. durchgeführten Bewertung der Datengrundlage (Hinweis: für Indikatoren mit einer schlechten inhaltlichen Bewertung wurde keine Bewertung der Datengrundlage vorgenommen), wurden die Indikatoren anschließend anhand des nachfolgenden Schemas gruppiert (siehe Abbildung 12). Das Ergebnis der Bewertungen und anschließenden Gruppierung wurde bereits in der Indikatorenliste (Tabelle 6) in Arbeitspaket A.II mit aufgeführt.

Zusammenfassend besteht bereits eine umfangreiche Datengrundlage für ein deutsches HSPA. Diese setzt sich nach aktuellem Stand aus einer Vielzahl verschiedener Datenquellen zusammen, mit unterschiedlichen Arten des Zugriffs sowie variierenden Zeitverläufen (Zeitspanne vom „Anfallen“ der Daten bis zur Datenverfügbarkeit etc.), so dass dies die Komplexität der Durchführung eines HSPA dadurch steigert. Für einige Indikatoren bestehen aktuell noch keine Datengrundlagen bzw. ist die Datengrundlage noch unklar (A.5, Q.11, Q.12, R.4, I.16, I.17), während für andere ein Zugriff auf die GKV-/PKV-Routinedaten notwendig ist, um diese entsprechend auswerten zu können (siehe dazu Abschnitt 1.1).

Innerhalb der Routinedaten sind die Versicherten der GKV deutlich besser abgedeckt (ambulante Versorgung und Arzneimittel) als die Versicherten der PKV (diese finden sich aktuell nur in den Daten zur stationären Versorgung). Um die Daten von Nutzern des Gesundheitssystems über Sektorengrenzen hinweg und mehrere Jahre nachverfolgen zu können, wäre jedoch ein Zugriff auf die Daten der gesamten GKV und idealerweise auch der PKV notwendig. Bei den Surveydaten sind insbesondere die Befragungen des CWF interessant für ein deutsches HSPA, da die dort abgefragten Themen anderweitig nicht regelmäßig abgefragt werden. Hier wären jedoch eine Ausweitung der Stichprobe und eine häufigere Durchführung bei der allgemeinen Bevölkerung wünschenswert. Des Weiteren liegt in allen identifizierten Surveys der Fokus auf den Befragten selbst. Es konnte kein (regelmäßig durchgeführter) Survey identifiziert werden, in dem Angehörige von zu pflegenden Personen zu der Versorgung befragt wurden. Ebenso existieren bisher keine (regelmäßigen) Surveys im Bereich der palliativen Versorgung.

Abbildung 12: Gruppierung der Indikatoren anhand vorheriger Bewertungen (Inhalt und Datenqualität/-verfügbarkeit)

Bewertung der Datenqualität und -verfügbarkeit (Verfügbarkeit, Aktualität, Stratifizierung, Fallzahl, Reliabilität)					
Inhaltliche Bewertung (Aussagekraft, Beeinflussbarkeit durch das Gesundheitssystem, Validität, Interpretierbarkeit)		Note 1 = Alle Kriterien positiv erfüllt	Note 2 = Überwiegend positiv bewertet (nur geringe Schwächen in der Bewertung) und nur geringer/kein Aufwand in der Berechnung	Note 3 = Überwiegend positiv bewertet (wie Note 2), jedoch mit erheblichem Aufwand in der Berechnung ODER Eingeschränkt positiv bewertet, jedoch mit geringem/keinem Aufwand in der Berechnung	Note 4 = Aktuelle Daten überwiegend negativ bewertet bzw. keine Daten verfügbar
	Note 1 = Nur positive Bewertungen	Empfehlung	Empfehlung	Empfehlung, ggf. Verbesserung der Datengrundlage notwendig	Empfehlung zur Schaffung einer Datengrundlage
	Note 2 = Leicht negative Bewertungen	Empfehlung	Empfehlung, falls kein besserer Indikator identifiziert werden konnte	Empfehlung, falls kein besserer Indikator identifiziert werden konnte, ggf. Verbesserung d. Datengrundlage	Nicht Empfohlen
	Note 3 = Stark negative Bewertungen	Nicht Empfohlen	Nicht Empfohlen	Nicht Empfohlen	Nicht Empfohlen

A.IV Diskussion und Erklärungsansätze der Ergebnisse

In Arbeitspaket A.IV werden die Ergebnisse für ausgewählte Indikatoren (jeweils mindestens ein Indikator pro Dimension) präsentiert und kritisch diskutiert. Es wurde zudem die Struktur eines HSPA-Berichts entwickelt. Im nachfolgenden werden die Ergebnisse der ausgewählten Indikatoren beispielhaft im Rahmen eines HSPA-Berichts dargestellt.

Health System Performance Assessment des deutschen Gesundheitssystems

—

Beispielauswertung

1 Einleitung - Beispielauswertung

Die Beispielauswertung zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems startet mit einer Kurzübersicht über das Abschneiden des deutschen Gesundheitssystems anhand ausgewählter Schlüsselindikatoren sowie der detaillierten Ergebnisse zu jedem Schlüsselindikator. Die Schlüsselindikatoren decken die Dimensionen Zugang, Qualität, Bevölkerungsgesundheit, Responsiveness und Effizienz ab. Anschließend folgt der Bericht im Aufbau dem entwickelten konzeptionellen Rahmen. Zu Beginn werden der demografische und sozio-ökonomische Kontext dargestellt, anschließend erfolgt eine Darstellung der allgemeinen Krankheitslast in Deutschland sowie ausgewählter Risiko- sowie protektiver Faktoren (Hinweis: diese sind nur zum Teil durch das Gesundheitssystem beeinflussbar, beeinflussen aber bspw. die Nutzung des Gesundheitssystems). Anschließend erfolgt die Leistungsbewertung des Systems anhand der vier Performanz-Dimensionen Zugang, Qualität, Bevölkerungsgesundheit und Responsiveness.

Im nächsten Schritt erfolgt die Übersicht über die Inputs (u.a. finanzielle Mittel), welche in das System fließen sowie der Leistungseinheiten (z.B. durchgeführte Operationen und Prozeduren im Krankenhaus). Um abschließend die Performanz auch über die Effizienz des Systems zu bewerten, werden i) für die technische Effizienz die Inputs mit den Leistungseinheiten in Bezug gesetzt und ii) für die Bewertung der systemweiten Effizienz die erreichte Bevölkerungsgesundheit (und idealerweise auch die Responsiveness) mit den Inputs in Bezug gesetzt.

Jede der betrachteten Dimensionen des Frameworks wird in einem eigenen kurzen Kapitel abgehandelt. Diese beginnen jeweils mit einer Kurzübersicht über alle Indikatoren und geben bei den Kapiteln der Performanz (inkl. Effizienz) bereits eine Übersicht über die Leistungsfähigkeit. Da aktuell für Deutschland keine Schwellenwerte oder ähnliche Zielvorgaben existieren anhand derer die Leistungsfähigkeit innerhalb der Indikatoren bewertet werden kann (z.B. was ist für Deutschland ein akzeptabler Wert bzw. Zielwert bei der Anzahl der Säuglingssterbefälle?), wurden die deutschen Werte mit den Ergebnissen ausgewählter Länder verglichen. Als Referenz wurden die nachfolgenden Länder ausgewählt: Belgien, Dänemark, Frankreich, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz und das Vereinigte Königreich (UK). Die deutschen Ergebnisse werden dabei in Bezug zum ungewichteten Durchschnittswert der Vergleichsländer gesetzt sowie in ein Ranking gebracht. Um positiv abzuschneiden, müssen die deutschen Ergebnisse über dem Durchschnittswert der ausgewählten Länder sowie mindestens auf Rang 3 liegen. Die Informationen zum Abschneiden werden darüber hinaus um Informationen zur zeitlichen Entwicklung (verbessert, verschlechtert, gleichgeblieben) ergänzt.

In einem abschließenden Kapitel des späteren HSPA-Berichts werden auf Basis aller Ergebnisse im Zusammenhang Implikationen für die Gesundheitspolitik abgeleitet sowie mit vorab definierten übergreifenden Zielen, z.B. bei der Evaluation von Reformen, abgeglichen. Dabei wird auch ausgeführt, inwiefern noch Lücken in der Aussagekraft bestehen und, falls notwendig, Empfehlungen für weitere Forschungsvorhaben gegeben. Dieses Kapitel ist innerhalb der Beispielauswertung nicht enthalten, da für diese Ableitungen mehr Indikatoren ausgewertet werden müssen, als es im Rahmen der Machbarkeitsstudie möglich ist.

In der aktuellen Beispielauswertung wurde nur auf Daten zurückgegriffen, die öffentlich zugänglich sind (mit Ausnahme der Daten zur ambulanten Versorgung). Es wurden im Zuge der Beispielauswertung keine Rohdaten analysiert.

2 Kurzübersicht zur Leistungsfähigkeit: Schlüsselindikatoren

Die Schlüsselindikatoren ermöglichen einen Kurzüberblick über die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich. Die Indikatoren finden sich nochmals in den Kapiteln zu den entsprechenden Performanz-Dimensionen (d.h. diejenigen, die nicht nur kontextuelle Indikatoren enthalten), wobei die Zuordnung zur Dimension jeweils der Indikatoren-Nummerierung entnommen werden kann (A – Access/Zugang, Q – Quality/Qualität, P – Population Health/Bevölkerungsgesundheit, R – Responsiveness, E – Effizienz).

Tabelle 12: Übersicht über die Ergebnisse der Schlüsselindikatoren

Indikator	Bewertung	Ergebnis für Deutschland und Rang	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
A.1 Versicherungsabdeckung					
A.3 Geografische Verteilung niedergelassener Ärzte: Ärztedichte in städtischen und ländlichen Regionen					
A.9 Selbstberichteter nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Versorgung (Gründe: Kosten, Wartezeit, Entfernung)		0,3% der Bevölkerung berichten subjektiv ungedeckten Bedarf Rang: 3	2016	EU-SILC berichtet über Eurostat	1,1% (Spanne: 0,2-2,4)
Q.2 30-Tages-Mortalität (bei stationären Fällen)					
Q.5 Krankenhausfallrate für ambulant behandelbare Erkrankungen					
Q.8 Im Krankenhaus erworbene Infektionen					
Q.16 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen					
P.1 Vermeidbare Sterblichkeit					
P.4 Säuglingssterblichkeit		3,4 Rang: 5	2016	GBE-Bund, ECHI	3,3 (Spanne: 2,5-3,8)
P.8 Berichtete Fälle bei ausgewählten impfpräventablen Infektionskrankheiten					
R.1 Patientenerfahrungen mit der ambulanten Versorgung		Zwischen 85,9% und 93,9% positive Bewertungen Rang: 3-6	2016 (2010)	CWF berichtet von der OECD	84,6%-90,4% positive Bewertungen
E.7 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (durchschnittliche Betrachtung)		85,5 Sterbefälle pro 100.000 5.353 US\$ PPP Gesundheitsausgaben (gesamt) Höchste Sterblichkeit bei zweithöchsten Ausgaben	2015	OECD WHO Global mortality database	59,6 Sterbefälle pro 100.000, 5.183,2 US\$ PPP Gesundheitsausgaben gesamt. (Spanne: 54,5-84,1; 4.072-7.570)
E.8 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (inkrementelle Berechnung)		615 US\$ PPP pro vermiedenem Sterbefall pro 100.000 Bevölkerung Rang: 8	Letzte 3 Jahre	OECD, WHO Global mortality database	397,9 US\$ PPP pro vermiedenem Sterbefall pro 100.000 (Spanne: 2.069-9,6)
Bewertung der Ergebnisse: Grün=Besser als die Vergleichsländer bzw. definierter Schwellenwert erreicht, Gelb=ähnlich zu den Vergleichsländern bzw. jedoch entweder schlechter im Durchschnittswert oder schlechter als Rang 3, Rot=Schlechter als die Vergleichsländer bzw. klar unter definiertem Schwellenwert, + positive Entwicklung im Jahresvergleich, - negative Entwicklung im Jahresvergleich, = keine Veränderungen über die Jahre, / kein Jahresvergleich möglich					

Subjektiv ungedeckter Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung / Unmet need (A.9) (Dimension: Zugang)

Für Deutschland berichteten 2016 0,3% der Bevölkerung einen ungedeckten Bedarf nach medizinischer Versorgung auf Grund von Kosten, Wartezeiten oder Entfernung. Seit 2008 (ältestes vorliegendes Datenjahr) ist der Anteil an Personen mit ungedecktem Bedarf konstant rückgängig (siehe Tabelle 13). Es zeigt sich ein geringer Unterschied zwischen den Altersgruppen, während zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede bestehen. Die Unterschiede im ungedeckten Bedarf nach Bildungsstatus werden derzeit über Eurostat nicht berichtet. Ebenso ist anhand der berichteten Daten keine Auswertung nach Regionen möglich.

Unterschiede im berichteten ungedeckten Bedarf finden sich wiederum nach Einkommensgruppen: Während in der niedrigsten Einkommensgruppe (1. Quintil basierend auf dem Nettoäquivalenzeinkommen) 0,6% einen Verzicht berichten, sind es in der höchsten Gruppe (5. Quintil) 0,0%.

Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland sowohl mit dem Gesamtwert als auch mit den Unterschieden zwischen den Einkommensgruppen (0,6 Prozentpunkte) besser ab als der Großteil der Vergleichsländer (siehe Abbildung 13). Nur die Niederlande und Österreich berichten noch geringere Gesamtwerte (je 0,2%). Geringere Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen finden sich in Dänemark und den Niederlanden (je 0,2 Prozentpunkte) sowie in Österreich und der Schweiz (je 0,4 Prozentpunkte).

Die Ergebnisse sprechen insgesamt für einen sehr guten Zugang zur Versorgung in Deutschland für einen Großteil der Bevölkerung. Die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen zeigen noch Verbesserungspotential im Zugang zur Versorgung insbesondere für die unterste Einkommensgruppe auf.

Methodik: Der subjektiv ungedeckte Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung wird in der Befragung EU-SILC über die nachfolgenden Fragen erfasst:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst ein- oder mehrmals eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?

Haben Sie die benötigte Untersuchung oder Behandlung auch in Anspruch genommen?

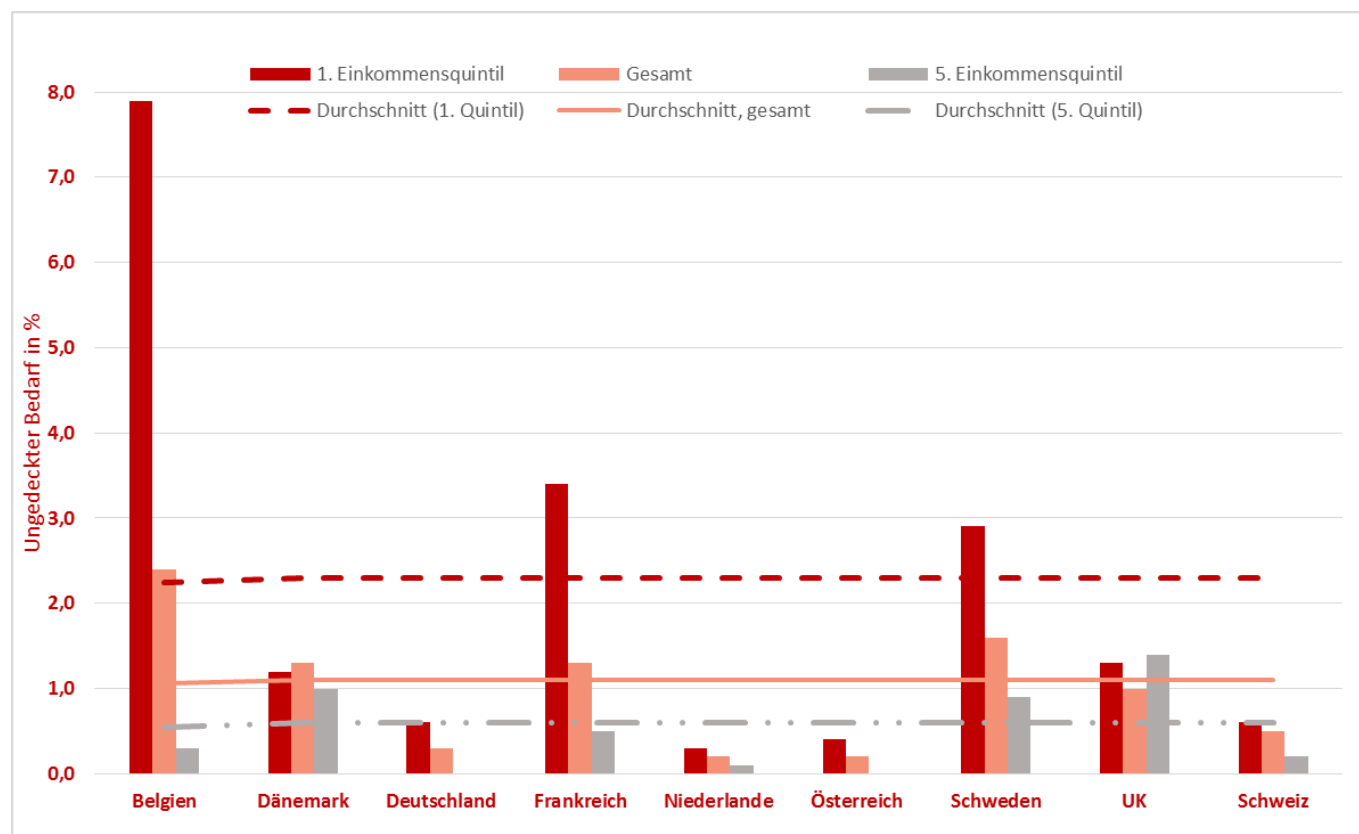
Was war für Sie der wichtigste Grund, die ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?

Es wird der Anteil der Befragten mit einem ungedeckten subjektiven Bedarf auf Grund von Kosten, Wartezeiten oder der Entfernung zum Leistungsanbieter berichtet. Die Angaben sind in Prozent der Bevölkerung über 16 Jahren, die in einem privaten Haushalt leben, ausgedrückt. Eurostat berichtet die Daten aktuell nicht als Anteil an Personen mit einem Bedarf (im Nenner steht die gesamte Bevölkerung). Es bleibt somit offen, wie hoch der Anteil an Personen mit einem Bedarf nach Versorgung ist, der diesen nicht erfüllen konnte.

Tabelle 13: Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf an ärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen nach Alter, Geschlecht, Einkommen (Datenjahr 2016) und im Jahresvergleich

Equity-Kategorien und Jahresvergleich	Anteil der Befragten mit subjektiv ungedecktem Bedarf
Geschlecht: Männlich / Weiblich	0,3% / 0,3%
Altersgruppen: 16-64 / 65+	0,3% / 0,2%
Einkommen: 1. Quintil / 5. Quintil	0,6% / 0,0%
Veränderung im Jahresvergleich:	2008: 2,2%; 2012: 1,6%; 2016: 0,3%

Abbildung 13: Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf an ärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen, 2016 (in %)



Lesehilfe: In Belgien berichten 7,9% des untersten Einkommensquintil, 2,4% der Gesamtbevölkerung und 0,3% des obersten Einkommensquintil einen Verzicht auf medizinische Versorgung. Der Durchschnitt über die Vergleichsländer liegt für das 1. Einkommensquintil bei 2,3%.

Datenquelle: Eigene Auswertung, basierend auf Daten aus EU-SILC 2016 berichtet über Eurostat.

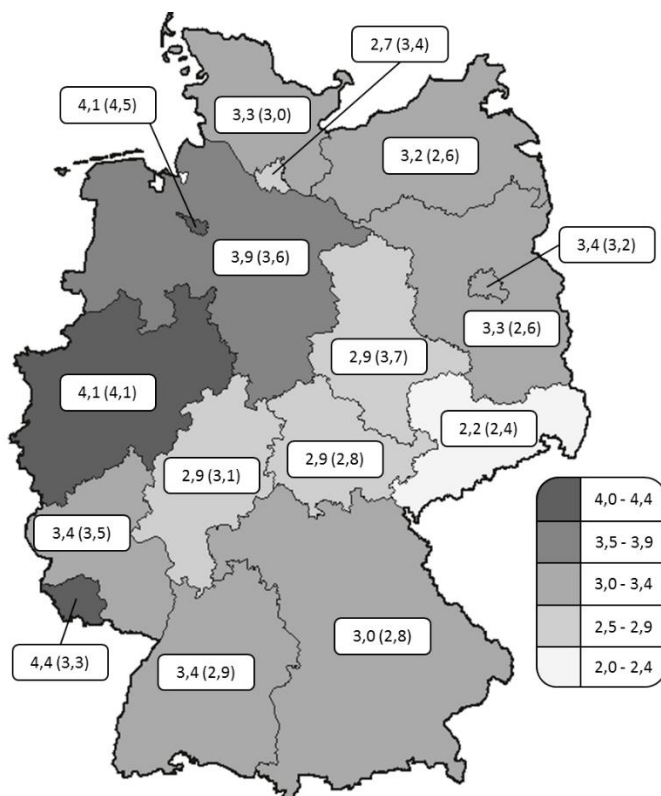
Säuglingssterbefälle (P.4) (Dimension: Bevölkerungsgesundheit)

In Deutschland betrug 2016 die Anzahl von Säuglingssterbefällen (jünger als 1 Jahr zum Todeszeitpunkt, in einem Jahr pro 1.000 Lebendgeburten) 3,4. Seit dem Jahr 2005 liegt der Wert konstant unter 4,0 und seit 2011 konstant unter 3,5. Der bisher niedrigste Wert für Deutschland wurde 2014 mit 3,2 Sterbefällen pro 1.000 Lebendgeburten erreicht; seitdem ist der Wert wieder leicht angestiegen. Regional bestehen innerhalb Deutschlands starke Unterschiede; so wurde für das Saarland der höchste Wert mit 4,4 und für Sachsen der niedrigste Wert mit 2,2 berichtet (Gesundheitsberichter-

stattung des Bundes 2018c). Dabei muss beachtet werden, dass insbesondere für die Bundesländer mit geringen Bevölkerungszahlen, relativ starke Schwankungen über die Jahre berichtet werden.

International betrachtet liegt Deutschland leicht über dem Durchschnitt der betrachteten Vergleichsländer (3,3). Schweden hat mit 2,5 Säuglingssterbefällen pro 1.000 Lebendgeburten den mit Abstand besten Wert, während aus dem UK mit 3,8 Fällen pro 1.000 Lebendgeburten der höchste und somit schlechteste Wert berichtet wird.

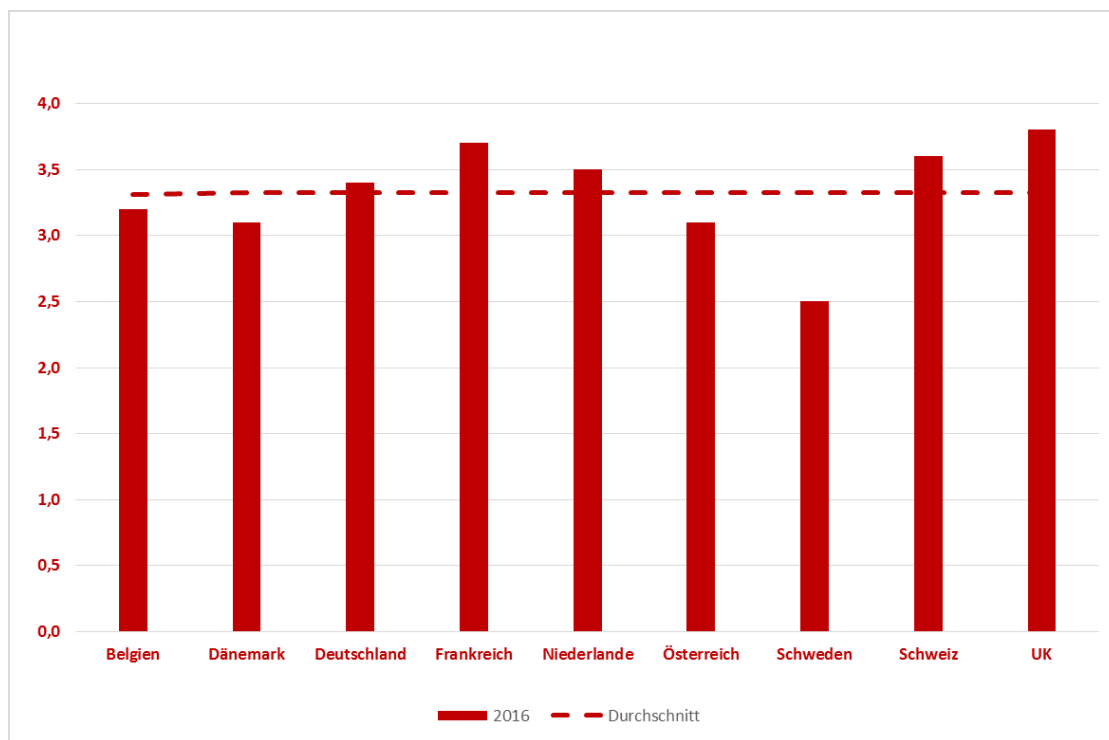
Abbildung 14: Säuglingssterbefälle (Anzahl pro 1.000 Lebendgeburten) nach Bundesland, 2016 (und 2015)



Lesehilfe: Im Saarland sind im Jahr 2016 pro 1.000 Lebendgeburten 4,4 Säuglinge (jünger als 1 Jahr) verstorben. Im Vorjahr verstarben 3,3 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeburten.

Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018c

Abbildung 15: Säuglingssterblichkeit, 2016 (Anzahl pro 1.000 Lebendgeburten)



Datenquelle: Eigene Darstellung basierend auf Europäische Kommission 2018a, 2018b. Infant mortality rate.

Patientenerfahrungen mit der ambulanten Versorgung (R.1) (Dimension: Responsiveness)

Im Jahr 2016 gaben 86% der Befragten in Deutschland an, dass sie immer oder häufig ausreichend Zeit mit ihrem Arzt hatten, 85,9% dass sie immer oder häufig leicht verständliche Erklärungen erhalten haben und 87,6%, dass sie immer oder häufig in Entscheidungen einbezogen wurden. Ausschließlich im Jahr 2010 wurde zusätzlich erhoben, ob die Möglichkeit bestand, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern: dies bewerteten 93,9% der Befragten positiv. Im Jahresvergleich (2013/2016) zeigt sich insbesondere eine Verschlechterung der Ergebnisse für Deutschland (um bis zu 4,8 Prozentpunkte – bei der Frage „verständliche Erklärungen“). Unterschiede zeigen sich auch in den Bewertungen zwischen Männern und Frauen (siehe Abbildung 16), mit dem stärksten Unterschied bei der Einbeziehung in Entscheidungsfindungen.

Im internationalen Vergleich liegen die deutschen Ergebnisse knapp über dem Durchschnitt der anderen Länder, wobei es insbesondere bei dem Aspekt „verständliche Erklärungen“ Länder mit deutlich besseren Ergebnissen gibt. So erreichen z.B. die Niederlande im Jahr 2016

eine Zustimmung von 96,9% sowie Belgien im Jahr 2013 (mit der Frage nach „any doctor“) eine Zustimmung von 97,8% (siehe Abbildung 17).

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass durch die Frage nach dem „regular doctor“ vermutlich sehr häufig der Hausarzt der Befragten bewertet wurde. Wie Ergebnisse aus einer deutschlandweiten Studien zeigen, werden die Fachärzte in Deutschland jedoch deutlich schlechter hinsichtlich der „Responsiveness“ bewertet (Röttger und Busse 2016). Daher können die Ergebnisse nicht auf den kompletten ambulanten Sektor übertragen werden, sondern sollten eher als Ergebnisse für die hausärztliche Versorgung interpretiert werden.

Insgesamt betrachtet, erzielt Deutschland durchschnittliche Ergebnisse in der bewerteten Responsiveness der ambulanten (bzw. hausärztlichen) Versorgung. Die Ergebnisse haben sich über die Jahre jedoch tendenziell verschlechtert.

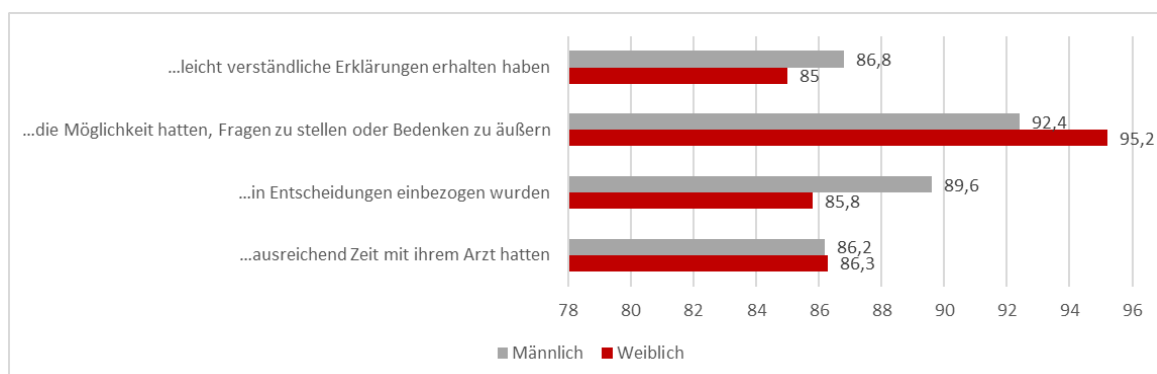
Methodik: Die Erfahrungen von Patienten mit der ambulanten Versorgung wurden über Befragungen der allgemeinen Bevölkerung durch den CWF erhoben. Es wird dabei nach der letzten Interaktion innerhalb der letzten 12 Monate mit dem festen Arzt/Ärztin (regular doctor) gefragt.

Auf einer Skala von „selten“ bis „häufig“ werden die folgenden Aspekte bewertet: leicht verständliche Erklärungen erhalten, Möglichkeit Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern, Einbeziehung in Entscheidungen, ausreichend Zeit mit dem Arzt/Ärztin.

Die Ergebnisse werden von der OECD aufbereitet und für die teilnehmenden Länder berichtet. Zudem gibt es für Länder, welche nicht zum CWF gehören, teilweise Nachbefragungen. In diesen wird jedoch nicht nach dem „regular doctor“ wie beim CWF, sondern nach „any doctor“ bzw. dem Arzt/der Ärztin, die als letztes aufgesucht worden ist, gefragt.

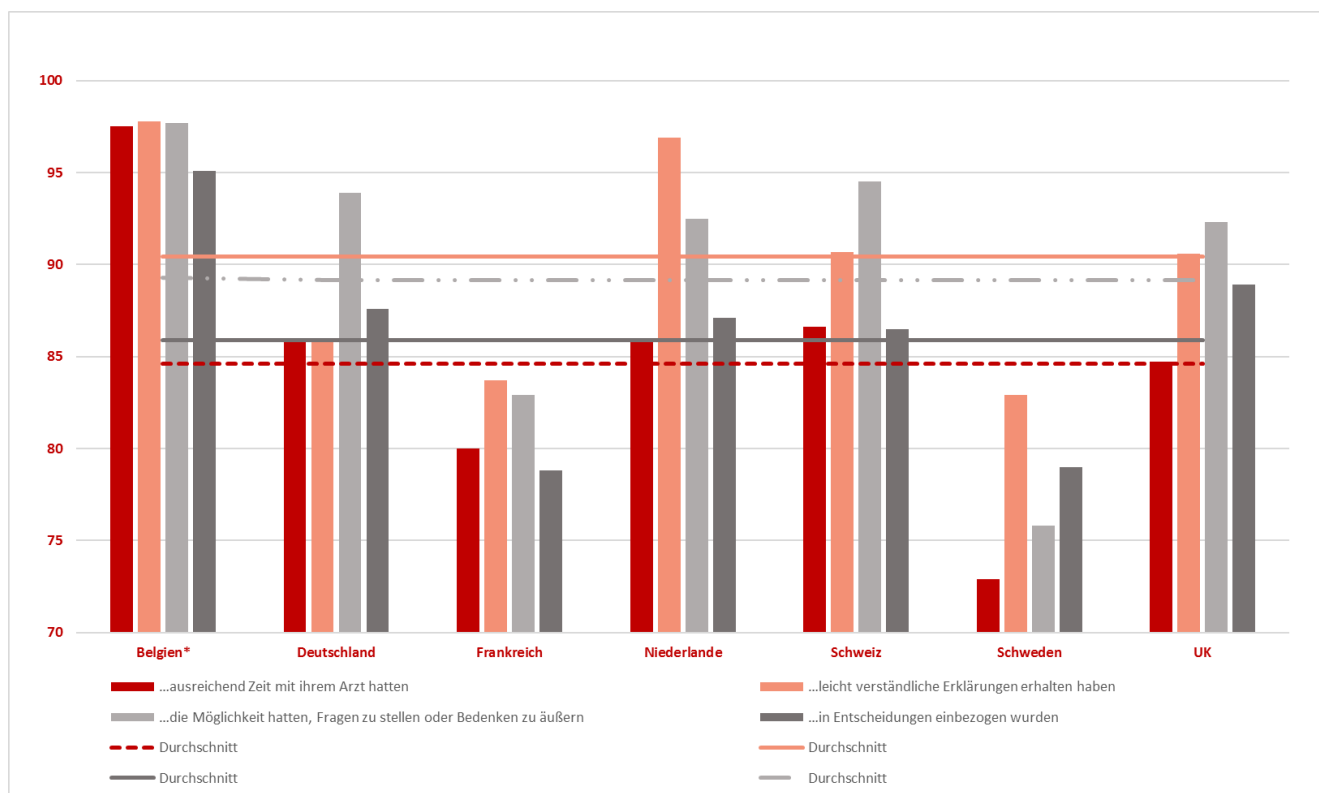
Die Ergebnisse werden als Anteil der Befragten, die mit „häufig“ oder „immer“ geantwortet haben, an allen Befragten mit einer Arzt-Interaktion innerhalb der letzten 12 Monate (beim festen Arzt/Ärztin) berichtet.

Abbildung 16: Unterschiede in der bewerteten Responsiveness zwischen Männern und Frauen, 2016



Datenquelle: Eigene Darstellung basierend auf OECD 2018b. Health Care Quality Indicators: Patient Experiences.

Abbildung 17: Responsiveness in der ambulanten Versorgung (in % Antworten „immer“ oder „häufig“), 2016 oder aktuellstes verfügbares Datenjahr



Anmerkung: Daten für Belgien und Frankreich aus 2013, Daten zu der Frage: „...Möglichkeit, Fragen zu stellen“ aus 2010 (außer Belgien: 2013), *in dem Survey in Belgien wurde nach „any doctor“ gefragt.

Lesehilfe: In Deutschland haben 2016 86% der Befragten die Frage nach ausreichend Zeit mit ihrem Arzt positiv beantwortet, d.h. mit „immer“ oder „häufig“. Der Durchschnitt über die ausgewählten Länder lag bei dieser Frage bei 83,9%.

Datenquellen: Eigene Darstellung basierend auf OECD 2018b. Health Care Quality Indicators: Patient Experiences.

Vermeidbare Sterblichkeit und gesamte Gesundheitsausgaben – durchschnittliche Betrachtung (E.7) und inkrementelle Berechnung (E.8) (Dimension: Effizienz)

Die vermeidbare Sterblichkeit beschreibt eine Gruppe von Krankheiten bei Personen bestimmter Altersgruppen, die nach Expertenauffassung durch verschiedene Anstrengungen des Gesundheitssystems (z.B. gute Kontrolle bei chronischen Erkrankungen) entweder gar nicht hätten auftreten sollen, die weniger häufig aufgetreten wären und/oder die nicht zum Tod geführt hätten. Für die meisten Krankheiten ist die Altersgrenze auf 75 Jahre gesetzt, d.h. nur Sterbefälle bis 74 Jahren gelten als „vermeidbar“. Vermeidbare Sterblichkeit, ausgedrückt als „vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 Einwohner“ ist ein Indikator für die erzielte Gesundheit des Systems (siehe verbesserte Bevölkerungsgesundheit).

Zur Analyse der systemweiten Effizienz kann die vermeidbare Sterblichkeit in Bezug zu den aufgewendeten gesamten Gesundheitsausgaben (Pro-Kopf in US\$ PPP – „Purchasing Power Parity“, auch KKP – Kaufkraftparitäten) gesetzt werden und auf zwei Arten analysiert werden, durchschnittlich oder inkrementell. Also: 1. Wie hoch sind die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in US\$ PPP pro vermiedenem Sterbefall? (Indikator E.7) 2. Wie hoch sind die zusätzlichen

Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben pro zusätzlich vermiedenem Sterbefall? (Indikator E.8)

In Abbildung 18 wurde die Entwicklung von Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern über die letztverfügbaren 10 Jahre dargestellt, um (i) eine Abschätzung über den aktuellen Stand der „systemweiten Effizienz“ zu erhalten und (ii) anhand der Kurve über die Jahre aufzuzeigen, ob eine Verbesserung oder Verschlechterung der Effizienz eingetreten ist. Insgesamt ist ein möglichst steiler Abfall von vermeidbarer Sterblichkeit bei möglichst geringem Anstieg in den Gesundheitsausgaben als effizient zu betrachten.

Im direkten Vergleich mit anderen europäischen Ländern in Abbildung 18 ist zu sehen, dass alle Länder eine tendenziell abfallende Kurve und somit eine verbesserte Bevölkerungsgesundheit erzielt haben. Dabei fällt auf, dass zum Jahr 2015 (für den Großteil der Länder das letztverfügbare Datenjahr) die vermeidbare Sterblichkeit in fast allen aufgeführten Ländern angestiegen ist (Ausnahme Belgien und die Schweiz) und sich somit verschlechtert hat. Für Österreich, Schweden und

Methodik:

Durch die Auswahl an Krankheiten (siehe Liste der Krankheitsgruppen in Anhang 1, Indikator P.1) sowie die Altersgrenze (bis 75 Jahre), soll der Indikator Todesfälle abbilden, welche als durch das Gesundheitssystem vermeidbar gelten. Dadurch gehört der Indikator zu den wenigen Indikatoren, welche eine systemweite Effektivität über verschiedene Bedarfskategorien hinweg messen. In Kombination mit den gesamten Gesundheitsausgaben, können so Aussagen zur systemweiten Effizienz abgeleitet werden.

Bei der Interpretation muss jedoch beachtet werden, dass der Indikator nur die Sterbefälle, nicht jedoch die Häufigkeit der entsprechenden Krankheit in der Bevölkerung einbezieht. Insofern das initiale Auftreten der Krankheit als nicht durch das Gesundheitssystem vermeidbar eingestuft wird, können daher Unterschiede in der Prävalenz/Inzidenz einer Erkrankung zu einer höheren/niedrigeren Sterblichkeit führen. Eine die Häufigkeit der Erkrankung einzubeziehen, sind z.B. „mortality-to-incidence ratios“, wie diese für Krebs im Healthcare Access and Quality Index der GBD Studie genutzt werden (Fullman et al. 2018). Um diesen Ratio zu berechnen, sind jedoch neben den Daten zur Mortalität auch Daten zu Inzidenz notwendig, welche nur für wenige Krankheitsbilder in ausreichender Qualität verfügbar sind.

die Niederlande, die Länder mit bereits verfügbaren Daten für 2016 bzw. 2017, ist jedoch eine anschließende Reduktion der vermeidbaren Sterblichkeit zu erkennen.

Das UK und Dänemark hatten 2005 eine deutlich höhere vermeidbare Sterblichkeit als Deutschland, konnten diese bis 2014 stetig, bei gleichzeitig steigenden Gesundheitsausgaben, reduzieren. Beide Länder haben 2015 eine niedrigere Rate in der vermeidbaren Sterblichkeit bei gleichzeitig niedrigeren Gesundheitsausgaben erreicht als Deutschland.

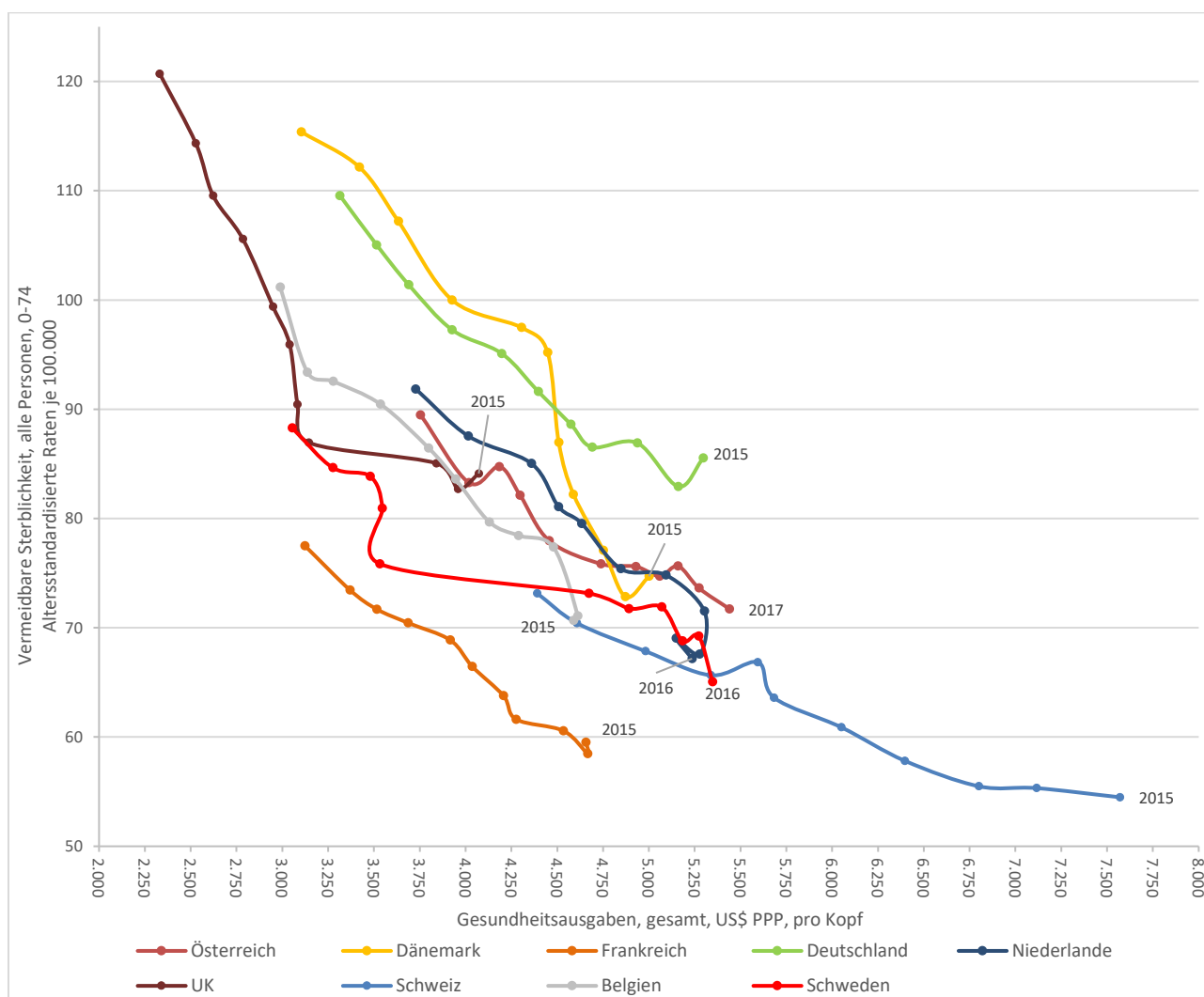
Dem deutschen Gesundheitssystem gelang es

ebenfalls, die vermeidbare Sterblichkeit zu reduzieren, aber deutlich langsamer als anderen europäischen Ländern. Im Jahr 2015 verzeichnet Deutschland damit die höchste altersstandardisierte vermeidbare Sterblichkeitsrate in diesem Ländervergleich. Des Weiteren stagniert die vermeidbare Sterblichkeit in Deutschland auf hohem Niveau, während die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben weiter ansteigen. Wie in Tabelle 14 zu sehen ist, hat Deutschland 2015 die höchste Rate in der vermeidbaren Sterblichkeit der Vergleichsländer bei den gleichzeitig zweithöchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der Vergleichsländer.

Tabelle 14: Vermeidbare Sterblichkeit und Gesamtgesundheitsausgaben, 2015 oder letztverfügbares Jahr

Land	Vermeidbare Sterblichkeit, SDR pro 100.000 Einwohner	Gesamtgesundheitsausgaben, US\$ PPP, pro Kopf
Österreich	75,6 (71,7 – Datenjahr: 2017)	5.159 (5.440 – Datenjahr: 2017)
Belgien	70,7	4.589
Dänemark	74,7	5.000
Deutschland	85,5	5.297
Frankreich	59,5	4.656
Niederlande	69,1 (67,2 – Datenjahr: 2016)	5.148 (5.236 – Datenjahr: 2016)
Schweden	69,2 (65,0 – Datenjahr: 2016)	5.272 (5.348 – Datenjahr 2016)
Schweiz	54,5	7.570
UK	84,1	4.072

Abbildung 18: Vermeidbare Sterblichkeit gegenüber den Gesamtgesundheitsausgaben im Zeitverlauf, letztverfügbare 10 Jahre



Datenquelle: Eigene Darstellung basierend auf den Quellen: Vermeidbare Sterblichkeit, alle Personen (0-74 Jahre), SDR pro 100.000 Einwohner: WHO detailed mortality files, veröffentlicht im Dezember 2018, Gründe für vermeidbare Sterblichkeit basieren auf der Krankheitsliste nach Nolte & McKee, 2004; zusammengestellt von: Marina Karanikolos, European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Gesundheitsausgaben: Laufende Gesundheitsausgaben (Alle Finanzierungssysteme, alle Leistungserbringer, Pro-Kopf, aktuelle Preise, US\$, aktuelle PPPs); Quelle: OECD Health Statistics, Datenzugriff am 09.01.2019.

Lesehilfe: Das UK begann 2005 mit der höchsten vermeidbaren Sterblichkeit (120,7 vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 Einwohner) der dargestellten Länder und reduzierte diese bis 2015 auf 84,11; womit das UK 2015 nach Deutschland die zweithöchste Rate der Vergleichsländer hat. 2005 hatte das UK die niedrigsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der Vergleichsländer, mit 2.331,1 US\$ PPP. Diese stiegen bis 2015 an auf 4.071,8 US\$ PPP, womit das UK weiterhin die niedrigsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der Vergleichsländer hat.

Abbildung 19 zeigt die Daten der inkrementellen Betrachtung im Indikator E.8: Über einen 10-Jahres-Zeitraum (d.h. in der Regel 2005-2015) erhöhten sich die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Deutschland pro zusätzlich vermiedenem Sterbefall um 83 US\$ PPP – und damit etwas über dem Durchschnitt der neun Vergleichsländer. Über die letztverfügbaren drei Jahre (d.h. 2012-2015) betrachtet, betrug der Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Deutschland pro zusätzlich vermiedenen Sterbefall hingegen 615 US\$ PPP – und lag damit deutlich über dem Durchschnitt der Vergleichsländer. Da für Österreich bereits die Daten für 2017 sowie für die Niederlande und Schweden die Daten für 2016 vorliegen, wurde die Berechnung für diese Länder zweimal durchgeführt: einmal mit den Daten bis 2015, einmal bis 2016/7. Dies zeigt bei Österreich und Schweden deutliche Unterschiede und spiegelt die Entwicklung dargestellt in Abbildung 18 wider. Insbesondere die schlechte Entwicklung im Jahr 2015 bei den vermiedenen Sterbefällen bei gleichzeitig steigenden Gesundheitsausgaben führt zu relativ hohen inkrementellen Gesundheitsausgaben pro zusätzlich vermiedenen Sterbefall pro 100.000 Bevölkerung.

Um diese im internationalen Vergleich relativ schlechten Ergebnisse des deutschen Systems weiter verstehen zu können, sind weitere Informationen zu den beiden Komponenten „Gesundheitsausgaben“ und „vermeidbare Sterblichkeit“ notwendig.

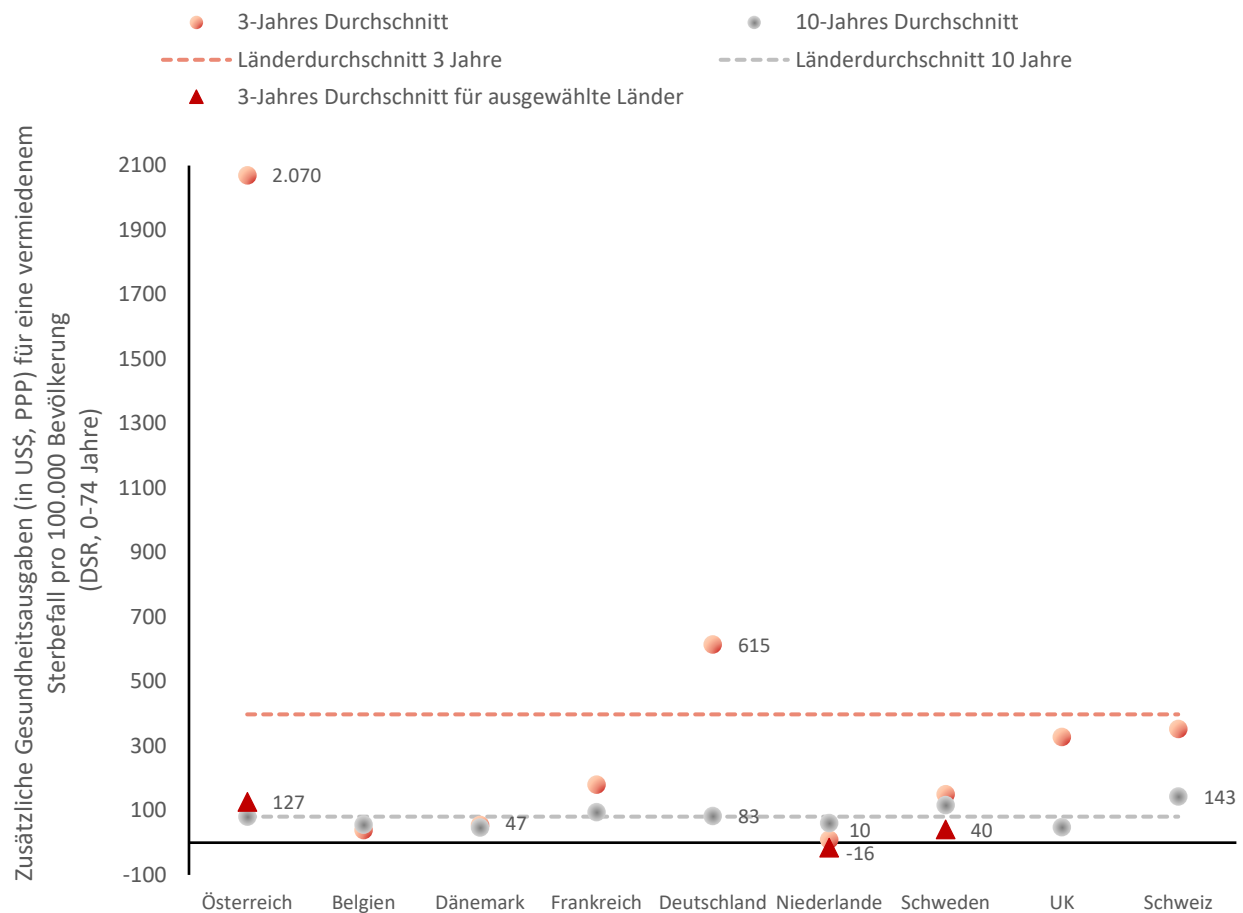
Um die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu verstehen, bieten sich die Analysen zu den Indikatoren der Dimensionen „Input“ an (insbesondere die Frage, wie sich die Gesundheitsausgaben auf die verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems aufteilen und in welchen Bereichen

international die größten Unterschiede sowie im Jahresverlauf die stärksten Steigerungen zu beobachten sind – siehe Indikatoren I.2-I.4 und I.7/I.8). Des Weiteren bieten die Analysen zu den Indikatoren „Leistungseinheiten“ (L.1-L.7) einen Einblick in den „Output“, den das System generiert. So können auch hier über internationale, regionale sowie zeitliche Analysen Hinweise auf ggf. bestehende Unter-, Über- oder Fehlversorgung, welche wiederum einen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben haben, geliefert werden. Anhand der Indikatoren zur technischen Effizienz können zudem Aussagen dazu getroffen werden, ob über die letzten Jahre betrachtet, bestimmte Leistungen bzw. die Erbringung dieser, z.B. zu höheren Preisen oder mit einer Mengenausweitung und dadurch steigenden Ausgaben erfolgte (siehe dazu die Analysen zu den Indikatoren E.4-E.6 in Abschnitt B).

Hinsichtlich der vermeidbaren Sterblichkeit sollte weitergehend analysiert werden, wie sich diese zusammensetzt, d.h. welche Diagnosegruppen zu welchem Anteil die vermeidbare Sterblichkeit erklären (siehe dazu auch Karanikolos et al. 2018). Dies sollte im internationalen Vergleich sowie hinsichtlich Änderungen über die Jahre analysiert werden, z.B. welche Diagnosegruppen erklären die starke Reduktion in Dänemark zwischen den Jahren 2010 und 2011 oder war diese übergreifend über alle Diagnosegruppen?

Diese Auswertungen waren im Rahmen der Machbarkeitsstudie nicht durchführbar, sind jedoch generell auf Grundlage der WHO mortality database möglich und sollten entsprechend in einem späteren HSPA durchgeführt werden.

Abbildung 19: Zusätzliche Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US\$, PPP) für einen vermiedenen Sterbefall pro 100.000 Bevölkerung, letzter verfügbare Datenjahre



Anmerkungen: Datenjahre 3-Jahres-Durchschnitt 2012-2015, Ausnahmen (jeweils als rotes Dreieck): Österreich (zusätzlich): 2014-2017, Niederlande (zusätzlich): 2013-2016, Schweden (zusätzlich): 2013-2016. Datenjahre 10-Jahres Durchschnitt 2005-2015.

Lesehilfe: In Deutschland lagen die zusätzlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (gesamt) bei 615 US\$ PPP pro zusätzlich vermiedenem Sterbefall pro 100.000 Personen gemessen über die letztverfügbaren 3 Jahre (d.h. 2012-2015). Gemessen über die letztverfügbaren 10 Jahre (d.h. 2005-2015) lagen die zusätzlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (gesamt) bei 83 US\$ PPP pro zusätzlich vermiedenem Sterbefall pro 100.000 Personen.

Datenquelle: Eigene Darstellung basierend auf den Quellen: Vermeidbare Sterblichkeit, alle Personen (0-74 Jahre), SDR pro 100.000 Einwohner: WHO detailed mortality files, veröffentlicht im Dezember 2018, Gründe für vermeidbare Sterblichkeit basieren auf der Krankheitsliste nach Nolte & McKee, 2004; zusammengestellt von: Marina Karanikolos, European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Gesundheitsausgaben: Aktuelle Gesundheitsausgaben (Alle Finanzierungssysteme, alle Leistungserbringer, Pro-Kopf, aktuelle Preise, US\$, aktuelle PPPs); Quelle: OECD Health Statistics, Datenzugriff am 09.01.2019.

3 Demografischer und sozio-ökonomischer Kontext

2017 ist Deutschland das bevölkerungsstärkste Land der Europäischen Union (EU) und stellt 16,1% ihrer Gesamtbevölkerung. Die Bevölkerung in Deutschland wächst seit 2012 konstant an. Dieser Zuwachs ist auf den positiven Wanderungssaldo zurückzuführen, während die natürliche Bevölkerungsentwicklung negativ ist (d.h. es sterben mehr Menschen als Kinder lebend geboren wurden). Zum Beispiel starben 2017 ca. 150.000 Personen mehr als Kinder lebend geboren wurden. Der positive Wanderungssaldo hält seit 2010 an, obwohl er nach einer ungewöhnlichen hohen Zuwanderung im Jahr 2015 merklich wieder abfällt und 2017 noch 407.000 Personen betrug. Einige Kennzahlen zur deutschen Bevölkerung 2017 finden sich in Tabelle 15.

Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf lag 2017 bei 44.550 US\$, dies entspricht in KKS 123 (EU28=100), womit Deutschland im Durchschnitt

der Vergleichsländer liegt. Die Einkommensungleichheit lag in Deutschland 2016 bei 4,6. Dies bedeutet, das gesamte verfügbare Äquivalenzeinkommen der 20% der deutschen Bevölkerung mit den höchsten Einkommen war 4,6-mal so hoch wie das gesamte verfügbare Äquivalenzeinkommen der 20% mit dem geringsten Einkommen. Dies ist höher als der Durchschnittswert der Vergleichsländer (4,2; Spanne: 3,8-5,1) und nur das UK hat mit 5,1 einen höheren Wert.

Die Erwerbslosenquote lag 2017 in Deutschland bei 3,8% und erreicht damit den niedrigsten Wert der Vergleichsländer. Jedoch liegt der Anteil an frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgängern in Deutschland dafür überdurchschnittlich hoch bei 10,1% der 18-24-jährigen Bevölkerung (Vergleichsländer 8,0%, Spanne: 4,5-10,6%) (Eurostat 2018).

Tabelle 15: Anteil der deutschen Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Grad der Verstädterung und Regionen

Merkmale (Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bundesland) und Zeitverlauf	Anteil der deutschen Bevölkerung
Geschlecht: Männlich / Weiblich	49,3% / 50,7%
Altersgruppen: < 6 / 6-15 / >65 Jahre	5,5% / 7,9% / 21,4%
Staatsangehörigkeit: deutsch / nichtdeutsch	88,7% / 11,3 %
Grad der Verstädterung: dicht besiedelt; mittlere Bevölkerungsdichte, gering besiedelt	35,6% / 41,6% / 22,8%
Regionen: Neues Bundesgebiet, altes Bundesgebiet	19,5% / 80,5%
Veränderung des Durchschnittsalters	2011: 43,9 / 2016: 44,3

Datenquellen: Eigene Berechnungen nach Daten des Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018c.

4 Krankheitslast in Deutschland sowie Risiko- und protektive Faktoren

In diesem Kapitel würde im späteren HSPA-Bericht ein Überblick über die aktuell bestehende Krankheitslast in Deutschland anhand der Indikatoren D.1-D.7 (nachfolgend erfolgt die beispielhafte Auswertung für D.4) sowie über bestehende Risiko- und protektive Faktoren anhand der Indikatoren D.8-D.13, welche sowohl gesundheitsförderliches/-schädigendes Verhalten als auch Verhältnisse widerspiegeln, erfolgen.

Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Krankheitslast in Deutschland sowie Risiko- und protektive Faktoren

Indikator	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
D.1 Lebenserwartung				
D.2 YLD				
D.3 YLL				
D.4 DALYs	30.834 pro 100.000 CI: 27.049 – 35.272	2016	IHME	28.111 (Dänemark) – 24.062 (Schweiz) pro 100.000
D.5 Selbstberichteter Gesundheitszustand				
D.6 Langzeiteinschränkungen				
D.7 Gesunde Lebensjahre / Verteilung gesunder Lebensjahre				
D.8 Rauchen				
D.9 Adipositas				
D.10 Armutsgefährdungsquote				
D.11 Luftverschmutzung				
D.12 Körperliche Aktivität				
D.13 Unterstützende Beziehungen				

Bewertung der Ergebnisse: Bei Indikatoren zu Krankheitslast, Kontext, Input und Leistungseinheiten wird keine Bewertung der Ergebnisse vorgenommen.

Years Lived with disability (D.2) und Disability-adjusted Life Years (D.4)

Die Krankheitslast kann verstanden werden als die Summe der durch (vorzeitigen) Tod verlorenen Lebensjahre (bis zu einem Alter, bei dem der Tod als nicht mehr „vorzeitig“ betrachtet wird) plus der gesundheitlich beeinträchtigten Lebensjahre. Letztere können verstanden werden aus der Prävalenz der Bevölkerung mit Krankheiten multipliziert mit dem Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch die jeweilige Krankheit. Die Berechnung der Krankheitslast wird jährlich durch die „Global Burden of Disease“-Studie vorgenommen, die sowohl die „Years of Life Lost“ (YLL) als auch die „Years Lived with Disability“ (YLD) berichtet. Die Summe bilden die sogenannten „Disability-adjusted Life Years“ (DALYs) (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2018; Fullman et al. 2018).

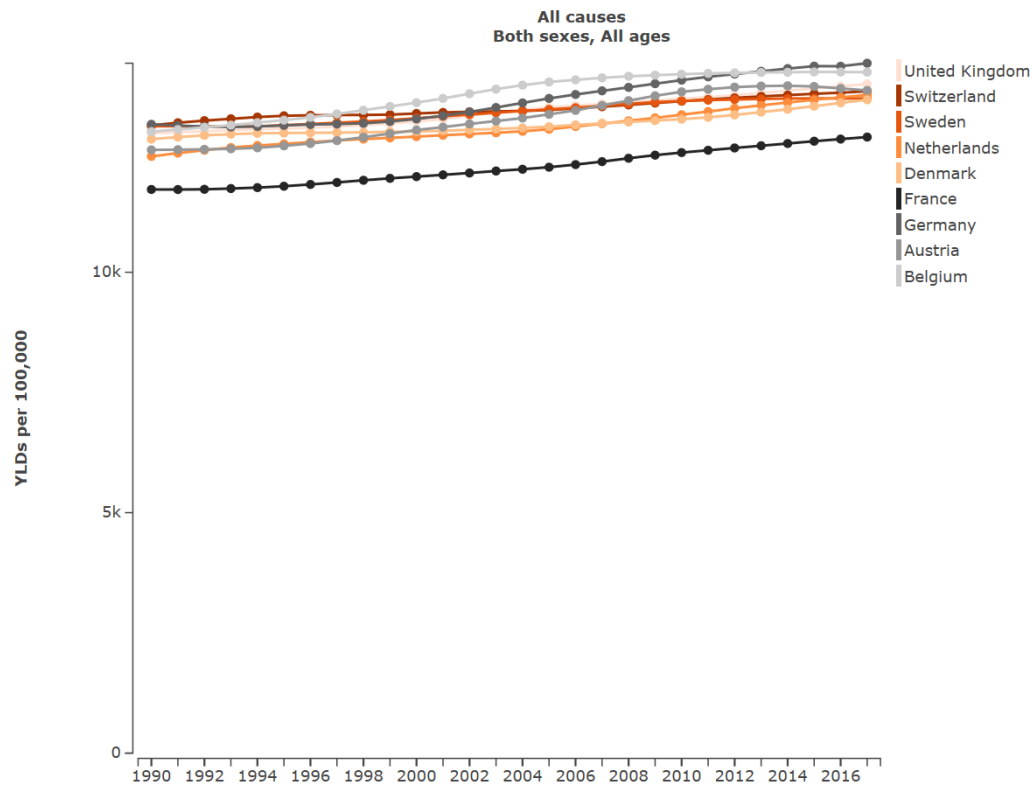
Die Anzahl der gesundheitlich beeinträchtigten Lebensjahre (YLD, gemessen pro 100.000 Personen) steigt in allen Vergleichsländern zumindest seit Anfang der 2000er Jahre an, nachdem sie in den 1990ern in vielen Ländern stagniert hatten. Seit 2013 ist die Zahl in Deutschland höher als in den Vergleichsländern (Abbildung 20).

Die Gesamtzahl aus YLD und den (hier nicht gezeigten) verlorenen Lebensjahren (YLL, die rückläufig sind), also die DALYs (ebenfalls ausgedrückt pro 100.000 Personen) ist in den meisten der Vergleichsländer seit 1990 kontinuierlich rückläufig. Nur in Deutschland stoppte dieser Rückgang um 2004 – und seitdem ist wieder ein Anstieg zu beobachten, auf den nunmehr deutlich höchsten Wert der Vergleichsgruppe (siehe Abbildung 21). Lediglich in Dänemark und den Niederlanden ist, wenn auch von niedrigerem Niveau aus, seit 2015 ebenfalls ein (Wieder-)Anstieg zu beobachten.

Wie ausgeführt, sollte die hier quantifizierte Krankheitslast – zumindest zum Teil – als „Bedarf“ nach Gesundheitsleistungen verstanden werden. Dieser Bedarf ist im Vergleich deutlich angestiegen. Allerdings spiegeln sich in der Krankheitslast auch die Ergebnisse des Gesundheitssystems, nicht nur hinsichtlich präventiver Anstrengungen, sondern auch der kurativen Medizin, wider.

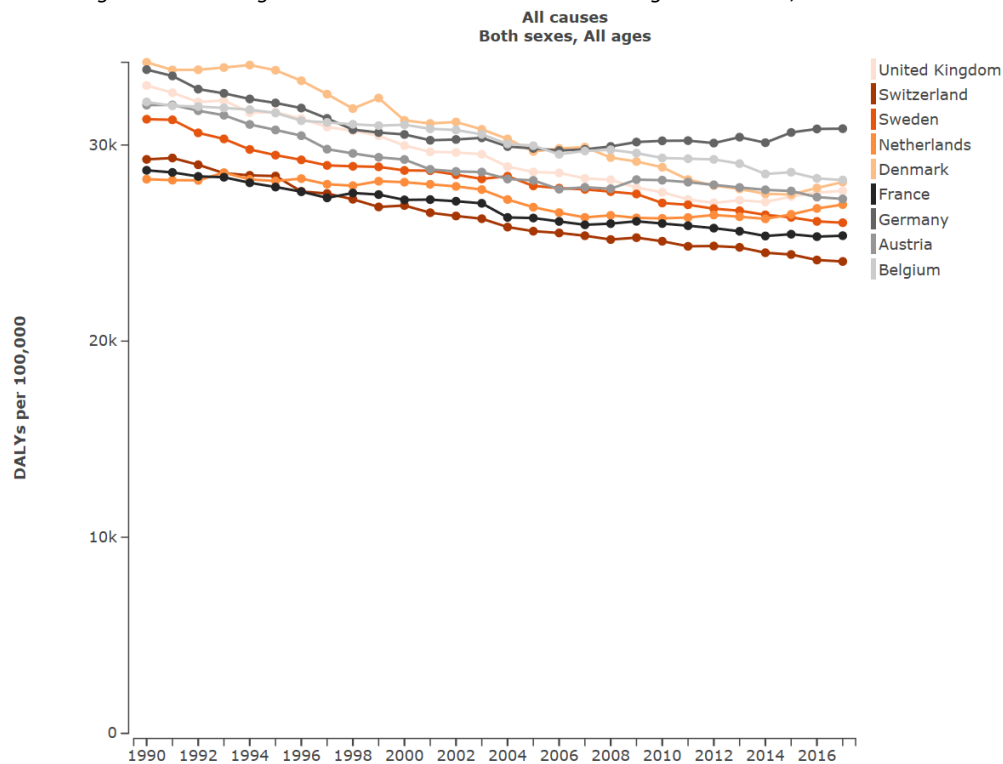
Methodik: Die Darstellung der Krankheitslast in Deutschland erfolgt über die aggregierte Maßzahl der DALYs. In dieser werden zum einen die vorzeitige Sterblichkeit sowie die Anzahl der Lebensjahre mit gesundheitlichen Einschränkungen berücksichtigt. Informationen zu den YLL, den YLD und den DALYs für Deutschland werden aktuell ausschließlich über das Institute for Health Metrics and Evaluation (2018) berechnet und veröffentlicht, und zwar rückwirkend bis 1990. Derzeit wird in einer Studie am Robert Koch-Institut (Burden 2020, gefördert durch den Innovationsfonds) eine Darstellung der Krankheitslast für Deutschland anhand nationaler Daten durchgeführt, welche ggf. zukünftig in ein deutsches HSPA einfließen und die internationalen Daten ersetzen könnte.

Abbildung 20: Entwicklung der gesundheitlich beeinträchtigten Lebensjahre (YLD) in Deutschland und acht Vergleichsländern, 1990-2017



Datenquelle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2018

Abbildung 21: Entwicklung der DALYs in Deutschland und acht Vergleichsländern, 1990-2017



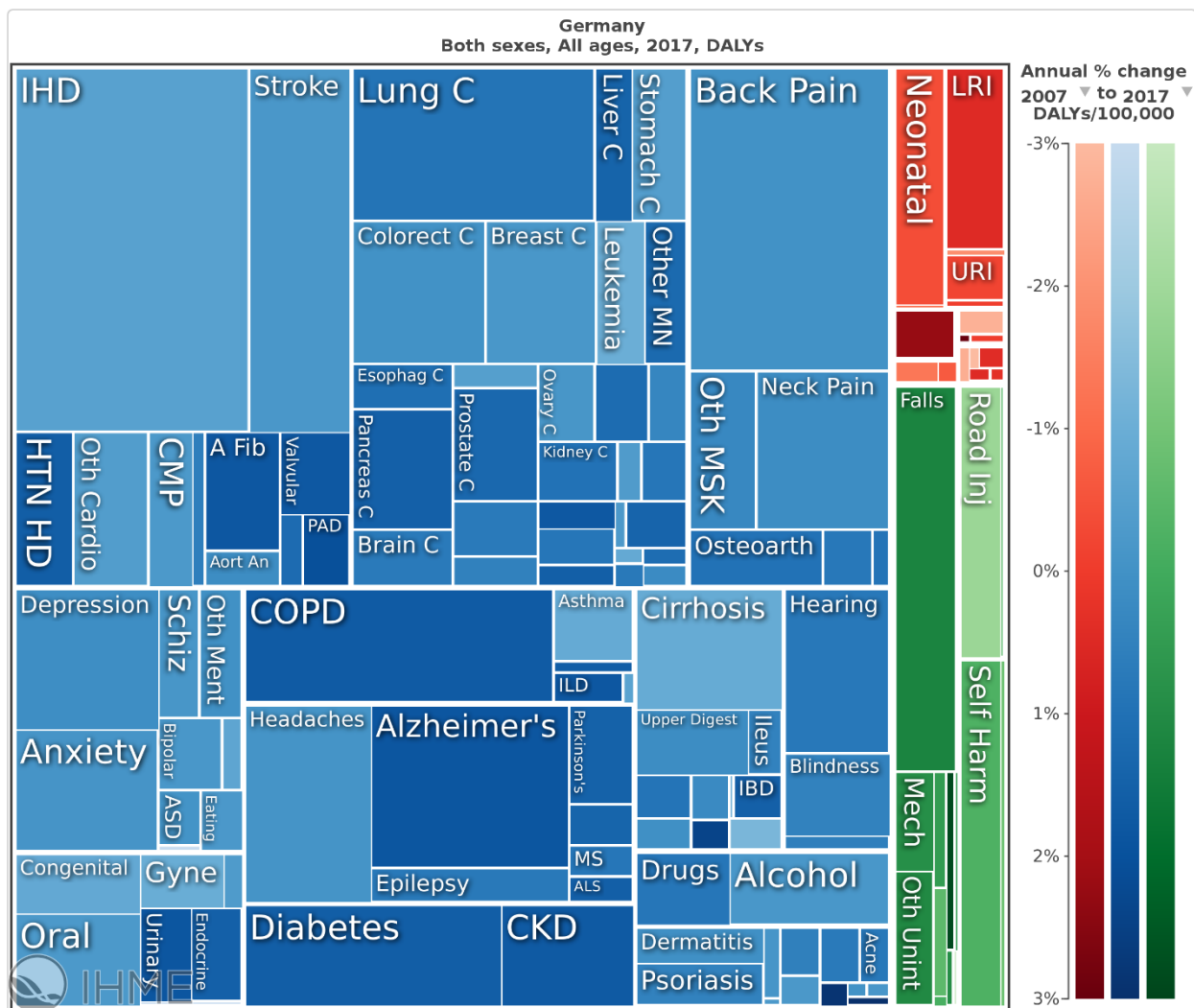
Datenquelle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2018

Die DALYs können auch nach Krankheitsgruppen betrachtet werden. Wie Abbildung 22 zu entnehmen ist, sind die nicht-übertragbaren Krankheiten (in blau) für den größten Anteil an DALYs ursächlich. Die ischämischen Herzkrankheiten dominieren diese Krankheitsgruppe mit 9,3%, gefolgt von Schmerzen des unteren Rückens (6,6%) sowie Lungenkrebs (ca. 4%). Der stärkste Anstieg (jeweils innerhalb eines Jahres, im Durchschnitt der letzten 10 Jahre) konnte beim Dekubitus mit 3,0% und der stärkste Rückgang bei idiopathischer Entwicklungsverzögerung und geistiger Behinderung mit -3,0% beobachtet werden.

Bei den Verletzungen (grün) sind Stürze mit 2,7% für den größten Anteil der DALYs verantwortlich, der stärkste Rückgang war bei den Verkehrsunfällen zu beobachten (-1,9%). Der stärkste Anstieg wird bei unerwünschten Effekten in der medizinischen Versorgung (2,9%) berichtet.

In der Gruppe der übertragbaren, neonatalen und ernährungsbedingten Erkrankungen (rot) verursachen neonatale Störungen den größten Anteil der DALYs (1,1%). Der stärkste Anstieg wurde für Protein-Energie-Mangelernährung berichtet (5,9%) und der stärkste Rückgang für akute Hepatitis (-3,9%).

Abbildung 22: DALYs nach Krankheitsgruppen



Quelle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2018

5 Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

5.1 Zugang zum Gesundheitssystem und der Versorgung

Die Dimension Zugang zum Gesundheitssystem und der Versorgung setzt sich aus den folgenden Aspekten zusammen: (i) WER ist versichert?, (ii) WAS ist versichert?, (iii) WIE hoch ist die Kostenbeteiligung? und (iv) Verfügbarkeit von Leistungen: u.a. Entfernung, Wartezeiten, Wahlfreiheit und Berücksichtigung von Präferenzen.

Tabelle 17: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Zugang zum Gesundheitssystem und der Versorgung

Indikator	Bewertung	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
A.1 Versicherungsabdeckung					
A.2 Privathaushalte mit katastrophalen privaten Ausgaben für Gesundheit					
A.3 Geografische Verteilung niedergelassener Ärzte: Ärztedichte in städtischen und ländlichen Regionen					
A.4 Erreichbarkeit von Akutversorgung					
A.5 Zugang zu Palliativversorgung: geografische Verteilung und Wartezeiten					
A.6 Wartezeit auf einen Termin bei einem Facharzt					
A.7 Wartezeiten bei elektiven Eingriffen / Operationen					
A.8 Personen, die auf eine Organspende warten					
A.9 Selbstberichteter nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Versorgung (Gründe: Kosten, Wartezeit, Entfernung)		0,3% der Bevölkerung berichten subjektiv ungedeckten Bedarf Rang: 3	2016	EU-SILC berichtet über Eurostat	1,1% (Spanne: 0,2-2,4)

Bewertung der Ergebnisse: Grün=Besser als die Vergleichsländer bzw. definierter Schwellenwert erreicht, Gelb=ähnlich zu den Vergleichsländern bzw. knapp unter definiertem Schwellenwert, Rot=Schlechter als die Vergleichsländer bzw. klar unter definiertem Schwellenwert, + positive Entwicklung im Jahresvergleich, - negative Entwicklung im Jahresvergleich, = keine Veränderungen über die Jahre, / kein Jahresvergleich möglich

5.2 Qualität und Sicherheit

Die Qualität und Sicherheit der erhaltenen Versorgung werden über die in Tabelle 18 ausgeführten Indikatoren erfasst. Alle Indikatoren beziehen sich dabei nur auf Personen, die eine Versorgung erhalten haben bzw. Zugang zum Gesundheitssystem hatten, d.h. die Bezugsgröße sind jeweils Nutzer des Gesundheitssystems bzw. Patienten.

Tabelle 18: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Qualität und Sicherheit (der Versorgung)

Indikator	Be- wer- tung	Ergebnis für Deutsch- land	Jahr	Daten	Ø-Wert der Ver- gleichsländer
Q.1 Krankenhausbezogene standardisierte Mortalitätsrate (HSMR)					
Q.2 30-Tages-Mortalität (bei stationären Fällen)					
Q.3 Wiederaufnahmeraten in Notaufnahmen 30 Tage nach der Krankenhausentlassung					
Q.4 Behandlung in Stroke-Units					
Q.5 Krankenhausfallrate für ambulant behandelbare Erkrankungen					
Q.6 Komplikationen während/nach einem chirurgischen Eingriff					
Q.7 Komplikationen während/nach der Entbindung					
Q.8 Im Krankenhaus erworbenen Infektionen					
Q.9 Kaiserschnittrate		299 Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeborene Rang: 7	2016	OECD	240 (Spanne: 177-327)
Q.10 Patient reported outcome (PROs) nach einer Behandlung					
Q.11 Suizid bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung während eines stationären Aufenthalts					
Q.12 Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen					
Q.13 Erfolgsquote bei der Behandlung von Tuberkulose					
Q.14 Potenziell inadäquate Medikation bei älteren Menschen					
Q.15 Selbstberichtete Fehler in der Versorgung (in der Behandlung, Medikation oder Diagnostik)					
Q.16 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen					
Q.17 Versorgung in Übereinstimmung mit den empfohlenen Leitlinien					

Bewertung der Ergebnisse: Grün=Besser als die Vergleichsländer bzw. definierter Schwellenwert erreicht, Gelb=ähnlich zu den Vergleichsländern bzw. jedoch entweder schlechter im Durchschnittswert oder schlechter als Rang 3, Rot=Schlechter als die Vergleichsländer bzw. klar unter definiertem Schwellenwert, + positive Entwicklung im Jahresvergleich, - negative Entwicklung im Jahresvergleich, = keine Veränderungen über die Jahre, / kein Jahresvergleich möglich

Kaiserschnittrate (Q.9)

Die Durchführung eines Kaiserschnitts kann bei bestimmten Risiken und Geburtsverläufen notwendig sein, um kindliche sowie mütterliche Morbidität und Mortalität zu verhindern. Die starken Anstiege an Kaiserschnittraten in vielen Industrieländern sowie die starken regionalen Unterschiede sowohl zwischen verschiedenen Ländern als auch innerhalb der Länder, lassen jedoch die Frage aufkommen, ob und welche Faktoren neben der medizinischen Notwendigkeit die Kaiserschnittraten beeinflussen bzw. ob alle der durchgeführten Kaiserschnitte medizinisch notwendig bzw. nicht vermeidbar waren. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Kaiserschnitte weiterhin mit verstärkten gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind einhergehen, wird die Relevanz dieser Entwicklung deutlich (Kolip et al. 2012) (und weitere Quellen).

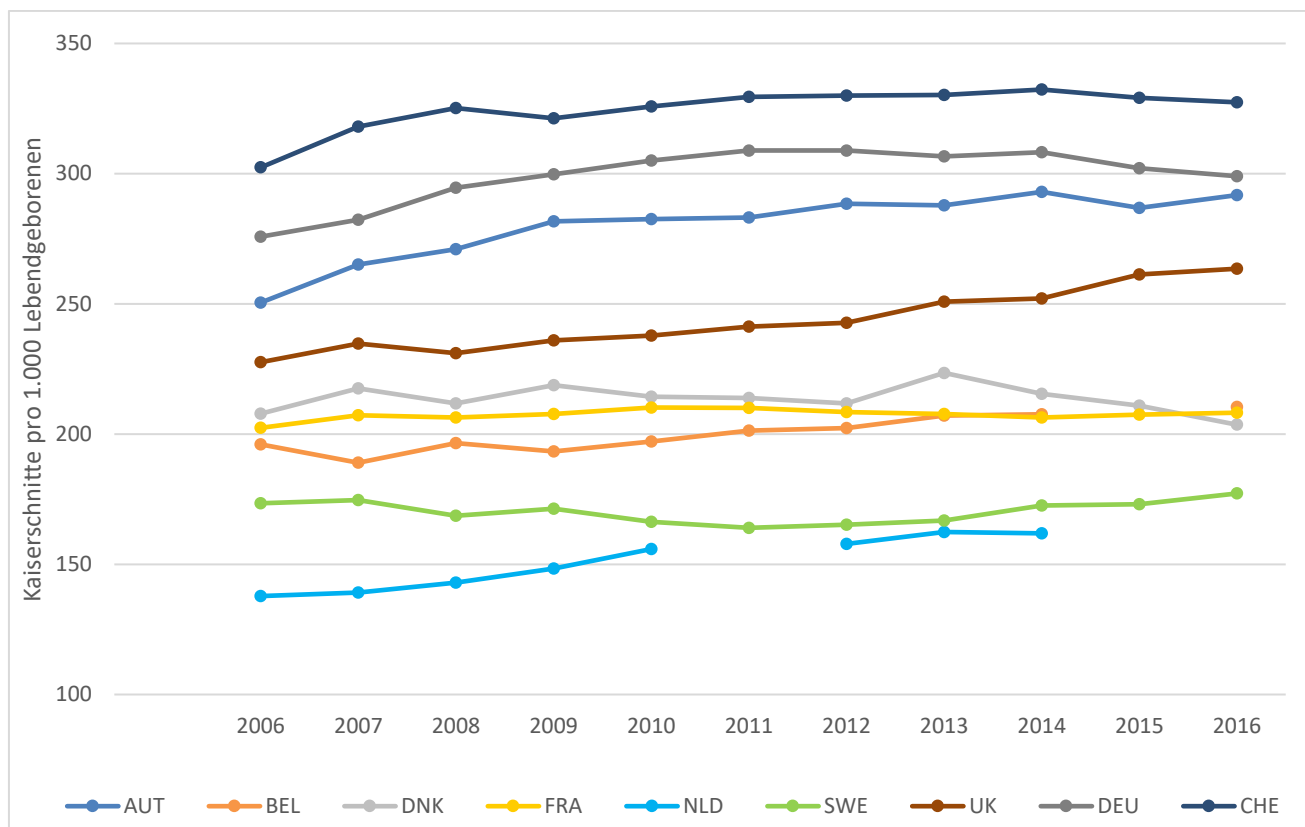
Für Deutschland werden für das Jahr 2016 299 durchgeführte Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeborene berichtet (Daten: OECD). Deutschland hat damit im Vergleich zu den ausgewählten Ländern, nach der Schweiz den zweithöchsten Wert an durchgeführten Kaiserschnitten pro 1.000 Lebendgeborene, wobei einschränkend beachtet werden muss, dass für die Niederlande (letzter verfügbares Datenjahr 2014) keine aktuellen Daten verfügbar waren. Allerdings lag die niederländische Rate bis 2014 am niedrigsten von allen Vergleichsländern.

Im Zeitverlauf über die letzten 10 Jahre zeigt sich in Deutschland ein Anstieg der Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeborene von 8,4% (2006-2016); mit dem höchsten Wert von 308,9 in den Jahren 2011 und 2012 und einer konstanten Reduktion der Kaiserschnittrate seit 2014. Deutschland hatte damit im gesamten Zeitverlauf die zweithöchste Anzahl an Kaiserschnitten pro 1.000 Lebendgeborenen (siehe Abbildung 23).

Innerhalb Deutschlands zeigen sich dabei, auch nach Korrektur um das Alter der Mutter, große regionale Unterschiede. Je nach Wohnort der Mutter, lagen die Kaiserschnittentbindungen je 1.000 Lebendgeborene 2010-2012 zwischen 170 und 520 (Kolip et al. 2012). Eigene Auswertungen zu den regionalen Unterschieden konnten im Rahmen der Machbarkeitsstudie nicht vorgenommen werden, da ein Zugriff auf die Mikrodaten der Grunddaten der Krankenhäuser notwendig ist, können und sollten in einem späteren HSPA aber durchgeführt werden.

Zusammenfassend zeigen die Daten im internationalen sowie regionalen Vergleich eine erhebliche Varianz auf, was wiederum den Verdacht nahe legt, dass nicht alle Kaiserschnitte medizinisch notwendig sind und somit ggf. ein unnötiges gesundheitliches Risiko für Mutter und Kind bedeuten.

Abbildung 23: Entbindungen per Kaiserschnitt pro 1.000 Lebendgeborenen in den Jahren 2006-2016



Anmerkung: Österreich hatte 2009 und Belgien 2016 eine Änderung in der Datenerhebung, für das UK sind die Daten für 2006 nur Schätzungen, für die Schweiz wird ausschließlich die Kaiserschnitttrate für Krankenhausentbindungen berichtet und es kann somit ggf. eine Überschätzung vorliegen.

Datenquellen: Daten: OECD Health Statistics 2019, eigene Darstellung.

5.3 Bevölkerungsgesundheit

Die (verbesserte) Bevölkerungsgesundheit wird über die nachstehenden 10 Indikatoren in Tabelle 19 erfasst. Im Gegensatz zu den Indikatoren der Qualität und Sicherheit, bildet bei diesen Indikatoren die gesamte Bevölkerung bzw. die entsprechende Subgruppe die Bezugsgröße, d.h. es fließen sowohl Personen ein, welche gesundheitliche Versorgung erhalten haben, als auch Personen, welche keine gesundheitliche Versorgung erhalten haben. Die Indikatoren wurden zudem danach ausgewählt, dass diese durch gesundheitliche Versorgung beeinflusst werden können.

Tabelle 19: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Bevölkerungsgesundheit

Indikator	Bewertung	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
P.1 Vermeidbare Sterblichkeit					
P.2 Müttersterblichkeit					
P.3 Fetale und Neonatale Mortalität					
P.4 Säuglingssterblichkeit		3,4 Rang: 5	2016	GBE-Bund, ECHI	3,3 (Spanne: 2,5-3,8)
P.5 Geburtsgewicht nach Vitalstatus, Gestationsalter und Mehrlings-/Ei-lingsschwangerschaften					
P.6 Neuerkrankungen bei ausgewählten Infektionskrankheiten					
P.7 Impfraten bei Kindern					
P.8 Berichtete Fälle bei ausgewählten impfpräventablen Infektionskrankheiten					
P.9 Screeningraten für ausgewählte Krebsarten (Brust, Zervix und Kolon)					
P.10 Polypharmazie und starke Polypharmazie bei Älteren					

Bewertung der Ergebnisse: Grün=Besser als die Vergleichsländer bzw. definierter Schwellenwert erreicht, Gelb=ähnlich zu den Vergleichsländern bzw. jedoch entweder schlechter im Durchschnittswert oder schlechter als Rang 3, Rot=Schlechter als die Vergleichsländer bzw. klar unter definiertem Schwellenwert, + positive Entwicklung im Jahresvergleich, - negative Entwicklung im Jahresvergleich, = keine Veränderungen über die Jahre, / kein Jahresvergleich möglich

5.4 Responsiveness des Gesundheitssystems

Die Responsiveness eines Gesundheitssystems ist laut WHO definiert als die *Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auf die legitimen Erwartungen der Bevölkerung hinsichtlich der nicht-medizinischen Aspekte in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem* (Valentine et al. 2003). Während die Responsiveness des Gesundheitssystems idealerweise alle Interaktionen mit dem Gesundheitssystem umfasst und nicht ausschließlich auf Patienten fokussiert (welche ja bereits Zugang zur Versorgung erhalten haben) ist, sind die aktuell verfügbaren Indikatoren nur auf Patienten ausgerichtet. Inwieweit das Gesundheitssystem auch responsiv auf die Erwartungen der restlichen Bevölkerung eingeht (bspw. bei der Suche nach einem Leistungsanbieter), ist daher nicht bekannt.

Tabelle 20: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Responsiveness des Gesundheitssystems

Indikator	Bewertung	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
R.1 Patientenerfahrungen mit der ambulanten Versorgung		Zwischen 85,9% und 93,9% positive Bewertungen Rang: 3-6	2016 (2010)	CWF berichtet von der OECD	83,9%-90,2% positive Bewertungen
R.2 Patientenerfahrungen mit der Koordination der ambulanten Versorgung					
R.3 Patientenerfahrungen mit der stationären Versorgung					
R.4 1. Am Ort der Wahl verstorben oder 2. (second best) Am gewohnten Aufenthaltsort (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) verstorben					

Bewertung der Ergebnisse: Grün=Besser als die Vergleichsländer bzw. definierter Schwellenwert erreicht, Gelb=ähnlich zu den Vergleichsländern bzw. jedoch entweder schlechter im Durchschnittswert oder schlechter als Rang 3, Rot=Schlechter als die Vergleichsländer bzw. klar unter definiertem Schwellenwert, + positive Entwicklung im Jahresvergleich, - negative Entwicklung im Jahresvergleich, = keine Veränderungen über die Jahre, / kein Jahresvergleich möglich

6 Bewertung der Effizienz des Gesundheitssystems

Die Betrachtungen zur Effizienz gliedern sich dabei in zwei gleichrangige Bereiche auf, (i) den der technischen Effizienz (Wieviel gebe ich für eine Aktivität bzw. Leistungseinheit aus?) und den der (ii) systemweiten Effizienz (Wieviel verbesserte Bevölkerungsgesundheit/Responsiveness erziele ich mit den eingesetzten Ressourcen?). Für die Abschätzung dieser beiden Bereiche bedarf es einer Analyse der aufgewendeten Inputs (finanzieller, humaner und technologischer Art) im deutschen Gesundheitssystem, der produzierten Aktivitäten bzw. Leistungseinheiten (oder Outputs, also wie oft wurden bspw. niedergelassene Ärzte konsultiert) sowie der erreichten Outcomes (Bevölkerungsgesundheit und/oder Responsiveness).

6.1 Input

Die Inputs für das deutsche Gesundheitssystem werden in den 17 nachfolgenden Indikatoren (Tabelle 21) erfasst. Inputs beschreiben die finanziellen und humanen Ressourcen, die im Gesundheitssystem aufgewendet werden für die zu erbringenden medizinischen Leistungen. Geleistete Inputs beziehen sich dabei auf die gesamte deutsche Bevölkerung. Die Erfassung von Inputs ist auch als Berechnungsgrundlage für Effizienzindikatoren angezeigt.

Tabelle 21: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Inputs des Gesundheitssystems

Indikator	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
I.1 Gesamtgesundheitsausgaben				
I.2 Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern entsprechend der GAR (bzw. international SHA)				
I.3 Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten entsprechend der GAR (bzw. international SHA)				
I.4 Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen entsprechend der GAR (bzw. international SHA): <i>Hier am Beispiel Krankenhausausgaben</i>	Gesamte Pro-Kopf-Ausgaben von 1.238 EUR	2016	GAR berichtet über GBE-Bund	Gesamte Pro-Kopf-Ausgaben von 1.830 EUR (Spanne: 1.274-3.118 EUR)
I.5 Gesundheitsausgaben für palliative Versorgung				
I.6 Öffentliche (laufende) Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten öffentlichen Ausgaben				
I.7 Kreuztabellierung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten				
I.8 Kreuztabellierung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen				
I.9 Anteil der gesamtstaatlichen Ausgaben für soziale Sicherung in % vom BIP				
I.10 Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung nach Hauptdiagnosegruppen				
I.11 Absolventen des Humanmedizinstudiums				
I.12 Absolventen in Berufen der Gesundheits- und Krankenpfleger/in Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in sowie Hebamme und Entbindungspfleger				
I.13 Anzahl praktizierender Ärzte und Ärztinnen				
I.14 Anzahl beschäftigter Krankenpfleger/innen, Hilfskrankenpfleger/innen und Hebammen				
I.15 Vergütung von Angehörigen der Gesundheitsberufe: Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) und Pflegekräfte: Verhältnis zum Durchschnittslohn				
I.16 Mangel an Haus- und Fachärzten: Zahl der freien Stellen				
I.17 Mangel an Pflegekräften				

Laufende Gesundheitsausgaben für die medizinische Versorgung in Krankenhäusern (I.4)

Laut Angaben der GAR wurden 2016 1.124 EUR pro Einwohner für die Versorgung in Krankenhäusern in Deutschland verwendet (bzw. laut Angaben des SHA 1.238 EUR für die kurativ-stationäre Behandlung). Damit entfallen rund ein Viertel aller laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland auf die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser. Krankenhäuser stellen die kostenintensivsten Einrichtungen innerhalb der stationären Versorgung dar, noch weit vor den Ausgaben für die (teil)stationäre Pflege (375 EUR pro Einwohner) und den Rehabilitationseinrichtungen (115 EUR pro Einwohner). Die gesetzliche Krankenversicherung trägt insgesamt über 80% (928 EUR) der laufenden Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser, die private Krankenversicherung ca. 9.5% (107 EUR pro Einwohner) und private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck über Zuzahlungen nur 2% (23 EUR). Die Ausgaben für Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2000 um 60% gestiegen und übersteigen seit 2013 1.000 EUR pro Einwohner. In der gleichen Zeit sank die Zahl der Krankenhausbetten um ca. 10%. Allerdings sind jedoch deutlich höhere Fallzahlen im gleichen Zeitraum zu verzeichnen. Im Vergleich dazu stieg das Pro-Kopf-BIP zwischen 2000 und 2016 um 48%.

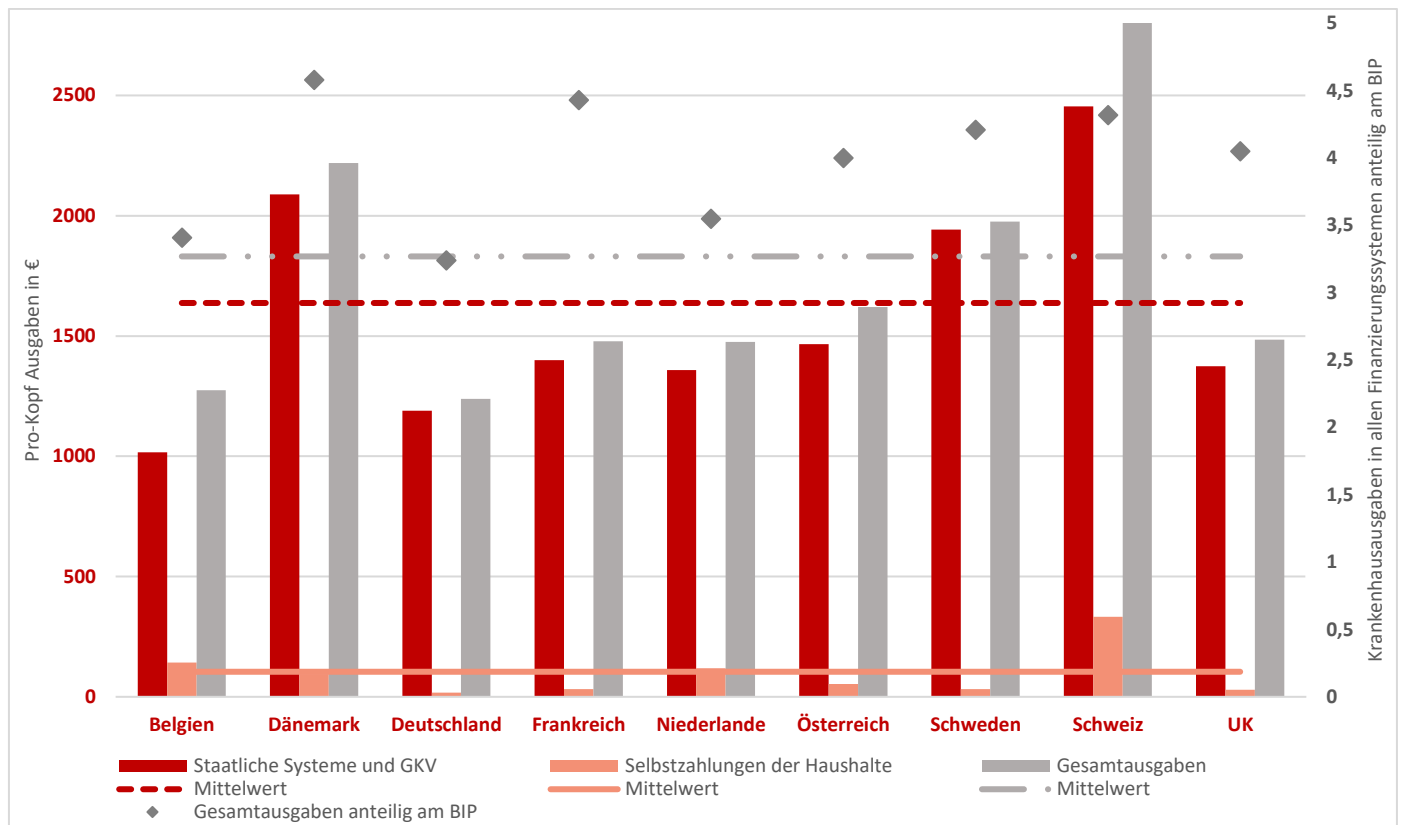
Unterscheidet man nach Art der erbrachten Leistungen in den deutschen Krankenhäusern wird deutlich, dass 2016 ärztliche Leistungen für 377 EUR erbracht wurden bzw. für rund ein Drittel der laufenden Gesundheitsausgaben in Krankenhäusern ursächlich sind. Pflegerische und therapeutische Leistungen verursachen 365 EUR pro Person in den Krankenhäusern und Arznei- und Hilfsmittel sowie sonstiger medizinischer Bedarf verursachen 223 EUR pro Person. Früherkennung von Krankheiten hingegen spielt nur eine marginale Rolle in den Pro-Kopf-Krankenhausausgaben (8 EUR pro Einwohner).

Im Vergleich mit den Vergleichsländern verzeichnet Deutschland die geringsten Pro-Kopf Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser. Die Pro-Kopf-Krankenhausausgaben lagen in der Schweiz 2016 am höchsten (und um Faktor 2,5 gegenüber Deutschland erhöht), gefolgt von Dänemark und Schweden. Nur Belgien verzeichnete ähnlich niedrige Pro-Kopf-Krankenhausausgaben wie Deutschland (1.273 EUR). Die Gesundheitsausgaben für die medizinische Versorgung in Krankenhäusern anteilig am BIP sind für die Vergleichsländer auch nach Finanzierungssystemen in Abbildung 24 zusammengetragen.

Eine Auswertung nach Merkmalen der behandelten Patienten (z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsstatus) ist auf Grund der Datengrundlage nicht möglich.

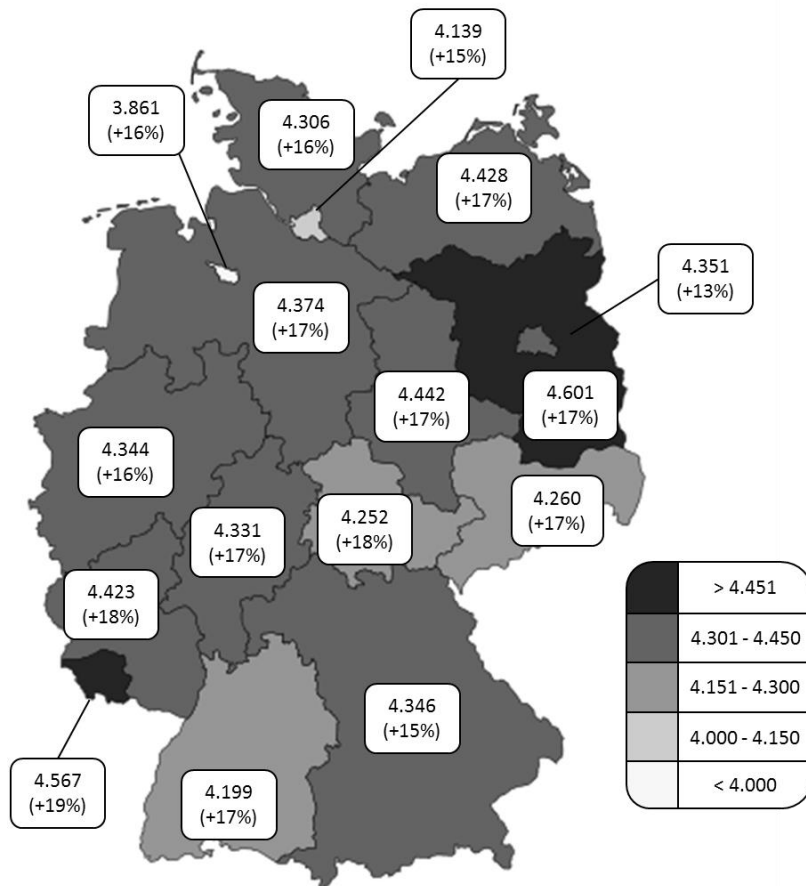
Im innerdeutschen regionalen Vergleich ist leider derzeit eine Unterscheidung nach Art der Einrichtung wie z.B. Krankenhäusern noch nicht möglich. Über die Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung der Länder (AG GGRdL) werden jedoch die gesamten Gesundheitsausgaben pro Einwohner veröffentlicht. Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben schwanken zwischen den Bundesländern erheblich; so verzeichnete Bremen 2016 die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben mit 3.861 EUR, d.h. ca. 700 EUR weniger als der Spitzenreiter Brandenburg mit 4.601 EUR pro Einwohner. Insgesamt steigen die laufenden Gesundheitsausgaben in allen in der Arbeitsgruppe teilnehmenden Bundesländern, allerdings verzeichneten die neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) mit einem Durchschnitt von 4.389 EUR höhere Pro-Kopf-Ausgaben als der Bundesdurchschnitt (4.330 EUR).

Abbildung 24: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser nach Finanzierungssystemen, 2016



Datenquelle: Eigene Auswertung, basierend auf Daten aus dem SHA 2016 berichtet über Eurostat 2018. Zugriff am 21.02.2019. Die dargestellten Werte beziehen sich auf die Kreuztabellierung von Krankenhäusern als Leistungserbringer (HP.1) nach ausgewählten Finanzierungssystemen (HF.1 und HF.3).

Abbildung 25: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (gesamt) nach Bundesländern, 2016 und prozentuale Änderung seit 2010



Datenquelle: Eigene Auswertung, basierend auf Daten der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) 2018a.

Lesehilfe: In Brandenburg wurden durchschnittlich Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 4.351 EUR in 2016 verzeichnet, damit sind die Gesamtgesundheitsausgaben pro Einwohner um 13% seit 2010 angestiegen.

6.2 Leistungseinheiten (Outputs)

Die 7 Indikatoren der Dimension der Leistungseinheiten sind in Tabelle 22 aufgelistet. Sie beschreiben die geleisteten Aktivitäten im deutschen Gesundheitssystem sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor als auch in der Versorgung mit Arzneimitteln. Des Weiteren werden auch erbrachte Leistungseinheiten in der Diagnostik erfasst. Alle Leistungseinheiten beziehen sich auf die deutsche Bevölkerung.

Tabelle 22: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Outputs des Gesundheitssystems

Indikator	Bewertung	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
L.1 Notaufnahmefälle im Krankenhaus					
L.2 (Geschätzte) Anzahl ambulanter Arztkontakte					
L.3 Anzahl der Krankenhausfälle					
L.4 Anzahl chirurgischer Eingriffe und Prozeduren					
L.5 Durchschnittliche Verweildauer	O	7,3 Tage	2016	Krankenhausstatistik	5,9 Tage (Spanne: 5-6,7)
L.6 Arzneimittelverordnungen insgesamt und nach ausgewählten Gruppen					
L.7 Magnetresonanz- und Computertomographie-Untersuchungen					

Bewertung der Ergebnisse: Bei Indikatoren zu Krankheitslast, Kontext, Input und Leistungseinheiten wird keine Bewertung der Ergebnisse vorgenommen.

Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern (ohne Tages- und Nachtkliniken, psychiatrische Betten und ohne Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen) (L.5)

Laut der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser) betrug 2016 die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern 7,3 Tage und stellte den niedrigsten Wert seit 1991 dar. Die Verweildauer hat sich seit 1991 beinahe halbiert und ist seit 2010 um weitere 8% reduziert worden. Tabelle 23 zeigt Unterschiede in der Verweildauer nach Charakteristika der Krankenhäuser auf.

Unterscheidet man des Weiteren nach ausgewählten Diagnosen und dem Bundesland des behandelnden Krankenhauses, zeigen sich weitere Unterschiede auf (Tabelle 24). In dieser Bewertung eingeschlossene Diagnosegruppen wie ischämische Herzkrankheiten (z.B. Herzinfarkt) führten 2016 im Durchschnitt nur zu 5,7 Tagen im Krankenhaus (während Patienten mit einem Schlaganfall mehr als doppelt so lange im Krankenhaus verweilten). Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems lagen etwas über der durchschnittlichen Verweildauer und alle anderen Diagnosegruppen deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Die öffentlich berichteten Daten der Krankenhausstatistik aggregieren mehrere Diagnosen und die ggf. durchgeführten Maßnahmen (z.B. bildgebende Diagnostik oder Knieendoprothetik) auf, so dass derzeit keine Aussagen über die Verweildauer nach einzelnen Operationen getroffen werden kann.

Deutschland verzeichnete 2016 im direkten Ländervergleich die höchste Verweildauer in Krankenhäusern. Während Belgien und Österreich eine ähnlich lange Verweildauer von 6,7 und 6,4 Tagen verzeichneten, betrug die Verweildauer in den Niederlanden nur 5 Tage. Bei der Auswertung muss beachtet werden, dass für Frankreich nur die Verweildauer von 2015 zur Verfügung stand und Dänemark letztmalig für 2005 eine Verweildauer übermittelte, so dass dieser Wert nicht in den Mittelwert mit einbezogen wurde.

Tabelle 23: Übersicht über Krankenhauscharakteristika und die durchschnittliche Verweildauer, 2016

Krankenhauscharakteristika und Jahresvergleich	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
Trägerschaft: Öffentlich / Privat / freigemeinnützig	7,3 / 7,7 / 7,0
Zulassung: Hochschulklinika / Plankrankenhäuser / mit und ohne Versorgungsauftrag	7,2 / 6,6 / 11,5 / 4,8
Bettenanzahl: <50 / < 100 / <200 / < 300	5,3 / 7,6 / 7,3 / 7,1
Veränderung im Jahresvergleich:	2005: 8,6; 2010: 7,9; 2016: 7,3

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

Tabelle 24: Übersicht über die durchschnittliche Verweildauer nach Bundesländern und Diagnosegruppen, 2016

Rangfolge	Minimum								Maximum	Bundes- durchschnitt
Nach Bundesländern	Mecklenburg-Vorpommern 7,0 Tage	Bremen 7,1 Tage	Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt 7,2 Tage	Berlin, Nordrhein-Westfalen, Saarland 7,3 Tage	Hessen, Sachsen 7,4 Tage	Schleswig-Holstein 7,6 Tage	Hamburg, Thüringen 7,7 Tage	Brandenburg 7,9	7,3	
Nach Diagnosegruppen	Ischämische Herzkrankheiten (auch Herzinfarkt) 5,7 Tage			Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 7,4 Tage	Systemkrankheiten des Bindegewebes 7,6 Tage	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege 8,1 Tage	Grippe und Pneumonie 9 Tage	Psychische und Verhaltensstörungen 21,4 Tage	7,3	

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

6.3 Technische Effizienz

Die technische Effizienz ergibt sich aus der Relation von Inputs zu den erbrachten Leistungseinheiten. Die 6 Indikatoren der technischen Effizienz beschreiben also die aufgewendeten Ressourcen (sowohl finanzielle als auch humane Ressourcen) pro erbrachter Leistungseinheit (Tabelle 25). Dabei treffen die Indikatoren keine Aussagen über die erreichten Outcomes (z.B. verbesserter Gesundheitsstatus) und sind sektorenbegrenzt.

Tabelle 25: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Technische Effizienz

Indikator	Bewertung	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
E.1 Krankenhausaufgaben pro stationärem Fall					
E.2 Anteil von Generika am gesamten Arzneimittelmarkt		34,1 %	2016	GKV-Arzneimittelindex	21,4 % (Spanne: 14,7 – 37,6%)
E.3 Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe					
E.4 Änderungen von Ausgaben und Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung (im Zeitverlauf)					
E.5 Änderungen von Ausgaben, Personal und Inanspruchnahme in der Krankenhausversorgung (im Zeitverlauf)					
E.6 Änderungen von Ausgaben und Verordnungen von Arzneimitteln (im Zeitverlauf)					

Bewertung der Ergebnisse: Grün=Besser als die Vergleichsländer bzw. definierter Schwellenwert erreicht, Gelb=ähnlich zu den Vergleichsländern bzw. jedoch entweder schlechter im Durchschnittswert oder schlechter als Rang 3, Rot=Schlechter als die Vergleichsländer bzw. klar unter definiertem Schwellenwert, + positive Entwicklung im Jahresvergleich, - negative Entwicklung im Jahresvergleich, = keine Veränderungen über die Jahre, / kein Jahresvergleich möglich

6.4 Systemweite Effizienz

Die Dimension der systemweiten Effizienz misst die erzielten Outcomes des deutschen Gesundheitssystems in Relation zu den aufgewendeten Inputs. Die 2 Indikatoren der systemweiten Effizienz (Tabelle 26) messen die systemweite Zielerreichung der verbesserten Bevölkerungsgesundheit (und bei besserer Datenlage auch Responsiveness) im Vergleich zu den aufgewendeten Kosten auch im internationalen Ländervergleich und im Zeitvergleich.

Tabelle 26: Übersicht über die Ergebnisse zu der Dimension: Systemweite Effizienz

Indikator	Bewertung	Ergebnis für Deutschland	Jahr	Daten	Ø-Wert der Vergleichsländer
E.7 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (durchschnittliche Betrachtung)		85,5 Sterbefälle pro 100.000 5.353 US\$ PPP Gesundheitsausgaben (gesamt) Höchste Sterblichkeit bei zweithöchsten Ausgaben	2000 - 2015	Eurostat, WHO Global mortality database	59,6 Sterbefälle pro 100.000, 5.183,2 US\$ PPP Gesundheitsausgaben gesamt. (Spanne: 54,5-84,1; 4.072-7.570)
E.8 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (inkrementelle Berechnung)		615 US\$ PPP pro vermiedenem Sterbefall pro 100.000 Bevölkerung Rang: 8	Letzte 3 Jahre	Eurostat, WHO Global mortality database	397,9 US\$ PPP pro vermiedenem Sterbefall pro 100.000 (Spanne: 2.069-9,6)

Bewertung der Ergebnisse: Grün=Besser als die Vergleichsländer bzw. definierter Schwellenwert erreicht, Gelb=ähnlich zu den Vergleichsländern bzw. knapp unter definiertem Schwellenwert, Rot=Schlechter als die Vergleichsländer bzw. klar unter definiertem Schwellenwert, + positive Entwicklung im Jahresvergleich, - negative Entwicklung im Jahresvergleich, = keine Veränderungen über die Jahre, / kein Jahresvergleich möglich

Arbeitspaket B: Konzept Ausgabenmonitoring

Das Arbeitspaket B zielt auf die systematische Erfassung von Gesundheitsausgaben in Form eines Ausgabenmonitorings, welches u.a. für die Umsetzung der in Arbeitspaket A beschriebenen Effizienzanalysen notwendig ist. Die Bearbeitung erfolgte parallel zu Arbeitspaket A von Juni bis November 2018. Im ersten Abschnitt erfolgt eine methodologische Vorabüberlegung zur Ausgestaltung eines Ausgabenmonitorings. Im Anschluss werden im zweiten Abschnitt bereits bestehende systematische Erfassungen von Gesundheitsausgaben in Deutschland – die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) und das System of Health Accounts (SHA 2011, revidiert im Jahr 2017) – im Detail beschrieben und systematisch gegenübergestellt. Im dritten Abschnitt erfolgt eine Analyse nach Mengen-, Struktur- und Preiseffekten der wichtigsten Ausgabenpositionen im deutschen Gesundheitssystem: der stationären und ambulanten Versorgung sowie der Versorgung mit Arzneimitteln. Die Konzeption eines Ausgabenmonitorings und folgt am Ende des Kapitels.

1 Bestehende Ausgabenmonitorings und deren Aufbau

1.1 Gesundheitsausgabenrechnung (GAR)

Die GAR wird als Sekundärdatenquelle vom Statistischen Bundesamt jährlich zur Verfügung gestellt. Die GAR zielt auf eine umfassende Erfassung von Gesundheitsausgaben in Deutschland ab und erfasst VON WELCHEM AUSGABENTRÄGER die Ausgaben getätigt wurden, um WELCHE ART von Leistungen es sich handelt und WELCHE EINRICHTUNG die Leistungen erbracht hat (allerdings nicht die Art und Menge der Leistungseinheiten). Die GAR verfolgt das Ziel, alle Ausgaben für Gesundheit über alle Institutionen detailliert zu erfassen und ist in ihrer Reichweite und Detailfülle das wichtigste Instrument für die Erfassung von Gesundheitsausgaben. Box 2 stellt die wesentlichen Grundannahmen der GAR zusammen.

Box 2: Definitionen und Annahmen der GAR (2008)

1. **Inländerkonzept:** d.h. alle Waren und Dienstleistungen, die von Personen mit einem Wohnsitz außerhalb von Deutschland in Anspruch geworden sind, werden nicht durch die GAR erfasst.
2. Eine **Abgrenzung von Gesundheitskosten** erfolgt anhand des SHA 2011. Darüberhinausgehend werden in Deutschland auch Kosten zu Prävention, Rehabilitationseinrichtungen und dem sogenannten erweiterten Leistungsbereich erfasst.
3. Die GAR erfasst nur die **letzte Verwendung von Gütern** (z.B. die Arzneimittelausgabe an den Patienten und nicht die Zwischenschritte der Herstellung, Großhandel und Apothekenbestellung). Damit ist die GAR nicht geeignet, um die Wertschöpfung im Gesundheitswesen zu erfassen.
4. Die GAR ist bereits ab 1970 in Deutschland verfügbar, eine methodische Überarbeitung fand in den frühen 2000er Jahren statt.

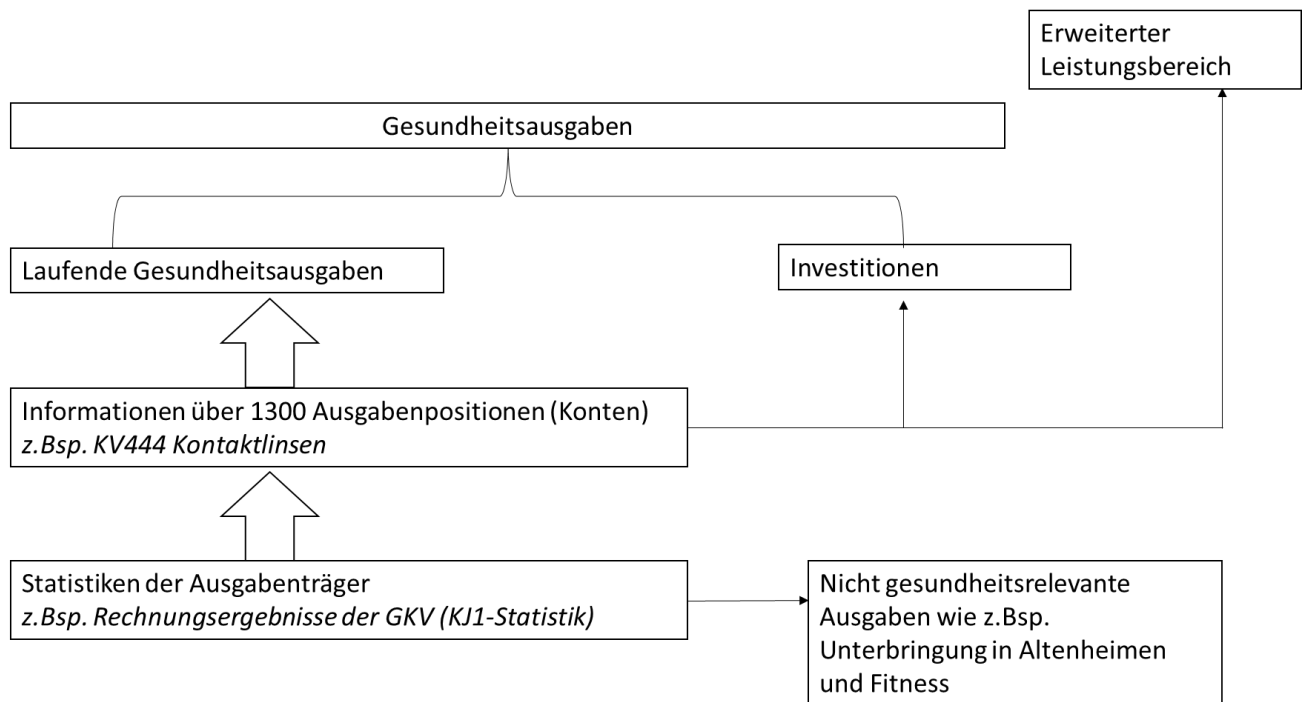
Die GAR wird durch das Statistische Bundesamt aus 35 Datenquellen von 25 Institutionen zusammengetragen. Das Statistische Bundesamt wählt aus, welche Ausgabenpositionen (z.B. Kontaktlinsen) als

relevant für das Gesundheitssystem gewertet werden und ordnet diese einem der drei übergeordneten Bereiche zu (laufende Gesundheitsausgaben, Investitionen und erweiterter Leistungsbereich). Der sogenannte **erweiterte Leistungsbereich** umfasst Ausgaben für:

- **Forschung** an medizinischen Einrichtungen (z.B. Hochschulen und andere Einrichtungen, Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V);
- **Ausbildung** (z.B. Aus- und Weiterbildung von medizinischen und paramedizinischen Berufen);
- den **Ausgleich krankheitsbedingter Folgen** (z.B. Leistungen, bei denen nicht die medizinische Behandlung im Vordergrund stehen: Einkommenshilfen und Wiedereingliederungsmaßnahmen für Behinderte, Beihilfe für Kriegsversehrte, Haushaltshilfe im Krankenfall oder nach der Entbindung, Übergangsgeld zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und
- **Einkommensleistungen** (z. B. Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, für Beamte auch Pensionen, falls der Dienstherr die Arbeitsunfähigkeitsüberprüfung angeordnet hat, Mutterschaftsgeld, Krankenhaustagegeld in der PKV).

Das Statistische Bundesamt entscheidet anhand von Sekundärdaten und Expertenmeinungen, welche einzelnen Konten welchen Ausgabenbereichen und zu welchem Anteil zugeordnet werden. Die GAR ist dabei als dreidimensionales Rechensystem konzipiert, welches die laufenden Gesundheitsausgaben nach den Ausgabenträgern, der Art von Leistung gliedert und die leistungserbringenden Einrichtungen erfasst (siehe Abbildung 26). Im Bereich der **laufenden Gesundheitsausgaben** ist es daher notwendig, eine klare und eindeutige Zuordnung nach den oben genannten drei Dimensionen vorzunehmen. Diese Zuordnung erfolgt nicht für Investitionsausgaben und Ausgaben des erweiterten Leistungsbereiches.

Abbildung 26: Schematische Darstellung der GAR-Erstellung



Datenquelle: Mannschreck 2015; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011

Lesehilfe: Die Primärstatistiken einzelner Institutionen (z.B. die KJ1-Statistik) wird durch das Statistische Bundesamt gesichtet und anhand deren Kontenaufteilung in die übergeordneten Bereiche der laufenden Gesundheitsausgaben, Investitionen und den erweiterten Leistungsbereich eingeordnet. Nicht gesundheitsrelevante Ausgaben (nicht in der KJ1) nach dem SHA 2011 werden nicht in der GAR erfasst.

Am Beispiel der GKV werden alle Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in der GAR als „Sozialversicherungssysteme“ geführt (basierend auf dem SGB V) und durch das BMG als KJ1-Statistik (oder als *endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen*) auf monatlicher Ebene zusammengetragen und vom Statistischen Bundesamt vollständig übernommen. Andere Statistiken sind weniger trennscharf, so werden zum Beispiel in der Statistik der Rentenversicherung (RJ1-Statistik) nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der GAR erfasst, geleistete Übergangsgelder oder Leistungen zur Wiedereingliederung zählen zum erweiterten Leistungsbereich. Innerhalb der PKV liegen nur die Zahlenberichte vor, die zum Teil direkt in Einzelkonten überführt werden und z.T. durch das Statistische Bundesamt eigenständig berechnet werden. Die mit Abstand aufwendigste Berechnung in der GAR betrifft die öffentlichen und privaten Beihilfen. Auch private Gesundheitsausgaben werden zum Teil aus verschiedenen Quellen zusammengetragen (z.B. Zuzahlungen zu Arzneimitteln durch den Arzneimittelreport) und weisen immer wieder lückenhafte Informationen auf.

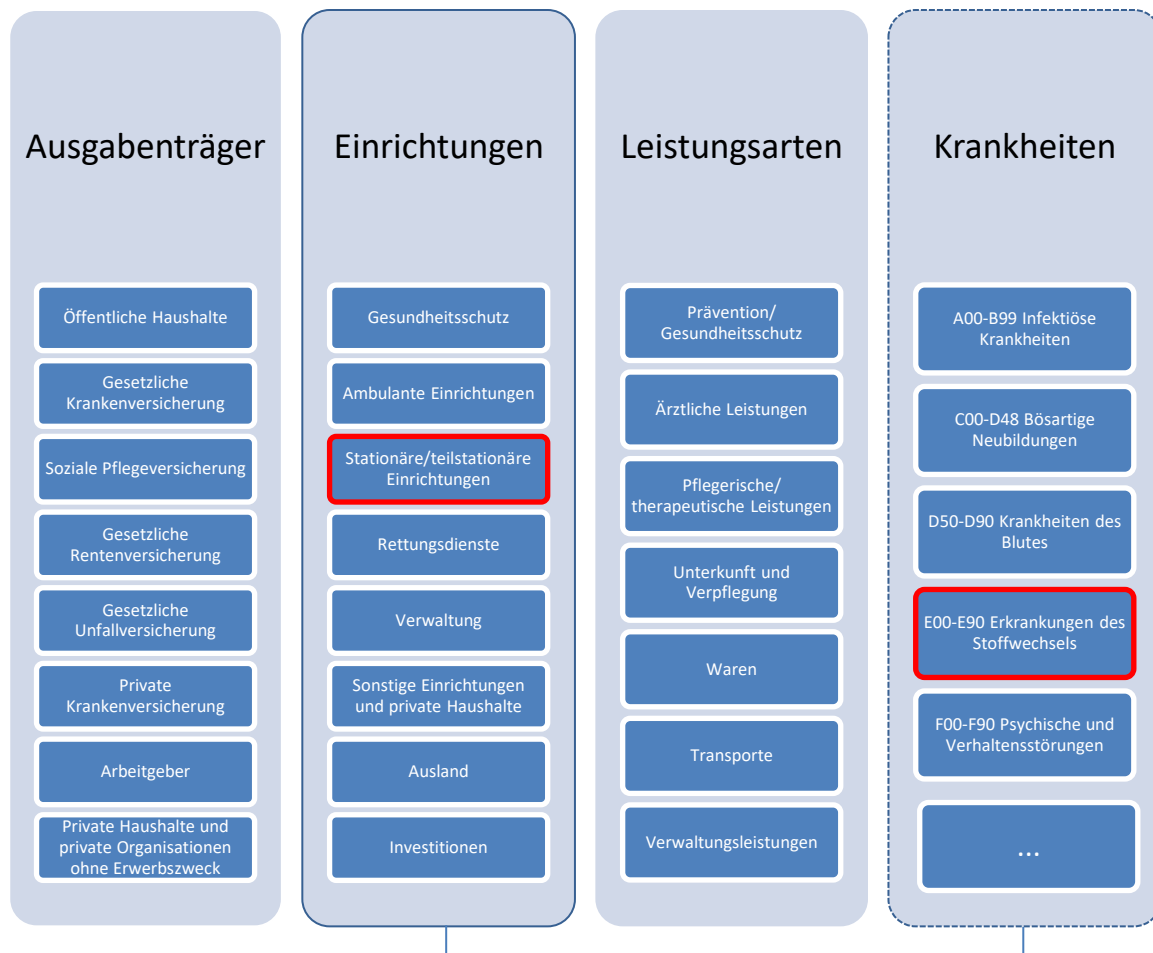
Die Aufschlüsselung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger, Einrichtungen und Leistungsarten ermöglicht eine tiefere Analyse von z.B. der GKV als Ausgabenträger für Krankenhäuser (subsumiert unter stationären und teilstationären Einrichtungen; siehe Abbildung 27). Die GAR in

Deutschland wird von den Ausgabenträgern verantwortet, d.h. dass die Akteure, die auch die Gesundheitsausgaben tätigen, diese verbuchen (*faktualer Ansatz*). Jeder Ausgabenträger wird durch einen Einrichtungsschlüssel gekennzeichnet und verwendet eine standardisierte Definition von jedem Einzelkonto.

Eine weitere Aufschlüsselung nach GAR-Einrichtungen und Krankheitskosten nach ICD-10 Kategorien ist möglich (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017a); allerdings werden diese Informationen derzeit nur unregelmäßig zur Verfügung gestellt, zuletzt 2017 für die Jahre 2002, 2004, 2006 und 2008 sowie – mit geänderter Methodik mit einem Regressionsmodell bezüglich der Aufteilung der in ambulanten Einrichtungen angefallenen Kosten – für 2015. Weniger problematisch ist, dass sich dabei die Krankheitskosten nur auf die laufenden Gesundheitsausgaben der GAR aufsummieren. Beispielsweise kann so ermittelt werden, dass für die Behandlung von Diabetes Mellitus (E10-E14, rot umrandet in Abbildung 28) in (teil-)stationären Einrichtungen (rot umrandet in Abbildung 28) 2016 1.173 Mio. EUR aufgewandt wurden; 699 Mio. EUR entfielen dabei auf männliche Patienten. In ambulanten Einrichtungen waren es hingegen 5.530 Mio. EUR (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Eine weitere Aufschlüsselung von Krankheitskosten nach z.B. Ausgabenträgern und Leistungsarten ist nicht möglich.

Die Nutzung für ein Ausgabenmonitoring ist jedoch – wie die gesamte GAR – dadurch eingeschränkt, dass keinerlei Patientenbezug vorgenommen wird, d.h. dass im Längsschnitt z.B. nicht klar wird, ob steigende Kosten durch steigende Patientenzahlen oder steigende Kosten pro Patient bedingt sind. Auch der Querschnitt pro Jahr ergibt keine Anhaltspunkte, inwiefern z.B. bestimmte Patienten ausschließlich ambulant behandelt wurden. Beides ist derzeit nur für GKV-Versicherte mit dem Datensatz möglich, der vom BVA für die Berechnung des Morbi-RSA genutzt wird (und mit deutlicher Verzögerung auch von anderen auf Antrag genutzt werden kann).

Abbildung 27: Die drei Rechenkonzeptionen der GAR (plus Krankheitskostenrechnung)



Lesehilfe: Krankheitskosten innerhalb der GAR können nach ICD-Kategorien und Einrichtungen aufgeschlüsselt werden.

Datenquelle: Eigene Auswertung, basierend auf der Darstellung von Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011. Bemerkungen: Innerhalb der Krankheitskostenrechnung wird nach nur 7 Einrichtungen unterschieden: Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung, sonstige Einrichtungen/private Haushalte und Ausland (Investitionen fehlen).

Die GAR ist als Sekundärrechenwerk auf die Güte der 35 Primärstatistiken angewiesen; das Statistische Bundesamt beschreibt weitere Rechen- und Qualitätsprüfungsschritte wie z.B. durch Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen, Hinzuschätzung ausgewählter Bereiche oder Expertenschätzungen. Plausibilitätsprüfungen sowie eine kontinuierliche Verbesserung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden durch regelmäßige (rückwirkende) Revisionen der Gesundheitsausgabenrechnung werden ebenfalls beschrieben (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018d). Die amtlichen Statistiken (Unfall-, Pflege-, Renten- und Sozialversicherung) sind Vollerhebungen, die Gesundheitsausgabenerfassungen von privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck beruhen dagegen auf Stichproben. Seit 2013 werden private Gesundheitsausgaben durch die Residualberechnung geschätzt. Zudem ist nicht vollständig nachzuvollziehen, wie einzelne Kontenzuordnungen und Kostenbestimmungen vom Statistischen Bundesamt vorgenommen werden.

Die GAR ist dennoch das effektivste Instrument zur Erfassung von Gesundheitsausgaben und wurde in Deutschland schon früh etabliert. Die (öffentlichen) Ausgabenträger gelten als verlässliche Primärquelle. Deutschland ist zudem bestrebt, umfassende Erhebungen über die laufenden Gesundheitsausgaben hinaus anzustellen und erfasst z.B. auch Ausgaben für Prävention (z.B. auch betriebliche Gesundheitsmanagementprogramme). Für die internationale Vergleichbarkeit wurde 2011 die GAR durch eine Revision an das SHA angepasst. Allerdings bestehen noch weiterhin konzeptionelle Unterschiede zwischen GAR und SHA, die in einer weiteren Revision (OECD, Eurostat und WHO 2017) nivelliert werden sollen (Box 3).

1.2 System of Health Accounts (SHA)

Das SHA ist durch die Zusammenarbeit von OECD, WHO und Eurostat in einem langen Konsultationsprozess entstanden und stellt im Wesentlichen ein methodisches Handbuch für die Abgrenzung, Erfassung und Vergleichbarkeit von Gesundheitsausgaben dar. In einem ersten Schritt werden die Grenzen von Gesundheitsausgaben beschrieben, da sie ausschließlich funktionale Kosten umfassen sollen (Box 3) (OECD, Eurostat und WHO 2017).

Eine detaillierte Auflistung der inkludierten Leistungserbringer (klassifiziert nach der ICHA-HP-Klassifikation), Funktionen (klassifiziert nach der ICHA-HC-Klassifikation) und Finanzierungssysteme (klassifiziert nach der ICHA-HF-Klassifikation) nach dem SHA finden sich im Anhang 3, wesentliche Komponenten sind in Abbildung 28 dargestellt.

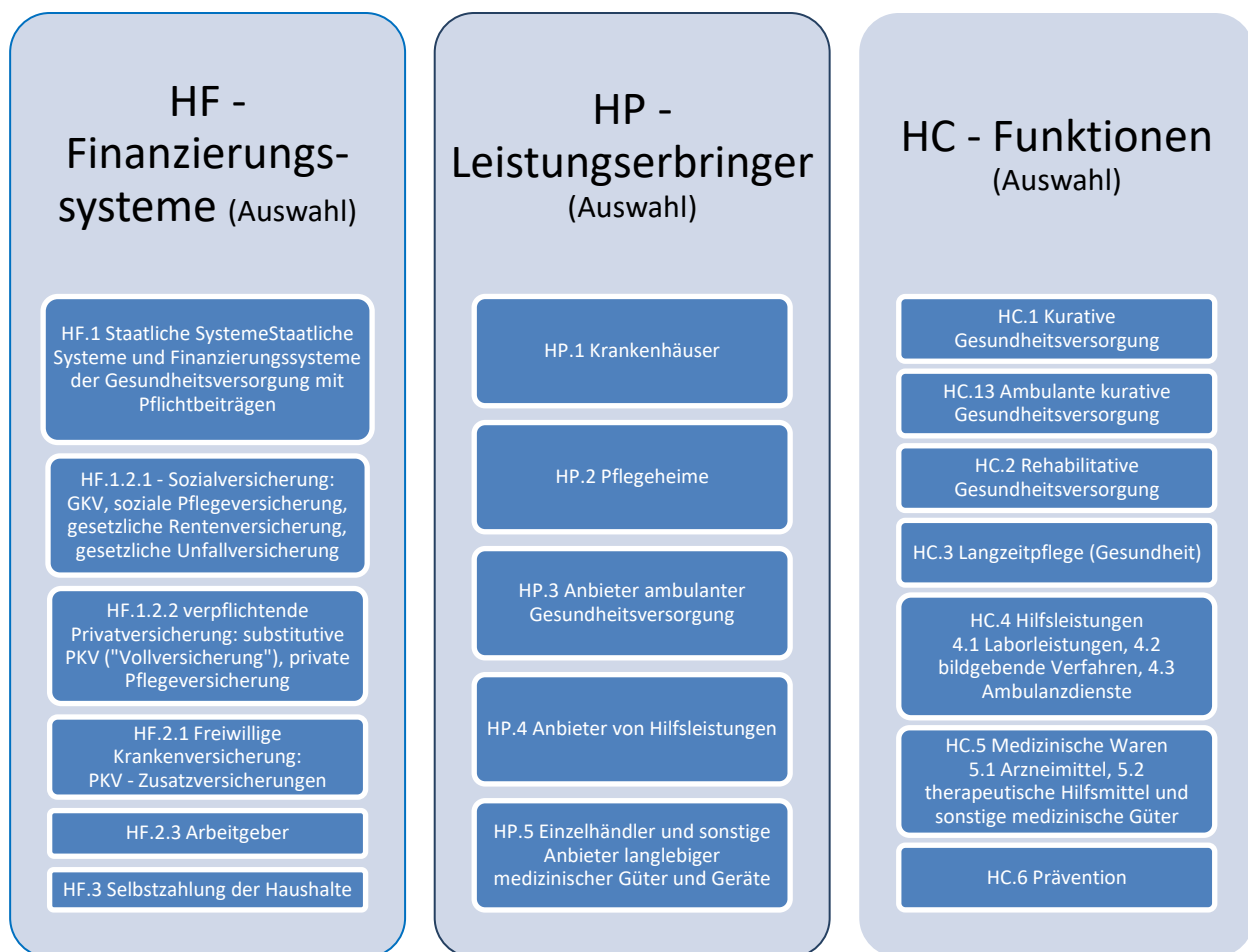
Box 3: Die Definition von Gesundheitsausgaben nach SHA 2011

Nach dem System of Health Accounts sind bei der Abgrenzung des Gesundheitsbereichs folgende, nach Wichtigkeit aufgeführte, Kriterien maßgeblich (OECD, Eurostat und WHO 2011):

1. Bei der Maßnahme werden Gesundheitsgüter oder -leistungen transferiert, „*deren primärer Zweck die Verbesserung, Einstellung, Prävention der Verschlechterung des Gesundheitsstatus von Personen und auf die Konsequenzen von Krankheit durch die Anwendung von professionellem Wissen möglichst klein halten ist*“ (OECD, Eurostat und WHO 2011, S. 52).
2. Die Ausübung der Maßnahme setzt medizinisches und pflegerisches Wissen oder die Aufsicht von Personen mit diesem Wissen voraus. Zumeist sind die Personen, die medizinisches Wissen anwenden, einem vorabdefinierten Standard der Approbation, Lizenzierung oder anderer Regulierung unterworfen. Zudem können Leistungen der Verwaltung oder der Steuerung des Gesundheitswesens und dessen Finanzierung eingeschlossen sein.
3. Die Maßnahme dient dem Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -leistungen der Einwohner.
4. Es findet eine Transaktion von medizinischen Leistungen oder Gütern statt.

Diese Kriterien werden in der 2017er Revision bestätigt und um einige Handlungsanweisungen für sogenannte Grenzfälle wie Fitness und Verkehrssicherheitsregulierungen ergänzt.

Abbildung 28: Die drei Rechenkonzeptionen des SHA



Datenquelle: Eigene Auswertung, basierend auf SHA 2011 bzw. revidiert 2017 (OECD, Eurostat und WHO 2011, 2017).

Das Statistische Bundesamt nimmt für das SHA eine von der GAR unabhängige Kontenzuteilung und -bewertung vor. Das SHA erfasst lediglich **laufende Gesundheitsausgaben** und **Investitionen**. Aus Abbildung 28 wird ersichtlich, dass sich die SHA-Klassifikation trotz ähnlicher dreidimensionaler Struktur von der GAR deutlich unterscheidet. So gliedert sich die HF-Klassifikation nach der zugrundeliegenden Art der Finanzierung (z.B. verpflichtend vs. freiwillig) und nicht entsprechend des einzelnen Ausgaben-trägers; so werden GKV, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung unter Sozialversicherung subsummiert (HF.1.2.1), während bei der PKV zwischen „verpflichtender“ substitutiver Voll- und „freiwilliger“ Zusatzversicherung unterschieden wird (HF.1.2.2 bzw. HF.2.1.2). Insbesondere die HC-Klassifikation ist anders aufgebaut; so wird z.B. statt zwischen ärztlichen und pflegerischen Leistungen wie in der GAR zwischen stationären kurativen und ambulanten kurativen Leistungen unterschieden. Auch am Beispiel der GAR-Leistungsart Waren und der SHA-Funktion Medizinische Waren ergeben sich offensichtliche Unterschiede: 2016 wurde in der GAR 96.797 Mio. EUR angegeben und im SHA 69.036 Mio. EUR, ein Unterschied von über 27.700 Mio. EUR (Eurostat 2018; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018b). Dies liegt an der unterschiedli-

chen Definition von „Leistungsart“ und „Funktion“: so werden z.B. in der GAR Arzneimittel, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus ausgegeben werden, unter „Arzneimittel“ erfasst, während sie im SHA unter „stationäre kurative Versorgung“ fallen; beide Vorgehensweisen haben eine inhärente Logik und sollten für ein Ausgabenmonitoring genutzt werden. Die Kostenabweichungen nach einzelnen Positionen innerhalb dieser Kategorien sind in Tabelle 27 aufgeschlüsselt.

Tabelle 27: Gegenüberstellung von GAR und SHA Überkategorien am Beispiel von Waren mit Kostendaten von 2016

GAR		SHA	
Klassifikation der Leistungsarten – Waren		Klassifikation von Funktionen im Gesundheitssystem (HC) – Medizinische Waren	
	Kosten in Mio. EUR		Kosten in Mio. EUR
Arzneimittel	55.078	Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter	49.944
		• Rezeptpflichtige Arzneimittel	44.730
		• Rezeptfreie Arzneimittel	5.208
		• Sonstige medizinische Verbrauchsgüter	6
Hilfsmittel	19.450	Therapeutische Hilfsmittel und sonstige langlebige medizinische Produkte	19.092
Zahnersatz (Material- / Laborkosten)	7.531		
Sonstiger medizinischer Bedarf	14.738		
GESAMT	96.797		69.036

Quelle: Eurostat 2018 und Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018b.

Des Weiteren berichten die erstattenden Institutionen Eurostat, OECD und WHO von einer Revision der vom Statistischen Bundesamt übermittelten Daten (Eurostat 2018). Zum Beispiel resultiert das Inländerkonzept der GAR in einen Ausschluss von Gesundheitsausgaben für im Ausland befindliche Patienten, die in Deutschland einen Krankenversicherungsschutz haben. Das SHA schätzt in Vorwegnahme einer angestrebten Revision die dafür zu vermutenden Gesundheitsausgaben.

Eine solche konzeptionelle Erweiterung des Inländerkonzepts wird in der SHA-Revision (2017) angedacht (neben der Aufschlüsselung nach inanspruchnehmenden Patienten, Preisen und Outputs). Dies schließt sowohl Leistungserbringer im Ausland ein, als auch Ausgabenträger für erbrachte Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland für Nicht-Deutsche. Eine weitere Harmonisierung mit der GAR ist bei der Erfassung von Investitionskosten, Prävention und von Pflegeleistungen angezeigt. Zum Beispiel erfasst die GAR nur die Investitionszuschüsse im stationären Sektor, während das SHA auch Investitionen im ambulanten Sektor vorsieht und dementsprechend eine Untererfassung durch die GAR vermutet wird.

1.3 Gegenüberstellung von GAR und SHA und deren Interkorrelationen

Das Statistische Bundesamt führt getrennt für GAR und die SHA jeweils einmal im Jahr die Zuordnung von laufenden Gesundheitsausgaben zu den entsprechenden Dimensionen durch und stellt die Ergebnisse im Rahmen der GBE zur Verfügung – derzeit allerdings getrennt (wobei der SHA-Zugang etwas versteckt ist) und ohne die Möglichkeit zum direkten Vergleich. Die zugrundeliegenden Klassifikationen werden separat betrachtet, allerdings sind wichtige Annahmen und Definitionen der GAR an die des SHA angelehnt, so dass die Aggregation der Merkmale der Klassifikationen zu identischen Eckgrößen führt: die Summe der Ausgaben nach Leistungsarten (GAR) entspricht also den Ausgaben der Funktionen (SHA).

Variationen der beiden Konzepte der Ausgabenerfassung ergeben sich durch die i) unterschiedliche Kontenzuteilung und Verteilungsschlüssel, ii) konzeptionelle Unterschiede (z.B. erfasst die GAR zusätzlich gegenüber dem SHA den erweiterten Leistungsbereich) und iii) anschließende Revision durch die berichtserstattenden Institutionen.

Eine angedachte Ausweitung des SHA stellt auch für das deutsche HSPA relevante Fragen nach inanspruchnehmenden Patienten sowie Mengen- und Preiseffekten in der Versorgung. Solange diese nicht routinemäßig im Rahmen des SHA zur Verfügung stehen, müsste das hier skizzierte Ausgabenmonitoring, insbesondere zur Betrachtung der technischen Effizienz, um – lediglich teilweise beim Statistischen Bundesamt zur Verfügung stehende – Daten zu Inputs, Aktivitäten und Leistungseinheiten ergänzt werden (siehe nächster Abschnitt).

2 Indikatoren der technischen Effizienz

Für die Betrachtung von Volumina und Preisen einzelner Gesundheitsleistungen oder Sektoren empfiehlt sich daher die (komplementäre) Verwendung von Effizienzindikatoren zu Daten aus der GAR und dem SHA. Dies ermöglicht eine nähere Beschreibung von Struktur-, Mengen- und Preisentwicklungen innerhalb des ambulanten und stationären Sektors sowie für die Arzneimittelversorgung.

Vorabüberlegungen: Wie bereits in A.II besprochen, kommt der Effizienzbetrachtung im deutschen HSPA eine besondere Bedeutung zu. Durch die Erfassung von geleisteten Inputs (z.B. Ausgaben für Krankenhäuser) und Leistungseinheiten (z.B. Krankenhausentlassungen) wird eine Erfassung der technischen Effizienz des deutschen Gesundheitssystems möglich. Für sinnvolle Berechnungen der technischen Effizienz sollten die Ausgaben hinreichend nach Sektoren, und innerhalb der Sektoren weiter nach Diagnosen, Arten von Leistungserbringern oder von Arzneimitteln, differenziert vorliegen. Dies ist derzeit selbst bei Nutzung der GAR- und der SHA-Logik nur eingeschränkt der Fall, so dass weitere Datenquellen herangezogen werden müssen. Zusätzlich ist auch die Betrachtung über einen längeren Zeitraum angedacht; dafür müssen die Ausgaben intertemporal vergleichbar sein. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese als Prozentsatz des BIP berechnet sind, wie dies international bzgl. der Gesamtgesundheitsausgaben bereits Standard ist. Die so normierten Ausgaben im Nenner lassen mit Inputs, Aktivitäten und Leistungseinheiten im Zähler eine Berechnung der Struktur- und Mengeneffekte und die technische Effizienz zu.

2.1 Stationärer Sektor

2016 verwendete Deutschland laut Angaben der GAR 26,4 % seiner laufenden Gesundheitsausgaben (d.h. ohne Investitionen) für den Krankenhaussektor, wobei hier die Einrichtungen das Abgrenzungsmerkmal darstellen. Laut der funktionalen Betrachtung für „stationäre kurative Versorgung“ im Rahmen des SHA waren es 28% (für HC.1.1, HC.1.2 und HC.2.1, d.h. einschließlich Tagesfällen und stationärer Rehabilitation, wobei es auf der GBE-Seite zum SHA auch getrennt einsehbar ist⁹), d.h. leicht unterhalb des EU28-Schnitts von 30%, aber höher als in Schweden (22%), den Niederlanden (24%) oder Dänemark (26 %) (OECD 2018a). Gleichzeitig liegen die Fallzahlen deutlich über dem EU28-Schnitt und sind im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern über die vergangenen zwei Jahrzehnte gestiegen.

Tabelle 28 fasst die vorgeschlagenen Effizienzindikatoren für den stationären Sektor zusammen und erfasst auch deren Fokussierung.

⁹ Einzeln lagen die Werte 2016 für HC.1.1 (stationäre kurative Versorgung) bei 24,8%, HC.1.2 (Tagesfälle) bei 1,0% und für HC.2.1 (stationäre rehabilitative Versorgung) bei 2,5%.

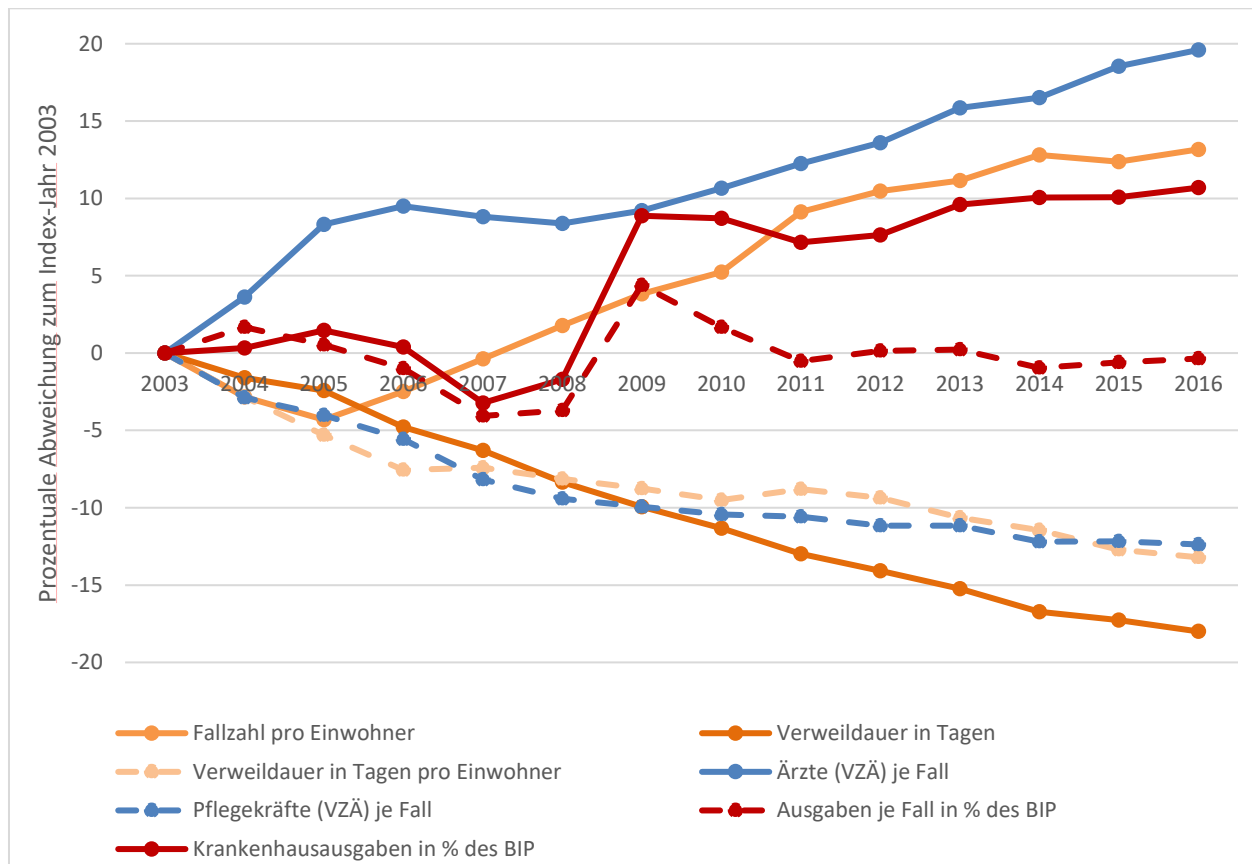
Tabelle 28: Effizienzindikatoren für den stationären Bereich

Indikator	Name	Relation (Welcher Output zu welchem Input)	Mengeneffekt	Struktureffekt	Preiseffekt
E.1	Krankenhausausgaben pro stationärem Fall	Anzahl der Krankenhausfälle in Relation zu den Ausgaben	X		X
E.5	Änderungen von Ausgaben, Personal und Inanspruchnahme in der Krankenhausversorgung (im Zeitverlauf)	Veränderung der Kennzahlen im Krankenhaussektor im Zeitverlauf	X	X	X

Die Vorteile für ein Ausgabenmonitoring des stationären Sektors liegen darin, dass die Ausgaben-, Input- und Leistungsdaten (Output) zusammenfassend vorliegen, d.h. in aussagekräftiger Gliederungstiefe nicht nur für die GKV (wie dies für den ambulanten Sektor und den Arzneimittelsektor derzeit der Fall ist; s.u.). Allerdings ist eine vertiefende Darstellung nach Diagnosegruppen (Indikator I.10) derzeit nur für die Ausgaben bzw. Kosten, nicht für die sonstigen Inputs bzw. Aktivitäten möglich.

Bei näherer Betrachtung von z.B. Indikator E.5 im Zeitverlauf wird deutlich, dass die Fallausgaben anteilig am BIP über den Zeitraum von 2003 (Einführung der DRGs als Vergütungssystem) bis 2017 stabil geblieben sind (gestrichelte rote Linie), während sich als Struktureffekt der Mix an eingesetzten Personalressourcen mit +20% ärztlichem Input pro Fall und -12% pflegerischem Input pro Fall bei um 13% gesunkener Verweildauer deutlich verändert hat (Abbildung 29). Allerdings ist in dem betrachteten Zeitraum die Fallzahl pro Einwohner deutlich angestiegen (d.h. ein positiver Mengeneffekt oder eine Mengenausweitung), wodurch auch die Gesamtausgaben für die stationäre Versorgung als Anteil am BIP gestiegen sind (durchgezogene rote Linie).

Abbildung 29: Entwicklung von Ausgaben, Personal und Auslastung in deutschen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2016 (Änderungen zu 2003 in %)



Datenquelle: Eigene Berechnungen, auf Basis der Daten: Fallzahl (Altersstandardisierte Fallzahl pro 100.000 Einwohner (Basis: Standardbevölkerung „Deutschland 2011“) und Verweildauer: GBE-Bund, Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen) (Stand der Daten 11.12.2017); Ärzte / Pflege (VZÄ): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen; Krankenhausausgaben: GBE-Bund Gesundheitsausgaben in Deutschland (Stand der Daten: 15.02.2018), BIP und BIP/Einwohner: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Reihe 1.4, 2018; Kosten je Behandlungsfall: GBE-Bund, Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Betriebswirtschaftliche Eckdaten von Einrichtungen, Bereinigte Kosten einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds (Stand der Daten: 15.02.2018)

Abschließend wird durch die komplementäre Verwendung der GAR (ansteigende Krankenhauskosten) und den vorgeschlagenen Effizienzindikatoren (geht auf eine Mengenausweitung bei gleichzeitiger Personalstrukturumstellung zurück) ein umfassender Einblick in den stationären Sektor ermöglicht. Für eine weitere Auswertung bedarf es zusätzlicher Informationen zu den geleisteten Eingriffen, inanspruchnehmenden Patienten und der Variation zwischen den Bundesländern. Die Analyse nach ausgewählten operativen Eingriffen, wie z.B. Einsatz von Hüftendoprothesen, zeigen einen Mengeneffekt in der deutschen stationären Versorgung im internationalen Vergleich auf (Papanicolas et al. 2018).

2.2 Ambulanter Sektor

2016 wurden 22% der laufenden Gesundheitsausgaben für den ambulanten Sektor (definiert als die Summe der Gesundheitsausgaben in Arzt- und Zahnarztpraxen) in Deutschland verwendet. Seit 1992 sanken die Gesundheitsausgaben für den ambulanten Sektor um fast 4 Prozentpunkte und stagnierten seit 2005 bei 22%. Laut der funktionalen Betrachtung des SHA verzeichnen andere europäische Länder wie Dänemark und Schweden einen höheren Anteil der Gesundheitsausgaben für den ambulanten Sektor, so dass Deutschland innerhalb der gewählten Vergleichsgruppe die drittniedrigsten Ausgaben für den ambulanten Sektor aufweist (nach Belgien und Frankreich, mit nur geringem Abstand zu Österreich mit 23% im Jahr 2016).

Tabelle 29 erfasst die vorgeschlagenen Effizienzindikatoren für den ambulanten Sektor.

Tabelle 29: Effizienzindikatoren für den ambulanten Bereich

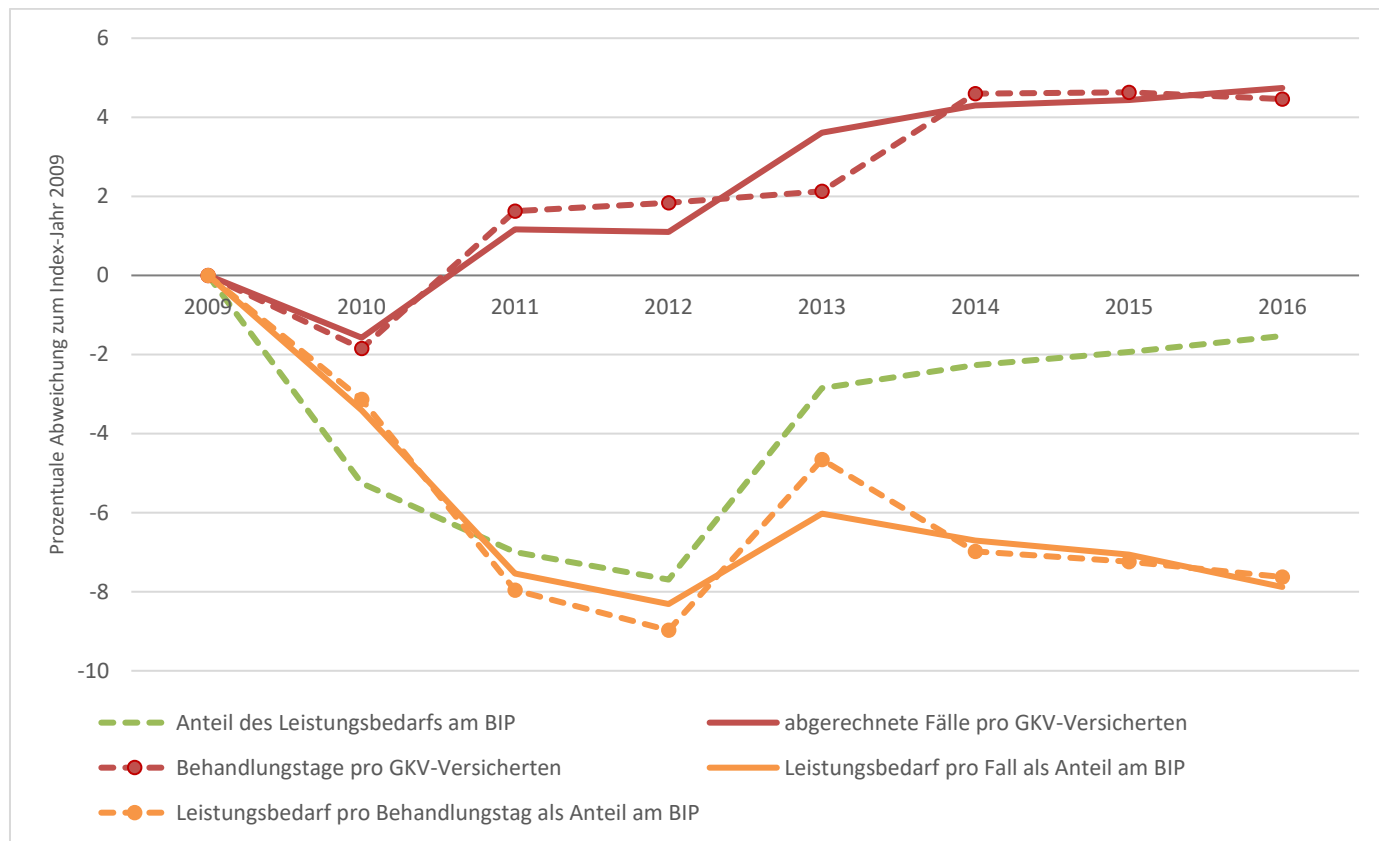
Indikator	Name	Relation (Welcher Output zu welchem Input)	Mengen- effekt	Struktur- effekt	Preis- effekt
E.3	Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe	Anteil von Kataraktoperationen und Tonsillektomien, die als ambulante Eingriffe durchgeführt wurden		X	X
E.4	Änderungen von Ausgaben und Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung (im Zeitverlauf)	Kombination von Indikatoren: Ambulante Fälle, Tage in ambulanter Versorgung (Behandlungstage), ambulante Fälle pro GKV-Versicherten, Tage mit ambulanter Versorgung pro GKV-Versicherten, Leistungsbedarf pro Fall (% BIP), Leistungsbedarf pro Tag mit amb. Versorgung (% BIP), Gesamtleistungsbedarf (% BIP) – jeweils in % Änderungen im Zeitverlauf dargestellt	X	X	

Die Erfassung der Leistungseinheiten im ambulanten Sektor (z.B. Arzt-Patientenkontakte) gestaltet sich in Deutschland seit 2008 schwierig. Da seit 2008 Arzt-Patientenkontakte nicht mehr in den Abrechnungsdaten abgebildet werden, muss auf die dokumentierten Behandlungstage und den dokumentierten Leistungsbedarf aus den Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden. Anders als in den Daten zum stationären Sektor sind in dieser Auswertung nur Kontakte von GKV-Versicherten berücksichtigt, da PKV-Versicherte nicht in den Abrechnungsdaten erfasst sind.

Das ZI stellte für die Machbarkeitsstudie ein Datenset zur Verfügung, das als Grundlage für die Analyse und Diskussion von E.4 dient. 2016 sind 4,7% mehr Behandlungsfälle pro GKV-Versicherten abgerechnet worden als noch 2009, dem frühesten Jahr, für das durch die Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit dem heutigen Stand vergleichbare Daten vorliegen. Dies geht mit 4,5% mehr Behandlungstagen pro GKV-Versicherten einher. Die für diese Leistungen „notwendigen“ Ausgaben (d.h. ohne Berücksichtigung der Effekte durch Deckelung) ergeben den „Leistungsbedarf“, der zwischen

2009 und 2016 gemessen am BIP leicht abgenommen hat (wobei allerdings die Besonderheit des Startjahres 2009 mit dem vergleichsweise niedrigen BIP zu berücksichtigen ist), wodurch sich für die Ausgaben pro Behandlungstag bzw. Fall ein Rückgang gemessen am BIP von jeweils knapp 8% ergibt.

Abbildung 30: Entwicklung der ambulanten kassenärztlichen Leistungen zwischen 2009 und 2016 (Änderungen zu 2009 in %)



Datenquellen: Eigene Berechnung auf Basis der Daten von ZI, GBE-Bund und Destatis: Daten der KVen: Original-Daten bereitgestellt durch das ZI; GKV-Versicherte: GBE-Bund. Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe; BIP/Einwohner: Destatis, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Reihe 1.4, 2018. (Hinweis: Daten beziehen sich nur auf die GKV, das BIP auf die Gesamtbevölkerung)

Abschließend wird durch die komplementäre Verwendung der GAR/SHA (relativ geringe Ausgaben für den ambulanten Sektor) und den vorgeschlagenen Effizienzindikatoren (Mengenausweitung bei den Behandlungsfällen) ein erster Einblick in den ambulanten Sektor ermöglicht. Für eine weitere Auswertung sind noch zusätzliche Informationen nötig, die zum Teil durch Indikatoren der Dimension Zugang (z.B. geografische Verteilung), Input (z.B. Mangel an Haus- und Fachärzten) und Leistungseinheiten abgedeckt werden können.

2.3 Arzneimittelversorgung

2016 wurden 14,4% der laufenden Gesundheitsausgaben für Arzneimittel in Deutschland verwendet. Verschreibungspflichtige Medikamente waren für 12,8% der Gesundheitsausgaben verantwortlich. Andere europäische Länder verzeichneten einen deutlich geringeren Ausgabenanteil für Arzneimittel, wobei Dänemark die geringsten anteiligen Gesundheitsausgaben für Arzneimittel (6,8%) und Frankreich in etwa vergleichbare Gesundheitsausgaben wie Deutschland verzeichnet (13,9%). Allerdings wird bei den Arzneimitteln besonders deutlich, wie schwierig der Begriff „Ausgaben“ selbst innerhalb des GKV-Segementes ist: auf der einen Ebene können „Gesamtausgaben“, „Gesamtausgaben ohne Zuzahlungen“, „Gesamtausgaben ohne Zuzahlungen und gesetzliche/ kollektive Rabatte“ und schließlich „Gesamtausgaben ohne Zuzahlungen, gesetzliche/ kollektive Rabatte und kassenindividuelle Rabatte“ (wobei letztere in der KJ1-Statistik als Einnahmen der Krankenkassen verbucht werden) berechnet werden. Auf der zweiten Ebene stellt sich die Frage des Nennerbezugs, d.h. absolut, als Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben oder als Prozentteil des BIP. Auf der dritten Ebene erfolgt die Unterteilung nach relevanten Segmenten wie patentgeschützt oder Generika – und zwar jeweils insgesamt und pro DDD (und potenziell noch für GKV vs. PKV).

Tabelle 30 erfasst die vorgeschlagenen Effizienzindikatoren für die Arzneimittelversorgung.

Tabelle 30: Effizienzindikatoren die Versorgung mit Arzneimitteln

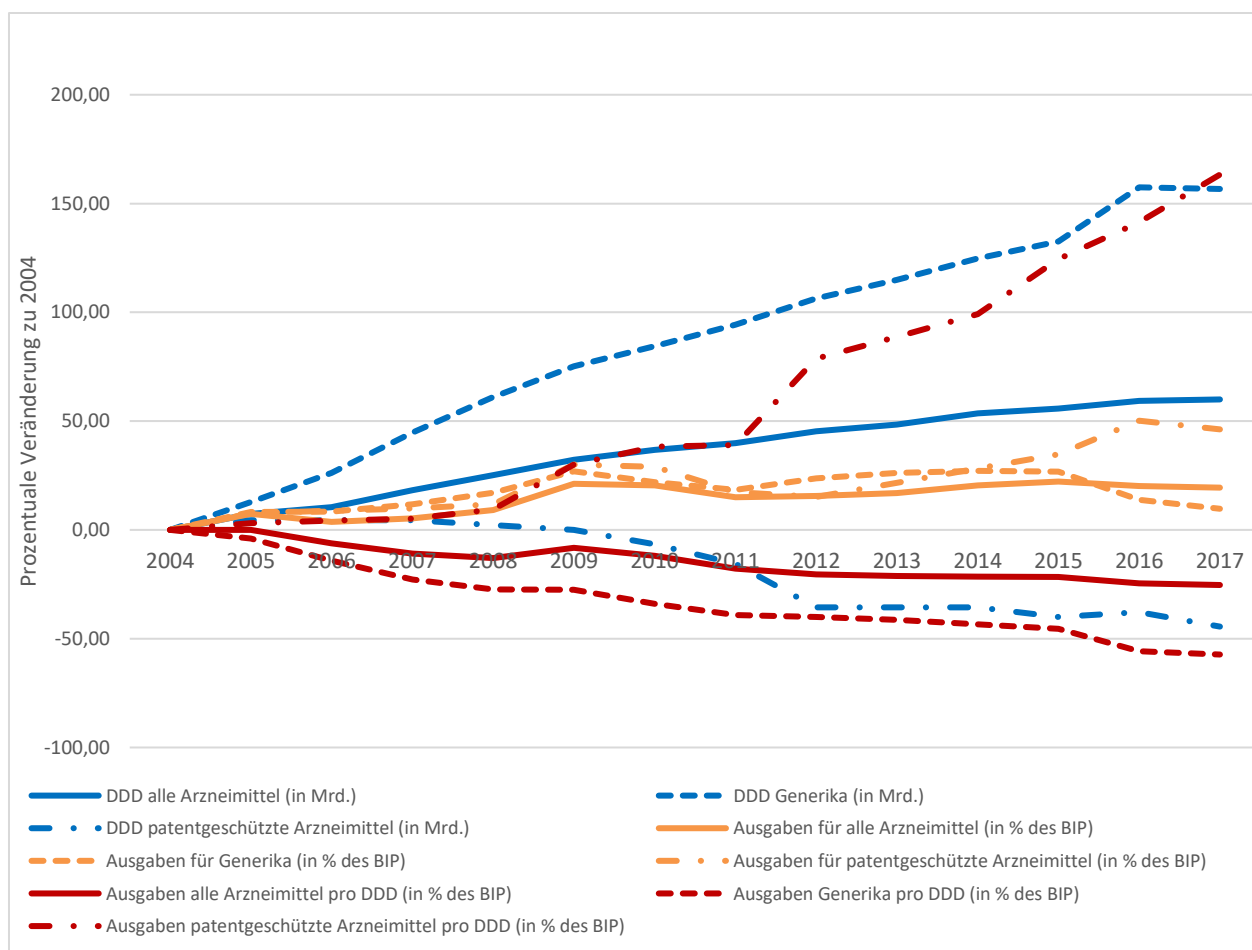
Indikator	Name	Relation (Welcher Output zu welchem Input)	Mengen- fekt	Strukturef- fekt	Preiseffekt
E.2	Anteil von Generika am gesamten Arzneimittelmarkt	Marktanteile von Generika am gesamten Arzneimittelmarktvolumen Marktanteile von Generika am gesamten Arzneimittelumsatz		X	X
E.6	Änderungen von Ausgaben und Verordnungen von Arzneimitteln (im Zeitverlauf)	Kombination von Indikatoren: Verordnete Arzneimittel (GKV) in Defined daily doses (DDD), mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln GKV-Ausgaben für verordnete Arzneimittel (ohne/mit Rabatte; in % BIP), mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln (% BIP) GKV-Ausgaben (ohne/mit Rabatte; in %) pro DDD, mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln – jeweils in % Änderungen im Zeitverlauf dargestellt	X	X	X

Abbildung 31 zeigt eine Auswertung des Indikators E.6 zwischen 2004 und 2017, wobei 2004 als Startjahr genutzt wurde, da dies das erste Jahr war, in dem OTC-Präparate – außer bei gewissen Ausnahmen – nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungs- bzw. erstattungsfähig waren. Der Arzneimittelverbrauch in DDD gemessen, ist zwischen 2004 und 2017 um fast 60% auf über 41 Mrd. definierte Tagesdosen gestiegen. Davon sind über 33 Mrd. definierte Tagesdosen oder 88% der gesamten Arzneimittel durch Generika abgedeckt. 2017 wurden 2,5 Mrd. definierte Tagesdosen an patentgeschützten Arzneimitteln verordnet, die nur ca. 6% der gesamten Arzneimittelverordnung ausmachen.

Im gleichen Zeitraum sind die GKV-Ausgaben für Arzneimittel (ohne Zuzahlungen, aber auch ohne Berücksichtigung von gesetzlichen Abschlägen, Herstellerrabatten und kassenindividuelle Rabatte) als Anteil am BIP um knapp 20% angestiegen und haben sich somit pro DDD um rund 25% verringert. Allerdings unterscheiden sich die Teilmärkte der „Generika“ (genauer: nicht-patentgeschützte Arzneimittel, d.h. inkl. der generikafähigen Erstanbieterpräparate) und der patentgeschützten Arzneimittel deutlich: Die Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel betrugen 2017 0,6% des BIP, ca. 0,2 Prozentpunkte *mehr* als die Ausgaben für Generika. Über den betrachteten Zeitraum stiegen die am BIP gemessenen Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel um 46%, während sie für Generika „nur“ um 10% stiegen. Zusammen mit den Änderungen der DDD (-44% für patentgeschützte Arzneimittel und +157% für Generika), veränderten sich die Ausgaben pro DDD um über +160% für patentgeschützte Arzneimittel, während sie für Generika pro DDD um 57% sanken.

Der Struktureffekt des vermehrten Einsatzes von Generika trägt also entscheidend dazu bei, dass die Mengenausweitung in der Arzneimittelverordnung sich nicht im gleichen Maße auf die Ausgaben niederschlägt.

Abbildung 31: Änderungen der Arzneiverordnungen und Ausgaben für Arzneimittel zwischen 2004 und 2017



Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Arzneiverordnungsreport 2018 und Destatis: DDD alle Arzneimittel, Generika & patentgeschützte Arzneimittel: Arzneiverordnungsreport 2018, Abb. 1.2. Verordnungsvolumen nach DDD für Gesamtmarkt, S.6; DDD : Arzneiverordnungsreport 2018, Abb. 1.2. Verordnungsvolumen nach DDD für Gesamtmarkt, S. 6; Ausgaben für alle Arzneimittel: Arzneiverordnungsreport 2018, Abb. 5.2 Entwicklungen der Umsätze im AM-Markt (nur Fertig-AM) S.175; Ausgaben Generika: Eigene Berechnung ((Ausgaben alle AM/100) x Anteil Generika am Gesamtmarkt)); Anteil Generika am Gesamtmarkt: AVR 2018, Abb. 1.4 Anteil der Generika am Gesamtmarkt S.15 ; Ausgaben patentgeschützte Arzneimittel: AVR 2018, Abb. 1.3 Verordnungen und Umsatz patentgeschützter Arzneimittel S.7; BIP: Destatis; Ausgaben/BIP: Eigene Berechnung; Ausgaben/BIP pro DDD: Eigene Berechnung. (Hinweis: DDD und Ausgaben: nur GKV - BIP: Gesamtbevölkerung)

2.4 Abschlussbemerkungen zur technischen Effizienz

Die in den Abschnitten 2.1 bis 2.4 dargestellten Indikatoren und Auswertungen zur technischen Effizienz beruhen auf unterschiedlichen Datenquellen, wodurch sich die Anfangsjahre unterscheiden. Dennoch erlauben sie eine Auswertung bezüglich des Mengeneffektes (dargestellt pro Person bzw. Versicherten), der Kosten pro Mengeneinheit (im Verhältnis zum BIP) – und der resultierenden Gesamtkosten (ebenfalls mit dem BIP-Bezug). Die zugrundeliegenden Datenbanken erlauben auch eine Auswertung mit einheitlichem Startjahr, wie Tabelle 31 vereinfachend für den Zeitraum ab 2011 aufzeigt.

Tabelle 31: Veränderungen in Menge, Kosten/Mengeneinheit und Gesamtkosten in verschiedenen Sektoren (2011-2016/17)

	Menge/Kopf	Kosten/Mengen- einheit	Gesamtkosten
Stationärer Sektor	++	0	++
Ambulanter Sektor	+	0	+
Arzneimittel	++	-	+
- Generika	+++	---	-
- Patentgeschützte AM	--	+++	+++

3 Konzeption Ausgabenmonitoring

Wie bereits aufgezeigt, ist ein Ausgabenmonitoring die Voraussetzung, um die technische und systemweite Effizienz innerhalb eines HSPA zu erfassen. Die bisher vorgenommenen Effizienzauswertungen wurden auf einer relativ aggregierten Ebene durchgeführt, was u.a. am nicht vorhandenen Datenzugriff unterhalb der publizierten Aggregationsebenen innerhalb der Machbarkeitsstudie liegt. Über die bisherigen Auswertungen hinaus, sind aber durchaus weniger aggregierte Analysen bzw. Analysen nach Subgruppen innerhalb eines HSPA sinnvoll, dies können und sollten regionale Analysen sein, aber auch Analysen nach Patienten- bzw. Bevölkerungsgruppen, z.B. nach Altersgruppen oder auch Gesundheitszustand (Vorliegen einer chronischen Erkrankung bzw. entsprechender Diagnose). Um diese Analysen durchzuführen, ist jedoch der Zugriff auf weitere Datenquellen notwendig. Darüber hinaus sollte bei der Konzeptionierung eines Ausgabenmonitorings bedacht werden, dass dieses über das HSPA hinaus relevante Analysen ermöglicht und somit für vielfältige Verwendungszwecke genutzt werden kann. Die folgenden Ausführungen erläutern die Konzeption eines Ausgabenmonitorings genauer und zeigen wichtige vorliegende Datenquellen sowie Datenlücken auf.

3.1 Vorabüberlegungen zum Ausgabenmonitoring

Anschlussfähig: Ein Ausgabenmonitoring sollte sich weitestgehend auf schon bestehende Rechnungssysteme stützen, um Doppelarbeiten zu vermeiden. Die zwei relevantesten Rechensysteme für Gesundheitsausgaben in Deutschland sind, wie bereits zuvor beschrieben, die GAR und das SHA, die dementsprechend den Kern bilden sollten. Bei beiden stellt aber insbesondere der fehlende Personenbezug eine starke Einschränkung dar, die so weit wie möglich durch andere Datenquellen (von anderen Datenhaltern) kompensiert werden sollte.

Vernetzt und praktikabel: Das hier konzeptionalisierte Ausgabenmonitoring versteht sich als Ergänzung und Weiterführung von schon bestehenden Datenerhebungen und Ausgabenerfassungen. Neben der Anschlussfähigkeit an die GAR und das SHA sollten daher auch die Expertisen sowie die bereits vorliegenden Daten von verschiedenen Institutionen im deutschen Gesundheitssystem berücksichtigt werden. Datenverarbeitende Institutionen wie z.B. das KBV/ZI und das WIdO betreiben bereits Ausgabenmonitorings in verschiedenen Sektoren und Teilbereichen des Gesundheitssystems. Der Mehrwert des hier beschriebenen umfassenden Ausgabenmonitorings besteht in der Zusammenführung dieser Daten, Identifikation von Datenlücken und Bearbeitung sowie Weiterverarbeitung für systemweite Analysen wie z.B. im Rahmen eines HSPA.

Vielseitig: Neben systemweiten Analysen von Ausgabendaten für ein HSPA kann ein umfassendes, detailliertes und zeitnahes Ausgabenmonitoring auch für Prognosen nutzbar sein. Auf Grundlage der zu-

sammengetragenen Daten Inputs und Aktivitäten bzw. Leistungseinheiten können – unter Zugrundelegung angenommener Effizienzentwicklungen bzw. –vorgaben – Vorausberechnungen der resultierenden Gesundheitsausgaben vorgenommen werden (oder umgekehrt, aufgrund von angenommenen Ausgabenentwicklungen und Effizienzentwicklungen die damit finanzierten Aktivitäten bzw. Leistungseinheiten vorausberechnet werden).

Ein Ausgabenmonitoring sollte einerseits alle ausgabenrelevanten Daten und andererseits die notwendigen (Erklärungs-)Indikatoren, d.h. Inputs, Aktivitäten und Leistungseinheiten zur Berechnung der technischen Effizienz beinhalten.¹⁰ Des Weiteren sollte ein Ausgabenmonitoring **zeitnah** verfügbar (z.B. im gleichen Kalenderjahr, insbesondere wenn es auch für Prognosen genutzt werden soll), nach Ausgabenposten differenziert und wenig aggregiert sowie **regional aufgeschlüsselt** sein, um so zu einer **erhöhten Transparenz und Reformsteuerung** beitragen zu können. Für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik bedarf es des Weiteren einer **Zielvorgabe** von z.B. Reformen oder Kostendämpfungsmaßnahmen, die anschließend mit dem aktuellen Ist-Zustand des Ausgabenmonitoring verglichen werden können.

3.2 Konzeption Ausgabenmonitoring

Die GAR und SHA sind derzeit die einzigen gesundheitsökonomischen Rechensysteme, mit denen ganzheitliche Gesundheitssystemvergleiche durchgeführt werden können. Beide Instrumente weisen den Nachteil auf, dass sie bisher nur ex-post (zumeist 14 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres) und hochgradig aggregiert verfügbar sind. Sie haben zudem den Nachteil, dass sie – wie oben an den Beispielen ärztliche vs. pflegerische Leistungen (GAR) bzw. ambulante vs. stationäre Leistungen dargestellt – ergänzend betrachtet werden müssten. Über die GAR und SHA hinaus gibt es bereits verschiedene Datenbanken, welche theoretisch für ein Ausgabenmonitoring genutzt werden können. Diese liegen aktuell jedoch bei verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems mit unterschiedlichen Möglichkeiten des Datenzugriffs. Für ein umfassendes Ausgabenmonitoring müssten diese Daten jedoch möglichst vollständig einbezogen werden, um eine möglichst lückenlose Analyse zu gewährleisten. Des Weiteren muss beachtet werden, dass der Begriff „Ausgaben“ unterschiedlich betrachtet werden kann (bei Arzneimitteln z.B. „Gesamtausgaben“, „Gesamtausgaben ohne Zuzahlungen“, „Gesamtausgaben ohne Zuzahlungen und gesetzliche/kollektive Rabatte“ und schließlich „Gesamtausgaben ohne Zuzahlungen, gesetzliche/kollektive Rabatte und kassenindividuelle Rabatte“) und auch noch einige Datenlücken bestehen.

¹⁰ Die Berechnung der systemweiten Effizienz wird hier nicht primär als Aufgabe des Ausgabenmonitorings gesehen, sondern als zentrale, gemeinsam zu erbringende Aufgabe des HSPA- und Ausgabenmonitoringteams (vgl. Arbeitspaket C).

Abbildung 32 liefert ein Beispiel, welche Ausgaben- und Outputinformationen die verschiedenen Datenquellen zu Arzneimitteln derzeit liefern. Die Daten aus dem Arzneimittelverordnungsreport sind in grün markiert; orange sind die Felder, die aus den dort verfügbaren Informationen berechnet werden könnten, aber derzeit nicht veröffentlicht werden. In fett und umrahmt sind die Daten markiert, die in Abbildung 31 für die längsschnittliche Darstellung der technischen Effizienz genutzt wurden.

Abbildung 32: Ausdifferenzierung der Kosten für Medikamente anhand unterschiedlicher Gruppierungslogiken und Datenquellen

	Rezeptpflichtige Medikamente						Nicht-rezeptpflichtige Medikamente	
	1) Andere erstattete Rezepte	Zu- + Direktzahlungen (nicht erstattet)	GKV-Rezept 2) insgesamt	3) davon patentgeschützt davon mit EB	4) davon Generika*	GKV-Rezept 5) insgesamt	6) davon Generika*	7) OTC
Ausgaben/ Kosten								
GAR: AM	€ 55.078							
	Keine Aufteilung nach Rezeptpflicht; nur nach (1) Ausgabenträger (GKV € 40.522, private Haushalte € 7.786, PKV € 3.772, Arbeitgeber € 2.185, öffentliche Haushalte € 479, GUV € 252, GRV € 81) und (2) Einrichtung (Apotheken € 45.912, Krankenhäuser € 4.967, Einzelhandel € 3.443, Ausland € 587, Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen € 168)							
SHA: HC.5.1 (all HF)	€ 49.932 (nach HP: Apotheken € 45.912, Einzelhandel € 3.449, Ausland € 582, d.h. Krankenhäuser & Vorsorge-/Reha.einrichtungen € 0)							
	HC.5.1.1: € 44.730					HC.5.1.2: € 5.208		
nach HF	€ 5.844 (davon 2.302 HF.1.1, 3.371 HF.1.2.2, 84 HF.2.2, 87 HF.2.3)	€ 2.567 (HF.3)	€ 36.319 (HF.1.2.1)#			€ 102 (HF.1.2.1)		€ 5.106 (HF.3)
GKV-Ausgaben für AM (KV45)			€ 38.351					
abzgl. Verbandstoffe, Pflegeartikel etc.			- € 1.938					
Tatsächliche GKV-Ausgaben für AM i.e.S.			= € 36.413					
abzgl. Praxisbedarf			- € 1.405					
zzgl. Zuzahlungen		+ € 2.269						
GKV-AM-„Nettokosten“			= € 37.276					
		incl.	ja	ja**	ja**##	ja**	ja**	ja**
zzgl. Kollektivrabatte***			+ € 2.805					
		incl.	ja	ja**	ja**##	ja**	ja**	ja**
GKV-AM-„Umsatz“			= € 40.081					
		incl.	ja	ja**	ja**##	ja**	ja**	ja**
abzgl. Rezepturen und Auseinzelnungen			- € 3.962					
GKV-„Umsatz“ Fertig-Arzneimittel			= € 36.119					
		incl.	€ 36.119	€ 18.300	ja**##	€ 11.740	ja**	ja**
abzgl. verhandelte Kassenrabatte			- € 3.888 (aus KJ1)					
			z.Z. nicht möglich	z.Z. nicht möglich	z.Z. nicht möglich	z.Z. nicht mögl.****	nicht existent	
Menge								
Verordnungen			668	45	ja**	578	ja**	ja**
DDD			41.058	2.852	ja**	36.198	ja**	ja**

* genauer: nicht-patentgeschützte Arzneimittel; ** werden aber im AVR (derzeit) nicht getrennt publiziert; *** Apotheken- und Herstellerabschläge; **** im AVR werden vereinfachend die gesamten verhandelten Kassenrabatte bei den nicht-patentgeschützten Arzneimitteln erwähnt; # ggf. einschl. anderer Sozialversicherungsträger (z.B. Unfallversicherung); ## Unterschied zwischen Erstattungsbetrag und dem „offiziellen“ Listenpreis könnte berechnet und als „Einsparung“ ausgewiesen werden

Alle Angaben für 2016 (in Mio.)

Quelle: Eigene Darstellung nach SHA, GAR, Arzneiverordnungsreport (inkl. persönlicher Rücksprache mit dem WIdO), KJ1-Statistik.

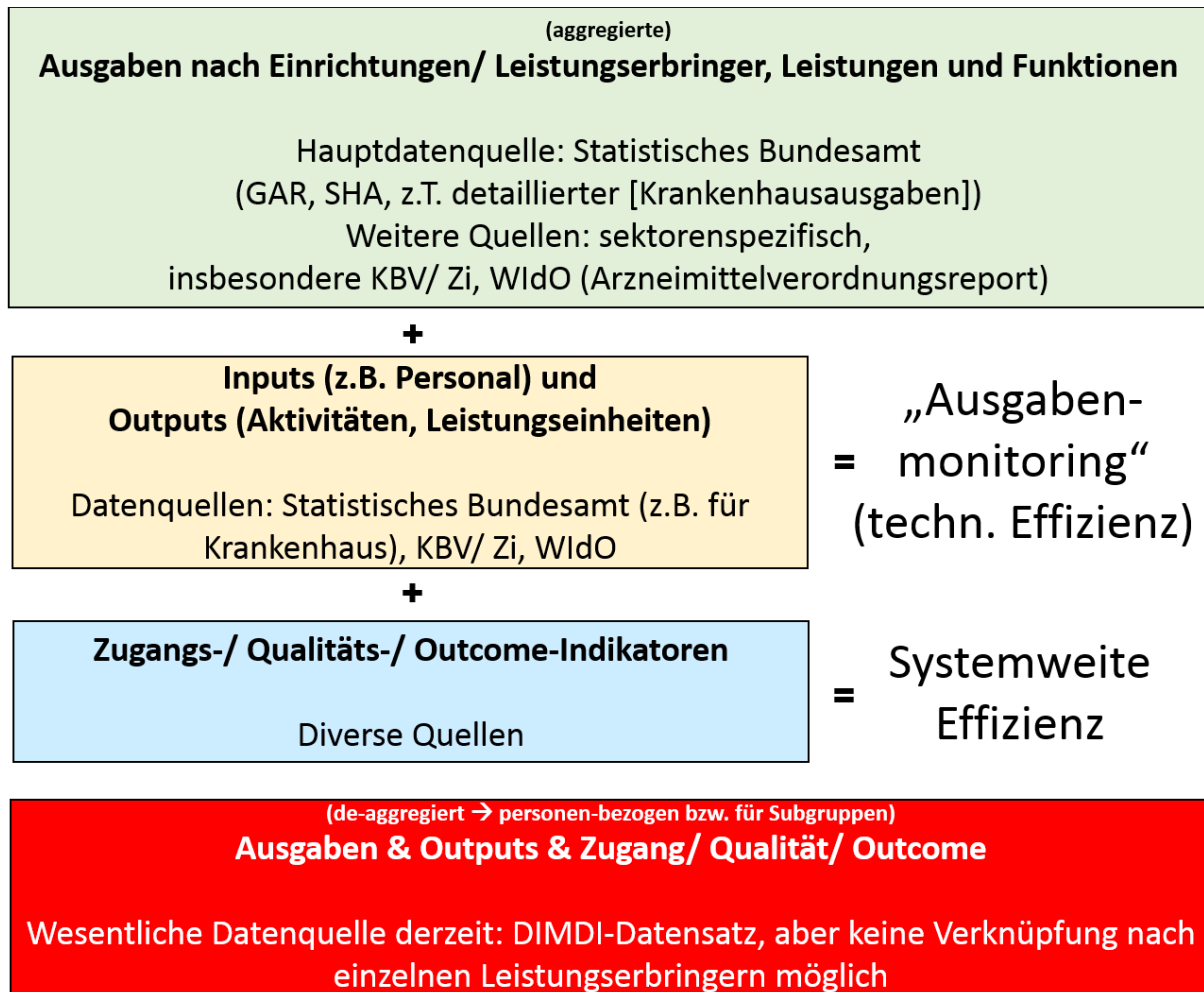
Auf Grund dieser aktuellen Einschränkungen bei Betrachtung der oben genannten Ziele, wird es daher notwendig sein, ein neues zentrales und umfassendes Ausgabenmonitoring aufzubauen – was aller Voraussicht nach heißt, eine solche Stelle neu zu etablieren (siehe Arbeitspaket C).

Für solch ein neu zu etablierendes Ausgabenmonitoring, das die oben genannten Ziele und Kriterien erfüllt, ist daher die Schaffung einer umfassenden Datenbasis angezeigt. Wie in A.III bereits dargestellt, verfügen verschiedene Institutionen im deutschen Gesundheitswesen über relevante Daten (z.B. in Form von Abrechnungsdaten) sowie umfassende Expertise in der Datengewinnung und -aufbereitung. Das zu etablierende Ausgabenmonitoring sollte als zentraler Datenpool in Ergänzung und Weiterführung zu diesen schon bestehenden Vorarbeiten gedacht werden. Zum Beispiel liegt dem Bundesversicherungsamt (BVA) für die Durchführung und Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ein kassenübergreifender und pseudonymisierter Datensatz vor, der für kleinteiligere Analysen im Ausgabenmonitoring – insbesondere hinsichtlich eines Patientenbezugs sowie Korrelationen und Interaktionen zwischen den Leistungsbereichen „stationär“, „ambulant“ und Arzneimittel – (weiter-) genutzt werden kann.

Das WIdO besitzt die Datenexpertise für Arzneimittel nach Kategorien (patentgeschützt/nicht-patentgeschützt [Generika]), DDD und Arzneimittelausgaben. Eine Datenlücke besteht aktuell in der Nichterfassung der vertraglich vereinbarten Kassenrabatte für Arzneimittel, die wiederum in der KJ1-Statistik als Einnahmen der GKV erfasst sind, allerdings nicht getrennt nach patentgeschützten und nicht patentgeschützten Arzneimitteln.

In Abbildung 33 sind potenzielle Datenquellen/-halter abgebildet, welche in einem Ausgabenmonitoring primär zusammengeführt werden sollten. Die Abbildung zeigt auch die Verknüpfung zu anderen Leistungsdimensionen beispielhaft für die Berechnung der systemweiten Effizienz – sowie die mit den derzeit für ein Ausgabenmonitoring routinemäßig zur Verfügung stehenden Daten nicht möglichen Auswertungen auf der Ebene von Patienten bzw. Subgruppen, wofür ein Zugriff auf versichertenbezogene GKV-Daten notwendig wäre, wie dies vom BVA für die Kalkulation des Risikostrukturausgleichs passiert. Ein entsprechender Datensatz steht beim DIMDI zu Verfügung, allerdings jeweils mit vierjähriger Zeitverzögerung.

Abbildung 33: Konzeption des Ausgabenmonitorings



Datenquelle: Eigene Darstellung

Eine mögliche Ausgestaltung der Datengewinnung und Analyse ist noch zu eruieren. Eine Möglichkeit ist, dass die Daten weiterhin von den bisherigen Institutionen ausgewertet werden, diese jedoch von der neuen Stelle „Ausgabenmonitoring“ für Analysen beauftragt werden können (z.B. durch eine Beauftragung des BVA oder „Weisung“ an Institutionen wie das WIdO). Alternativ – aber deutlich aufwendiger und daher nur als zweitbeste Lösung zu betrachten – kann auch eine Übermittlung der Daten an die Stelle „Ausgabenmonitoring“ angedacht werden. Kernaufgabe der Stelle des Ausgabenmonitoring sollte überwiegend in der Identifikation geeigneter Datenquellen, (der Koordination) der notwendigen Datenauswertungen, dem Zusammenfügen von Informationen aus den verschiedenen Quellen bzw. der Triangulation der Ergebnisse sowie der Aufbereitung der Ergebnisse sein (z.B. die Berechnung und Darstellung der Effizienzindikatoren innerhalb eines HSPA), nicht jedoch in der Datensammlung und Aufbereitung der Rohdaten liegen (insbesondere da für diese Aufgabe bereits vorhandene Ressourcen und Expertisen an den jeweiligen Institutionen bestehen).

Wie der konkrete Aufbau des Ausgabenmonitorings ausgestaltet werden sollte (z.B. hinsichtlich der Kooperation mit den anderen Institutionen, Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen), kann im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie nicht im Detail geklärt werden und sollte daher Thema weiterer Folgegutachten sein. Hier sollte auch die Frage der zeitnahen Verfügbarkeit für die Nutzung des Monitorings über das HSPA hinaus als „Controlling-Instrument“ bzw. hinsichtlich der Nutzung für Prognosemodelle weiterführend analysiert werden.

Wie in Kapitel C weiter ausgeführt, sollte das Ausgabenmonitoring auch als **Kommunikationsinstrument** genutzt werden und für ein breites Nutzerpublikum aufbereitet werden – zum Beispiel durch die spezifische Veröffentlichung von Ergebnissen für einzelne Patientengruppen, für die Evaluation und Nachsteuerung von Reformen und für eine erhöhte Transparenz bei der Verausgabung von Gesundheitsausgaben.

Box 4: Angeführte Datenlücken und -schwächen für exemplarische Datenquellen

Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der Kontenzuordnung und -gewichtung innerhalb der **GAR** und **SHA** ist eine transparentere Darstellung der Zuordnung/Gewichtung (für die GAR und für die SHA) bzw. ein aktuelles Methodenpapier des Statistischen Bundesamtes notwendig.

Regionale Gesundheitsausgaben sind durch die AG GGRdL methodisch vorbereitet und sollten auf die noch fehlenden 4 Bundesländer ausgeweitet werden. 2009 wurde die AG GGRdL ins Leben gerufen, um auch regionale Vergleiche zu ermöglichen. Aktuell sind 12 Bundesländer in der Arbeitsgruppe beteiligt und stellen Informationen auf Länderebene von 2008 bis 2016 bereit. Die Aufarbeitung von primärstatistischen Quellen lehnt sich an der bundesweiten GAR an. Nach eigenen Angaben der AG fehlten bisher die Ressourcen für eine deutschlandweite Validierung der regionalen Gesundheitskosten.

Sektorale Gesundheitsausgaben und Informationen über Inanspruchnahmen sind derzeit bei der KBV/ZI und WIdO angesiedelt und sind wichtig für die kleinteilige Analyse nach Preis- und Mengeneffekten. Für den stationären Sektor liegen die entsprechenden Daten beim Statistischen Bundesamt vor. Andere Erhebungen wie der SOEP sollten **Angaben zur PKV** abfragen und auswerten.

Arbeitspaket C: Quantifizierung des notwendigen Ressourceneinsatzes (personeller und finanzieller Aufwand) zum Aufbau und Betrieb eines HSPA

In Arbeitspaket C wird der notwendige Ressourceneinsatz zum Aufbau und Betrieb eines HSPA beschrieben. Um diesen abschätzen zu können, müssen die nachfolgenden Fragen beantwortet werden:

In welchem Umfang ist das HSPA insgesamt geplant? Welche Leistungen sind neben dem HSPA-Bericht geplant?

Die Frage nach dem Umfang des HSPA bezieht sich nicht nur auf die Anzahl der Indikatoren, sondern auch auf die Frage, welche weiteren Bausteine durch ein HSPA abgedeckt werden sollen. Wie aus den Erfahrungen verschiedener Länder zu entnehmen ist, sind HSPA-Initiativen dann besonders erfolgreich, wenn sie über die Erstellung und Publikation von reinen HSPA-Berichten hinausgehen. Dies schließt insbesondere ein:

- Kommunikation mit Medien und Öffentlichkeit (zu den eigentlichen HSPA-Berichten, aber auch zu internationalen Bewertungen, z.B. der Europäischen Kommission oder der OECD)
- Beantwortung von Anfragen zu Fragen der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems (z.B. kleine Anfragen von Bundestagsabgeordneten)
- Mitwirkung an bzw. Kommentierung von internationalen Bewertungen/Berichten (z.B. OECD)

Daneben muss überlegt werden, inwiefern die Datensammlung und –pflege der zur Berechnung der Indikatoren notwendigen Grunddaten nicht auch zur Aufgabe eines HSPA-Teams gehört. Wie oben erwähnt, ist insbesondere das Ausgabenmonitoring, d.h. die Sammlung, Datenpflege und Auswertung der Ausgabendaten und ihrer Kombination mit (Erklärungs-)Indikatoren zum Input und zu Outcomes, d.h. zur Berechnung der technischen und der systemweiten Effizienz, nicht entwickelt, wodurch weder belastbare und aussagekräftige Berechnungen für Deutschland vorliegen noch eine internationale Anschlussfähigkeit gegeben ist. Aufgrund der engen Verzahnung mit dem allgemeinen HSPA, und hier insbesondere hinsichtlich der Effizienzindikatoren, sollte die Etablierung von HSPA und Ausgabenmonitoring zusammen erfolgen. Inwiefern diese Einheit auch an der Definition von Zielen bzw. Zielwerten für das deutsche Gesundheitssystem auf der Grundlage des HSPA beteiligt ist, müsste ebenfalls überlegt werden.

Welchen Umfang haben die geplanten HSPA-Berichte und in welcher Frequenz sollen diese veröffentlicht werden?

Der Umfang der HSPA-Berichte wird durch die Auswahl der Indikatoren, der einbezogenen Analysen nach Bedarfskategorien und „Equity“-Gesichtspunkten sowie der Ausführlichkeit der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse beeinflusst. Die Frequenz mit der die HSPA-Berichte erstellt und veröffentlicht werden, ergibt sich ebenfalls aus dem Ziel des HSPA.

Wie bereits in Arbeitspaket A beschrieben, wurde aus den vorab formulierten Zielen des HSPA (Unterstützung einer evidenzbasierten Politiksteuerung, Identifizierung von Stärken und Schwächen, Messung von Fortschritten, Evaluierung von Reformmaßnahmen, Stärkung einer transparenten Darstellung der Leistungsfähigkeit des dt. Gesundheitssystems) abgeleitet, dass die HSPA-Berichte regelmäßig durchgeführt werden und eine Unterscheidung nach einem Kern-HSPA und Fokus-HSPA vorgenommen werden sollte.

Kern-HSPA: Bei einem Kern-HSPA handelt es sich um ein (weitestgehend) gleichbleibendes Indikatorenset, wie es in Arbeitspaket A entwickelt wurde. Dieses Indikatorenset ist auf 90 Indikatoren reduziert, die in ihrer Kombination dennoch einen umfassenden Überblick über die allgemeine Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems liefern. Für die Berichte zum Kern-HSPA bietet sich gemäß den bisherigen Erfahrungen anderer Länder ein Turnus von 2-3 Jahren an. Dies wird folglich auch für ein HSPA in Deutschland empfohlen; ob eher ein zwei- oder dreijährlicher Zyklus gewählt wird, hängt u.a. davon ab, ob eine Synchronisierung etwa mit den „Health at a Glance“-Berichten der OECD angestrebt wird – und wie groß die Kapazitäten für die Erstellung des Berichtes sind (d.h. ob sich das HSPA-Kernteam auf den Kern-HSPA konzentrieren kann oder auch mit den Fokus-HSPA eingespannt ist). Dieser Zeitraum ermöglicht einerseits ein regelmäßiges Monitoring und lässt andererseits gleichzeitig einen adäquaten Zeitrahmen, um die Ergebnisse zu kommunizieren. Daher wäre ein kürzerer Zeitraum (jährlich) nicht erstrebenswert.

Fokus-HSPA: Das Fokus-HSPA ist als ein flexibles Tool gedacht, welches eine Ergänzung zum Kern-HSPA darstellt. Das Fokus-HSPA kann u.a. genutzt werden, um Reformen gezielt im Rahmen eines HSPA zu evaluieren, Krankheitsentitäten detaillierter zu beleuchten oder auch Dimensionen sowie Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit, bspw. zwischen den Regionen, tiefergehend zu analysieren. Entsprechend werden für das Fokus-HSPA je nach Themenschwerpunkt ausgewählte Indikatorensets genutzt. Hierfür ist eine enge Kooperation mit den entsprechenden Stakeholdern wünschenswert. Das Fokus-HSPA wird idealerweise nach Bedarf variiert und ist an das Kern-HSPA angeschlossen; es sollte überlegt werden, das Kern-HSPA mit jeweils zwei Fokus-HSPAs zu ergänzen (siehe B1 und B2), damit eine notwendige Themenbreite erreicht werden kann.

Die vorgeschlagene Kombination ermöglicht es zum einen, auf der Basis eines (weitestgehend) gleichbleibenden Indikatorensets ein regelmäßiges und handhabbares Monitoring über die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erzielen, Fortschritte zu messen sowie Stärken und Schwächen und darauf aufbauend einen möglichen Reformbedarf zu identifizieren. Zum anderen wird durch die Kombination mit einem fokussierenden HSPA zusätzlich die Möglichkeit gegeben, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in bestimmten Bereichen noch detaillierter zu betrachten.

Es wird vorgeschlagen, den HSPA-Bericht in drei Hauptabschnitte zu unterteilen:

Teil A – Kern-HSPA

- A1: Vorstellung der Ergebnisse der Schlüsselindikatoren, wobei jeder Indikator auf ca. einer Doppelseite berichtet wird.
- A2: Vorstellung der Ergebnisse zu den anderen Kern-Indikatoren, gegliedert nach Dimensionen.

Wie in Abschnitt A.VI beschrieben, werden die Ergebnisse Deutschlands in Bezug zu Ergebnissen ausgewählter Vergleichsländer gesetzt und anhand der Durchschnittswerte sowie eines Rankings bewertet. Für die Schlüsselindikatoren wird dabei eine detaillierte Auswertung vorgeschlagen, während die weiteren Indikatoren zusammenfassend in kurzen Kapiteln pro Dimension ausgewertet werden. Bei den Auswertungen werden neben der Einordnung der Ergebnisse auch methodische Aspekte betrachtet.

Teil B – Fokus-HSPA

- B1: Thematischer Schwerpunkt nach Dimension (z.B. „Zugang“) oder Reform (z.B. „Evaluation des AMNOG“)
- B2: Thematischer Schwerpunkt nach Krankheit (z.B. „Diabetes“, „Krebs“ oder „Psychische Erkrankungen“) oder Bevölkerungsgruppe (z.B. „Kinder“)

Wie bereits ausgeführt, kann das Fokus-HSPA vom Typ B1 flexibel eingesetzt werden, um aktuelle relevante Aspekte der Gesundheitsversorgung zu untersuchen. Dies kann sowohl Reformen als auch spezielle Krankheitsgruppen betreffen. Beim Fokus-HSPA vom Typ B2 ist eine enge Kooperation mit anderen Stakeholdern oder Initiativen (bspw. Diabetes Surveillance) notwendig bzw. erstrebenswert.

Teil C – Zusammenfassende Beschreibung und politische Implikationen

In Teil C folgen eine zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse aus Teil A und B sowie die Ableitung von politischen Implikationen.

Neben dem gedruckten HSPA-Bericht sollte eine Internetseite bestehen, auf der die Grafiken zu den Kernindikatoren sowie die Daten zu den Indikatoren als Excel-Tabelle abgerufen werden können. Jedes Jahr erfolgt zudem eine Aktualisierung der Kern-Indikatoren auf der zugehörigen Internetseite.

Welche Kommunikationsstrategien werden für die Berichte und über die Berichte hinaus geplant?

Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass die Kommunikation der Ergebnisse einen besonders hohen Stellenwert bei einem erfolgreichen HSPA einnimmt. Die Ergebnisse des HSPA werden üblicherweise in Form eines Berichts veröffentlicht. Vor Veröffentlichung der Ergebnisse sollten alle relevanten Stakeholder die Möglichkeit erhalten, den Bericht zu lesen und zu kommentieren. Idealerweise wurden die Stakeholder bereits bei der Erstellung des Berichts miteinbezogen. Die Veröffentlichung des Berichts sollte zudem von einer Vorstellung für die interessierte Fachöffentlichkeit begleitet werden.

Wesentlich erscheint auch, dass die für Gesundheitsreformen zuständigen politischen Ebenen direkt erreicht werden. Wie direkt die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger erreicht werden können, hängt maßgeblich davon ab, an welcher Institution das HSPA angesiedelt ist. Hier kann vor allem unterschieden werden zwischen dem Bundesgesundheitsministerium als Überbringer des Berichts und dem Bundesgesundheitsministerium als Empfänger des Berichts. Wäre das BMG für das HSPA direkt verantwortlich, könnte es als Bericht der Bundesregierung erscheinen und zur Beratung dem Bundestag und zur Stellungnahme dem Bundesrat zugeleitet werden. Diese Möglichkeit besteht jedoch nur, wenn das BMG direkt verantwortlich ist, was wiederum andere Nachteile mit sich bringt.

Über die Berichtsform hinaus, sollten die Ergebnisse auch online zugänglich sein. Ein Beispiel für eine nutzerfreundliche und informative Aufarbeitung der Ergebnisse online liefert Kanada oder für Deutschland bereits der Armuts- und Reichtumsbericht.

An welcher Institution sollte das HSPA angesiedelt sein?

Anlehnend an die Recherchen zu den HSPA-Ländererfahrungen (A.I) gibt es verschiedene Möglichkeiten für die institutionelle Verankerung eines HSPAs. Im Nachfolgenden werden die vereinfachten Möglichkeiten beschrieben und hinsichtlich der Vor- und Nachteile diskutiert. Eine Zusammenfassung der Vor- und Nachteile findet sich in Tabelle 32.

Tabelle 32: Mögliche Institutionen für die Durchführung eines HSPA

Verantwortliche Institution	Vorteile	Nachteile	Länderbeispiele für das vorgeschlagene Modell
BMG	- Klares politisches „Bekenntnis“ für ein HSPA - Ergebnisse können direkt politisch verankert werden - „Nachverfolgung“ der politischen Implikationen ist so eher gegeben - Klare Zuständigkeit - stärkste Position um Datenzugriff/Auswertungen verschiedener Institutionen zu gewährleisten (z.B. über Weisungen)	- Vorwurf der selektiven Indikatorenauswahl/Interpretation hinsichtlich eigener Interessen (durch transparenten Prozess und Einbezug Expertengruppen beizukommen)	Irland, Norwegen, Malta, Neuseeland
Delegation durch das BMG an nachgeordnete Behörden	- Vorarbeiten und wissenschaftliche Ausrichtung von z.B. dem RKI durch die Diabetes Surveillance, Burden 2020 Studie - Wissenschaftliche Unabhängigkeit	- Distanz zu Reformen, nationalen Zielsetzungen des Gesundheitssystems - Datenzugriff noch zu klären	Niederlande
Delegation durch das BMG an Sachverständigenrat	- Bündelung von verschiedenen Experten und Interessen - Wissenschaftliche Unabhängigkeit	- Sichtbarkeit des HSPAs eventuell eingeschränkt - Datenzugriff zu klären - Interaktion mit verschiedenen Stakeholdern - Nachhaltigkeit und Kontinuität des HSPAs	Ungarn (eingeschränkt vergleichbar)
Unabhängiges Forschungsinstitut/NGO	- Wissenschaftliche Aufbereitung und Begleitung des HSPAs - Unabhängigkeit - Ownership des Indikatorensets und Neutralität in Interaktion mit Stakeholdern	- Distanz zu Reformvorhaben - Datenzugriff zu klären - Geringe Sichtbarkeit und Wirksamkeit des HSPAs - Nachhaltigkeit der Finanzierung	Kanada (eingeschränkt vergleichbar)
Kooperationsmodell mit verschiedenen Stakeholdern im Gesundheitssystem	- breiter Konsens - möglichst breite Datenbasis - Ownership von verschiedenen Stakeholdern	- Gefahr der Fragmentierung - Interessenmediation innerhalb des HSPAs - Distanz zu Reformen und Zielsetzung	Belgien

Um die Ergebnisse des HSPA politisch zu verankern, ist daher eine Verantwortlichkeit des BMG für das HSPA zu empfehlen. Eine solche Verankerung am BMG könnte durch einen Beschluss im Bundestag zur regelmäßigen Durchführung eines HSPAs herbeigeführt werden, in dem es als (regelmäßiges) Instrument zur Überprüfung politischer Maßnahmen festgelegt wird. Da sich 2008 alle Mitgliedsländer

der Europäischen Region der WHO im Rahmen der Charta von Tallinn verpflichtet haben, zu einer Stärkung der Gesundheitssysteme beizutragen, liegt eine klare Begründung für die regelmäßige Durchführung eines HSPAs für Deutschland vor.

Eine Verankerung am BMG kann entsprechend des Vorgehens beim Armuts- und Reichtumsbericht vorgenommen werden, d.h. die Ressourcen/Expertise am BMG für die Erstellung eines HSPA wird sukzessive aufgebaut. Zu Beginn ist es empfehlenswert, dass der/die erste/n Berichte über eine Projektarbeitsgruppe mit entsprechender Expertise im Bereich HSPA – in enger Abstimmung mit dem und unter Einbeziehung des BMG – erstellt werden. Gleichzeitig sollten im BMG die technischen und personellen Ressourcen für ein Ausgabenmonitoring geschaffen werden, da die Ausgaben-bezogenen Daten derzeit nicht in einer für ein HSPA notwendigen aufbereiteten Weise zur Verfügung stehen (s. Arbeitspaket B.3).

Zudem sollte von Beginn an ein wissenschaftlicher Beirat gebildet werden, der die Erstellung des HSPA begleitet. Darüber hinaus ist eine Einbeziehung der relevanten Stakeholder essentiell. Der Prozess der Indikatorenauswahl, Berichtserstellung etc. sollte von größtmöglicher Transparenz sein, so dass bspw. Rückmeldungen der Experten und die Einarbeitung dieser über die HSPA-Internetseite nachvollzogen werden können. Für die nachfolgenden Berichte könnte dann zunehmend die Erstellung des HSPA an das BMG übergeben werden; ein Zwischenschritt könnte die Koordination und finale Fertigstellung am BMG, die Datenanalyse bzw. Auswertung nach Dimensionen aber ggf. über Aufträge an wissenschaftliche Institutionen sein. Für die vollständige Übertragung an das BMG muss natürlich weiterhin die inhaltliche Unabhängigkeit gewährleistet werden, so dass beispielsweise bei der Auswahl der Indikatoren nicht im „eigenen Interesse“ gehandelt wird oder Fakten in der Außendarstellung beschönigt werden (siehe Ereignisse beim Armuts- und Reichtumsbericht). Um dies sicherzustellen, ist die Einbeziehung eines unabhängigen wissenschaftlichen Gutachtergremiums mit hochrangigen Experten aller relevanten Bereiche notwendig.

Welche Stakeholder des Gesundheitssystems sollten einbezogen werden? Wie sieht die Einbindung aus

Für ein HSPA, das erfolgreich – im Sinne der Akzeptanz der Ergebnisse und Schlussfolgerungen sowie der Einsicht in notwendige Reformen – sein soll, ist – neben dem Bundestag als primären Rezipienten des HSPA und der Wissenschaft im Wissenschaftlichen Beirat – die Einbeziehung wesentlicher Stakeholder notwendig. Dabei ist an die Einbeziehung in drei unterschiedlichen Ebenen zu denken:

1. Schaffen bzw. Verbessern der Datengrundlage durch das Sammeln bisher fehlender Daten, insbesondere die Ausweitung bestehender Datenerhebungen (hinsichtlich größerer Teilnehmerzahlen, zusätzlicher Frageitems und der Möglichkeit der Auswertung nach Bedarfskategorien oder „Equity“-Gruppen) und der Verknüpfungsmöglichkeit mit anderen Datenquellen.
2. Partizipation, ggf. sogar Federführung, beim/für das Erstellen von Fokus-HSPA (was gleichzeitig das für die HSPA-Erstellung zuständige Kernteam entlastet).
3. Einbezug in die Präpublikations-Phase, d.h. das Vorabverhalten eines Entwurfs der HSPA-Berichte mit Bitte um Review und Kommentare sowie Beitrag zur gemeinsamen Diskussion.

Tabelle 33 listet die wesentlichen einzubindenden Stakeholder mit der/den Ebene(n), für die sie insbesondere einzuplanen sind.

Tabelle 33: Wesentliche Stakeholder für verschiedene Ebenen des HSPA

	Schaffen/Verbessern der Datengrundlagen	Partizipation an HSPA-Erstellung (insb. Fokus-HSPA)	Review des HSPA-Entwurfs
Destatis	X		
WIdO	X		
CWF	X		
NAKO	X		
GKV & PKV	X		X
KBV mit ZI	X		X
RKI	X	X (z.B. Diabetes, Kinder)	X
IQTIG	X	X (Qualität)	
AWMF/Fachgesellschaften		X (insb. krankheitsspezifische Fokus-HSPA)	X
Patientengruppen		X (Responsiveness)	X
DKG			X

Ob alle hier genannten Institutionen (plus ggf. weitere) wie beim Armuts- und Reichtumsbericht formal Mitgliedschaft in einem Beraterkreis erhalten sollen, müsste noch weiter abgewogen werden. Angesichts der Vielzahl von Gremien im Gesundheitswesen ist dies aber wohl nicht prioritär notwendig.

Welche bestehenden Ressourcen können genutzt werden?

Ein in Deutschland aufzubauendes HSPA kann auf eine Reihe von Erfahrungen und Strukturen aufbauen. Dazu gehören die Autoren dieser Machbarkeitsstudie und ihre internationalen Kooperationen, die sich u.a. im internationalen Beirat für diese Machbarkeitsstudie niedergeschlagen haben, aber auch in der Verbindung mit dem European Observatory on Health Systems and Policies, was u.a. zusammen mit der OECD die „Health Profiles“ für die Europäische Kommission verantwortet. Bereits bei der Auswahl der Indikatoren für die Machbarkeitsstudie wurde darauf geachtet, bereits existierende Datenquellen für die (meisten) Indikatoren zu identifizieren, womit die mit der Datenerhebung und -auswertung genutzten Ressourcen auch für das HSPA zur Verfügung stünden.

Zudem sollte auf die vom BMAS bei der Erstellung des Armuts- und Reichtumsberichts gemachten Erfahrungen (und ggf. auch Strukturen) zurückgegriffen werden können.

Welche Barrieren sind für die erfolgreiche Implementierung eines HSPA bekannt? Welche fördernden Faktoren bestehen?

Um aus bestehenden HSPA-Erfahrungen zu lernen, wurde der internationale Beirat dieser Machbarkeitsstudie zu ihren Einschätzungen hinsichtlich Barrieren und fördernden Faktoren befragt, drei internationale Experten gaben dazu ihre Rückmeldung ab.

Als eine Barriere wurde die Verfügbarkeit von reliablen Daten genannt und hier insbesondere die zeitnahe und regelmäßige Datenverfügbarkeit. Dieser Punkt wurde in der Machbarkeitsstudie bereits in der Auswahl der Indikatoren berücksichtigt und in Arbeitspaket A.III ausführlich diskutiert; zumindest hinsichtlich der unter das Ausgabenmonitoring fallenden Berechnungen sei hier aber auch auf Berechnungen bzw. Extrapolation der Daten verwiesen (vgl. B.3.1). Als ein weiterer Punkt, wurde eine fragmentierte Zuständigkeit genannt: „Fragmented responsibilities of government layers, fragmentation in financing with corresponding weak accountability“. Dieser Punkt sollte insbesondere bei der institutionellen Angliederung sowie der Finanzierung des HSPA bedacht werden. Zudem wurde von den Experten darauf hingewiesen, dass Kritik durch andere Stakeholder an der Indikatorenauswahl und somit am gesamten HSPA eine Barriere für die erfolgreiche Implementation sein kann. Diese Barriere sollte durch einen möglichst frühzeitigen Einbezug aller Stakeholder und einer möglichst transparenten Dokumentation hinsichtlich der Erstellung des gesamten HSPA-Berichts umgangen werden (siehe dazu auch den Punkt „Welche Stakeholder sollten einbezogen werden?“).

Als unterstützende Faktoren wurde unter anderem eine klare politische Vorstellung von der Funktion und den Zielen eines HSPAs genannt. Zudem wurde betont, dass in den zuständigen Ministerien ausreichend Personalressourcen vorhanden sein müssen, um die aus dem HSPA abgeleiteten Implikationen entsprechen nachzuverfolgen bzw. umzusetzen. Es wurde zudem mehrfach darauf hingewiesen (sowohl bei den fördernden Faktoren als auch bei den Barrieren), dass eine gute Führung und Steuerung des HSPAs sowie eine gute Kooperation mit den Stakeholdern des Gesundheitssystems unerlässlich für den Erfolg ist.

Zusammenfassend waren die wichtigsten Punkte für ein erfolgreiches HSPA:

- Klare Vorstellung über die Ziele und Funktion des HSPA
- Enge politische Einbindung, inkl. der notwendigen Ressourcen, Implikationen des HSPAs weiterverfolgen zu können.
- Solide, regelmäßig aktualisierte Datengrundlage

- Klare Interpretation der Indikatoren inkl. Ableitung der Implikationen für die Politik.
- Enger Einbezug aller relevanten Stakeholder über den gesamten Prozess der HSPA Erstellung.
- Eine gute Steuerung/Führung des gesamten HSPA-Prozesses

Um ein HSPA in Deutschland „erfolgreich“ zu implementieren, müssen (auch unter Einbezug der Rückmeldung der Experten) einerseits die bereits weiter oben unter Vorüberlegungen genannten Kriterien (regelmäßig, nutzerfreundlich, anschlussfähig, flexibel, Systemgrenzen berücksichtigend) erfüllt sein, andererseits muss das einzelne HSPA (und damit der zugrundeliegende Prozess) qualitativ hochwertig sein, also trotz der notwendigen Politikrelevanz strenge wissenschaftliche Kriterien hinsichtlich Datenqualität, -aufbereitung und -interpretation erfüllen. Dabei kann u.a. von den nationalen Erfahrungen mit dem Armuts- und Reichtumsbericht und den internationalen Erfahrungen mit HSPAs und den „Health Profiles“ gelernt werden.

Um die HSPA-Akzeptanz (insbesondere bei Stakeholdern im Gesundheitswesen, aber auch in der Öffentlichkeit) nicht zu gefährden, darf, wie bereits erwähnt, nicht der Eindruck aufkommen, dass mit dem HSPA (oder einzelnen Indikatoren) eigene Interessen des BMG verfolgt werden. Diese Problematik ist bereits bei den Ausführungen zu einem wissenschaftlichen Beirat und einem Gutachtergremium angesprochen. Auch die breite Einbeziehung von Stakeholdern in den Reviewprozess soll dem entgegenwirken und zu einer Akzeptanzerhöhung beitragen. Dabei müssen aber die möglichen eigenen Interessenskonflikte unterschiedlicher Stakeholder berücksichtigt werden.

Quantifizierung des Ressourcenaufwands

Mit der klaren Limitation, dass etliche der, für eine genaue Quantifizierung notwendigen, Rahmenbedingungen (Periodizität, Umfang hinsichtlich Anzahl der Fokus-HSPA, Aufgabenverteilung zwischen Kernteam und anderen Akteuren insbesondere bei den Fokus-HSPA etc.) noch zu determinieren sind, soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, die notwendigen Ressourcen abzuschätzen.

Dazu ist es zunächst nötig, sich die (möglichen) Aufgaben eines HSPA- und Ausgabenmonitoringteams vor Augen zu führen:

- Erstellen der eigentlichen HSPA-Berichte, vermutlich alle 2 Jahre, bestehend aus drei Teilen (insbesondere Kern-HSPA, Fokus-HSPA mit zwei Themen, wobei vermutlich eines überwiegend vom HSPA-Team erstellt wird und das andere in Kooperation mit anderen Akteuren), was den regelmäßigen (Daten-)Austausch mit datenhaltenden bzw. -produzierenden Institutionen, die Abstimmung mit anderen politischen Akteuren, Wissenschaftlichem Beirat und Stakeholdern einschließt (siehe oben).
- Ausgabenmonitoring, d.h. die Sammlung, Datenpflege und Auswertung der Ausgabendaten und ihrer Kombination mit (Erklärungs-)Indikatoren zum Input und zu Outcomes (überwiegend

von anderen Akteuren), d.h. zur Berechnung der technischen und der systemweiten Effizienz (siehe oben).

- Kommunikation mit Medien und Öffentlichkeit (Pressemitteilungen, Webseite etc.), Beantwortung von Anfragen zu Fragen der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems und Mitwirkung an bzw. Kommentierung von internationalen Bewertungen/Berichten (siehe oben).

Angesichts dieser Aufgabenvielfalt erscheint eine personelle Ausstattung mit mindestens 2 bis 3 Vollzeitstellen für jedes der drei Pakete notwendig. Daneben ist eine adäquate räumliche und technische Ausstattung notwendig.

Referenzen

- Ahrens, Wolfgang; Jöckel, K-H (2015): Der Nutzen großer Kohortenstudien für die Gesundheitsforschung am Beispiel der Nationalen Kohorte. In: *Bundesgesundheitsbl.* 58 (8), S. 813–821. DOI: 10.1007/s00103-015-2182-x.
- Allemani, Claudia; Matsuda, Tomohiro; Di Carlo, Veronica; Harewood, Rhea; Matz, Melissa; Nikšić, Maja et al. (2018): Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. In: *The Lancet* 391 (10125), S. 1023–1075. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3.
- Arah, Onyebuchi A.; Westert, Gert P.; Hurst, Jeremy; Klazinga, Niek S. (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. In: *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care* 18 Suppl 1, S. 5–13. DOI: 10.1093/intqhc/mzl024.
- Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) (2018a): Gesundheitsausgaben in Deutschland und den Ländern 2016 nach Ausgabenträgern. Online verfügbar unter http://www.ggrdl.de/GGR/A_P_VI_t_Traeger_2016.pdf, zuletzt geprüft am 29.11.2018.
- Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) (2018b): Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene nach Ausgabenträgern. Berechnungsstand: Februar 2018. Hg. v. Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL)“ im Auftrag der Statistischen Ämter der Länder. Online verfügbar unter http://www.ggrdl.de/GGR/A_P_VI_meth_2018.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2018.
- Arora, Vishal S.; Karanikolos, Marina; Clair, Amy; Reeves, Aaron; Stuckler, David; McKee, Martin (2015): Data Resource Profile: The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). In: *International Journal of Epidemiology* 44 (2), S. 451–461. DOI: 10.1093/ije/dyv069.
- Australian Institute of Health and Welfare (2018): Australia's health 2018. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. Online verfügbar unter <https://www.aihw.gov.au/getmedia/7c42913d-295f-4bc9-9c24-4e44eff4a04a/aihw-aus-221.pdf.aspx?inline=true>, zuletzt geprüft am 23.11.2018.
- Behnke, Michael; Aghdassi, Seven Johannes; Hansen, Sonja; Diaz, Luis Alberto Peña; Gastmeier, Petra; Piening, Brar (2017): The Prevalence of Nosocomial Infection and Antibiotic Use in German Hospitals. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 114 (50), S. 851–857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
- Beitel, Christoph; Labek, Anna; Dragosits, Aline; Scheuringer, Martin (2014): Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen Schwerpunkt: Outcomes SV-Grundlagenbericht. Theorie, Outcomes-Framework, Indikatorenvorschlag, Empfehlungen. Hg. v. OÖGKK – Forum Gesundheit & Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung. Online verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.603013&version=1413959169>, zuletzt geprüft am 08.11.2018.
- Bekelman, Justin E.; Halpern, Scott D.; Blankart, Carl Rudolf; Bynum, Julie P.; Cohen, Joachim; Fowler, Robert et al. (2016): Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. In: *JAMA* 315 (3), S. 272–283. DOI: 10.1001/jama.2015.18603.

Berry, Natalie (2015): How does the NHS compare with health systems in other countries? Hg. v. The Health Foundation. Online verfügbar unter <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HowDoesTheNHSCompareWithHealthSystemsInOtherCountries.pdf>, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

Björnberg, A. (2016): Euro Health Consumer Index 2015. Hg. v. Health Consumer Powerhouse.

Bojke, Chris; Castelli, Adriana; Grašič, Katja; Mason, Anne; Street, Andrew (2018): Accounting for the Quality of NHS Output. Hg. v. Centre for Health Economics (CHE Research Paper 153). Online verfügbar unter https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP153_accounting_quality_NHS_output.pdf, zuletzt geprüft am 08.11.2018.

Börsch-Supan, Axel; Alcker, Kirsten H. (Hg.) (2005): The survey of health, aging [ageing], and retirement in Europe. Methodology ; [SHARE, survey of health, ageing and retirement in Europe]. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Mannheim: MEA. Online verfügbar unter http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/Methodology/Methodology_2005.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Busse, Reinhard; Blümel, Miriam (2014): Germany: health system review. Health Systems in Transition. 2. Aufl. Hg. v. World Health Organization Regional Office for Europe (16).

Canadian Institute for Health Information (2013): A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System. Updated November 2013. Online verfügbar unter https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Cancer Survival Group (2018): CONCORD Programme. Online verfügbar unter <http://csg.lshtm.ac.uk/research/themes/concord-programme/>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Carinci, Fabrizio; van Gool, K.; Mainz, J.; Veillard, J.; Pichora, E. C.; Januel, J. M. et al. (2015): Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. In: *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care* 27 (2), S. 137–146. DOI: 10.1093/intqhc/mzv004.

Commission of the European Communities (2009): Executive summary of the impact assessment. Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU. Brussels (Commission Communication). Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_iasum_en.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

Commonwealth Fund (2015): 2015 Commonwealth Fund International Survey of Primary Care Physicians in 10 Nations. Online verfügbar unter <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2015/dec/2015-commonwealth-fund-international-survey-primary-care-physicians>, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

Commonwealth Fund (2018): International Health Policy Surveys. Online verfügbar unter <https://www.commonwealthfund.org/series/international-health-policy-surveys>, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

Cylus, Jonathan; Papanicolas, Irene; Smith, Peter C. (Hg.) (2016): Health System Efficiency. How to make measurement matter for policy and management. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe (Health policy series, 46).

Czajka, Sebastian; Rebeggiani, Luca (2016): Die Dauerstichprobe befragungsbereiter Haushalte als Auswahlgrundlage für EU-SILC. In: *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik* (10), S. 621–629.

Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Wirtschafts-Zeitbudget/DauerstichprobeHaushalteAuswahlgrundlage_102014.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Stand: Schlüsselfortschreibung vom 6.6.2018. ergänzt um die Festlegungen der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V. Unter Mitarbeit von Markus Holzbrecher-Morys. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/media/file/93431.Gesamtdokumentation_SGBV_301_2018-06-06.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2018.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO): DSO: Warteliste und Vermittlung. Online verfügbar unter <https://www.dso.de/organspende-und-transplantation/warteliste-und-vermittlung.html>, zuletzt geprüft am 08.11.2018.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2007): DIW Berlin: SOEP Cross-country. DIW Berlin. Online verfügbar unter https://www.diw.de/de/diw_01.c.578338.de/soep_cross_country.html, zuletzt aktualisiert am 03.01.2007, zuletzt geprüft am 18.02.2019.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2016): SOEP Desktop Compendium (DTC). Online verfügbar unter <http://about.paneldata.org/soep/dtc/>.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2018a): Datenzugang: Bedingungen zur Nutzung des SOEP. Online verfügbar unter https://www.diw.de/de/diw_02.c.238238.de/bedingungen.html, zuletzt geprüft am 18.06.2018.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hg.) (2018b): European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)-like panel for Germany based on the Socio-Economic Panel (SOEP). DESCRIPTION OF TARGET VARIABLES: Longitudinal. Version June 2018. Online verfügbar unter https://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw_01.c.592700.de/eu-silc_code-book_de_version_june_18.pdf, zuletzt geprüft am 06.11.2018.

Deutsches Zentrum für Altersfragen: Deutscher Alterssurvey (DEAS): Die zweite Lebenshälfte. Online verfügbar unter <https://www.dza.de/forschung/deas.html>, zuletzt geprüft am 21.02.2019.

Devaux, Marion; Looper, Michael de (2012): Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. Paris: OECD Publishing (OECD Health Working Papers, 58).

DIMDI (2018): Informationssystem Versorgungsdaten (Datentransparenz): Datensatzbeschreibung. Version 02.14.000. Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/weitere-fachdienste/versorgungsdaten/datensatzbeschreibung/>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Drösler, Saskia E.; Kostanjsek, Nenad F. I. (2018): Analyse der Behandlungsqualität mittels ICD-11 : Differenzierte Kodierung von Behandlungsfehlern. In: *Bundesgesundheitsbl.* 61 (7), S. 821–827. DOI: 10.1007/s00103-018-2749-4.

Europäische Kommission (Hg.): Micro-data coverage. Eurostat. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/203704/EU-SILC_coverage.pdf/6959f18f-2141-4b01-b392-734f15f283c6, zuletzt geprüft am 16.11.2018.

Europäische Kommission (20.02.2013): Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und

Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). In: *Amtsblatt der Europäischen Union*. Online verfügbar unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013R0141&from=DE>, zuletzt geprüft am 18.02.2019.

Europäische Kommission (2014a): Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen. ESVG 2010. Luxemburg. Online verfügbar unter <http://publications.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/ad553c0f-92cc-4140-800f-c0e6ff0ce1ee>.

Europäische Kommission (Hg.) (2014b): Terms of reference for an expert group on health systems performance assessment. Europäische Kommission (11264/1/14 REV 1). Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/expert_group_tor_en.pdf, zuletzt aktualisiert am 09.09.2014, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

Europäische Kommission (2018a): ECHI - European Core Health Indicators. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en, zuletzt geprüft am 30.07.2018.

Europäische Kommission (2018b): European Core Health Indicators. Infant mortality rate. Online verfügbar unter <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=11>, zuletzt geprüft am 25.01.2019.

Europäische Kommission (Hg.) (2018c): Social Protection Committee. Online verfügbar unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en>, zuletzt aktualisiert am 2018, zuletzt geprüft am 26.10.2018.

Europäische Kommission (2018d): How to apply for microdata? Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/771732/How_to_apply_for_microdata_access.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2018.

Europäische Kommission Directorate-General [DG] Employment, Social Affairs and Inclusion (2015): Towards a Joint Assessment Framework in the Area of Health Work in progress: 2015 update. Brussels. Online verfügbar unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en&more-Documents=yes>, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

Europäische Kommission, Social Protection Committee (2017): 2016 Social Protection Performance Monitor (SPPM) dashboard results. December 2016 update. Online verfügbar unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en>, zuletzt geprüft am 30.07.2018.

European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium (2004): Health and Care seeking (ESS2 2004). Hg. v. European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium. City, University London. Online verfügbar unter <http://www.europeansocialsurvey.org/data/themes.html?t=health>, zuletzt geprüft am 20.06.2018.

European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium (2014): Social Inequalities in Health (ESS7 2014). Hg. v. European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium. City, University London. Online verfügbar unter <http://www.europeansocialsurvey.org/data/themes.html?t=healthineq>, zuletzt geprüft am 20.06.2018.

European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium (o.J. [2016]): ESS Themes. City, University London. London. Online verfügbar unter <http://www.europeansocialsurvey.org/data/module-index.html>, zuletzt geprüft am 18.06.2018.

European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium (o.J. [2018a]): About the European Social Survey European Research Infrastructure – ESS ERIC. City, University London. London. Online verfügbar unter <http://www.europeansocialsurvey.org/about/>, zuletzt geprüft am 18.06.2018.

European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium (o.J. [2018b]): Frequently Asked Questions. Data. City, University London. London. Online verfügbar unter <http://www.europeansocialsurvey.org/about/faq.html>, zuletzt geprüft am 18.06.2018.

Eurostat (o.J.): Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC). Online verfügbar unter <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>, zuletzt geprüft am 18.06.2018.

Eurostat (2013): European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. 2013 edition. Luxembourg. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>.

Eurostat (2015): Sustainable development in the European Union. 2015 monitoring report of the EU sustainable development strategy. 2015 edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union (Eurostat statistical books).

Eurostat (2016a): Handbook on prices and volume measures in national accounts. 2016 edition. 2016 edition. Luxembourg: Publications Office (Manuals and guidelines 2016).

Eurostat (2016b): Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen. EU-SILC. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Eurostat (2017a): Final report of the expert group on quality of life indicators. 2017 edition. 2017 edition. Luxembourg: Publications Office (Statistical reports).

Eurostat (2017b): Income and living conditions (ilc). Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS). Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/de/ilc_esms.htm, zuletzt geprüft am 22.10.2018.

Eurostat (2018): Datenbank. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Expert Group on Health System Performance Assessment (2016): So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Hg. v. European Commission. Luxembourg. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

Fekri, Omid; Leeb, Kira; Gurevich, Yana (2017): Systematic approach to evaluating and confirming the utility of a suite of national health system performance (HSP) indicators in Canada: a modified Delphi study. In: *BMJ open* 7 (4), e014772. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014772.

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2013): Schlüsselverzeichnis EU-SILC 2013. Online verfügbar unter <https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/10-21242-63411-2013-00-00-1-1-0>, zuletzt geprüft am 06.11.2018.

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2016): Schlüsselverzeichnis Mikrozensus 2016. Online verfügbar unter <https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/10-21242-12211-2016-00-00-1-1-0>, zuletzt geprüft am 06.11.2018.

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017): Datenangebot | Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC). Online verfügbar unter <http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/eu-silc/index.asp>, zuletzt aktualisiert am 08.12.2017, zuletzt geprüft am 18.06.2018.

Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018): Nutzungsentgelte. Online verfügbar unter <http://www.forschungsdatenzentrum.de/nutzungsentgelte.asp>, zuletzt aktualisiert am 17.01.2018, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes (Hg.) (2014): Datensatzbeschreibung: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2013. Grundfile 1 (Allgemeine Angaben). Stand: 21.10.2014. Online verfügbar unter http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/evs/gwap_kdfv/schlüsselverzeichnis_evs_aa13_onsite.pdf, zuletzt geprüft am 06.11.2018.

Fullman, Nancy; Yearwood, Jamal; Abay, Solomon M.; Abbafati, Cristiana; Abd-Allah, Foad; Abdela, Jemal et al. (2018): Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet* 391 (10136), S. 2236–2271. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2.

GBD 2016 Causes of Death Collaborators (2017): Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet* 390 (10100), S. 1151–1210. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts. „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf, zuletzt geprüft am 13.11.2018.

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (o.J.a): Gesamtkollektion der ALLBUS-Materialien und -Daten - ALLBUS-DVD. Online verfügbar unter <https://www.gesis.org/allbus/download/allbus-dvd/>.

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Hg.) (2018): Codebook EU-SILC 2016 cross-sectional file. Generated codebook, based on data version 2016-1. Online verfügbar unter <https://www.gesis.org/en/missy/materials/EU-SILC/documents/codebooks>, zuletzt geprüft am 16.11.2018.

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (o.J.b): Zugang zu Daten und Dokumentationsmaterialien. Online verfügbar unter <https://www.gesis.org/allbus/download/>, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018a): Bevölkerungsanteile und gesamte Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. Region Alter Geschlecht Nationalität. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>, zuletzt aktualisiert am 13.11.2018, zuletzt geprüft am 13.11.2018.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018b): Das Informations-system der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>, zuletzt aktualisiert am 02.11.2018, zuletzt geprüft am 02.11.2018.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018c): Säuglingssterbefälle. Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene und durchschnittliches Sterbealter. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019): Krankheitskosten in Mio. EUR für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht, ICD10, Einrichtung. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/>, zuletzt aktualisiert am 21.02.2019, zuletzt geprüft am 21.02.2019.

Giuseppe de Luca and Oliver Lipps (2005): 7 Fieldwork and Survey Management in SHARE. In: Axel Börsch-Supan und Kirsten H. Alcsér (Hg.): The survey of health, aging [ageing], and retirement in Europe. Methodology ; [SHARE, survey of health, ageing and retirement in Europe]. Mannheim: MEA, S. 75–81. Online verfügbar unter http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/Methodology/Methodology_2005.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

GKV-Spitzenverband (2017): Anlage 5 zur § 301-Vereinbarung. Durchführungshinweise. gültig ab 01.01.2018. Online verfügbar unter <https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>, zuletzt geprüft am 13.09.2018.

GKV-Spitzenverband (2018a): Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar bis März 2018. Online verfügbar unter https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2018_01/Bundesbericht-HIS_201801.pdf, zuletzt geprüft am 31.10.2018.

GKV-Spitzenverband (2018b): HIS-Berichte - GKV-Heilmittel. Online verfügbar unter https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp, zuletzt geprüft am 31.10.2018.

GKV-Spitzenverband (05.02.2018): Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 05.02.2018. inkl. Beschreibung des Datenmeldeverfahrens zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V i.V.m. § 43 Abs. 2 und 4 RSAV, sowie inkl. Beschreibung der Sonderdatenerhebung nach § 269 Abs. 3b und 3c SGB V. Online verfügbar unter https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Rechtsgrundlagen/20180314Bestimmung_nach_267_SGB_V.pdf, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Gößwald, A.; Lange, M.; Kamtsiuris, P.; Kurth, B.-M. (2012): DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsbl.* 55 (6-7), S. 775–780. DOI: 10.1007/s00103-012-1498-z.

Grobe, Thomas G.; Steinmann, Susanne; Szecsenyi, Joachim (2018): BARMER Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. 1. Auflage. Siegburg: Müller Verlagsservice e.K. (Band 7). Online verfügbar unter https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/706_BARMER_Arztreport_2018/Barmer_Arztreport-2018.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2018.

Günther, K-P; Sander, O.; Schmidt, C-O; Specker, C.; Zink, A. (2016): Deutschlands größte Gesundheitsstudie NAKO mit muskuloskeletalem Untersuchungsprogramm gestartet. In: *Zeitschrift für Rheumatologie* 75 (8), S. 757–759. DOI: 10.1007/s00393-016-0103-5.

Hagenaars, L. L.; Harbers, M. M.; Achterberg, P. W.; van den Brink, C. L.; Jeurissen, P. P. T. (2018): Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in internationaal perspectief. Hg. v. RIVM. Rijksinstituut voor

Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (RIVM Rapport 2018-0066). Online verfügbar unter <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0066.pdf>, zuletzt geprüft am 23.11.2018.

Harbers, M.M; van der Wilk, E. A.; Kramers, P.G.N.; Kuunders, M.M.A.P.; Verschuuren, Marieke; Eliyahu, H.; Achterberg, P. (2008): Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). Unter Mitarbeit von M. M. Harbers, van der Wilk, E. A., P.G.N. Kramers, M.M.A.P. Kuunders, Marieke Verschuuren, H. Eliyahu und P. W. Achterberg. National Institute for Public Health and the Environment. Online verfügbar unter <https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=a29b56ad-025a-46bd-9877-67dd8311e87c>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

HBSC-Team Deutschland (2011): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. Bielefeld. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Methodik_2009_10.pdf, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

HBSC-Team Deutschland (2015): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. Halle (Saale). Online verfügbar unter http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2016/01/Faktenblatt_Methodik_final-2015.pdf, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (<http://hbsc-germany.de/die-hbsc-studie/>): HBSC-Studie Deutschland: Hintergründe, Ziele, Themenschwerpunkte, Durchführung. Institut für Medizinische Soziologie (IMS) Medizinische Fakultät Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Halle (Saale), zuletzt aktualisiert am <http://hbsc-germany.de/die-hbsc-studie/>, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

HealthSystemIntelligence & Medizinische Universität Wien (Hg.) (2017): european Health Systems_Indicator (euHS_I) Inventory. Online verfügbar unter <https://healtheconomics.meduni-wien.ac.at/en/wissenschaft-forschung/projekte/bridge-health/european-health-systems-indicator-euhs-i-inventory/>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (Hg.) (2018a): KORA - Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg. Online verfügbar unter <https://www.helmholtz-muenchen.de/kora/index.html>, zuletzt geprüft am 13.06.2018.

Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (Hg.) (2018b): KORA - Ziele & Forschungsschwerpunkte. Online verfügbar unter <https://www.helmholtz-muenchen.de/kora/ueber-kora/ziele-forschungsschwerpunkte/index.html>, zuletzt geprüft am 13.06.2018.

Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (Hg.) (2018c): Überblick über die KORA-Studien. Online verfügbar unter <https://www.helmholtz-muenchen.de/kora/fuer-wissenschaftler/ueberblick-kora-studien/index.html>, zuletzt geprüft am 13.06.2018.

Hoebel, Jens; Kroll, Lars E.; Fiebig, Julia; Lampert, Thomas; Katalinic, Alexander; Barnes, Benjamin; Kraywinkel, Klaus (2018): Socioeconomic Inequalities in Total and Site-Specific Cancer Incidence in Germany: A Population-Based Registry Study. In: *Front. Oncol.* 8, S. 402. DOI: 10.3389/fonc.2018.00402.

Hoffmann, Falk; Koller, Daniela (2017): Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79 (1), e1-e9. DOI: 10.1055/s-0035-1564074.

Hofmarcher, Maria M.; Perić, Nataša; Simon, Judit (o.J.): euHS_I - BridgeHealth. Online verfügbar unter <http://survey.euhs-i.eu/questionnaire/levels>, zuletzt geprüft am 07.11.2018.

Hofmarcher, Maria M.; Smith, Peter C. (Hg.) (2013): The Health Data Navigator. Your toolkit for comparative performance analysis. A EuroREACH product. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna. Online verfügbar unter http://www.healthdatanavigator.eu/HDN_Toolkit_Final.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

Holle, R.; Happich, M.; Löwel, H.; Wichmann, H. (2005): KORA - A Research Platform for Population Based Health Research. In: *Gesundheitswesen* 67 (S 01), S. 19–25. DOI: 10.1055/s-2005-858235.

Hölling, H.; Schlack, R.; Kamtsiuris, P.; Butschalowsky, H.; Schlaud, M.; Kurth, B. M. (2012): Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitors am Robert Koch-Institut. In: *Bundesgesundheitsbl.* 55 (6-7), S. 836–842. DOI: 10.1007/s00103-012-1486-3.

Inchley, Jo; Currie, Dorothy; Young, Taryn; Samdal, Oddrun; Torsheim, Torbjørn; Augustson, Lise et al. (Hg.) (2016): Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (Health policy for children and adolescents, No. 7). Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/hbsc-international-reports/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

InEK (2017): Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2018. Hg. v. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. Siegburg. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2018/Abschlussbericht_zur_Entwicklung_des_PEPP-Systems_und_PEPP-Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_PEPP-Systems_fuer_2018, zuletzt geprüft am 31.10.2018.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hg.): Patientenbefragungen. Online verfügbar unter <https://iqtig.org/datenerfassung/patientenbefragungen/>, zuletzt geprüft am 20.06.2018.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018): GBD Compare Data Visualization. Hg. v. University of Washington IHME. Seattle, WA. Online verfügbar unter <http://vizhub.health-data.org/gbd-compare>, zuletzt geprüft am 21.11.2018.

Kamtsiuris, P.; Lange, M.; Hoffmann, R.; Schaffrath Rosario, A.; Dahm, S.; Kuhnert, R.; Kurth, B. M. (2013): Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. In: *Bundesgesundheitsbl.* 56 (5-6), S. 620–630. DOI: 10.1007/s00103-012-1650-9.

Kamtsiuris, P.; Lange, M.; Schaffrath Rosario, A. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. In: *Bundesgesundheitsbl.* 50 (5-6), S. 547–556. DOI: 10.1007/s00103-007-0215-9.

Karanikolos, M.; Mackenbach, J. P.; Nolte, E.; Stuckler, D.; McKee, M. (2018): Amenable mortality in the EU-has the crisis changed its course? In: *European Journal of Public Health* 28 (5), S. 864–869. DOI: 10.1093/eurpub/cky116.

KBV (2017a): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung. FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH. Online verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf, zuletzt aktualisiert am 07.05.2018, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

KBV (2017b): Versichertenbefragungen. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>, zuletzt aktualisiert am August 2017, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

KBV (2018): Ärztemonitor. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php>, zuletzt aktualisiert am 07.05.2018, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Klevmarken, N. Anders; Swensson, Bengt; Hesselius, Patrik (2005): 5 The SHARE Sampling Procedures and Calibrated Design Weights. In: Axel Börsch-Supan und Kirsten H. Alcser (Hg.): The survey of health, aging [ageing], and retirement in Europe. Methodology ; [SHARE, survey of health, ageing and retirement in Europe]. Mannheim: MEA, S. 28–69. Online verfügbar unter http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/Methodology/Methodology_2005.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Kolip, Petra; Nolting, Hans-Dieter; Zich, Karsten (2012): Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung. 1. Aufl. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh (Faktencheck Gesundheit). Online verfügbar unter https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf, zuletzt geprüft am 18.01.2019.

Kroll, Lars Eric; Schumann, Maria; Hoebel, Jens; Lampert, Thomas (2017): Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring*, S. 103–120. DOI: 10.25646/2573.2.

Kurth, Bärbel-Maria (Hg.) (2002): Der Bundes-Gesundheitssurvey. Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland. Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert-Koch-Inst (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Lange, C.; Finger, J. D.; Allen, J.; Born, S.; Hoebel, J.; Kuhnert, R. et al. (2017): Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). In: *Arch Public Health* 75 (1), S. 557. DOI: 10.1186/s13690-017-0208-6.

Laudicella, Mauro; Martin, Stephen; Donni, Paolo Li; Smith, Peter C. (2018): Do Reduced Hospital Mortality Rates Lead to Increased Utilization of Inpatient Emergency Care? A Population-Based Cohort Study. In: *Health Services Research* 53 (4), S. 2324–2345. DOI: 10.1111/1475-6773.12755.

Lavergne, Ruth; McGrail, Kimberlyn (2013): What, If Anything, Does Amenable Mortality Tell Us about Regional Health System Performance? In: *hcpol* 8 (3), S. 79–91. DOI: 10.12927/hcpol.2013.23178.

- Leinert, Johannes (2016): Ärztemonitor: Ergebnisse zur dritten Befragung im Frühjahr 2016. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH. Online verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_20_Aerztemonitor_infas_Praesentation.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2018.
- Löwel, H.; Döring, A.; Schneider, A.; Heier, M.; Thorand, B.; Meisinger, C. (2005): The MONICA Augsburg Surveys - Basis for Prospective Cohort Studies. In: *Gesundheitswesen* 67 (S 01), S. 13–18. DOI: 10.1055/s-2005-858234.
- Mannschreck, Moritz (2015): Die revidierte Gesundheitsausgabenrechnung. Revised health accounts. In: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.): WISTA. Wirtschaft und Statistik (5), S. 49–58.
- Mattke, Soeren; Epstein, Arnold M.; Leatherman, Sheila (2006): The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. In: *International Journal for Quality in Health Care*, S. 1–4. Online verfügbar unter 10.1093/intqhc/mzl019, zuletzt geprüft am 26.02.2018.
- Ministry for Energy and Health Parliamentary Secretary for Health (2015): Report on the Performance of the Maltese Health System. Hg. v. K. K Grech, M. Podesta, A. Calleja und N. Calleja. Valetta, Malta. Online verfügbar unter <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/dhir/Documents/HSPA%20-%20Malta%20Report%20-%20Final%20050416.pdf>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.
- Morger, Mario; Künzi, Kilian; Föllmi, Reto (2017): Arbeitsproduktivität im Gesundheitswesen. Schlussbericht. Studie im Auftrag des BAG. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS und Universität St. Gallen. Bern. Online verfügbar unter https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/BAG_2018_ArbeitsprodGesundheitswesen_Schlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 01.11.2018.
- Murray, Christopher J.L. (1994): Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. In: *Bull World Health Org* 72 (3), S. 429–445. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486718/pdf/bullwho00414-0105.pdf>, zuletzt geprüft am 22.20.2018.
- Murray, Christopher J.L.; Vos, Theo; Lozano, Rafael; Naghavi, Mohsen; Flaxman, Abraham D.; Michaud, Catherine et al. (2012): Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. In: *The Lancet* 380 (9859), S. 2197–2223. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
- NAKO e.V. (Hg.) (2015): The National Cohort - A prospective epidemiologic study resource for health and disease research in Germany. Online verfügbar unter <https://nako.de/wp-content/uploads/2015/07/Wissenschaftliches-Konzept-der-NAKO2.pdf>, zuletzt geprüft am 13.06.2018.
- NAKO e.V. (Hg.) (2018): Was ist die NAKO Gesundheitsstudie? Online verfügbar unter <https://nako.de/allgemeines/was-ist-die-nako-gesundheitsstudie/>, zuletzt geprüft am 13.06.2018.
- National Board of Health and Welfare (2015): Regional Comparisons 2014: Public Health. Hg. v. National Board of Health and Welfare. Online verfügbar unter <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19912/2015-9-2.pdf>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.
- National Board of Health and Welfare (2017): Six questions about Swedish healthcare. Regional Comparisons 2016 (9, 8). Online verfügbar unter <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20666/2017-9-8.pdf>, zuletzt geprüft am 26.02.2018.
- National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) (2015): Dutch Health Care Performance Report 2014. Hg. v. M. J. van den Berg, D. de Boer, R. Gijsen, R. Heijink, L. C.M. Limburg und S.

L.N. Zwakhals. Online verfügbar unter <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=9979ba63-b86d-4e21-9a64-7749012c05ff&type=org&disposition=inline>, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (Hg.) (2017): Deutsche nationale Punkt-Prävalenzerhebung zu nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung 2016. Abschlussbericht. Online verfügbar unter https://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/download/pps2016/PPS_2016_Abschlussbericht_20.07.2017.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2018.

NHS (2018): Outcomes Framework Indicators. May 2018 Release. Online verfügbar unter <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework/archive/nhs-outcomes-framework-indicators---may-2018-release>, zuletzt geprüft am 23.11.2018.

Nimptsch, Ulrike; Mansky, Thomas (2012): Trends in acute inpatient stroke care in Germany--an observational study using administrative hospital data from 2005-2010. In: *Deutsches Arzteblatt international* 109 (51-52), S. 885–892. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0885.

Norwegian Centre for Research data (Hg.) (2018): ESS7 - 2014 Documentation Report: The ESS data archive. Edition 3.2. Online verfügbar unter https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round7/survey/ESS7_data_documentation_report_e03_2.pdf, zuletzt geprüft am 18.02.2019.

OECD (2017a): Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1541094575&id=id&accname=guest&checksum=C17D6A612136DA0F67F494553268C9D6, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

OECD (2017b): Tackling Wasteful Spending on Health: OECD Publishing. Online verfügbar unter https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

OECD (2018a): Health at a Glance: Europe 2018. Online verfügbar unter https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en, zuletzt geprüft am 31.10.2018.

OECD (2018b): OECD Statistics. Health Care Quality Indicators: Patient Experiences. Online verfügbar unter <https://stats.oecd.org/>, zuletzt geprüft am 25.01.2019.

OECD, Eurostat und WHO (2011): A System of Health Accounts. Paris: OECD Publishing.

OECD, Eurostat und WHO (2017): A System of Health Accounts 2011: Revised edition. Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264270985-en.pdf?expires=1536681167&id=id&accname=guest&checksum=FOC559094BFD31CA58AB547E52B7AC89>, zuletzt geprüft am 11.09.2018.

OECD/EU (2016): Health at a Glance: Europe 2016. Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#page1.

Ohlmeier, C.; Frick, J.; Prütz, F.; Lampert, T.; Ziese, T.; Mikolajczyk, R.; Garbe, E. (2014): Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: *Bundesgesundheitsbl.* 57 (4), S. 464–472. DOI: 10.1007/s00103-013-1912-1.

- Pannenberg, Markus; Pischner, Rainer; Rendtel, Ulrich; Spiess, Martin; Wagner, Gert G. (2005): Chapter 5: Sampling and Weighting. In: Desktop Companion to the German Socio-Economic Panel (SOEP). Unter Mitarbeit von John P. Haisken-DeNew und Joachim R. Frick. 8. Aufl. Berlin, S. 153–191.
- Papanicolas, Irene; Smith, Peter C. (Hg.) (2013): Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. ebrary, Inc. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press (European Observatory on Health Systems and Policies series). Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=524615>.
- Papanicolas, Irene; Woskie, Liana R.; Jha, Ashish K. (2018): Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. In: *JAMA* 319 (10), S. 1024–1039. DOI: 10.1001/jama.2018.1150.
- Penm, Jonathan; MacKinnon, Neil J.; Strakowski, Stephen M.; Ying, Jun; Doty, Michelle M. (2017): Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. In: *Annals of family medicine* 15 (2), S. 113–119. DOI: 10.1370/afm.2028.
- Perić, Nataša; Hofmarcher-Holzhacker, Maria M.; Simon, Judit (2017): Health system performance assessment landscape at the EU level: a structured synthesis of actors and actions. In: *Archives of public health = Archives belges de sante publique* 75, S. 5. DOI: 10.1186/s13690-016-0173-5.
- Peristat (2018): Euro-Peristat Indicators of perinatal health. Online verfügbar unter <http://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html>, zuletzt geprüft am 31.10.2018.
- Peters, A.; Döring, A.; Ladwig, K.-H.; Meisinger, C.; Linkohr, B.; Autenrieth, C. et al. (2011): Multimorbidität und erfolgreiches Altern. In: *Z Gerontol Geriat* 44 (S2), S. 41–54. DOI: 10.1007/s00391-011-0245-7.
- Purdy, S.; Griffin, T.; Salisbury, C.; Sharp, D. (2009): Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. In: *Public health* 123 (2), S. 169–173. DOI: 10.1016/j.puhe.2008.11.001.
- Radley, David C.; McCarthy, Douglas; Hayes, Susan L. (2017): Aiming Higher: Results from the Commonwealth Fund Scorecard on State Health System Performance. 2017 Edition. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter <http://www.commonwealthfund.org/interactives/2017/mar/state-scorecard/>, zuletzt geprüft am 24.11.2017.
- Raijmakers, Natasja Jh; Hofstede, Jolien M.; Nijs, Ellen Jm de; Deliens, Luc; Francke, Anneke L. (2014): The effect and process evaluations of the national quality improvement programme for palliative care: the study protocol. In: *BMC palliative care* 13 (1), S. 5. DOI: 10.1186/1472-684X-13-5.
- Rapoport, Robyn; Czyzewicz, Erin (2017): 2017 INTERNATIONAL HEALTH POLICY SURVEY OF OLDER ADULTS (65+) METHODOLOGY REPORT. SSRS. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/forschung/ihp-befragungen-cwf/aeltere-wohnbevoelkerung/2017-methodenbericht-ihp-befragung-2017.pdf.download.pdf/2017-methodology-report-ihp-survey-e.pdf>.
- Rapoport, Robyn; Tipan, Luis; Czyzewicz, Erin (2016): International Health Policy Survey 2016 Methodology Report. SSRS. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/forschung/ihp-befragungen-cwf/wohnbevoelkerung-ab-18/2016-methodenbericht-ihp-befragung.pdf.download.pdf/2016-ihp-survey-methodos-report-bevoelkerung-ab-18-e.pdf>.

Rare Disease Registries in Europe (2018): Rare Diseases collection. May 2018. In: *Orphanet Report Series*. Online verfügbar unter <http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/GB/Registries.pdf>, zuletzt geprüft am 31.10.2018.

Robert Koch-Institut (2011): KiGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1. Projektbeschreibung. Hg. v. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_welle1.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 14.06.2018.

Robert Koch-Institut (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Hg. v. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 14.06.2018.

Robert Koch-Institut (2017a): Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. Supplement. In: *Journal of Health Monitoring* (1), S. 105–135. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-014.

Robert Koch-Institut (2017b): KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Hg. v. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_node.html, zuletzt aktualisiert am 29.03.2017, zuletzt geprüft am 13.06.2018.

Robert Koch-Institut (2017c): Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet // Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. In: *Journal of Health Monitoring* (2(S3)). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-099.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2017d): Gesundheitsstudien des RKI: Studien des Gesundheitsmonitorings. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Studien_node.html, zuletzt aktualisiert am 29.03.2017, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2017e): DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_node.html, zuletzt aktualisiert am 30.03.2017, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2018a): Forschungsdatenzentrum: Informationen zur Antragstellung. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/FDZ/informationen_antrag/info_antrag_node.html, zuletzt aktualisiert am 07.06.2018, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2018b): Forschungsdatenzentrum: Informationen zu den Public Use Files. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/FDZ/informationen_datensaetze/info_datensaetze_node.html, zuletzt aktualisiert am 13.06.2018, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

Röttger, J.; Busse, R. (2016): How do Chronically Ill Patients Rate Medical Care by their GPs and Specialists? Results of a Germany-wide Survey. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (S 01), e89–e96. DOI: 10.1055/s-0041-110669.

Röttger, Julia; Blümel, Miriam; Engel, Susanne; Grenz-Farenholtz, Brigitte; Fuchs, Sabine; Linder, Roland et al. (2015): Exploring Health System Responsiveness in Ambulatory Care and Disease Management and its Relation to Other Dimensions of Health System Performance (RAC) – Study Design and Methodology. In: *International journal of health policy and management* 4 (7), S. 431–437. DOI: 10.15171/ijhpm.2015.97.

Saß, Anke-Christine; Lange, Cornelia; Finger, Jonas D.; Allen, Jennifer; Born, Sabine; Hoebel, Jens et al. (2017): „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. In: *Journal of Health Monitoring* (2), S. 83–90. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-012.

Schnee, Melanie (2008): Sozioökonomische Strukturen und Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Jan Böcken, Bernard Braun und Robert Amhof (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, S. 88–104.

Scholten, N.; Pfaff, H.; Raabe, N.; Kowalski, C. (2017): Die Bereitschaft zum Datenlinkage von Routinedaten und Primärdaten – Eine Analyse auf Basis der Befragung von Patientinnen und Patienten mit primärem Mammakarzinom in NRW. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79 (3), S. 210–218. DOI: 10.1055/s-0035-1564182.

Schubert, Ingrid; Swart, Enno; Ihle, Peter; Köster, Ingrid; Küpper-Nybelen, Jutta; Rentzsch, Melanie et al. (2014): Datengutachten für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Gutachten: Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Hg. v. Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Med. Fakultät, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/wissenswertes/datengutachten/dimdi-sekundaerdaten-expertise.pdf>, zuletzt geprüft am 13.06.2018.

Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter; Ludwig, Wolf-Dieter; Klauber, Jürgen (Hg.) (2018): *Arzneiverordnungs-Report 2018*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57386-0>.

SHARE-ERIC (2018a): Data Access/ User Registration. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) is a European Research Infrastructure Consortium (ERIC). Online verfügbar unter <http://www.share-project.org/data-access/user-registration.html>, zuletzt geprüft am 15.04.2018.

SHARE-ERIC (2018b): SHARE Data Releases. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) is a European Research Infrastructure Consortium (ERIC). Online verfügbar unter <http://www.share-project.org/data-documentation/share-data-releases.html>, zuletzt aktualisiert am 29.03.2018, zuletzt geprüft am 15.04.2018.

SHARE-ERIC (2018c): Waves Overview. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) is a European Research Infrastructure Consortium (ERIC). Online verfügbar unter <http://www.share-project.org/data-documentation/waves-overview.html>, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Sharpe, Andrew; Bradley, Celeste; Messinger, Hans (2007): The Measurement of Output and Productivity in the Health Care Sector in Canada. An overview. Centre for the Study of Living Standards (CSLS Research Report 2007-06, 06). Online verfügbar unter <http://www.csls.ca/reports/csls2007-06.pdf>, zuletzt geprüft am 06.11.2018.

Siegel, Martin; Busse, Reinhard (2018): Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Germany. Hg. v. World Health Organization Regional Office for Europe. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373585/Can-people-afford-to-payGermany-WHO-FP-008-4.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2018.

Smith, Peter (2014a): Health System Performance Assessment. Synthesis Report. Belgium, 19-20 May 2014. Hg. v. European Commission.

Smith, Peter (2014b): Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems. Synthesebericht Belgien, 19.-20. Mai 2014. Hg. v. Europäische Kommission, zuletzt geprüft am 01.05.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011): Gesundheitsausgabenrechnung - Methoden und Grundlagen 2008. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/pdf/GAR_methodik.pdf.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016a): Qualitätsbericht Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. EVS 2013. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/EinkommenKonsumLebensbedingungen/WirtschaftsrechnEVS13.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 06.11.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016b): Qualitätsbericht: Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen. LEBEN IN EUROPA 2013. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LEBENINEUROPA2013.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017a): Krankheitskosten - Fachserie 12 Reihe 7.2.1 - 2015.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017b): Qualitätsbericht Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen. LEBEN IN EUROPA 2015. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LEBENINEUROPA2015.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 16.11.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017c): Qualitätsbericht: Mikrozensus 2016. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/Mikrozensus2016.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a): Äquivalenzeinkommen. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialberichterstattung/Glossar/Aequivalenzeinkommen.html>, zuletzt geprüft am 13.11.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b): Armutsgefährdungsquote (EU-SILC). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LebensbedingungenArmutsgefaehrdung/Methoden/Armutsgefaehrdungsquote.html>, zuletzt geprüft am 09.11.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018c): Bevölkerungsstand . Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html#Tabellen>, zuletzt geprüft am 22.11.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018d): Gesundheitsausgabenrechnung - 2016. Qualitätsbericht. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/Gesundheitswesen/Gesundheitsausgabenrechnung.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 22.10.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018e): Sterbetafeln. Qualitätsbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/Sterbetafeln.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 22.10.2018.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018f): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Qualitätsbericht. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/QualitaetsberichtVGR.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 22.10.2018.

Street, Andrew; Häkkinen, Unto (2010): Health system productivity and efficiency. In: Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas und Sheila Leatherman (Hg.): Performance measurement for health system improvement. Cambridge: Cambridge Univ. Press (The Cambridge health economics, policy and management series), S. 222–248.

Suetens, Carl; Hopkins, Susan; Kolman, Jana; Högberg, Liselotte Diaz (2013): Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. 2011–2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union (EDC collection).

Sundmacher, Leonie; Fischbach, Diana; Schuettig, Wiebke; Naumann, Christoph; Augustin, Uta; Faisst, Cristina (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. In: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 119 (11), S. 1415–1423. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

Swedish National Board of Health and Welfare (2013): Quality and efficiency in Swedish health care. Regional comparisons 2012. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions; Swedish National Board of Health and Welfare.

Techniker Krankenkasse (Hg.) (2017): Patientenbefragung. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/tk/klinikfuehrer/patientenbefragung/143692>, zuletzt aktualisiert am 29.03.2017, zuletzt geprüft am 20.06.2018.

The ESS Sampling Expert Panel (2016): Sampling guidelines: Principles and implementation for the European Social Survey. ESS ERIC Headquarters. London. Online verfügbar unter http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round8/methods/ESS8_sampling_guidelines.pdf, zuletzt geprüft am 18.06.2018.

Umweltbundesamt (Hg.) (2018): Entwicklung der Luftqualität. PM10-Werte - Entwicklung 1990 bis 2015. Online verfügbar unter <https://www.umweltbundesamt.de/themen/luft/daten-karten/entwicklung-der-luftqualitaet#textpart-1>.

Universität Greifswald (Hg.) (2018): SHIP - Study of Health in Pomerania. Hintergrund und Ziele. Online verfügbar unter <http://www2.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship.html>, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Universitätsmedizin Greifswald: Datennutzung. Online verfügbar unter <http://www2.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship/datennutzung/>, zuletzt geprüft am 16.11.2018.

Universitätsmedizin Greifswald (2005): Leben und Gesundheit in Vorpommern SHIP-0. Instrumente: Computergestütztes Interview. Regionale Untersuchung über Lebensbedingungen, Umwelt und Ge-

sundheit in Vorpommern. Online verfügbar unter http://www2.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/fileadmin/user_upload/ship/dokumente/SHIP0_Interview.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2018.

University of Bergen, Department of Health Promotion and Development: HBSC Data Management Centre. Online verfügbar unter <https://www.uib.no/en/hbscdata>, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

University of Bergen, Department of Health Promotion and Development (2018): HBSC Data Management Centre: Open Access. Online verfügbar unter <https://www.uib.no/en/hbscdata/113290/open-access>, zuletzt aktualisiert am 03.10.2018, zuletzt geprüft am 12.11.2018.

Valentine, Nicole B.; Silva, Amala de; Kawabata, Kei; Darby, Charles; Murray, Christopher J.L; Evans, David B. (2003): Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. In: Christopher J.L Murray und David B. Evans (Hg.): Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization, S. 573–596.

van den Berg, M. J.; Kringos, Dionne S.; Marks, Lisanne K.; Klazinga, Niek S. (2014): The Dutch Health Care Performance Report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. In: *Health research policy and systems* 12, S. 1. DOI: 10.1186/1478-4505-12-1.

Vlayen, Joan; Vanthomme, Katrien; Camberlin, Cécile; Pierart, Julien; Walckiers, Denise; Kohn, Laurence et al. (2010): A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Hg. v. Belgian Health Care Knowledge Centre. Brussels (KCE Reports, 128A). Online verfügbar unter <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20101027325.pdf>, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

Völzke, H. (2012): Study of Health in Pomerania (SHIP). Konzept, Kohortendesign und ausgewählte Ergebnisse. In: *Bundesgesundheitsbl.* 55 (6-7), S. 790–794. DOI: 10.1007/s00103-012-1483-6.

Vrijens, France; Renard, Françoise; Camberlin, Cécile; Desomer, Anja; Dubois, Cécile; Jonckhert, Pascale et al. (2016): Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Hg. v. Belgian Health Care Knowledge Centre. Health Services Research Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). Online verfügbar unter https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259C_performancereport2015_0.pdf.

Wagner, Gert G.; Göbel, Jan; Krause, Peter; Pischner, Rainer; Sieber, Ingo (2008): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP): Multidisziplinäres Haushaltspanel und Kohortenstudie für Deutschland – Eine Einführung (für neue Datennutzer) mit einem Ausblick (für erfahrene Anwender). In: *AStA Wirtsch Sozialstat Arch* 2 (4), S. 301–328. DOI: 10.1007/s11943-008-0050-y.

Wagstaff, Adam (2008): Measuring financial protection in health. Online verfügbar unter <http://documents.worldbank.org/curated/en/157391468140940134/pdf/wps4554.pdf>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Wang, Haidong; Abajobir, Amanuel Alemu; Abate, Kalkidan Hassen; Abbafati, Cristiana; Abbas, Kaja M.; Abd-Allah, Foad et al. (2017): Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet* 390 (10100), S. 1084–1150. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31833-0.

Wasmer, Martina; Blohm, Michael; Walter, Jessica; Jutz, Regina; Scholz, Evi (2017): Konzeption und Durchführung der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS) 2014. GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Papers, 20). Online verfügbar unter <https://www.gesis.org/allbus/inhalte-suche/methodenberichte/>, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Weisse Liste gemeinnützige GmbH (Hg.) (2018a): Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ). Online verfügbar unter <https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/de/footer/informationen/Versichertenbefragung/>, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

Weisse Liste gemeinnützige GmbH (Hg.) (2018b): Weisse Liste. Online verfügbar unter <https://www.weisse-liste.de/de/>, zuletzt geprüft am 19.06.2018.

WHO (2000): The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization. Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/academiccompletetitles/home.action>.

WHO (2007): Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.

WHO (2010): Monitoring the Building Blocks of Health Systems. A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies. Geneva: World Health Organization. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=753851>.

WHO (2018): WHO methods and data sources for life tables 1990-2016. Geneva (Global Health Estimates Technical Paper, WHO/HIS/IER/GHE/2018.2). Online verfügbar unter http://www.who.int/healthinfo/statistics/LT_method.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 22.10.2018.

WHO Regionalbüro für Europa (1998): Terminology- A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Unter Mitarbeit von J. L. Roberts. Copenhagen, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

WHO Regionalbüro für Europa (Hg.) (2008): Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. WHO Regionalbüro für Europa. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 26.02.2018.

WHO Regionalbüro für Europa (2010a): Estonia health system performance assessment, 2009 snapshot. Hg. v. World Health Organization. Online verfügbar unter https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/estonia_hspa.pdf.

WHO Regionalbüro für Europa (2010b): WHO evaluation of the National Health Plan for Portugal (2004-2010). Hg. v. World Health Organization.

WHO Regionalbüro für Europa (2012): Pathways to health system performance assessment. A MANUAL to conducting health system performance assessment at national or subnational level.

WHO und die Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung / Die Weltbank (2017): Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva, Switzerland. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1>, zuletzt geprüft am 10.09.2018.

Wichmann, H.-E.; Kaaks, R.; Hoffmann, W.; Jöckel, K.-H.; Greiser, K. H.; Linseisen, J. (2012): Die Nationale Kohorte. In: *Bundesgesundheitsbl.* 55 (6-7), S. 781–789. DOI: 10.1007/s00103-012-1499-y.

Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) (o.J. [2017]): TK-Patientenbefragung 2015 / 16. Methodik. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Online verfügbar unter <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/114034/Datei/64192/So%20haben%20wir%20die%20Zufriedenheitswerte%20f%C3%BCr%20die%20Kliniken%20ermittelt.pdf>, zuletzt geprüft am 20.06.2018.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2018): Rx-Trendbericht. Online verfügbar unter <https://www.zi.de/projekte/rx-trendbericht/?L=0>, zuletzt geprüft am 31.10.2018.

Anhang

Anhang 1: Detaillierte Indikatorenliste

Anhang 2: Detaillierte Darstellung der Surveys in Deutschland

Anhang 3: Auflistung der Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen nach GAR sowie der Finanzierungssysteme, Leistungserbringer und Funktionen nach SHA

Anhang 1: Detaillierte Indikatorenliste

Stand: November 2018

Hinweise:

Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Indikatoren immer auf die Altersgruppe 18 Jahre und älter.

Des Weiteren ist die Datengrundlage (ggf. über spätere Gewichtungen) jeweils repräsentativ für die deutsche Bevölkerung bzw. für die relevante Subgruppe des jeweiligen Indikators¹¹. Sollte keine entsprechende Repräsentativität vorliegen und kann diese auch auf Grund von Datenlücken nicht erreicht werden, so wird dies entsprechend angegeben.

Für den internationalen Vergleich und den Vergleich über Jahre ggf. notwendige Standardisierungsverfahren, werden im Feld „Berechnungen“ genannt, jedoch nicht im Detail ausgeführt.

Ebenso wird auf ggf. notwendige Risikoadjustierungen, wie z.B. bei der HSMR (Q.1), im Feld „Berechnung“ hingewiesen. Die konkret vorzunehmenden Risikoadjustierungen können ebenfalls nicht im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie detailliert aufgeführt werden.

In einem finalen HSPA sollten die Berechnungen jedes Indikators detailliert, mit allen notwendigen Informationen, inkl. der notwendigen Risikoadjustierungen, Standardisierungen oder auch Gewichtungen, transparent dargestellt werden. Ein gutes Beispiel für die transparente und gleichzeitig übersichtliche Darstellung der Indikatoren bietet die Seite des Canadian Institute for Health Information über ihre „Indicator Library“ (<http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library>).

Alternativen werden innerhalb eines Indikators mit 1. und 2. angegeben (erstbeste Möglichkeit, zweitbeste Möglichkeit).

BRIDGE 23 / 95: Indikator wurde in der ersten Welle des BRIDGE Health Surveys (95 ausgewählte Indikatoren) bzw. in der zweiten Welle des BRIDGE Health Surveys (23 ausgewählte Indikatoren) von Experten als Schlüsselindikator bewertet.

Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit in der Regel auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Abkürzungen:

n.a. – not applicable / nicht zutreffend

¹¹ In einigen Fällen liegen auch Vollerhebungen vor.

Bezeichnung	C.1 Gesamtbevölkerung [Total population (change and total)]		BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Kontext		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Aktueller Bevölkerungsstand und i) Bevölkerungsentwicklung abgeleitet von der Geburtenanzahl und der Anzahl der Todesfälle (beinhaltet Fertilitätsrate, rohe Geburtenrate und rohe Sterberate), ii) berücksichtigt die Nettomigration (zuzüglich statistischer Anpassungen) und die Veränderung der Gesamtbevölkerung im Laufe der Zeit, sowie das Verhältnis zwischen den Altersgruppen (15-64 Jahre zu 65 Jahre und älter).		
Berechnung	Berechnung des Statistischen Bundesamtes: Die Ergebnisse des jeweils letzten Zensus (aktuell: Zensus 2011) werden mit den Ergebnissen der Statistiken der Bevölkerungsbewegungen (Wanderungen, Geburten und Sterbefälle) fortgeschrieben. Anmerkungen: Die Entwicklung des Bevölkerungsstandes im Berichtsjahr 2016 ist auf Grund methodischer Änderungen in den zugrundeliegenden Bevölkerungsbewegungsstatistiken nur bedingt mit den Vorjahreswerten vergleichbar. Einschränkungen bei der Genauigkeit der Ergebnisse können aus der erhöhten Zuwanderung und den dadurch bedingten Problemen bei der melderechtlichen Erfassung Schutzsuchender resultieren. Für die Berechnungen bevölkerungsbezogener Sachverhalte wird die Stichtagsbevölkerung am 31.12. des Jahres verwendet. Die verwendeten Bevölkerungszahlen vor 2011 basieren auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage früherer Zählungen (BRD 1987, DDR 1990). Ab 2011 handelt es sich um Bevölkerungszahlen auf Grundlage des Zensus 2011. Für die Jahre 2011 und 2012 kann es daher Abweichungen zu früheren Veröffentlichungen bevölkerungsbezogener Sachverhalte geben (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018a).		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden		
	☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja, zwischen den Altersgruppen 15-64 Jahre zu 65 Jahre und älter		
Geschlecht	Nein		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Nein		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015)		
	☐ OECD		
	☒ EU (ECHI, European Pillar of Social Rights)		
	☐ Andere Initiativen		
	☐ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Wanderungsstatistik etc. Statistisches Bundesamt (1950-2017); Eurostat (1960-2018; aktueller Bevölkerungsstand zum Stichtag 1. Januar [demo_pjan] und Bevölkerungsentwicklung [demo_gind])		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	C.2 Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (in KKS) [GDP per capita (PPS)]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Kontext			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Kaufkraftstandards (KKS) pro Kopf: BIP ist definiert als Wert aller neu geschaffenen Waren und Dienstleistungen, abzüglich des Wertes aller dabei als Vorleistungen verbrauchten Güter und Dienstleistungen. Der Volumenindex des BIP in Kaufkraftstandards (KKS) pro Kopf wird relativ zum Durchschnitt der Europäischen Union (EU28), der zu 100 gesetzt ist, ausgedrückt.			
Berechnung	Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018f und Europäische Kommission 2014a.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (European Pillar of Social Rights, DG SANTE EXPH 2014 & 2018, JAF Health (DG EMPL) 2015 etc.)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Statistisches Bundesamt, Eurostat (1975-2017; [nama_10_gdp]), OECD			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	C.3 Einkommensungleichheit [Inequality of income distribution]	BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Kontext	
Klassifikation	Kontextueller Indikator	
Definition	Das Verhältnis im gesamten Einkommen zwischen den 20% mit dem höchsten Einkommen und den 20% mit dem niedrigsten Einkommen innerhalb eines Landes.	
Berechnung	Zähler: Verfügbares Äquivalenzeinkommen der 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen (oberstes Quintil). Nenner: Verfügbares Äquivalenzeinkommen der 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen (unterstes Quintil). Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts sowie der Anzahl und dem Alter, der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018a). Das verfügbare Haushaltseinkommen wird durch die gewichtete Anzahl der Haushaltsmitglieder geteilt. Die daraus resultierende Zahl ist das verfügbare Äquivalenzeinkommen, das jedem Haushaltsmitglied in gleicher Höhe zugeordnet wird. Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Eurostat 2017b.	
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:		
Alter	Nein	
Geschlecht	Nein	
Region	Nein	
Einkommen	Nein	
Bildung	Nein	
GKV / PKV	Nein	
Internationaler Vergleich	Nein	
Vergleich über Jahre	Nein	
Interpretation	Bei einem Wert von 1 ist das verfügbare Äquivalenzeinkommen der 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen genauso hoch wie das verfügbare Äquivalenzeinkommen der 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen. Umso höher der Wert ist, desto stärker ist die Einkommensungleichheit (ein Wert von 4 würde bspw. bedeuten, dass die 20% mit dem höchsten Einkommen im Durchschnitt ein viermal so hohes Äquivalenzeinkommen haben, wie die 20% mit dem niedrigsten Einkommen).	
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO WHO 2015 Women's health ☒ OECD (James, C., M. Devaux and F. Sassi, 2017, How's Life?, 2017, Devaux, M. and M. de Looper, 2012) ☒ EU (ECHI, European Pillar of Social Rights, Eurostat QoL, JAF) ☐ Andere Initiativen	
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Statistisches Bundesamt, EU-SILC, Eurostat (2008-2016 [tespm151])	
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4	
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.	

Bezeichnung	C.4 Erwerbslosenquote [Unemployment rate]	BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Kontext	
Klassifikation	Kontextueller Indikator	
Definition	Anteil der Erwerbslosen an allen Erwerbspersonen (Erwerbstätige + Erwerbslose).	
Berechnung	Zähler: Anzahl der Erwerbslosen. Nenner: Anzahl an Erwerbspersonen (Erwerbstätige + Erwerbslose).	
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:		
Alter	Nein	
Geschlecht	Nein	
Region	Nein	
Einkommen	Nein	
Bildung	Nein	
GKV / PKV	Nein	
Internationaler Vergleich	Ja	
Vergleich über Jahre	Ja	
Interpretation	n.a.	
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020, WHO Core health 2015)	
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)	
	☒ EU (ECHI, Eurostat QoL, European Pillar of Social Rights etc.)	
	☐ Andere Initiativen	
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☒ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Erwerbslosenstatistik im Rahmen der Arbeitsmarktstatistik nach dem ILO-Konzept des Statistischen Bundesamtes (2007-2017), Eurostat [une_rt_a]	
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4	
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.	

Bezeichnung	C.5 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger [Early leavers from education and training]	BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Kontext	
Klassifikation	Kontextueller Indikator	
Definition	Anteil der Bevölkerung im Alter von 18 bis 24 Jahren, der höchstens die Sekundarstufe I erreicht hat und aktuell nicht an Schul- oder Ausbildung teilnimmt.	
Berechnung	Zähler Anzahl Personen im Alter von 18 bis 24 Jahren, die die folgenden zwei Bedingungen erfüllen: (i) der höchste erreichte Bildungsabschluss der Personen entspricht höchstens der Sekundarstufe I, das Niveau entspricht dem ISCED 2011 Level 0, 1 oder 2 (ISCED 1997: 0, 1, 2 oder 3C kurz), und (ii) sie haben in den vier Wochen vor der Erhebung nicht an einer Aus- oder Weiterbildungsmaßnahme (weder formal noch non-formal) teilgenommen. Nenner Anzahl Personen der Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 24 Jahren.	
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:		
Alter	Nein	
Geschlecht	Nein	
Region	Nein	
Einkommen	Nein	
Bildung	Nein	
GKV / PKV	Nein	
Internationaler Vergleich	Ja	
Vergleich über Jahre	Nein	
Interpretation	n.a.	
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Regional Office for Europe 2015, WHO 2015 Women's health)	
	☒ OECD (How's life? 2017, Health at a glance 2015 & 2017)	
	☒ EU (ESIF for health 2015, Eurostat QoL, EU Youth Health 2011 & 2018 etc.)	
	☐ Andere Initiativen	
	☒ Länder ☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Berichtet über Eurostat (1992-2017, [edat_lfse_14]), basierend auf Daten des EU Labour Force Survey (EU-LFS).	
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4	
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.	

Bezeichnung	D.1 Lebenserwartung [Life expectancy]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Die Lebenserwartung bei Geburt und in einem bestimmten Alter gibt die durchschnittliche Anzahl an Jahren an, die eine Personengruppe (noch) leben würde, wenn die Sterblichkeitsraten in diesem Jahr für den Rest des verbleibenden Lebens zutreffen würden.		
Berechnung	Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018e; WHO 2018.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, How's life? 2017, Joumard et al. 2010)		
	☒ EU (ECHI, Eckefeldt et al. 2014 / DG-ECFIN, ESIF for health 2015 etc.)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Berichtet über Statistisches Bundesamt (international: Eurostat [demo_mlexpec]), basierend auf der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	D.2 Lebensjahre mit gesundheitlicher Einschränkung [Years lived with disability (YLD)]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anzahl Lebensjahre, die mit gesundheitlicher Einschränkung gelebt werden.			
Berechnung	YLD = I x DW x L I = Anzahl der Inzidenzfälle/Prävalenzfälle nach Ursache, Geschlecht und Alter. DW = „disability weight“ Gewichtungsfaktor zum Schweregrad der Kondition (0= bester vorstellbarer Gesundheitszustand, 1= schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand). L = Durchschnittliche Dauer bis zur Remission oder Tod in Jahren. Berichtet pro 100.000 Einwohner. Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe GBD 2016 Causes of Death Collaborators 2017; Murray 1994; Murray et al. 2012; Wang et al. 2017.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es werden möglichst niedrige Werte angestrebt. Bei der Interpretation der Werte muss beachtet werden, dass die YLD aus drei Komponenten zusammengesetzt sind. Ein Wert von 10 kann z.B. theoretisch bedeuten: • 10 Personen, leben durchschnittlich ein Jahr mit einer Erkrankung, die ein Krankheitsgewicht von 1 hat. • 20 Personen, leben durchschnittlich ein Jahr mit einer Erkrankung, die ein Krankheitsgewicht von 0,5 hat. • 20 Personen, leben durchschnittlich zwei Jahre mit einer Erkrankung, die ein Krankheitsgewicht von 0,25 hat etc. Durch die Kombination von Fallzahl, Krankheitsgewicht und Dauer der Erkrankung ermöglichen die YLD einen Vergleich zwischen unterschiedlichen Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen unterschiedlicher Ursachen (z.B. Diabetes Typ II und Multipler Sklerose).			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO ☐ OECD ☐ EU ☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	IHME (international) und zukünftig ggf. die BURDEN 2020 – Studie zur Nationalen Berechnung der Krankheitslast in Deutschland des RKI			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	D.3 Verlorene Lebensjahre [Years of life lost (YLL)]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anzahl der Jahre, die durch vorzeitige Sterblichkeit (Tod vor 86,6 Jahren (GBD 2016 Causes of Death Collaborators 2017)) verloren wurden, pro 100.000 Einwohner.			
Berechnung	$YLL = N \times L$ N = Anzahl der Todesfälle nach Alter, Geschlecht und Todesursache. L = Verlorene Lebensjahre durch frühzeitige Sterblichkeit nach Alter spezifiziert (nach globalem, für beide Geschlechter geltendem Standard: 86,6 Jahre). Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe GBD 2016 Causes of Death Collaborators 2017; Murray 1994; Murray et al. 2012; Wang et al. 2017.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es werden möglichst niedrige Werte angestrebt. Bei der Interpretation der Werte muss beachtet werden, dass die YLL aus zwei Komponenten zusammengesetzt sind. Ein Wert von 10 kann z.B. theoretisch bedeuten: • 10 Personen, sind mit 85,6 Jahren verstorben. • 1 Person, ist mit 76,6 Jahren verstorben etc. Durch die Kombination von Fallzahl und vorzeitiger Sterblichkeit ermöglichen die YLL einen Vergleich zwischen unterschiedlichen Erkrankungen bzw. Todesursachen (z.B. Tod durch Herzinfarkt und Tod durch Verkehrsunfall).			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (Core Health Europe 2015)			
	☒ OECD (James, C., M. Devaux and F. Sassi 2017, Joumard et al. 2010)			
	☒ EU (JAF)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	IHME (international) und zukünftig ggf. die BURDEN 2020 – Studie zur Nationalen Berechnung der Krankheitslast in Deutschland des RKI			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	D.4 Disability Adjusted Life Years [Disability Adjusted Life Year (DALY)]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Darstellung der Krankheitslast über Kombination von i) Anzahl Lebensjahre, die mit gesundheitlicher Einschränkung gelebt werden (Years lived with disability) sowie ii) Anzahl der Jahre, verloren durch vorzeitige Sterblichkeit (Years of life lost), DALYs pro 100.000 Einwohner. .			
Berechnung	DALY = YLL+YLD Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Murray 1994; Murray et al. 2012; Wang et al. 2017. Siehe auch Indikator D2 und D3.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es werden möglichst niedrige Werte angestrebt. Die DALYs setzen sich aus den beiden Komponenten YLD und YLL zusammen (siehe dazu Indikator D2 und D3). Bei einem hypothetischen Wert von 0 DALYs für die gesamte Bevölkerung, würde die gesamte Bevölkerung in vollkommener Gesundheit 86,6 Jahre alt werden. Durch die Kombination von YLD und YLL können Einschränkungen im Gesundheitsstatus bzw. vorzeitige Sterblichkeit breit über Ursachen verglichen werden (z.B. DALYs auf Grund von chronischen Erkrankungen im Vergleich zu DALYs auf Grund von Verkehrsunfällen).			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (2015 Women's health)			
	☒ OECD (James, C., M. Devaux and F. Sassi 2017)			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	IHME (international) und zukünftig ggf. die BURDEN 2020 – Studie zur Nationalen Berechnung der Krankheitslast in Deutschland des RKI			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	D.5 Selbstberichteter Gesundheitszustand [Self-reported/perceived health state]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Anteil der Bevölkerung, der den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzt.		
Berechnung	Basierend auf der Surveyfrage in EU-SILC: Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) Zähler: Anzahl der Befragten mit einem guten/sehr guten selbstberichteten Gesundheitszustand. Nenner: Alle Befragten.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, How's life? 2017, James et al. 2017)		
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, Eurostat QoL etc.)		
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)		
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☒ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Berichtet über Eurostat, basierend auf EU-SILC ([hlth_silc_01]).		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	D.6 Langzeiteinschränkungen [Long-term activity limitations]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anteil der Bevölkerung, der von Langzeiteinschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten berichtet.			
Berechnung	Zähler: Befragte, die berichten, Langzeiteinschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten zu haben (bzw. seit mindestens sechs Monaten gesundheitliche Probleme, die bei täglichen Aktivitäten einschränkend wirken). Fragen (EU-SILC): Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (Ja / Nein) Bei „ja“: Wie stark sind Sie bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (Stark eingeschränkt / Mäßig eingeschränkt); Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an? (Weniger als 6 Monate / 6 Monate oder länger) Nenner: Alle Befragten.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)			
	☒ Länder ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Australien (E1) ☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	ECHI Indikator – berichtet über GBE-Bund, basierend auf EU-SILC.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	D.7 Gesunde Lebensjahre / Verteilung gesunder Lebensjahre [Healthy Life Years (HLY)/ Distribution of (healthy) life expectancy]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Der Indikator misst die Anzahl altersspezifisch verbliebener, gesunder Lebensjahre (d.h. ohne schwerwiegende oder moderate Gesundheitsprobleme), die eine Person erwarten kann. Des Weiteren wird über den Indikator die Verteilung gesunder Lebensjahre zwischen Bildungs- und Einkommensgruppen erfasst.		
Berechnung	Gesundheitsprobleme werden über eine Selbsteinschätzung (gesundheitliche Einschränkungen über mindestens 6 Monate – Global Activity Limitation Instrument) erfasst. Diese werden mit Mortalitätsinformationen verknüpft. Für die Verteilung werden Lücken in den zu erwartenden gesunden Lebensjahren berechnet bei: Erwachsenen im Alter von 30 und 65 Jahren nach Bildung und Einkommen (jeweils niedrigstes vs. höchstes Level). Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018b.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Nein		
Einkommen	Gewünscht, aber auf aktueller Datenbasis nicht möglich		
Bildung	Gewünscht, aber auf aktueller Datenbasis nicht möglich		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	Es wird ein möglichst hoher Wert für die Anzahl gesunder Lebensjahre angestrebt. Es wird ein möglichst niedriger Wert für die Lücke in der Verteilung (Einkommen, Bildung) angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Joumard et al. 2010)		
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, Eurostat QoL etc.)		
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Der Indikator wird von Eurostat aufbereitet berichtet (Befragungsdaten EU-SILC [hlth_hlye]). Aktuell werden jedoch keine Daten für die Altersgruppe 30+ berichtet, ebenso werden für Deutschland aktuell keine Daten zu Einkommen und Bildung berichtet. Zugriff auf die Mikrodaten ist unklar.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Eigene Berechnungen auf Basis der Mikrodaten notwendig.		

Bezeichnung	D.8 Rauchen [Prevalence of different smoking status]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Anteil der Bevölkerung, der täglich Zigaretten raucht (selbstberichtet). Anmerkung: Bei selbstberichteten Werten zum Raucherstatus kann (bspw. durch soziale Erwünschtheit) eine Unterschätzung des tatsächlichen Raucheranteils vorliegen.		
Berechnung	Zähler: Anteil der Befragten, der nach eigener Angabe täglich Zigaretten raucht. Nenner: Alle Befragten.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)		
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, Eurostat QoL etc.)		
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)		
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	EHIS, GEDA/DEGS		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	D.9 Adipositas	BRIDGE ☒ 23 ☒ 95	
Dimension	Determinanten von Gesundheit		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Anteil erwachsener Personen, die adipös sind, das heißt deren Body Mass Index (BMI) größer oder gleich 30 kg/m ² ist (selbstberichtet) (Größe und Gewicht). Anmerkung: Bei selbstberichteten Werten kann bei Größe und Gewicht (bspw. durch soziale Erwünschtheit) eine Unterschätzung der Anzahl adipöser Personen vorliegen.		
Berechnung	Zähler: Anzahl Befragte mit BMI ≥ 30 kg/m ² (berechnet anhand Größe und Gewicht nach eigenen Angaben). Nenner: Alle Befragten.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, OECD Reviews of Health Care Quality 2017)		
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, Eurostat QoL etc.)		
	☒ Andere Initiativen		
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	EHIS, GEDA/DEGS		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	D.10 Armutsgefährdungsquote [People at risk of poverty]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Bei der Armutsgefährdungsquote handelt es sich um den Anteil der Bevölkerung, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des Medians des Nationaläquivalenzeinkommens (in Privathaushalten) beträgt.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von unter 60% des Medians des Äquivalenzeinkommens der Bevölkerung (in Privathaushalten). Nenner: Alle Befragten Personen. Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts und der Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018b). Das verfügbare Haushaltseinkommen wird durch die gewichtete Anzahl der Haushaltsmitglieder geteilt. Die daraus resultierende Zahl ist das verfügbare Äquivalenzeinkommen, das jedem Haushaltsmitglied in gleicher Höhe zugeordnet wird. Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Eurostat 2017b.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (2015 Women's health)			
	☐ OECD			
	☒ EU (ECHI, Eurostat QoL, European Pillar of Social Rights etc.)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☒ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)	
Datengrundlage	Indikator wird aufbereitet von Eurostat ([ilc_li02], 1995-2017) berichtet, die Befragungsdaten stammen aus EU-SILC. Weitere Quellen: Mikrozensus, EVS, SOEP			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	D.11 Luftverschmutzung [Air pollution]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Jährliche durchschnittliche Exposition der Bevölkerung gegenüber der Außenluftverschmutzung durch Feinstaub (PM10), unterteilt in „ländlicher Hintergrund“, „städtischer Hintergrund“ und „städtisch verkehrsnah“.			
Berechnung	Entwicklung der Jahresmittelwerte der PM10-Konzentration über die Belastungsregimes „ländlicher Hintergrund“, „städtischer Hintergrund“ und „städtisch verkehrsnah“ (mit Standardabweichung) (Umweltbundesamt 2018).			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, HaG Europe 2016, How's life? 2017)			
	☒ EU (ECHI, Eurostat QoL, Eurostat SDG)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)	
Datengrundlage	Umweltbundesamt. Aktuell verfügbare Datenjahre: 2000-2017			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	D.12 Körperliche Aktivität [Physical activity]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anteil der Bevölkerung, der mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv ist (moderate Intensität). Anmerkung: Bei selbstberichteten Werten zur körperlichen Aktivität kann (bspw. durch soziale Erwünschtheit) eine Überschätzung des tatsächlichen Anteils an körperlich aktiven Personen vorliegen.			
Berechnung	Zähler: Umfrageteilnehmer, die mindestens 150 Minuten aerobische körperliche Aktivität mit mindestens moderater Intensität pro Woche durchführen (nach eigenen Angaben). Nenner: Alle Befragten.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)			
	☒ OECD (Gmeinder et al. 2017, Health at a glance 2015 & 2017, HaG Europe 2016)			
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, DG SANTE EXPH 2014 & 2018, JAF Health 2015)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	EU-SILC, EHIS, GEDA/DEGS			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	D.13 Unterstützende Beziehungen [Supportive relationships]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Determinanten von Gesundheit			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anteil der Personen, die angeben, dass sie keine Person haben, mit der sie über vertrauliche und persönliche Angelegenheiten sprechen können und keine Verwandten, Freunde oder Nachbarn haben, die sie um Hilfe bitten können.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Personen, die angeben, dass sie keine Person haben, mit der sie über vertrauliche und persönliche Angelegenheiten sprechen können und keine Verwandten, Freunde oder Nachbarn haben, die sie um Hilfe bitten können. Fragen (CWF): Haben Sie Verwandte, Freunde, Nachbarn oder andere Personen, die Sie um finanzielle Hilfe (Geld, Darlehen oder andere ähnliche Unterstützungen) bitten können, wenn Sie es benötigen würden? (Ja / Nein) Haben Sie Verwandte, Freunde, Nachbarn oder andere Personen, die Sie um nicht-finanzielle Hilfe oder Unterstützung bitten können, wenn Sie es benötigen würden (z.B. jemanden zum Reden oder den Sie bitten könnten etwas für Sie zu tun, Hilfe im Alltag? (Ja / Nein) Nenner: Alle Befragten.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (How's life? 2017)			
	☒ EU (ECHI, Eurostat QoL)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Berichtet über Eurostat, basierend auf EU-SILC (2013 & 2018 [ilc_scp15] und [ilc_scp17])			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	A.1 Versicherungsabdeckung [Share of population covered by health insurance]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Anteil der Bevölkerung, der durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen versichert ist (Vollversicherung) in Prozent der durchschnittlichen Jahresbevölkerung. Anmerkung: Bei selbstberichteten Werten über den Versicherungsschutz im Mikrozensus kann eine Unterschätzung des tatsächlichen Anteils der nicht versicherten Personen vorliegen. Gründe sind zum einen die Notwendigkeit eines festen Wohnsitzes, um an der Befragung teilzunehmen, als auch die gesetzliche Verpflichtung zur Krankenversicherung.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Personen, die durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen versichert sind. Nenner: Durchschnittliche Jahresbevölkerung in Deutschland.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Ja, Anteil der Versicherten in der GKV und PKV werden berichtet.			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (European Health Report 2015)			
	☒ OECD (Health at a Glance 2015)			
	☒ EU (ECHI, DG SANTE EXPH 2014 & 2018, JAF Health (DG EMPL) 2015)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018)			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Umfragedaten des Mikrozensus (alle 4 Jahre von 1995-2015) zur Bewertung des Anteils der nicht versicherten Bevölkerung. Zahlenbericht (private Krankenversicherung), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., KM 6-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, OECD			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	A.2 Privathaushalte mit katastrophalen privaten Ausgaben für Gesundheit [Percentage of households experiencing high levels/catastrophic of out-of-pocket health expenditures]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang		
Klassifikation	Operativer Indikator		
Definition	Anteil der Bevölkerung mit katastrophal hohen Haushaltsausgaben für Gesundheit als Anteil an den zur Verfügung stehenden Haushaltsausgaben. (Die zur Verfügung stehenden Haushaltsausgaben berücksichtigen auch Ausgaben für sogenannte Grundgüter wie Lebensmittel und Miete.)		
Berechnung	Zähler: Direkte private Zahlungen (out-of-pocket) für Gesundheitsversorgung. Direkte Zahlungen sind definiert als jegliche anfallenden Ausgaben zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung, um jedwede Art von Versorgung zu erhalten (gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative (auch zahnärztliche), palliative oder langzeitpflegerische Versorgung) und beinhaltet alle Medikamente, Impfstoffe und andere pharmazeutische Zubereitungen sowie alle Gesundheitsprodukte von Leistungserbringern und für alle Haushaltsmitglieder (nach der Klassifizierung von Gesundheitsfinanzierungssystemen HF). Nenner: Zur Verfügung stehende Haushaltsausgaben. Die gesamten Haushaltsausgaben, also die Summe der monetären Werte aller Güter (Waren und Dienstleistungen), die während eines Referenzzeitraums auf dem Inlandsmarkt vom Haushalt konsumiert werden, werden durch die Ausgaben für sogenannte Grundgüter reduziert, die nicht für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen (Ability-to-pay). Grundgüter umfassen Ausgaben für Lebensmittel, Miete und Güter wie Strom und Heizung. Die Ausgaben für diese Grundgüter werden anhand der Haushalte zwischen der 25sten und 35sten Einkommensperzentile („relativ arm“) berechnet und betrugen für 2013 in Deutschland 708 EUR (Siegel und Busse 2018). Schwellenwerte: Direkte Zahlungen, die mehr als 40% der zur Verfügung stehenden Gesundheitsausgaben übersteigen, gelten als katastrophal. Falls sich nach Abzug der Grundgüteraussgaben bereits ein negativer Haushaltswert ergibt, zählt jede anfallende direkte Zahlung als verarmend (Wagstaff 2008; WHO und die Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung / Die Weltbank 2017). Anmerkung: Da die Einkommens- und Verbraucherstrichprobe nicht die nachträglichen Erstattungen von Gesundheitsausgaben durch zum Beispiel Krankenkassen erfasst, werden alle PKV-Versicherten aus der Stichprobe ausgeschlossen. Des Weiteren kann durch diesen Umstand von einer Überschätzung der direkten Zahlungen ausgegangen werden (Wagstaff 2008; WHO und die Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung / Die Weltbank 2017).		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Gesund werden☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Ja		
Einkommen	Ja		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Nein		
Weitere	Haushaltsgröße		
Interpretation/Ziel	Direkte Zahlungen [out-of-pocket payments] für medizinische Versorgung haben eine direkte finanzielle Auswirkung auf Privathaushalte. Die finanzielle Belastung kann katastrophale Auswirkungen auf Privathaushalte mit niedrigem Einkommen haben. Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (European Health Report 2015) ☐ OECD		

	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Einkommens- und Verbraucherstichprobe (2003, 2008, 2013, aktuell Erfassung für 2018), keine nutzbaren Daten für die PKV, WHO.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Aktuell besteht jedoch eine Datenlücke (PKV-Versicherte werden aus der Stichprobe ausgeschlossen, da nachträgliche Erstattungen von Gesundheitsausgaben nicht erfasst werden).			

Bezeichnung	A.3 Geografische Verteilung der Ärzte: Ärztedichte in städtischen und ländlichen Regionen [Geographic distribution of doctors: Physicians density in predominantly urban and rural regions]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Ärztedichte pro 1.000 Einwohner und Kreis, unterteilt nach Arztgruppen sowie Ratio der Ärztedichte zwischen städtischen und ländlichen Kreisen. Arztgruppen: Hausärzte (Allgemeinärzte/Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten) Fachärzte (Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Internisten, Pädiater, Neurologen, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen)			
Berechnung	Ärztedichte: Zähler: Anzahl der Ärzte pro Region (Kreis). Nenner: Durchschnittliche Jahresbevölkerung pro Region (Kreis). Berichtet pro 1.000 Einwohner. Ratio: Zähler: Durchschnittliche Arztdichte in städtischen Regionen pro 1.000 Einwohner. Nenner: Durchschnittliche Arztdichte in ländlichen Regionen pro 1.000 Einwohner. Anmerkung: Die aktuellen Arztzahlen beziehen sich auf die Anzahl an Ärzten (Kopfzahlen) und sind nicht in Vollzeitäquivalenten ausgedrückt.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☒ Gesund werden		☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja (Durchschnittsalter der Leistungserbringer pro Region, gruppiert nach Nähe zum Renteneintritt)			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (städtische / ländliche Region)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Hinsichtlich der allgemeinen Ärztedichte gibt es keinen definierten Idealwert. Ziel des Indikators ist es, eine Aussage zur Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Regionen zu liefern. Der Unterschied in der Verteilung zwischen ländlichen und städtischen Regionen sollte möglichst gering sein. Des Weiteren kann durch das Durchschnittsalter der Leistungserbringer pro Region eine mögliche zukünftige Lücke in der Versorgung aufgezeigt werden.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	KBV, ZI, Gesundheitspersonalrechnung – Statistisches Bundesamt, BBSR – INKAR-Daten Idealerweise sollten die Arztzahlen in Vollzeitäquivalenten ausgedrückt werden, Eurostat [hlth_rs_prsrg].			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Eine Verbesserung der Datengrundlage wird empfohlen.			

Bezeichnung	A.4 Erreichbarkeit von Akutversorgung [Access to acute care]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Anteil der Bevölkerung, die Primärversorgung (Hausarzt, Internist, Kinderarzt), Notfallversorgung (Notaufnahme) und Schwangerschaftsbetreuung (Gynäkologen) innerhalb von 15/30 Minuten mit dem Auto erreichen können. Anmerkung: Idealerweise umfasst die Schwangerschaftsbetreuung ebenfalls die Betreuung durch Hebammen/Geburtshelfer. Diese kann jedoch in der aktuellen Datenlage nicht abgebildet werden.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Einwohner (der definierten Region), die Primärversorgung, Notfallversorgung und Schwangerschaftsbetreuung innerhalb von 15/30 Minuten erreichen können. Nenner: Alle Einwohner (der definierten Region).			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (Landkreis)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Erreichbarkeit der Krankenhäuser: BBSR – INKAR Daten Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung: noch nicht vorhanden, kann theoretisch über BBSR bzw. auf Grundlage bestehender Daten erstellt werden (siehe dazu das Gutachten zur Bedarfsplanung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018)).			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird jedoch ein hoher Aufwand zur Berechnung der Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung erwartet.			

Bezeichnung	A.5 Zugang zu Palliativversorgung: geografische Verteilung und Wartezeiten [Waiting times for terminal palliative care]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Zugang			
Klassifikation	Erklärender Indikator			
Definition	Dichte an Angeboten der Palliativversorgung (institutionell und ambulant) nach Regionen pro 1.000 Einwohner; sowie die Anzahl der wartenden Personen und durchschnittliche Wartezeit auf eine i) institutionelle und/oder ii) ambulante Palliativversorgung (Wartezeit in Wochen oder Tagen). Jeweils getrennt nach Palliativversorgung für Kinder/Jugendliche und Erwachsene.			
Berechnung	Wartezeiten: Anzahl der Personen im Jahresdurchschnitt, durchschnittliche Wartezeit in Wochen/Tagen. Dichte: Zähler: Plätze in der Palliativversorgung (institutionell und ambulant) pro definierter Region. Nenner: Durchschnittliche Jahresbevölkerung pro definierter Region.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja, Trennung zwischen Versorgung von Kindern- und Erwachsenen gewünscht.			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Ja (unklar, ob die Daten verfügbar sind)			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert in der Wartezeit angestrebt (Anzahl der Personen auf Wartelisten sowie die durchschnittliche Wartezeit). Die Werte müssen mit Informationen zur Dichte an Angeboten abgeglichen werden, da für Regionen ohne Angebote keine auf Wartelisten basierenden Aussagen möglich sind.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Aktuell keine Daten verfügbar, ggf. über Wartelisten (potenzieller Ansprechpartner: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV))			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird die Schaffung einer Datengrundlage empfohlen.			

Bezeichnung	A.6 Wartezeit auf einen Termin bei einem Facharzt [Reported waiting times for access to specialist care]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Selbstberichtete Wartezeiten von 2 Monaten oder länger auf einen Termin bei einem Facharzt (Basis: Musste in den vergangenen 2 Jahren einen Facharzt aufsuchen) (CWF). <i>Zusätzlich:</i> Versichertenbefragung der KBV, höchste Kategorie der Wartezeit: 3 Wochen (anhand der KBV-Daten sind keine internationalen Vergleiche möglich).			
Berechnung	Antwort auf die Survey-Frage an den Patienten: Nachdem Ihnen geraten worden ist oder Sie entschieden haben, einen Spezialisten aufzusuchen, wie viele Tage, Wochen oder Monate haben Sie auf einen Termin warten müssen? Basis: Befragte/r hat in den letzten 2 Jahren einen Facharzt aufgesucht.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☒ Gesund werden		☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Ja (städtische / ländliche Region)			
Einkommen	Ja			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Ja, auf Grundlage der KBV-Versichertenbefragung			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es werden möglichst niedrige Werte für den Anteil an Personen mit Wartezeiten über 2 Monaten bzw. 3 Wochen angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, DG SANTE EXPH 2014 & 2018)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017, EHCI 2018)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Commonwealth Fund (CWF) Health Policy Survey (of adults, older adults, sicker adults), Versichertenbefragung der KBV Anmerkung Daten: Geringer Stichprobenumfang des CWF-Surveys und aktuell keine Unterteilung nach Facharztgruppen sowie nach gut planbaren und akuten Facharztterminen möglich; KBV nicht international vergleichbar und höchste Kategorie der Wartezeit relativ niedrig gewählt			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, da aktuell keine geeigneteren Indikatoren vorliegen. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen.			

Bezeichnung	A.7 Wartezeiten bei elektiven Eingriffen / Operationen [Waiting times for elective surgeries]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang		
Klassifikation	Operativer Indikator		
Definition	Selbstberichtete durchschnittliche Wartezeit auf elektive Eingriffe in Tagen gemessen.		
Berechnung	Frage des CWF: Nachdem Sie erfahren hatten, dass Sie operiert werden müssen, wie viele Tage, Wochen oder Monate mussten Sie warten, bis die geplante Operation erfolgt ist? Als Beispiele für elektive Eingriffe werden auf Nachfrage die folgenden Eingriffe aufgezählt: perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA), Kataraktoperation, Koronarbypass, Prostataektomie, Hysterektomie, Hüft- und Kniegelenkersatz. Bezugsgröße: Alle Survey-Teilnehmer, die in den vergangenen 2 Jahren einen elektiven Eingriff benötigten (Frage: Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren eine nicht notfallbedingte bzw. geplante Operation benötigt?).		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja, jedoch mit der Datengrundlage (geringe Fallzahl) nur eingeschränkt möglich		
Einkommen	Ja		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Nein		
Interpretation/Ziel	Es wird allgemein ein möglichst niedriger Wert angestrebt. Es besteht jedoch kein Konsens über den optimalen Wert.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO ☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017) ☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, DG SANTE EXPH 2014 & 2018) ☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017, EHCI 2018)		
	☒ Länder ☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Commonwealth Fund (CWF), Health Policy Survey		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen.		

Bezeichnung	A.8 Personen, die auf eine Organspende warten [Numbers of people awaiting donor organs]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang			
Klassifikation	Erklärender Indikator			
Definition	Anzahl an Personen (einschließlich Kinder), die aktiv auf ein Transplantat warten, die von einem Transplantationszentrum anerkannt wurden und die bereit sind, das Transplantat zu erhalten (durchschnittliche Anzahl in einem Jahr) sowie die Anzahl der Personen, die von der Warteliste entfernt wurden (i) auf Grund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder (ii) da sie verstorben sind. Unterteilung nach Art des Transplantats.			
Berechnung	Siehe Definition.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Wartelisten für Einzel- und mehrere Organe über Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	A.9 Selbstberichteter nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Versorgung (Gründe: Kosten, Wartezeit, Entfernung) [Self-reported unmet need for medical care (total by reason: cost, waiting time, distance)]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Zugang			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Anteil der Bevölkerung mit selbstberichtetem nicht erfülltem Bedarf für medizinische Leistungen auf Grund von finanziellen Hürden, Wartezeiten oder Entfernungen.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Befragten mit selbstberichtetem nicht erfülltem Bedarf für medizinische Leistungen auf Grund von finanziellen Hürden, Wartezeiten oder Entfernungen innerhalb der letzten 12 Monate. Fragen (EU-SILC): Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst ein- oder mehrmals eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt? (Ja / Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung) Haben Sie die benötigte Untersuchung oder Behandlung auch in Anspruch genommen? (Ja / Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch genommen) Was war für Sie der wichtigste Grund, die ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen? (Ich konnte sie mir nicht leisten (zu teuer) / Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. / Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. / Der Weg war mir zu weit. / Ich hatte keine Fahrgelegenheit.). Nenner: Alle Befragten. Anmerkung: Idealerweise sollten im Nenner ausschließlich Personen mit einem Bedarf nach med. Versorgung innerhalb der letzten 12 Monate stehen. Aktuell werden die Daten jedoch nur mit allen Befragten im Nenner berichtet. Auf Grundlage der Befragungsdaten ist eine Unterscheidung nach Personen mit und ohne subjektiven Bedarf nach Versorgung möglich, Zugriff auf die Mikrodaten unklar.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Ja			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, EU semester thematic 2017 (DG-ECFIN) etc.)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017, EHCI 2018)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☒ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Berichtet über Eurostat und OECD, basierend auf EU-SILC ([hlth_silc_14])			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	Q.1 Krankenhausbezogene standardisierte Mortalitätsrate [Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Der Indikator zeigt das Verhältnis zwischen der beobachteten zu der erwarteten Anzahl (nach Risikoadjustierungen) an stationären Todesfällen in einer Region oder einem Krankenhaus. Berechnet auf Grundlage der Diagnosen, die für 80% der Todesfälle in Krankenhäusern ursächlich sind.			
Berechnung	Zähler: Beobachtete Todesfälle (in einem Jahr, innerhalb einer Region/Krankenhaus). Nenner: Erwartete Todesfälle (in einem Jahr, innerhalb einer Region/Krankenhaus). Die Anzahl der erwarteten Todesfälle wird anhand des Risikoprofils der Patienten der Region/Krankenhaus analysiert. Die Analyse wird für die Diagnosen durchgeführt, welche im Durchschnitt zu 80% der Todesfälle während einer stationären Behandlung führen.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation/Ziel	Ein Wert zwischen 0 und 1 spricht für eine gute Versorgung, es sind genauso viele (Wert gleich 1) bzw. weniger Personen verstorben, wie anhand des Risikoprofils zu erwarten waren. Ein Wert über 1 bedeutet, dass mehr Personen verstorben sind, als anhand des Risikoprofils zu erwarten waren.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Der Indikator wird aktuell nicht für Deutschland berichtet, kann jedoch anhand der DRG-Daten erstellt werden. Die (erstmalige) Berechnung kann als relativ ressourcenintensiv eingeschätzt werden.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird jedoch ein hoher Aufwand für die (erstmalige) Berechnung erwartet.			

Bezeichnung	Q.2 30-Tages-Mortalität (bei stationären Fällen) [30-day (in-hospital) mortality]		BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit		
Klassifikation	Schlüsselindikator		
Definition	1. 30-Tages-Mortalität nach AMI oder Schlaganfall. Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate von Personen über 45 Jahren, die innerhalb eines Zeitraums von 30 Tagen nach Aufnahme in ein Krankenhaus, mit der Hauptdiagnose i) akutem Myokardinfarkt (AMI) oder ii) ischämischem Schlaganfall versterben. 2. (second best): 30-Tages-Mortalität nach AMI oder Schlaganfall im Krankenhaus. Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate von Personen über 45 Jahren, die innerhalb eines Zeitraums von 30 Tagen nach Aufnahme in ein Krankenhaus, mit der Hauptdiagnose i) AMI oder ii) ischämischem Schlaganfall, im gleichen Krankenhaus versterben. Anmerkung: Versterbende Patienten, die entlassen und nicht wieder aufgenommen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt worden sind, bleiben nach Entlassung bzw. Verlegung unberücksichtigt.		
Berechnung	1. 30-Tages-Mortalität Zähler: Anzahl der Personen, die nach Aufnahme in ein Krankenhaus, Hauptdiagnose i) AMI oder ii) ischämischer Schlaganfall, in einem Zeitraum von 30 Tagen verstorben sind. Nenner: Anzahl der Personen, die mindestens einmal mit einer Hauptdiagnose i) AMI oder ii) ischämischer Schlaganfall in einem Krankenhaus behandelt wurden. 2. (second best) 30-Tages-Mortalität im Krankenhaus (gleiches Krankenhaus, basiert auf Krankenhausaufnahmen und Entlassungen): Zähler: Die Anzahl an Sterbefällen innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in ein Krankenhaus mit den Diagnosen i) AMI oder ii) ischämischer Schlaganfall. Nenner: Anzahl an Krankenhausaufnahmen, die in dem entsprechenden Zeitraum aufgenommen worden sind und die Hauptdiagnosen i) AMI oder ii) ischämischer Schlaganfall hatten. Anmerkungen zu 2.: Der Indikator wird von GBE-Bund als 28-Tages-Mortalität berichtet.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Ja		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO ☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Joumard et al. 2010) ☒ EU (ECHI, ECHO, JAF Health (DG EMPL) 2015) ☒ Andere Initiativen (CWF 2018)		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)

Datengrundlage	1. Kann basierend auf GKV-/PKV-Routinedaten berechnet werden. Indikator ist derzeit nicht verfügbar / wird für Deutschland nicht berichtet. 2. Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, berichtet von GBE-Bund (jedoch 28-Tages-Mortalität) und OECD (30-Tages-Mortalität).
Bewertung des Indikators <i>(in Schulnoten)</i>	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 (Option 2: Note 2) Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4 (Option 2: Note 1)
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Zugriff auf Routinedaten für die Berechnung der Option 1 ist unklar.

Bezeichnung	Q.3 Wiederaufnahmeraten in Notaufnahmen 30 Tage nach der Krankenhausentlassung [30-day emergency readmission rate]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Der Indikator zeigt die risikoadjustierte Wiederaufnahmerate über Notaufnahmen bei Patienten, die vor maximal 30 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Eingeschlossen werden alle Patienten, die zuvor stationär mit einer Hauptdiagnose i) AMI oder ii) ischämischer Schlaganfall behandelt worden sind.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung aus einem Krankenhaus mit der Hauptdiagnose i) AMI oder ii) ischämischer Schlaganfall, wieder über die Notaufnahme aufgenommen werden, innerhalb eines Jahres. Nenner: Alle Krankenhausentlassungen mit den Hauptdiagnosen i) AMI oder ii) ischämischer Schlaganfall innerhalb eines Jahres. Ausschluss: Patienten, die das Krankenhaus auf eigenen Wunsch verlassen haben.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt. Bei der Interpretation muss beachtet werden, dass verbesserte Überlebenschancen zu einer Verschlechterung in den Wiederaufnahmeraten führen können (Laudicella et al. 2018). Daher sollte der Indikator gemeinsam mit Indikator Q.2 betrachtet werden.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (Smith et al. 2016 & 2017) ☐ OECD ☒ EU (ESIF for health 2015, DG SANTE EXPH 2014 & 2018) ☒ Andere Initiativen (CWF 2018)			
	☒ Länder ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Der Indikator ist aktuell für Deutschland nicht verfügbar. Wiederaufnahmen sind in DRG-Daten nur abgebildet, sofern der Patient innerhalb von 30 Tagen in das gleiche Krankenhaus wieder aufgenommen wird. Der Indikator kann auf Grundlage der GKV-/PKV-Routinedaten berechnet werden.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Für die Indikator-Berechnung ist jedoch ein Zugriff auf GKV-/PKV-Daten notwendig.			

Bezeichnung	Q.4 Behandlung in Stroke-Unit [Patients Treated at Stroke Unit]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit		
Klassifikation	Operativer Indikator		
Definition	Anteil der Schlaganfallpatienten, die in einer Stroke-Unit behandelt wurden.		
Berechnung	Zähler: Anzahl der Schlaganfallpatienten (Hauptdiagnosen: I60, I61, I63 und I64), die in einer Stroke-Unit behandelt wurden, innerhalb eines Jahres (identifiziert über OPS-Kodes). Nenner: Anzahl Schlaganfallpatienten mit den Hauptdiagnosen: I60, I61, I63 und I64. Überweisungen zu Stroke-Units werden ausgeschlossen. Für Details zur Berechnung siehe (Nimptsch und Mansky 2012).		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO ☐ OECD ☐ EU ☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Berechnung auf Grundlage der DRG-Statistik (Mikrodaten) (Komplexbehandlung gemäß OPS) möglich.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, Berechnung von relativ geringem Aufwand notwendig.		

Bezeichnung	Q.5. Krankenhausfallrate für ambulant behandelbare Erkrankungen [Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) Hospitalization Rate]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Krankenhausaufnahmen (standardisierte Rate pro 100.000 Einwohner) von Personen mit ambulant behandelbaren Erkrankungen: Angina, Asthma, Dehydration, Diabetes (mit und ohne Komplikationen), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), kongestive Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Unterernährung und Mangelernährung (Auswahl basierend auf nationalen und internationalen HSPA-Initiativen, Sundmacher et al. 2015; Purdy et al. 2009). Anmerkung: Der Indikator wird teilweise auch als „vermeidbare Krankenhausaufnahmen“ [Avoidable hospital admissions] bezeichnet.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Krankenhauseinweisungen mit einer Hauptdiagnose von Angina, Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, Dehydrierung, Diabetes, Bluthochdruck und Unterernährung sowie Mangelernährung bei Personen im Alter von 15 Jahren und älter. Nenner: Einwohnerzahl innerhalb eines Jahres (einer Region, ab 15 Jahren). Berichtet pro 100.000 Einwohner. Anmerkung: Die Raten werden für regionale/zeitliche Vergleiche alters- und geschlechtsstandardisiert. Einweisungen, die sich aus einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus ergeben und/oder bei denen der Patient während der Aufnahme/des Aufenthaltes stirbt, werden von der Berechnung ausgeschlossen.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Gesund werden☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja, aber nur mit OECD-Operationalisierung möglich (Asthma, COPD, Herzinsuffizienz)			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Joumard et al. 2010)			
	☒ EU (ECHO, DG SANTE EXPH 2014 & 2018, JAF Health (DG EMPL) 2015)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018)			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Berechnung auf Grundlage der Krankenhausdiagnosedaten oder der DRG-Statistik (Mikrodaten) möglich. Weiterführende Analysen wären zudem auf Basis der GKV-/PKV-Routinedaten möglich (Krankheitsgeschehen für der KH-Aufnahme). Die OECD berichtet den Indikator für internationale Vergleiche, jedoch reduziert auf die Erkrankungen Asthma, COPD und kongestive Herzinsuffizienz.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, Berechnung mit relativ hohem Aufwand möglich.			

Bezeichnung	Q.6 Komplikationen während/nach einem chirurgischen Eingriff [Complications during/following surgery]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Komplikationen während/nach einem chirurgischen Eingriff: i) Fremdkörper, die während eines Eingriffs zurückgeblieben sind, ii) Postoperative Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombose nach Hüft- u. Knieoperation, iii) Postoperative Sepsis nach abdominalen Operationen. Pro 1.000 Krankenhausfälle (18 Jahre und älter).			
Berechnung	Zähler: Anzahl Krankenhausfälle mit dokumentierten i) Fremdkörpern, die während eines Eingriffs zurückgeblieben sind, ii) Postoperativen Lungenembolien oder tiefen Beinvenenthrombosen nach Hüft- u. Knieeingriffen, iii) Postoperativen Sepsen nach abdominalen Operationen. Nenner: i) alle Krankenhausfälle mit einem operativen Eingriff, ii) alle Krankenhausfälle mit Hüft- bzw. Knieoperation, iii) alle Krankenhausfälle mit abdominaler Operation. Ausschluss bei iii): Fälle mit Hauptdiagnose Sepsis oder Infektion, Immunkompromittierte Patienten, Patienten mit Krebs, Entlassungen aus der Gynäkologie sowie Patienten mit einer Verweildauer von unter vier Tagen.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt. Eine Verbesserung der Dokumentation von unerwünschten Ereignissen im Krankenhaus kann zu höheren Werten führen.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI, ECHO)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☒ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Indikator wird über die OECD berichtet; kann zudem basierend auf der DRG-Statistik (Mikrodaten) berechnet werden.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	Q.7 Komplikationen während/nach der Entbindung [Complications during/following delivery]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit		
Klassifikation	Operativer Indikator		
Definition	Komplikationen während und nach der Entbindung: Verletzung, Ruptur oder Riss des Perineums 3. oder 4. Grades bei Entbindungen mit/ohne geburtshilfliche Maßnahmen (Zangen- oder Vakuumextraktion), pro 100 vaginalen Entbindungen.		
Berechnung	Zähler: Anzahl der Entbindungen mit Verletzung, Ruptur oder Riss des Perineums 3. oder 4. Grades. Nenner: Alle Entbindungen. Unterteilt nach Entbindungen mit/ohne instrumentelle Maßnahmen (Zangen- oder Vakuumextraktion). Ausschluss: Entbindung per Kaiserschnitt.		
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)		
	☒ EU (ECHO)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☒ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	DRG-Statistik (Mikrodaten), Statistisches Bundesamt (berichtet über die OECD)		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	Q.8 Im Krankenhaus erworbene Infektionen (% der Patienten im Krankenhaus) [Incidence rate of hospital-acquired infections (% of patients hospitalised)]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Punktprävalenz der im Krankenhaus erworbenen Infektionen (untere Atemwegsinfektionen, postoperative Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen, Clostridium difficile-Infektionen, primäre/sekundäre Sepsis, andere gastrointestinale Infektionen, systemische Infektionen, Haut- und Weichteilinfektionen) (Behnke et al. 2017; Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen 2017; Suetens et al. 2013). Anmerkung: der Indikator wird vom ECDC unter „healthcare-associated infections“ geführt.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der nosokomialen Infektionen (siehe Definition), die frühestens 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftreten, zum Zeitpunkt der Prävalenzerhebung. Nenner: Anzahl der stationären Krankenhaufälle zum Zeitpunkt der Prävalenzerhebung.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO ☒ OECD (Health at a glance Europe 2016) ☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018) ☒ Andere Initiativen (CWF 2018, EHCI 2018)			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)	
Datengrundlage	Punkt-Prävalenzerhebung durchgeführt vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ), initiiert durch das European Centre for Disease Prevention and Control. Erhebung wurde bisher zweimal durchgeführt (2011 und 2016), jeweils auf Basis einer repräsentativen Stichprobe von Krankenhäusern der Akutversorgung.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Die Daten der Erhebungen vom NRZ können als sehr gut eingestuft werden, sind jedoch nur unregelmäßig verfügbar und erlauben auf Grund der Stichprobengröße keine Analysen nach Regionen.			

Bezeichnung	Q.9 Kaiserschnitttrate [Caesarean section rates]	BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit	
Klassifikation	Operativer Indikator	
Definition	Anteil der Kaiserschnittentbindungen an allen Lebendgeburten, pro 1.000 Lebendgeborene.	
Berechnung	Zähler: Anzahl der Kaiserschnittentbindungen bei Lebendgeburten innerhalb eines Jahres. Nenner: Anzahl Lebendgeburten innerhalb eines Jahres. Berichtet pro 1.000 Lebendgeborene.	
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:		
Alter	Nein	
Geschlecht	Nein	
Region	Ja	
Einkommen	Nein	
Bildung	Nein	
GKV / PKV	Nein	
Internationaler Vergleich	Ja	
Vergleich über Jahre	Ja	
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt. Internationale Vergleiche sind bei diesem Indikator empfehlenswert, da ein gewisser Anteil an Kaiserschnittentbindungen notwendig bzw. nicht vermeidbar ist.	
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO	
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)	
	☒ EU (ECHO)	
	☒ Andere Initiativen (EHCI 2018)	
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☒ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Berechnung auf Grundlage der Grunddaten der Krankenhäuser möglich (Mikrodaten) (Hinweis: Der Indikator kann nicht den in der Fachserie veröffentlichten Grunddaten der Krankenhäuser entnommen werden, da hier die Rate pro 1.000 Entbindungen, jedoch nicht pro Lebendgeburten berichtet wird. Aus der Statistik der Grunddaten der Krankenhäuser geht nicht hervor, wie sich die Anzahl der absolut durchgeführten Kaiserschnitte auf Lebend- und Totgeburten aufteilt. Die Anzahl der Lebendgeburten gesamt (stationär, ambulant, Geburtshaus, Hausgeburt etc.) wird über die Bevölkerungsstatistik erfasst. International wird der Indikator über die OECD berichtet.	
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4	
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.	

Bezeichnung	Q.10 Patient reported outcome (PROs) nach einer Behandlung [Patient reported outcome after treatment]	BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit	
Klassifikation	Erklärender Indikator	
Definition	Verbesserung des Gesundheitszustandes nach elektiven Verfahren (z. B. Hüftgelenkersatz, Knieersatz, Cholezystektomie, Kataraktoperation) beurteilt durch die behandelten Patienten.	
Berechnung	Idealerweise Messung des subjektiven Gesundheitszustands über ein krankheitsspezifisches oder generisches Instrument (z.B. EQ-5D), vor der Behandlung (t0), direkt nach der Behandlung (t1) und z.B. 6 Monate nach der Behandlung (t2). Es werden dann die Unterschiede zwischen t0, t1 und t2 analysiert. Aktuell liegen nur die nachfolgenden Daten zur Beurteilung der Gesundheit nach einem Krankenhausaufenthalt vor (Weisse-Liste, TK-Patientenbefragung): - Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Krankenhausbehandlung geändert? - Wie beurteilen Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand? - Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungsergebnis des Krankenhauses?	
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:		
Alter	Ja	
Geschlecht	Ja	
Region	Nein	
Einkommen	Nein	
Bildung	Nein	
GKV / PKV	Nein	
Internationaler Vergleich	Nein	
Vergleich über Jahre	Nein	
Interpretation/Ziel	Zwischen t0 und t2 sollte eine möglichst starke Verbesserung der subjektiven Gesundheit gemessen werden.	
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO ☐ OECD ☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018) ☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)	
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
		☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Aktuell sind keine Daten für Deutschland vorhanden, da keine entsprechenden Patientenbefragungen vor bzw. nach der Behandlung vorgenommen werden. Die für Deutschland vorhandenen Daten sind für diesen Indikator als nicht ausreichend einzustufen. Ggf. können zukünftig Befragungen durch das IQTIG genutzt werden.	
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4	
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird die Schaffung einer Datengrundlage empfohlen.	

Bezeichnung	Q.11 Suizid bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung während eines stationären Aufenthalts [Inpatient suicide amongst patients with a psychiatric disorder]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Anteil der Patienten, die mit einer Hauptdiagnose für psychische Gesundheit und Verhaltensstörungen stationär aufgenommen worden sind und während des stationären Aufenthalts Suizid begangen haben. Die Bezugsgruppe stellen alle Patienten dar, die mit einer entsprechenden Hauptdiagnose stationär aufgenommen worden sind.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Patienten, die mit einer Hauptdiagnose für psychische oder Verhaltensstörungen (ICD-10 Kodes F10-F69 und F90-99) stationär aufgenommen worden sind und die während des stationären Aufenthalts Suizid begangen haben (ICD-10 Kodes: X60-X84) innerhalb eines Jahres. Nenner: Alle stationär behandelten Patienten mit einer Hauptdiagnose für psychische oder Verhaltensstörungen (ICD-10 Kodes F10-F69 und F90-99) innerhalb eines Jahres. Anmerkungen: Es sind aktuell keine stratifizierten Analysen geplant, da auf Grundlage der internationalen Erfahrungen von einer sehr geringen Fallzahl ausgegangen werden kann.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Unklar. Derzeit werden psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nicht durch das DRG-System erfasst, voraussichtlich ändert sich die Datengrundlage nach Einführung von PEPP.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Eine Verbesserung der Datengrundlage (ggf. durch PEPP) ist notwendig.			

Bezeichnung	Q.12 Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen [Numbers of coercive measures per 1.000 psychiatric admissions]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Erklärender Indikator			
Definition	Anzahl der Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen pro 1.000 Patienten. Inkludierte Zwangsmaßnahmen in anderen Ländern: Isolation im Hochsicherheitsraum, Isolation im Niedersicherheitsraum, Isolation in anderen Räumen, Zwangsmedikation, mechanische Zwangsmaßnahmen, erzwungene Flüssigkeitszufuhr oder Zwangsernährung, sonstige körperlich einschränkende Maßnahmen und Zwangseinweisung. Anmerkung: die Liste sollte für Deutschland noch mit den entsprechenden Fachgesellschaften diskutiert werden.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der durchgeführten Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen innerhalb eines Jahres. Nenner: Anzahl der Patienten in psychiatrischen Einrichtungen innerhalb eines Jahres.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Derzeit existieren keine repräsentativen Daten für Deutschland (Adorjan et al. 2017), potenzieller Ansprechpartner ist die DGPPN, die sich in ihrer aktuellen Leitlinie (2018-2023) für eine Vereinheitlichung der Dokumentationsanforderungen der Zwangsmaßnahmen ausspricht. Derzeit gibt es eine Vielzahl von divergierenden Dokumentationen von der Registerführung (z.B. in Baden-Württemberg seit 2013), der Definition als Qualitätsindikator als auch die gerichtsfeste Dokumentation von gerichtlich angeordneten Zwangsmaßnahmen. Kann ggf. nach Einführung von PEPP ausgewertet werden.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Eine Verbesserung der Datengrundlage ist notwendig.			

Bezeichnung	Q.13 Erfolgsquote bei der Behandlung von Tuberkulose [Percentage of people treated successfully among laboratory confirmed tuberculosis (TB)]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit		
Klassifikation	Erklärender Indikator		
Definition	Prozentualer Anteil der Patienten mit erfolgreicher Behandlung unter den Patienten mit positivem Laborbefund (neue und bereits behandelte Fälle). Erfolgreiche Behandlung: Bei Patienten mit einer bakteriell bestätigten TB am Beginn der Behandlung, zählt der Patient als geheilt, wenn die Proben negativ im letzten Monat der Behandlung und bei mindestens einer weiteren Messung ausfallen. Bei einer multiresistenten (MDR) TB, gilt die TB als geheilt, wenn die Behandlung entsprechend der nationalen Vorgaben beendet wurde und 3 oder mehr konsekutiv abgenommene Proben mit einem Mindestabstand von 30 Tagen negativ ausfallen.		
Berechnung	Zähler: Anteil der Patienten mit einer erfolgreichen Behandlung innerhalb eines Jahres. Nenner: Alle Patienten mit einer neuen oder bereits zuvor behandelten Tuberkulose innerhalb eines Jahres.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden		
☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)		
	☒ OECD (Health at a glance Europe 2016)		
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	ECDC Tuberculosis Surveillance Für die dt. Daten wird ein relativ hoher Anteil an unvollständig dokumentierten Fällen angegeben. Diese verzerren das Ergebnis, da sie in den Nenner einfließen und so zu einer Unterschätzung des Behandlungserfolgs führen können.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	Q.14 Potenziell inadäquate Medikation bei älteren Menschen [Potentially inappropriate medication prescribed to seniors]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Anteil der über 65-Jährigen mit mindestens einer Verordnung (bzw. einem eingelöstem Rezept) der PRISCUS-Liste in einem Jahr. PRISCUS-Liste: Die PRISCUS Liste umfasst aktuell 83 Wirkstoffe aus 18 Wirkstoffklassen, die als potenziell ungeeignet für ältere Menschen gelten.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Personen ab 65 Jahren mit mindestens einer Verordnung eines Medikaments aus der PRISCUS-Liste innerhalb eines Jahres. Nenner: Anzahl der Personen ab 65 Jahren mit mindestens einer Arzneimittelverordnung innerhalb eines Jahres.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Arzneimittel-Verordnungsdaten der GKV-Versicherten (über KBV bzw. ZI oder direkt über die GKV-Routinedaten). Routinedaten der PKV. Ggf. auch über den Deutschen Alterssurvey (Deutsches Zentrum für Altersfragen) und die NAKO zu erfassen.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Ein Zugriff auf die Arzneimittel-Verordnungsdaten ist für die Berechnung des Indikators notwendig (Zugriff voraussichtlich möglich). Möglichkeit des Zugriffs auf PKV-Daten ist unklar.			

Bezeichnung	Q.15 Selbstberichtete Fehler in der Versorgung (in der Behandlung, Medikation oder Diagnostik) Percentages of patients experiencing medical, medication or diagnostic errors, self-reported]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Anteil der Patienten, die berichten, dass sie innerhalb der letzten 24 Monate einen Fehler in ihrer Versorgung erlebt haben (bei der Behandlung, Medikation oder Diagnostik). Fragen im CWF-Survey 2013: i) Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren von einem Arzt, einer Krankenschwester, im Krankenhaus oder von einem Apotheker ein falsches Medikament oder ein Medikament in falscher Dosierung erhalten? (Ja / Nein) ii) Gab es in den vergangenen 2 Jahren je einen Moment, in dem Sie dachten, dass bei Ihrer Behandlung oder in der Versorgung ein medizinischer Fehler unterlaufen sei? (Ja / Nein) iii) Hat Ihnen der Arzt oder eine beteiligte medizinische Fachkraft gesagt, dass bei Ihrer Behandlung ein Fehler unterlaufen sei? (Ja / Nein)			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Personen, die von einem Fehler innerhalb der letzten zwei Jahre berichten. Nenner: Anzahl der Personen, die innerhalb der letzten zwei Jahre eine Behandlung erhalten haben.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☒ Gesund werden		☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	CWF-Survey Daten			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen (größere Stichprobe, häufigere Befragung).			

Bezeichnung	Q.16 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen [Cancer 5-year survival rate]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit		
Klassifikation	Schlüsselindikator		
Definition	5-Jahres Überlebensrate nach einer der folgenden Krebsdiagnosen: Kolorektal, Prostata, Brust oder Cervix (in %).		
Berechnung	Relative Überlebensrate von Patienten mit einer Krebsdiagnose (basierend auf Registerdaten) im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung (nach Alter und Geschlecht).		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Ja		
Region	Ja		
Einkommen	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich		
Bildung	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)		
	☒ EU (ECHI, DG SANTE EXPH 2014 & 2018, JAF Health (DG EMPL) 2015)		
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018, EHCI 2018)		
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☒ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)
Datengrundlage	RKI, Bericht zum Krebsgeschehen, Zentrum für Krebsregisterdaten (regionale Krebsregister nur aus 12 Bundesländern); die Daten auf regionaler Ebene, können mit dem Deprivationsindex verknüpft werden und erlauben somit Aussagen zum Einfluss sozio-ökonomischer Faktoren. Für internationale Vergleiche: Concord 3 Study (LSHTM).		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	Q.17 Versorgung in Übereinstimmung mit den empfohlenen Leitlinien [Care in accordance with guidelines]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Qualität & Sicherheit		
Klassifikation	n.a.		
Definition	Versorgung in Übereinstimmung mit empfohlenen Leitlinien. Bisher gibt es für diesen Indikator keine robuste Operationalisierung. In aktuellen Arbeiten werden jedoch Möglichkeiten geprüft, die Versorgung in Übereinstimmung mit Leitlinien, u.a. anhand von Routinedaten, zu erheben. International diskutierte mögliche Indikatoren/Operationalisierungen: • Verordnung von Antibiotika in Übereinstimmung mit bestehenden Leitlinien. • Gesundheitsförderung und Prävention in Übereinstimmung mit bestehenden Leitlinien (z.B. Screening bei Personen innerhalb der definierten Zielgruppe) • Interventionen in Übereinstimmung mit bestehenden Leitlinien Der Indikator kann aktuell nicht in ein HSPA einfließen. Sobald die Möglichkeiten der Erfassung weiter fortgeschritten sind, sollte dieser Indikator jedoch aufgenommen werden.		
Berechnung	Siehe Definition.		
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Gesund bleiben ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Gesund werden ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter			
Geschlecht			
Region			
Einkommen			
Bildung			
GKV / PKV			
Internationaler Vergleich			
Vergleich über Jahre			
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (OECD 2017 Wasteful Spending)		
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	n.a.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Der Indikator kann aktuell nicht in ein HSPA einfließen. Sobald die Möglichkeiten der Erfassung weiter fortgeschritten sind, sollte dieser Indikator auf Grund der sehr hohen inhaltlichen Relevanz aufgenommen werden.		

Bezeichnung	P.1 Vermeidbare Sterblichkeit [Amenable mortality rate]	BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit	
Klassifikation	Schlüsselindikator	
Definition	Anzahl der Todesfälle, die durch eine gesundheitliche Versorgung als vermeidbar gelten (basierend auf der Liste von Nolte und McKee, 2004). Ein Todesfall gilt danach als vermeidbar, wenn auf Grundlage des medizinischen Wissen und der Technologie zum Zeitpunkt des Todes, alle oder der Großteil der Fälle von dieser Ursache durch eine hochqualitative gesundheitliche Versorgung vermieden werden könnten.	
Berechnung	Anzahl der Todesfälle auf Grund von ausgewählten Ursachen (basierend auf der Liste von Nolte und McKee, 2004) pro 100.000 Personen, Alter bis einschließlich 74 Jahre, innerhalb eines Jahres. Altersspezifische Raten, Standardisierung (Alter und Geschlecht) für internationale Vergleiche. Auswertungen gesamt und nach Krankheitsgruppen (jeweiliger Anteil der vermeidbaren Sterblichkeit) (Siehe dazu auch Karanikolos et al. 2018). Liste von Nolte und McKee (0-74 Jahre, wenn nicht anders angegeben): Infectious diseases: Intestinal infections (0-14); Tuberculosis; Other infections (tetanus, diphtheria epticaemia, poliomyelitis); Whooping cough (0-14); Measles (1-14); Treatable cancers: Colon and rectum; Skin; Breast; Cervical and uterus (0-44); Testis; Hodgkin's disease; Leukaemia (0-44); Diabetes (0-49); Ischaemic heart disease (50% of deaths); Cerebrovascular disease; Respiratory diseases: Influenza; Pneumonia; Other respiratory conditions (1-14); Digestive diseases: Peptic ulcer; Appendicitic; Abdominal hernia; Cholelithiasis and cholecystitis; Perinatal deaths; Other amenable conditions: Diseases of thyroid; Epilepsy; Chronic rheumatic heart disease; Hypertensive disease; Nephritis and nephrosis; Benign prostatic hyperplasia; Misadventures to patients; Maternal deaths; Congenital cardiovascular anomalies.	
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt	
Equity und vergleichende Analysen:		
Alter	Nein	
Geschlecht	Nein	
Region	Ja	
Einkommen	Nein	
Bildung	Nein	
GKV / PKV	Nein	
Internationaler Vergleich	Ja	
Vergleich über Jahre	Ja	
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.	
	☐ WHO	

Internationale Anschlussfähigkeit	☒ OECD (Joumard et al. 2010)			
	☒ EU (Eckefeldt et al. 2014 / DG-ECFIN, EU semester thematic 2017 (DG-ECFIN), DG SANTE EXPH 2014 & 2018 etc.)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Der Indikator wird vom European Observatory berichtet und bereitgestellt. Die Analyse basiert auf der WHO Global Mortality Database. Aktuell ist im bereitgestellten Indikator keine Aufteilung nach Krankheitsgruppen enthalten. Für detaillierte Analysen zu Deutschland: Todesursachenstatistik. Der Indikator ist insbesondere für internationale Vergleiche relevant. Eine kleinteiligere Analyse (nach Regionen) wurde in Kanada getestet und als nicht zielführend beurteilt (Lavergne und McGrail 2013), kann aber ggf. in Kombination der sozialen Deprivationsdaten des RKI überlegt werden. Eine eigene Berechnung auf Basis der veröffentlichten internationalen Daten sowie der deutschen Diagnosedaten ist möglich (u.a. für die Aufteilung nach Krankheitsgruppen).			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	P.2 Müttersterblichkeit [Maternal mortality rate]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft auf Grund von Ursachen, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Behandlung stehen oder durch diese verschlechtert werden.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Todesfälle (siehe Definition). Nenner: Anzahl der Lebendgeburten. Berichtet pro 100.000 Lebendgeburten			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)			
	☐ OECD			
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Todesursachenstatistik, WHO Global Mortality Database			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	P.3 Fetale und Neonatale Mortalität [Fetal mortality rate]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit		
Klassifikation	Erklärender Indikator		
Definition	Anzahl der fetalen Todesfälle (intrauterin und Totgeburten) nach der 22. Schwangerschaftswoche; unterschieden nach spontanen Todesfällen und Beendigung der Schwangerschaft (Fetale Mortalität). Anzahl der verstorbenen Säuglinge (Tag 0 bis 27) nach einer Lebendgeburt. Unterteilt nach früher neonataler Sterblichkeit (bis einschließlich Tag 6) und später neonataler Sterblichkeit (ab Tag 7).		
Berechnung	Fetale Mortalität: Zähler: Anzahl der fetalen Todesfälle (intrauterin und Totgeburten) nach der 22. Schwangerschaftswoche (unterschieden nach spontanen Todesfällen und Beendigung der Schwangerschaft) innerhalb eines Jahres. Nenner: Alle Lebend- und Totgeburten innerhalb eines Jahres. Neonatale Mortalität: Zähler: Anzahl der verstorbenen Säuglinge (Tag 0 bis 27) nach einer Lebendgeburt. Unterteilt nach früher neonataler Sterblichkeit (bis einschließlich Tag 6) und später neonataler Sterblichkeit (ab Tag 7). Nenner: Anzahl Lebendgeburten innerhalb eines Jahres.		
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Regional Office for Europe 2017)		
	☐ OECD		
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Perinatalstatistik (IQTIG), International: Peristat Projekt, Todesursachenstatistik – Statistisches Bundesamt		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	P.4 Säuglingssterblichkeit [Infant mortality rate]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Anzahl von Säuglingssterbefällen (jünger als 1 Jahr zum Todeszeitpunkt) in einem Jahr pro 1.000 Lebendgeburten in diesem Jahr.			
Berechnung	Zähler: Anzahl Säuglingssterbefälle (jünger als 1 Jahr zum Todeszeitpunkt). Nenner: Alle Lebendgeburten in diesem Jahr. Berichtet pro 1.000 Lebendgeburten.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI, Eckefeldt et al. 2014 / DG-ECFIN, ESIF for health 2015 etc.)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018, EHCI 2018)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	ECHI-Indikator sowie Indikator Peristat Projekt, berichtet über GBE-Bund und OECD, basierend auf Todesursachenstatistik			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	P.5 Geburtsgewicht nach Vitalstatus, Gestationsalter und Mehrlings-/Einlingsschwangerschaften [Birth weight distribution by vital status, gestational age, plurality]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit			
Klassifikation	Erklärender Indikator			
Definition	Anzahl der Geburten innerhalb jedes 500 Gramm Gewichtsintervalls, dargestellt als Anteil an allen Lebend- und Totgeburten. Berechnet nach Gestationsalter, Vitalstatus und nach Mehrlings-/Einlingsschwangerschaften.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Geburten pro 500 Gramm Gewichtsintervall innerhalb eines Jahres. Nenner: Alle Lebend- und Totgeburten innerhalb eines Jahres.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt (möglichst geringer Anteil der Geburten mit einem Gewicht von unter 2500 Gramm).			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Perinatalstatistik (IQTIG); die Daten sind jedoch nicht in der notwendigen Form aufbereitet, d.h. es müssen anhand der Datengrundlage eigene Berechnungen vorgenommen werden. Datenzugriff noch unklar.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, Daten müssen noch ausgewertet werden, Datenzugriff noch unklar.			

Bezeichnung	P.6 Neuerkrankungen bei ausgewählten Infektionskrankheiten [Incidence rate of selected infectious diseases]		BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit		
Klassifikation	Operativer Indikator		
Definition	Anzahl an (bestätigten) Neuerkrankungen von Syphilis, HIV/ AIDS, Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitis C und Tuberkulose innerhalb eines Jahres.		
Berechnung	Zähler: Anzahl bestätigter neuer Fälle der jeweiligen Krankheit in einem Jahr. Nenner: Bevölkerung in diesem Jahr. Berichtet pro 100.000 Einwohner.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015)		
	☒ OECD (Health at a glance Europe 2016)		
	☒ EU (ECHI)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Australien (E1) ☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	RKI und ECDC		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	P.7 Impfraten bei Kindern [Vaccination coverage in children]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Anteil an Kindern, die vollständig gegen wichtige Infektionskrankheiten geimpft sind (Grundlage: STIKO-Empfehlung). Darüber hinaus wird der Anteil der Kinder berichtet, die noch unvollständig geimpft sind.			
Berechnung	Zähler: Kinder, die bei der Schuleingangsuntersuchung laut Impfpass (vollständig/teilweise) gegen die jeweilige Krankheit geimpft sind. Nenner: Alle Kinder, die bei der Schuleingangsuntersuchung einen Impfpass vorgelegt haben. Anmerkung: Basierend auf der Population im Nenner, werden die Impfzeiten eher überschätzt. Vermutlich haben insbesondere nicht geimpfte Kinder keinen Impfpass bzw. legen diesen nicht vor. Alternativ nutzt das RKI Abrechnungsdaten der KVen, bisher jedoch nur für Masern und Röteln (Projekt: VacMap).			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Joumard et al 2010)			
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, DG SANTE EXPH 2014 & 2018 etc.)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018, EHCI 2018)			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	RKI und ECDC. Hinweis: Durch die Erhebung über Schuleingangsuntersuchungen besteht eine große Zeitlücke zwischen Zeitpunkt der empfohlenen Impfung und Datenerhebung.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	P.8 Berichtete Fälle bei ausgewählten impfpräventablen Infektionskrankheiten [Notified cases of selected infectious diseases, vaccine preventable]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Anzahl an berichteten (bestätigten) Neuerkrankungen der nachfolgenden Infektionskrankheiten Masern, Röteln, Pertussis, Mumps und Hepatitis B innerhalb eines Jahres.			
Berechnung	Zähler: Anzahl bestätigter Fälle der jeweiligen Krankheit in einem Jahr. Nenner: Bevölkerung in diesem Jahr. Berichtet pro 100.000 Einwohner.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)			
	☒ OECD (Health at a glance Europe 2016, State of Health in the EU: Country Health Profiles)			
	☒ EU (ECHI)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	RKI und ECDC			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	P.9 Screeningraten für ausgewählte Krebsarten (Brust, Zervix, Kolon) [Screening rates for selected cancers (breast, cervical, colon)]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	- Anteil der Frauen (zwischen 50-69 Jahren), der berichtet innerhalb der letzten zwei Jahre an einem Brustkrebs Screening teilgenommen zu haben. - Anteil der Frauen (zwischen 20-69 Jahren), der berichtet innerhalb der letzten drei Jahre an einem Gebärmutterhalskrebs Screening teilgenommen zu haben. - Anteil der Personen (zwischen 50-74 Jahren), der berichtet innerhalb der letzten zwei Jahre an einem Darmkrebs Screening teilgenommen zu haben.			
Berechnung	Selbstberichtete Teilnahme über die Fragen: Hatten Sie jemals/wann war das letzte Mal, dass Sie eine Mammographie (oder entsprechende Früherkennungsuntersuchung) hatten? Zähler: Anzahl der Befragten, die innerhalb der letzten zwei/drei Jahre die definierte Untersuchung hatten. Nenner: Alle befragten Personen (bzw. Frauen) in der definierten Altersgruppe. Alternative Berechnung über Routinedaten der GKV/PKV, dies würde einen ggf. vorliegenden Recall Bias vermeiden.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Ja			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	Es werden möglichst hohe Werte angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, DG SANTE EXPH 2014 & 2018 etc.)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Entweder Umfragedaten (EHIS, GEDA/DEGS) oder GKV-/PKV-Routinedaten (enthalten keine Angaben zum Bildungsniveau). Über Routinedaten ist eine Verknüpfung mit dem Deprivationsindex auf Kreisebene möglich, wodurch weitere Aussagen zu dem Einfluss sozio-ökonomischer Faktoren möglich sind.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, es wird eine Abbildung über Routinedaten empfohlen.			

Bezeichnung	P.10 Polypharmazie und starke Polypharmazie bei Älteren [Polypharmacy and excessive polypharmacy among the elderlies]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Bevölkerungsgesundheit			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Anteil der Bevölkerung von 65 Jahren und älter, der regelmäßig 5 bzw. 9 unterschiedliche verschreibungspflichtige Medikamente einnimmt (selbstberichtet).			
Berechnung	Zähler: Befragte von 65 Jahren und älter, die berichten, dass sie regelmäßig 5 bzw. 9 unterschiedliche verschreibungspflichtige Medikamente gleichzeitig eingenommen haben. Nenner: Befragte von 65 Jahren und älter. Ausschluss: Nicht verschreibungspflichtige Medikamente und befristete Medikamenteneinnahmen (z.B. bei akuten Erkrankungen wie Halsentzündungen).			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Nein			
Einkommen	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
Bildung	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	CWF-Survey. Zukünftig können Daten der NAKO genutzt werden. Alternativ können die Arzneimittelverordnungsdaten genutzt werden, hier sind aber nur GKV-Versicherte eingeschlossen. Zudem bleibt bei den Routinedaten unklar, ob die Arzneimittel gleichzeitig eingenommen wurden. Die genaue Operationalisierung ist daher von der Datenquelle abhängig.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Ggf. Verbesserung der Datengrundlage (CWF) notwendig. Über die NAKO wird zukünftig ggf. eine sehr gute Datengrundlage bestehen.			

Bezeichnung	R.1 Patientenerfahrungen mit der ambulanten Versorgung [Patient experience with ambulatory care]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Responsiveness			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	CWF: Wie häufig kam es vor, dass Sie ...ausreichend Zeit mit ihrem Arzt hatten? ...leicht verständliche Erklärungen erhalten haben? ...in Entscheidungen einbezogen wurden? ...die Möglichkeit hatten, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern? (Immer / Häufig / Manchmal / Selten oder nie) Die Fragen beziehen sich auf den festen Arzt (regular doctor).			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Personen, die auf die jeweilige Frage mit „immer“ oder „häufig“ antworten. Nenner: Anzahl der Survey-Teilnehmer, die angeben einen festen Arzt zu haben.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☒ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Ja			
Region	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
Einkommen	Gewünscht, Zugriff auf Mikrodaten notwendig			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Gewünscht, Zugriff auf Mikrodaten notwendig			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es werden möglichst hohe Werte angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Wird über die OECD berichtet, basierend auf CWF-Survey. Die Daten geben für Deutschland überwiegend die Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung wieder (regular doctor). Die fachärztliche Versorgung wird durch die genannten Fragestellungen nicht abgedeckt. Des Weiteren sollte eine Frage zum Vertrauensverhältnis zum Arzt ergänzt werden (siehe Röttger et al. 2014). Um die Bedarfskategorien „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ und „eingeschränkte Autonomie“ mit abzudecken, ist ggf. eine Einbeziehung von Angehörigen notwendig.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, da aktuell kein besserer Indikator verfügbar ist. Die Operationalisierung sollte für Deutschland optimiert werden bzw. um weitere Informationen ergänzt werden (Vertrauen und Unterscheidung Hausarzt/Facharzt). Des Weiteren sollte die Datenbasis verbessert werden (Stichprobenumfang und Häufigkeit der Befragung).			

Bezeichnung	R.2 Patientenerfahrungen mit der Koordination der ambulanten Versorgung [Percentages of patients perceiving problems with planning and coordination of health care]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Responsiveness			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	CWF: Kam es in den letzten zwei Jahren vor, dass ...Testergebnisse oder medizinische Unterlagen nicht vorlagen? ...Sie widersprüchliche Informationen erhalten haben? ...Ihre Ärzte Untersuchungen/Tests angeordnet haben, die Sie für unnötig hielten? ...Ihr Facharzt medizinische Informationen nicht vorliegen hatte oder Testergebnisse Ihres Hausarztes nicht vorlagen? ...nach einem Facharztbesuch, Ihr Hausarzt keine Informationen über die Versorgung beim Facharzt hatte? (Penm et al. 2017)			
Berechnung	Zähler: Anzahl der Survey-Teilnehmer, die die entsprechende Frage mit „Ja“ beantwortet haben. Nenner: Alle Survey-Teilnehmer, die in den letzten zwei Jahren Versorgung in Anspruch genommen haben. Bei drei (aus den obengenannten fünf) berichteten Lücken, wird die Versorgung vom CWF als “schlecht-koordinierte ambulante Versorgung” klassifiziert.			
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Gesund bleiben☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Gesund werden☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Nein			
Region	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
Einkommen	Ja, Zugriff auf Mikrodaten notwendig			
Bildung	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
GKV / PKV	Ja, Zugriff auf Mikrodaten notwendig			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Nein			
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst niedriger Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	CWF-Survey: Für Deutschland sollten noch Fragen zur Koordination zwischen ambulantem und stationärem Sektor ergänzt werden. Um die Bedarfskategorien „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ und „eingeschränkte Autonomie“ mit abzudecken, ist zudem eine Einbeziehung von Angehörigen notwendig.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, da aktuell kein besserer Indikator verfügbar ist. Die Operationalisierung sollte für Deutschland optimiert bzw. um weitere Informationen ergänzt werden (Koordination zwischen ambulanten und stationären Sektor). Des Weiteren sollte die Datenbasis verbessert werden (Stichprobenumfang und Häufigkeit der Befragung).			

Bezeichnung	R.3 Patientenerfahrungen mit der stationären Versorgung [Patient experience with inpatient care]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Responsiveness		
Klassifikation	Operativer Indikator		
Definition	CWF: Bei Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt, wie häufig wurden Sie in Entscheidungen so einbezogen, wie Sie sich das gewünscht haben? (Nie / Manchmal / Häufig / Immer) Während des Krankenhausaufenthalts, wie häufig wurden Sie von den Ärzten freundlich und respektvoll behandelt? (Nie / Manchmal / Häufig / Immer) Als Sie das Krankenhaus verlassen haben... ... hat jemand mit Ihnen besprochen, aus welchem Grund Sie Ihre einzelnen Medikamente einnehmen sollen? (Ja / Nein) ... hat das Krankenhaus Nachsorgetermine für Sie vereinbart oder anders sichergestellt, dass eine Nachsorge durch einen Arzt oder Pflegepersonal erfolgt? (Ja / Nein) ... haben Sie schriftliche Informationen erhalten, wie Sie sich zu verhalten haben, wenn Sie nach Hause zurückkehren oder auf welche Symptome Sie achten sollten? (Ja / Nein) Weisse Liste: Befragung zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung (respektvoller Umgang, Kommunikation, Beteiligung bei der Behandlung) auf einer 6er-Skala von ja, sehr bis überhaupt nicht (Patients' Experience Questionnaire). Ähnliche Befragung beim TK-Klinikführer.		
Berechnung	CWF: Zähler: Anzahl der Befragten, die positiv (häufig oder immer) geantwortet haben. Nenner: Alle Befragten, die innerhalb der letzten 24 Monate einen Krankenhausaufenthalt hatten. Weisse Liste: Über alle Antworten wird ein Summenscore (über Umrechnung in Prozent – „ja, sehr“ = 100%) gebildet. Aktuell wird der Wert pro Krankenhaus berechnet.		
Bedarfskategorie	☒ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☒ Gesund werden ☒ Leben mit chronischer Krankheit ☒ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Ja		
Internationaler Vergleich	Ja, nur über CWF Daten möglich		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	Es werden möglichst hohe Werte angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☐ OECD		
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)		
	☒ Andere Initiativen (CWF 2014 & 2017)		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☒ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)

Datengrundlage	CWF Daten: Um die Bedarfskategorien „Versorgung im letzten Lebensabschnitt“ und „eingeschränkte Autonomie“ mit abzudecken, ist ggf. eine Einbeziehung von Angehörigen notwendig. Weisse-Liste, TK-Klinikführer: Es werden jeweils nur die Versicherten der eingeschlossenen Krankenkassen befragt.
Bewertung des Indikators <i>(in Schulnoten)</i>	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme, da aktuell keine besseren Indikatoren/Daten verfügbar sind. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen.

Bezeichnung	R.4 1. Am Ort der Wahl verstorben [Death at preferred place] 2. (second best) Am gewohnten Aufenthaltsort (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) verstorben [Death at usual place of residence (home or in residential care)]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Responsiveness			
Klassifikation	Erklärender Indikator			
Definition	1. Abgleich zwischen dem bevorzugten und tatsächlichen Ort des Versterbens. Der bevorzugte bzw. tatsächliche Ort wird über eine Befragung der Angehörigen erfasst. Grund für diese Herangehensweise ist, dass der bevorzugte Ort des Versterbens sich mit fortschreitender Krankheit verändern kann (z.B. stationäre Versorgung erwünscht ist). 2. (second best option) Abgleich zwischen dem gewohnten Aufenthaltsort und dem Ort des Versterbens bei Patienten mit Krebs im Endstadium.			
Berechnung	1. Zähler: Anzahl der Verstorbenen, die – basierend auf der Aussage der Angehörigen – am Ort der Wahl verstorben sind. Nenner: Anzahl aller Verstorbenen (in der Studie). Datenbasis: Befragung von Angehörigen, welche in den letzten 6 Wochen bis 6 Monaten in der Palliativversorgung des/der Verstorbenen eingebunden waren. Studienteilnehmer sind Angehörige von Personen, die nach palliativer Versorgung verstorben sind. Der Indikator wird im Niederländischen HSPA genutzt (Raijmakers et al. 2014). 2. Zähler: Anzahl der Personen mit Krebs im Endstadium, die am gewohnten Ort verstorben sind innerhalb eines Jahres. Nenner: Anzahl der Personen mit Krebs im Endstadium, die innerhalb des Jahres verstorben sind.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden			☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☒ Versorg. im letzten Lebensabschnitt
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja, gewünscht, für Option 1 aktuell noch nicht möglich			
Interpretation	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO ☐ OECD ☐ EU ☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Für Option 1 fehlt bisher die Datenbasis. Option 2: Berechnung möglich auf Grundlage von Routine- und Krebsregisterdaten (Bekelman et al. 2016).			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 (Option 2: Note 2) Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4 (Option 2: Note 3)			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Für Option 1 wird die Schaffung einer Datengrundlage empfohlen. Für Option 2 sind relativ aufwendige Berechnungen notwendig.			

Bezeichnung	I.1 Gesamtgesundheitsausgaben [Total health care expenditure (THE)]			BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Zu den Gesundheitsausgaben zählen in Deutschland erbrachte Leistungen und Güter mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Der Indikator wird getrennt in Gesamtgesundheitsausgaben (inkl. Investitionen) und laufende Gesundheitsausgaben berichtet. Für internationale Vergleiche werden die laufenden Gesundheitsausgaben genutzt.			
Berechnung	Die Ausgaben werden berichtet in i) Millionen Euro, ii) % des BIP, iii) Euro pro Kopf, iv) KKP pro Kopf. Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018d).			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (Bundesland, für 12 Bundesländer)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ESIF for health 2015, EU semester thematic 2017 (DG-ECFIN), DG SANTE EXPH 2014 & 2018 etc.)			
	☒ Andere Initiativen (CWF 2018)			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)
Datengrundlage	Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes; Daten auf regionaler Ebene (aktuell durchgeführt von 12 Bundesländern/Statistischen Landesämtern, Schätzungen für vier Bundesländer) verfügbar von 2008-2015, berichtet in Mio. Euro und Euro pro Kopf (http://www.ggrdl.de/ggr_laenderergebnisse.html), Eurostat [hlth_sha11].			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen (Ausweitung der regionalen Daten, d.h. Erweiterung um die vier bisher „geschätzten“ Bundesländer).			

Bezeichnung	I.2 Laufende Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern entsprechend der GAR. (Sowie für internationale Vergleiche Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen/Kostenträgern (HF) entsprechend der SHA.) [Current health care expenditure (CHE) by financing scheme ICHA-HF]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Laufende Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern entsprechend der GAR: Ausgabenträger (sämtliche öffentliche und private Institutionen, die Leistungen für die Gesundheit finanzieren): Öffentliche Haushalte, Gesetzliche Krankenversicherung, Soziale Pflegeversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Private Krankenversicherung, Arbeitgeber, Private Haushalte/private Organisationen ohne Erwerbszweck.			
Berechnung	Die Ausgaben werden berichtet in i) Millionen Euro, ii) Euro pro Kopf. Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018d; Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) 2018b.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden			☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (Bundesland, für 12 Bundesländer)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Health 2020)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI, Eckefeldt et al. 2014 / DG-ECFIN, DG SANTE EXPH 2014 & 2018 etc.)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☒ USA (E21)	
Datengrundlage	Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes; Daten auf regionaler Ebene (aktuell durchgeführt von 12 Bundesländern/Statistischen Landesämtern, Schätzungen für vier Bundesländer) verfügbar von 2008-2015, berichtet in Mio. Euro und Euro pro Kopf (http://www.ggrdl.de/ggr_laenderergebnisse.html). Eurostat ([hlth_sha11]; 2000-2016) gemäß GKV 2011.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen (Ausweitung der regionalen Daten, d.h. Erweiterung um die vier bisher „geschätzten“ Bundesländer).			

Bezeichnung	I.3 Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten entsprechend der GAR. (Sowie für internationale Vergleiche Gesundheitsausgaben nach Funktionen (HC) entsprechend der SHA.) [Current health care expenditure by function (ICHA-HC)]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Laufende Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern entsprechend der GAR: Leistungsarten des Gesundheitssystems: Prävention/Gesundheitsschutz, Ärztliche Leistungen, Pflegerische/therapeutische Leistungen, Unterkunft/Verpflegung, Waren, Transporte, Verwaltungsleistungen, Investitionen, Erweiterter Leistungsbereich.			
Berechnung	Die Ausgaben werden berichtet in i) Millionen Euro, ii) Euro pro Kopf. Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018d.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (Bundesland, für 12 Bundesländer)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Europe 2016, Gmeinder et al. 2017)			
	☒ EU (JAF Health (DG EMPL) 2015, EC-MACELI 2014)			
	☐ Andere Initiativen			
	☐ Länder ☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes; Daten auf regionaler Ebene (aktuell durchgeführt von 12 Bundesländern/Statistischen Landesämtern, Schätzungen für vier Bundesländer) verfügbar von 2008-2015, berichtet in Mio. Euro und Euro pro Kopf (http://www.ggrdl.de/ggr_laenderergebnisse.html). Eurostat ([hlth_sha11]; 2000-2016) gemäß GKV 2011.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen (Ausweitung der regionalen Daten, d.h. Erweiterung um die vier bisher „geschätzten“ Bundesländer).			

Bezeichnung	I.4 Laufende Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen entsprechend der GAR. (Sowie für internationale Vergleiche Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) entsprechend der SHA.) [Current health care expenditure by provider (ICHA-HP)]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Laufende Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen entsprechend der GAR: Gesundheitsschutz; Ambulante Einrichtungen: Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk/-einzelhandel, Einrichtungen der ambulanten Pflege; Stationäre/teilstationäre Einrichtungen: Krankenhäuser, Vor-/-sorge-/Rehabilitationseinrichtungen, Stationäre/teilstationäre Pflegeeinrichtungen; Rettungsdienste; Verwaltung; Sonstige Einrichtungen/private Haushalte; Ausland; Investitionen. Laufende Gesundheitsausgaben erfassen alle Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen durch Privatpersonen.			
Berechnung	Die Ausgaben werden berichtet in i) Millionen Euro, ii) Euro pro Kopf. Für detaillierte Informationen zur Berechnung siehe Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018d.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden			☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (Bundesland, für 12 Bundesländer)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Devaux & Looper 2012)			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes; Daten auf regionaler Ebene (aktuell durchgeführt von 12 Bundesländern/Statistischen Landesämtern, Schätzungen für vier Bundesländer) verfügbar von 2008-2015, berichtet in Mio. Euro und Euro pro Kopf (http://www.ggrdl.de/ggr_laenderergebnisse.html). Eurostat ([hlth_sha11]; 2000-2016) gemäß GKV 2011.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen (Ausweitung der regionalen Daten, d.h. Erweiterung um die vier bisher „geschätzten“ Bundesländer).			

Bezeichnung	I.5 Gesundheitsausgaben für palliative Versorgung [Public expenditure for Long-term nursing care facilities for palliative care]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Laufende Gesundheitsausgaben für die palliative Versorgung (stationäre und ambulante Pflege).		
Berechnung	Nach gesetzlichem Anspruch auf Leistungen im Palliationsstadium: (i) Erfassung von Kosten für Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowie für Ausgaben für Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel im Rahmen der SAPV. (ii) Stationäre und ambulante Hospizleistungen, (iii) Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja (unter 18 Jahren; älter als 18 Jahren)		
Geschlecht	Ja		
Region	Ja (Bundesland, für 12 Bundesländer)		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☐ OECD		
	☐ EU		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Erstattungspflicht der Krankenkassen, Bundesministerium für Gesundheit - KJ1 Statistik.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Empfehlung zur Ermittlung der Ausgaben über GKV-Daten sowie ggf. Überprüfung anderer Datenquellen.		

Bezeichnung	I.6 Öffentliche (laufende) Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten öffentlichen Ausgaben [Public (current) health expenditure as share of total government expenditure]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Öffentliche (laufende) Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten öffentlichen Ausgaben: Gesundheitsausgaben umfassen Investitionen und laufende Gesundheitsausgaben: Laufende Gesundheitsausgaben erfassen alle Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen durch Privatpersonen. Öffentliche Ausgaben für Gesundheit finanziert durch Öffentliche Haushalte, Gesetzliche Krankenversicherung, Soziale Pflegeversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung.			
Berechnung	Zähler: Öffentliche (laufende) Gesundheitsausgaben. Nenner: Gesamte öffentliche Ausgaben.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (Eckefeldt et al 2014 / DG-ECFIN, EU semester thematic 2017 (DG-ECFIN))			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes; Daten auf regionaler Ebene (aktuell durchgeführt von 12 Bundesländern/Statistischen Landesämtern, Schätzungen für vier Bundesländer) verfügbar von 2008-2015, berichtet in Mio. Euro und Euro pro Kopf (http://www.ggrdl.de/ggr_laenderergebnisse.html). Eurostat ([hlth_sha11_hc]); 2000-2016).			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	I.7 Kreuztabellierung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger und Leistungsart, z.B. Ausgaben Öffentlicher Haushalte für Ärztliche Leistungen.			
Berechnung	Kreuztabellierung der Gesundheitsausgabenerfassung nach Ausgabenträger und Leistungsart. Die Anteile werden berichtet in i) Millionen Euro, ii) % des BIP iii) KKP pro Kopf, iv) % der laufenden Gesundheitsausgaben.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (Bundesland, für 12 Bundesländer)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017 , Europe 2016 etc.)			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes; Daten auf regionaler Ebene (aktuell durchgeführt von 12 Bundesländern/Statistischen Landesämtern, Schätzungen für vier Bundesländer) verfügbar von 2008-2015, berichtet in Mio. Euro und Euro pro Kopf (http://www.ggrdl.de/ggr_laenderergebnisse.html). Eurostat ([hlth_sha11_hc]); 2000-2016)			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen (Ausweitung der regionalen Daten, d.h. Erweiterung um die vier bisher „geschätzten“ Bundesländer).			

Bezeichnung	I.8 Kreuztabellierung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger und Einrichtung, z.B. Ausgaben Öffentlicher Haushalte für Ambulante Einrichtungen.			
Berechnung	Kreuztabellierung der beiden Indikatoren Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen. Die Anteile werden berichtet in i) Millionen Euro, ii) % des BIP iii) KKP pro Kopf, iv) % der laufenden Gesundheitsausgaben.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja (Bundesland, für 12 Bundesländer)			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Statistisches Bundesamt, Eurostat ([hlth_sha11_hc]); 2000-2016)			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen (Ausweitung der regionalen Daten, d.h. Erweiterung um die vier bisher „geschätzten“ Bundesländer).			

Bezeichnung	I.9 Anteil der gesamtstaatlichen Ausgaben für soziale Sicherung in % vom BIP [General government expenditure by function (COFOG): Spending on social protection as % of GDP]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anteil der gesamtstaatlichen Ausgaben für soziale Absicherung in % vom BIP. Inkludierte Sozialleistungen sind gesetzlich festgelegt und umfassen Leistungen bei/für: Krankheit und Invalidität, Alter und Hinterbliebene, Kinder, Ehegatten und Mutterschaft, Arbeitslosigkeit, Sonstiges (u.a. Ausbildungsförderung).			
Berechnung	Summe der Ausgaben für Transferleistungen bei Krankheit, Invalidität und Alter sowie für Hinterbliebene, Kinder, Ehegatten und Mutterschaft, Arbeitslosigkeit und Sonstiges. In folgenden Einheiten: (i) Million Euro, (ii) % des BIP, (iii) in % der gesamten öffentlichen Ausgaben.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☒ EU (European Pillar of Social Rights, DG SANTE EXPH 2014 & 2018)			
	☐ Andere Initiativen			
	☐ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Statistisches Bundesamt (Fachserie 14 – 3.5, Rechnungsergebnisse der öffentlichen Haushalte für soziale Sicherung und für Gesundheit, Sport, Erholung), berichtet über Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Sozialbudget, Eurostat ([gov_10a_exp]).			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	I.10 Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung nach Hauptdiagnosegruppen [Share of hospital inpatient expenditures by main diagnostic category]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung nach Hauptdiagnosegruppen: Kreislauferkrankungen; Krebs; Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen; Geistes- und Verhaltensstörungen; Respiratorisches System; Erkrankungen des Bewegungsapparates; Krankheiten des Verdauungssystems und des Bindegewebes sowie stationäre Geburtshilfe.			
Berechnung	Zähler: Höhe der Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung nach Hauptdiagnosegruppen (siehe Definition) Nenner: Gesamte Ausgaben für stationäre Versorgung			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Krankheitskosten – Fachserie 12 – 7.2.1, OECD			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	I.11 Absolventen des Humanmedizinstudiums [Medical graduates]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Anzahl der Studenten, die in dem ausgewählten Jahr das Humanmedizinstudium abgeschlossen haben.		
Berechnung	Siehe Definition. Anmerkung: Der Indikator beinhaltet alle Graduierten, auch diejenigen, die nicht im Beruf verbleiben.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)		
	☒ EU (ESIF for health 2015)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Prüfungen an Hochschulen - Fachserie 11 – 4.2. Daten zu abgelegten und bestandenenen Prüfungen an deutschen Hochschulen im Prüfungsjahr. Statistisches Bundesamt (wird international über die OECD berichtet).		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	I.12 Absolventen in Berufen der Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in sowie Hebamme und Entbindungspfleger [Nursing and midwife graduates]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anzahl der Absolventen der Berufsfachschulen, der Fachschulen und der Schulen des Gesundheitswesens innerhalb eines Jahres: Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in; Gesundheits- und Krankenpfleger/in; Altenpfleger/in; Hebamme/Entbindungspfleger.			
Berechnung	Siehe Definition. Anmerkung: Absolventen von Master- oder PhD-Abschlüssen werden nicht berücksichtigt, um Doppelzählungen zu vermeiden. Der Indikator beinhaltet alle Graduierten, auch diejenigen, die nicht im Beruf verbleiben.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja (ab 2012, da neue Berufsklassifikation eingeführt)			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Bildung und Kultur: Berufliche Schulen - Fachserie 11 – 2. Tabellen 4.3-BFS außerhalb & 4.3-FS & 4.3-SdG. Statistisches Bundesamt. Anmerkung: Ab dem Berichtsjahr 2012 wurde eine neue Berufsklassifikation (KldB-2010) eingeführt. Daher sind die Daten nur eingeschränkt mit früheren Jahren vergleichbar (wird international über die OECD berichtet).			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	I.13 Anzahl praktizierender Ärzte und Ärztinnen [Practising physicians]		BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Input		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Anzahl praktizierender Ärzte/Ärztinnen mit medizinischer Tätigkeit, die in ambulanten oder stationären Einrichtungen arbeiten, unterteilt nach Fachgebiet.		
Berechnung	Zähler: Anzahl praktizierender Ärzte/Ärztinnen mit medizinischer Tätigkeit, die in ambulanten oder stationären Einrichtungen arbeiten im Jahresdurchschnitt (für stationär in Vollzeitäquivalent), unterteilt nach Fachgebiet. Nenner: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt. Berichtet pro 100.000 Einwohner. Anmerkung: für die ambulant praktizierenden Ärzte/Ärztinnen sind aktuell keine Daten zu Vollzeitäquivalenten verfügbar, ausschließlich die Anzahl (Kopfzahl)		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja (Anteil der praktizierenden Ärzte/Ärztinnen, die kurz vor Renteneintritt stehen)		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)		
	☒ EU (ECHI, Eckefeldt et al 2014 / DG-ECFIN, ESIF for health 2015 etc.)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Ärztestatistik, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern). ECHI-Indikator, Berichtet über GBE-Bund, OECD		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	I.14 Anzahl beschäftigter Krankenpfleger, Krankenpflegerinnen, Hilfskrankenpfleger/innen und Hebammen [Practising qualified nurses and midwives]			BRIDGE ☐ 23 ☒ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anzahl des praktizierenden Krankenpflegepersonals, einschließlich Krankenpfleger/innen, Hilfskrankenpfleger/innen und Hebammen, die in ambulanten und stationären Einrichtungen tätig sind.			
Berechnung	Zähler: Anzahl des praktizierenden Krankenpflegepersonals, einschließlich Krankenpfleger/innen, Hilfskrankenpfleger/innen und Hebammen, in stationären Einrichtungen (Anzahl und Vollzeitäquivalente) im Jahresdurchschnitt. Nenner: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt. Berichtet pro 100.000 Einwohner.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015)			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☒ EU (ECHI, ESIF for health 2015, JAF Health (DG EMPL) 2015 etc.)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	ECHI-Indikator, berichtet über GBE-Bund. Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	I.15 Vergütung von Angehörigen der Gesundheitsberufe: Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) und Pflegefachkräfte: Verhältnis zum Durchschnittslohn [Remuneration of health professionals: doctors (general practitioners and specialists, dentists) and nurses: ratio to average wage]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Durchschnittliches Bruttojahreseinkommen von Ärzten und Pflegekräften (Vollzeit) im Verhältnis zum durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen aller erwerbstätigen Personen (Vollzeit) in dem Jahr in Deutschland. Die Vergütung von Ärzten bezieht sich auf das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen, einschließlich Sozialversicherungsbeiträgen und Einkommenssteuern. Ausgenommen sind Aufwendungen für in der Praxis angestelltes medizinisches Personal und sonstige Aufwendungen. In der Regel sollten Praxiskosten bei selbstständigen Ärzten ausgeschlossen werden. Die Vergütung von Pflegefachkräften bezieht sich auf das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen, einschließlich Sozialversicherungsbeiträgen und Einkommenssteuern.			
Berechnung	Das Einkommen von Ärzten und Pflegefachkräften wird mit dem Durchschnittslohn von Vollzeitbeschäftigten in allen Sektoren des Landes verglichen.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Kostenstrukturstatistik der Ärzte. Statistisches Bundesamt; Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (nur GKV-Vertragsärzte); Keine Daten zum Einkommen der Pflegefachkräfte.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Aktuell besteht jedoch eine Datenlücke (Vergütung von Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und Einkommen von Pflegefachkräften).			

Bezeichnung	I.16 Mangel an Haus- und Fachärzten: Zahl der freien Stellen [Shor- tage of doctors (physicians and dentists): vacancy rate]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Eine vakante Stelle wird als neu geschaffene, unbesetzte oder freiwerdende Stelle defi- niert.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der offenen Stellen * 100. Nenner: Anzahl der besetzten Stellen + Anzahl der offenen Stellen der jeweiligen betrach- teten Berufsgruppe.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation	n.a.			
Internationale Anschlussfä- higkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☒ EU (ESIF for health 2015)			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes König- reich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)	
Datengrundlage	Noch unklar. Freie Sitze für Vertragsärzte schreiben die zuständigen Kassenärztlichen Ver- einigungen aus. Angebote von Ärzten, die einen Nachfolger für ihre Praxis suchen, lassen sich in regionalen Praxisbörsen finden.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Datengrundlage/Qualität der vorhandenen Daten noch unklar.			

Bezeichnung	I.17 Mangel an Pflegekräften [Shortage of nurses and midwives: vacancy rate]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Input		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Eine vakante Stelle für Pflegepersonal und Hebammen wird als neu geschaffene, unbesetzte oder freiwerdende Stelle definiert.		
Berechnung	Zähler: Anzahl der offenen Stellen * 100. Nenner: Anzahl der besetzten Stellen + Anzahl der offenen Stellen der jeweiligen betrachteten Berufsgruppe.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☐ OECD		
	☒ EU (ESIF for health 2015)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Keine Datenquelle verfügbar: alle Stellenangebote werden dezentral veröffentlicht.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☒ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Aktuell besteht jedoch eine Datenlücke, Empfehlung zur Schaffung einer Datengrundlage.		

Bezeichnung	L.1 Notaufnahmefälle im Krankenhaus [Emergency Department admission rate]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Leistungseinheiten		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Notaufnahmefälle im Krankenhaus (ambulante Notfälle, wenn Patienten am selben Tag in ihre häusliche Umgebung zurückkehren, und Notfälle mit anschließender stationärer Behandlung), pro 1.000 Einwohner.		
Berechnung	Zähler: Anzahl der Notaufnahmefälle (siehe Definition) in den Notaufnahmestellen eines Krankenhauses. Nenner: Anzahl der Einwohner. Berichtet pro 1.000 Einwohner.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich		
Vergleich über Jahre	Nein		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☐ OECD		
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	DRG-Statistik (Mikrodaten); KBV/ZI ambulante Abrechnungsdaten		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	L.2 (Geschätzte) Anzahl ambulanter Arztkontakte [Estimated number of consultations per doctor]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Leistungseinheiten		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Anzahl der Hausarzt-/Facharztkonsultationen pro Kopf und Jahr.		
Berechnung	Zähler: Anzahl der Hausarzt-/Facharztkonsultationen pro Jahr. Nenner: Durchschnittliche Anzahl der Haus- und Fachärzte in einem Jahr. Berichtet pro Arzt und pro Einwohner (Jahresdurchschnitt).		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Nein		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Joumard et al 2010)		
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	1. Sekundärdaten: Anzahl der Konsultationen auf Grundlage von GKV-Routinedaten/KBV-Abrechnungsdaten liegen für Deutschland nicht vor. Die Anzahl der Konsultationen kann anhand der Anzahl der Behandlungstage und der Anzahl der Behandlungsfälle sowie Inanspruchnahme von Leistungen an unterschiedlichen Tagen (mit unterschiedlichem Datum) und bei unterschiedlichen Ärzten geschätzt werden. Weitere Einschränkung: Diese Informationen sind nur für GKV-Versicherte verfügbar, die PKV-Versicherten sind nicht enthalten. 2. Primärdaten: werden auf der Grundlage des Ad-hoc-Moduls 2017 EU-SILC verfügbar sein.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen.		

Bezeichnung	L.3 Anzahl der Krankenhausfälle [Number of hospital discharges]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Leistungseinheiten		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Anzahl der Krankenhausentlassungen (gesamt und aufgeschlüsselt nach ausgewählten Hauptdiagnosen).		
Berechnung	Anzahl der Krankenhausentlassungen (gesamt / nach ausgewählten Hauptdiagnosen). Ausschluss: Tagesfälle, d.h. Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag. Berichtet pro 100.000 Einwohnern Diagnose: AMI, Psychische und Verhaltenskrankheiten, Pneumonie, COPD, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Bindegewebserkrankungen. Die Abweichung der Daten aus Deutschland vom internationalen Durchschnitt (basierend auf ausgewählten Ländern) wird anhand von Bettentagen dargestellt, die auf der Grundlage der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (siehe Indikator L.5) der entsprechenden Hauptdiagnose berechnet werden.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Gesund bleiben ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Gesund werden ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (WHO Core health 2015, WHO Regional Office for Europe 2017)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Health at a glance Europe 2016)		
	☒ EU (ECHI)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	Krankenhausstatistiken (Grunddaten, DRG-Statistik), Eurostat ([hlth_co_disch1])		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	L.4 Anzahl chirurgischer Eingriffe und Prozeduren [Number of surgical operations and procedures]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Leistungseinheiten		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Die Anzahl chirurgischer Eingriffe und Prozeduren im Krankenhaus (stationär durchgeführt).		
Berechnung	Anzahl chirurgischer Eingriffe und Prozeduren (stationär durchgeführt) in allen Krankenhäusern innerhalb eines Jahres (s.u. für weitere Aufschlüsselung). Berichtet pro 100.000 Einwohner, Ausnahme Hysterektomie: berichtet pro 100.000 Frauen. Für folgende Eingriffe und Prozeduren: PTCA (perkutane transluminale Koronarangioplastie); Hüftgelenkersatz, Katarakt, Tonsillektomie, Koronararterien-Bypass-Transplantat, totaler Kniegelenkersatz, Hysterektomie bei Gebärmutterkrebs, Hysterektomie ohne Uteruskarzinomdiagnose. Für internationale und regionale Vergleiche: standardisiert nach Alter und Geschlecht (international ggf. nur eingeschränkt möglich). Die Abweichung der Daten aus Deutschland vom internationalen Durchschnitt (basierend auf ausgewählten Ländern) wird anhand von Bettentagen dargestellt, die auf der Grundlage der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (siehe Indikator L.5) berechnet werden.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Ja		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Country Profiles: Germany 2017)		
	☒ EU (ECHI, ECHO)		
	☒ Andere Initiativen (EHCI 2018)		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7) ☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☒ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14) ☐ Portugal (E15) ☒ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)		
Datengrundlage	DRG-Statistik (Mikrodaten), Eurostat ([hlth_co_proc2]), OECD		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	L.5 Durchschnittliche Verweildauer [Average Length of stay]		BRIDGE ☒ 23 ☒ 95
Dimension	Leistungseinheiten		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nach ausgewählten Diagnosen sowie Prozeduren und Eingriffen.		
Berechnung	Zähler: Anzahl stationärer Krankenhausstage in allen Krankenhäusern innerhalb eines Jahres (unterteilt nach Diagnosen und Prozeduren). Nenner: Anzahl Krankenhausentlassungen, inkl. Sterbefälle, innerhalb eines Jahres (unterteilt nach Diagnosen und Prozeduren). Diagnosen: AMI, Psychische und Verhaltenskrankheiten, Pneumonie, COPD, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Bindegewebserkrankungen, Normale Entbindung Eingriffe und Prozeduren: PTCA (perkutane transluminale Koronarangioplastie); Hüftgelenkersatz, Katarakt, Tonsillektomie, Koronararterien-Bypass-Transplantat, totaler Kniegelenkersatz, Hysterektomie bei Gebärmutterkrebs, Hysterektomie ohne Uteruskarzinomdiagnose.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (Smith et al 2016 & 2017)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, Joumard et al 2010)		
	☒ EU (ECHI, Eckefeldt et al 2014 / DG-ECFIN, ESIF for health 2015)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☒ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☒ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern und DRG-Statistik, Statistisches Bundesamt, OECD, Eurostat ([hlth_co_inpst])		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme		

Bezeichnung	L.6 Arzneimittelverordnungen insgesamt und nach ausgewählten Gruppen [Pharmaceutical consumption total and by selected groups]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Leistungseinheiten		
Klassifikation	Kontextueller Indikator		
Definition	Arzneimittelverordnungen in DDD pro 1.000 Einwohner insgesamt und nach ausgewählten Arzneimittelgruppen (z. B. Antibiotika) innerhalb eines Jahres.		
Berechnung	Zähler: Höhe des Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in definierten Tagesdosen (DDD) insgesamt und nach ausgewählten Arzneimittelgruppen: z.B. Verordnungen von Antibiotika (gesamt in DDD pro 1.000 Einwohner) - bei Kindern und Erwachsenen. Nenner: Anzahl der Einwohner im Jahresdurchschnitt. Berichtet in DDD pro 1.000 Einwohner. Zudem kann – bei Zugriff auf die GKV-Routinedaten – eine Verknüpfung auf Kreisebene mit dem Deprivationsindex vorgenommen werden. Dies ermöglicht Analysen hinsichtlich sozio-ökonomischer Faktoren.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Ja		
Geschlecht	Ja		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Gewünscht, aber Datenzugriff unklar		
Internationaler Vergleich	Nein		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation	n.a.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)		
	☒ EU (DG SANTE EXPH 2014 & 2018)		
	☒ Andere Initiativen (EHCI 2018)		
	☒ Länder ☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☒ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☒ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Arzneimittelverordnungsreport, GKV-Routinedaten. Unklar, ob PKV Daten verfügbar gemacht werden können.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Datenzugang teilweise unklar.		

Bezeichnung	L.7 Magnetresonanz- und Computertomographie-Untersuchungen [MRI/CT exams]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Leistungseinheiten			
Klassifikation	Kontextueller Indikator			
Definition	Anzahl der diagnostischen (MRT/CT) Untersuchungen pro 1.000 Einwohner.			
Berechnung	Zähler: Anzahl der diagnostischen (MRT/CT) Untersuchungen in einem Jahr. Nenner: Anzahl der Einwohner im Jahresdurchschnitt. Berichtet pro 1.000 Einwohner.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja, voraussichtlich nur für die stationären Untersuchungen möglich			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Ja			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☒ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Berichtet von der OECD: DRG-Statistik (stationär), Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) (ambulant). Abdeckung: - Daten umfassen Computertomographie-Untersuchungen (CT) und Magnetresonanztomographie-Untersuchungen (MRT) im ambulanten Bereich. - Die Bewertungen des BfS basieren auf den Abrechnungsdaten der radiologischen Behandlung, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Krankenversicherungen erbracht werden.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Die Daten für den ambulanten Bereich sind bisher nur über die OECD zugänglich.			

Bezeichnung	E.1 Krankenhausaussgaben pro stationärem Fall [Hospital expenditure per case]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95	
Dimension	Effizienz			
Klassifikation	Erklärender Indikator			
Definition	Durchschnittliche Krankenhausaussgaben pro stationärem Fall.			
Berechnung	Zähler: Höhe der Krankenhausaussgaben in Euro in einem Jahr. Nenner: Anzahl der Krankenhausfälle in einem Jahr.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
	Datengrundlage	Kostennachweis der Krankenhäuser (Fachserie 12 – 6.3)		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☐ Note 1 ☒ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	E.2 Anteil von Generika am gesamten Arzneimittelmarkt [Share of generics in the total pharmaceutical market]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz		
Klassifikation	Erklärender Indikator		
Definition	Marktanteile von Generika am gesamten Arzneimittelmarktvolumen. Marktanteile von Generika am gesamten Arzneimittelumsatz.		
Berechnung	Volumen Zähler: Generikaverordnungen in DDD. Nenner: Gesamte Arzneimittelverordnungen in DDD. Umsatz Zähler: Generikaumsatz in Euro. Nenner: Gesamter Arzneimittelumsatz in Euro. Jeweils pro Jahr.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Nein		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Ja		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt. Umsatzanteil dient der Erklärung der Arzneimittelausgaben. Ein hoher Anteil deutet auf eine hohe technische Effizienz (Annahme bei Generika: gleiche Leistungseinheiten bei geringeren Kosten) hin.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☒ WHO (Smith et al. 2016 & 2017)		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017)		
	☒ EU (Eckefeldt et al. 2014 / DG-ECFIN)		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☒ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)
Datengrundlage	GKV-Routinedaten, Arzneimittelverordnungsreport, OECD Zugriff auf PKV-Daten unklar.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Es wird ggf. eine Verbesserung der Datengrundlage empfohlen.		

Bezeichnung	E.3 Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe [Ambulatory surgery: Share of selected surgeries carried out as ambulatory cases]		BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz		
Klassifikation	Erklärender Indikator		
Definition	Anteil von Kataraktoperationen und Tonsillektomien, die im Krankenhaus als ambulante Eingriffe durchgeführt wurden.		
Berechnung	Zähler: Anzahl durchgeführter i) Kataraktoperationen und ii) Tonsillektomien, die als ambulante Fälle durchgeführt wurden (d.h. Krankenhausaufnahme und Entlassung am gleichen Tag) innerhalb eines Jahres. Nenner: Anzahl aller durchgeführten i) Kataraktoperationen und ii) Tonsillektomien innerhalb eines Jahres.		
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt		
Equity und vergleichende Analysen:			
Alter	Nein		
Geschlecht	Nein		
Region	Ja		
Einkommen	Nein		
Bildung	Nein		
GKV / PKV	Nein		
Internationaler Vergleich	Ja		
Vergleich über Jahre	Ja		
Interpretation/Ziel	Es wird ein möglichst hoher Wert angestrebt.		
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO		
	☒ OECD (Health at a glance 2015 & 2017, HaG Europe 2016, Joumard et al 2010)		
	☐ EU		
	☐ Andere Initiativen		
	☒ Länder ☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☒ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Wird über die OECD und Eurostat berichtet, basierend auf der Krankenhausstatistik und Abrechnungsdaten der KBV. Für regionale Analysen Zugriff auf die Mikrodaten notwendig.		
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4		
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.		

Bezeichnung	E.4 Änderungen von Ausgaben und Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung (im Zeitverlauf) [Changes of expenditure and utilization of ambulatory care]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Kombination von Indikatoren: Ambulante Fälle, Tage in ambulanter Versorgung (Behandlungstage), ambulante Fälle pro GKV-Versicherten, Tage mit ambulanter Versorgung pro GKV-Versicherten, Leistungsbedarf pro Fall (% BIP), Leistungsbedarf pro Tag mit amb. Versorgung (% BIP), Gesamtleistungsbedarf (% BIP).			
Berechnung	Jeweils in prozentualer Änderung seit 2009 (frühestes verfügbares Datenjahr, da 2008 größere Änderungen in der Abrechnung ambulanter Leistungen erfolgt sind). Grafische Darstellung der Entwicklung.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Ja			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit (Hinweis: Teilindikatoren)	☐ WHO			
	☐ OECD Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	KBV/ZI – Abrechnungsdaten, GKV-Routinedaten. Keine PKV-Daten.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Keine Daten der PKV.			

Bezeichnung	E.5 Änderungen von Ausgaben, Personal und Inanspruchnahme in der Krankenhausversorgung (im Zeitverlauf) [Changes of expenditure, human resources and utilization in hospital care]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Kombination von Indikatoren: Stationäre Fälle pro Kopf, durchschnittliche Verweildauer, Krankenhaustage pro Kopf, Ärzte pro Fall, Pflegepersonal pro Fall, Ausgaben pro Fall in % des BIP und Krankenhausausgaben in % des BIP.			
Berechnung	Jeweils in prozentualer Änderung. Grafische Darstellung der Entwicklung.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Ja			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit (Hinweis: Teilindikatoren)	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☒ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☒ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Krankenhausstatistiken (Grunddaten, DRG-Statistik), GBE-Bund. Für regionale Analysen Zugriff auf Mikrodaten notwendig.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	E.6 Änderungen von Ausgaben und Verordnungen von Arzneimitteln (im Zeitverlauf) [Changes of expenditures and consumption for/of pharmaceuticals]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz			
Klassifikation	Operativer Indikator			
Definition	Kombination von Indikatoren: Verordnete Arzneimittel (GKV) in Defined daily doses (DDD), mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln GKV-Ausgaben für verordnete Arzneimittel (ohne/mit Rabatte; in % BIP), mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln (% BIP) GKV-Ausgaben (ohne/mit Rabatte; in %) pro DDD, mit getrennter Betrachtung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln.			
Berechnung	Jeweils in prozentualer Änderung. Grafische Darstellung der Entwicklung.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
Geschlecht	Nein			
Region	Gewünscht, aber auf Datenbasis nicht möglich			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Nein			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	n.a.			
Internationale Anschlussfähigkeit (Hinweis: Teilindikatoren)	☐ WHO			
	☒ OECD			
	☐ EU			
	☒ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☒ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☒ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Arzneimittelverordnungsreport (keine Daten der PKV)			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☐ Note 2 ☒ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme. Keine Daten der PKV.			

Bezeichnung	E.7 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte laufende Gesundheitsausgaben (durchschnittliche Betrachtung) [Amenable mortality and total health expenditure – cross-sectional (\$ PPP)]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Kombination der Indikatoren „vermeidbare Sterblichkeit“ und „gesamte Gesundheitsausgaben“ für ein Jahr sowie im internationalen Vergleich: vermiedene Sterblichkeitsfälle pro Gesundheitsausgaben pro Kopf (durchschnittliche Betrachtung im Querschnitt).			
Berechnung	Vermeidbare Sterblichkeit (alle Personen zwischen 0-74 Jahren in altersstandardisierten Raten pro 100.000 Einwohner) und gesamte Gesundheitsausgaben (in US\$ PPP pro Kopf) im Zeitverlauf. Niveau für ein Jahr und im internationalen Vergleich. Grafische Darstellung (Y-Achse: Vermeidbare Sterblichkeit, X-Achse: Gesundheitsausgaben).			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es werden möglichst niedrige Werte angestrebt (niedrige Rate der vermeidbaren Sterblichkeit und gleichzeitig möglichst niedrige Gesundheitsausgaben).			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☒ OECD State of Health in the EU: Country Health Profiles			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☒ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☒ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☒ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Der Indikator wird vom European Observatory berichtet und bereitgestellt. Die Analyse basiert auf der WHO Global Mortality Database. Der Indikator ist insbesondere für internationale Vergleiche relevant. Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt., OECD.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☒ Note 1 ☐ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Bezeichnung	E.8 Vermeidbare Sterblichkeit pro gesamte Gesundheitsausgaben (inkrementelle Berechnung) [incremental system-wide cost-effectiveness: amenable mortality vs total health expenditure (\$PPP)]			BRIDGE ☐ 23 ☐ 95
Dimension	Effizienz			
Klassifikation	Schlüsselindikator			
Definition	Kombination der Indikatoren „vermeidbare Sterblichkeit“ und „gesamte Gesundheitsausgaben“ im Zeitverlauf sowie im internationalen Vergleich: zusätzlich vermiedene Sterbefälle pro zusätzlichen Gesundheitsausgaben (inkrementelle Berechnung im Längsschnitt).			
Berechnung	Vermeidbare Sterblichkeit (alle Personen zwischen 0-74 Jahren in altersstandardisierten Raten pro 100.000 Einwohner) und gesamte Gesundheitsausgaben (in US\$ PPP pro Kopf) im Zeitverlauf. Zusätzliche Gesundheitsausgaben pro zusätzlich vermiedenem Sterbefall im 3-Jahres- und 10-Jahres-Durchschnitt.			
Bedarfskategorie	☐ Gesund auf die Welt kommen ☐ Gesund bleiben ☐ Gesund werden ☐ Leben mit chronischer Krankheit ☐ Personen mit eingeschr. Autonomie ☐ Versorg. im letzten Lebensabschnitt			
Equity und vergleichende Analysen:				
Alter	Nein			
Geschlecht	Nein			
Region	Nein			
Einkommen	Nein			
Bildung	Nein			
GKV / PKV	Nein			
Internationaler Vergleich	Ja			
Vergleich über Jahre	Ja			
Interpretation/Ziel	Es werden möglichst niedrige zusätzliche Gesundheitsausgaben pro zusätzlich vermiedenem Sterbefall angestrebt.			
Internationale Anschlussfähigkeit	☐ WHO			
	☐ OECD			
	☐ EU			
	☐ Andere Initiativen			
	☐ Länder	☐ Australien (E1) ☐ Österreich (E2) ☐ Belgien (E3) ☐ Kanada (E4) ☐ Nordischer Rat (E6) ☐ Estland (E7)	☐ Ungarn (E8) ☐ Irland (E9) ☐ Italien (E10) ☐ Malta (E11) ☐ Niederlande (E12) ☐ Neuseeland (E13) ☐ Norwegen (E14)	☐ Portugal (E15) ☐ Singapur (E16) ☐ Schweden (E17) ☐ Vereinigtes Königreich (E18, E19 & E20) ☐ USA (E21)
Datengrundlage	Der Indikator wird vom European Observatory berichtet und bereitgestellt. Die Analyse basiert auf der WHO Global Mortality Database. Der Indikator ist insbesondere für internationale Vergleiche und im Zeitverlauf relevant. Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, OECD.			
Bewertung des Indikators (in Schulnoten)	Inhalt: ☒ Note 1 ☐ Note 2 Daten: ☐ Note 1 ☒ Note 2 ☐ Note 3 ☐ Note 4			
Empfehlung zur Aufnahme	Empfehlung zur Aufnahme.			

Anhang 2: Detaillierte Darstellung der Surveys in Deutschland

Stand: November 2018

Anmerkung:

Die Forschungsdatenzentren (FDZ) von wissenschaftlichen Einrichtungen stellen Daten zur Nutzung auf folgende Arten zur Verfügung: **On-Site-Nutzung** beinhaltet einerseits die Bereitstellung von **PC-Arbeitsplätzen für Gastwissenschaftler (GWAP)** direkt am jeweiligen FDZ – dabei können z.B. sensiblere Daten, wie die Stratifizierung der Daten nach Postleitzahl, analysiert werden – und andererseits die **kontrollierte Datenfernverarbeitung (KDFV)**. Bei der KDFV erhalten Wissenschaftler keinen direkten Zugang zu Datensätzen. Vielmehr stellen die FDZ Strukturdatensätze [Dummy-Dateien] bereit, die im Aufbau und den Merkmalsausprägungen den Originaldaten entsprechen. Mittels dieser Dummy-Dateien können Syntax-Skripte in den entsprechenden Analyseprogrammen erstellt werden, mit denen die Bereitsteller der Daten anschließend die Originaldaten auswerten. Die Datennutzer erhalten nach einer notwendigen Geheimhaltungsprüfung schließlich die Ergebnisse dieser Auswertung. Die Datennutzer erhalten so die Möglichkeit, formal anonymisierte Mikrodaten auszuwerten.

Off-Site-Nutzung unterteilt sich in **Scientific-Use-Files (SUF)** und **Public-Use-Files (PUF)** mit anonymisierten Mikrodaten von ausgewählten Merkmalen, welche sich nach Zugriffsart und inkludierten Merkmalen unterscheiden.

INTERNATIONALE UMFRAGEN

COMMONWEALTH FUND

International Health Policy Survey

Die amerikanische Stiftung Commonwealth Fund (CWF) ist eine private gemeinnützige Organisation, die zu leistungsstarken Gesundheitssystemen mit besserem Zugang, verbesserter Qualität und höherer Effizienz beitragen will. Sie führt seit 1998 international vergleichende, gesundheitspolitische Befragungen durch. Diese finden jährlich in einer Telefonumfrage statt. Die Zielpopulationen in den Befragungen wiederholen sich alle drei Jahre (Commonwealth Fund 2018).

Periodizität¹²

2007-08¹³, 2010-11, 2013-14, 2016-17

Aktualität

Keine Information

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

Keine Information (2007 – 2017)

Stichprobe und Grundgesamtheit

700–1.200 Personen jährlich

2007/2010/2013/2016: Erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahre

2008/2011: „kränkere“ Bevölkerung

2014/2017: Ältere Bevölkerung ab 55 Jahren

Themen

Alle Umfragen: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Leistungen, Gesundheitsausgaben, Wartezeiten, Krankenversicherung, Versicherungsleistungen, Arzneimittelzugang, medizinische Fehler, Erfahrungen mit der Versorgung (wahrgenommene Qualität), unerfüllter Bedarf/Verzicht auf eine Leistung aus verschiedenen Gründen (unmet need)

Umfragen 2014/17: Versorgung im letzten Lebensabschnitt, Betreuung/Pflege von Familienangehörigen

Desaggregation

Inhaltlich: GKV/PKV, sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale

Räumlich: Bundesland (NUTS-1 Level), Unterscheidung nach Gemeindetyp ((Groß-)Stadt, Vororte einer (Groß-)Stadt, Kleinstadt, Dorf/ländliche Umgebung)

¹² Die nachfolgenden Informationen entstammen den einzelnen Fragebögen, welche auf den Webseiten des Commonwealth Fund veröffentlicht sind.

¹³ In den Jahren 2006, 2009, 2012 und 2015 wurde die Umfrage unter Haus- und Fachärzten durchgeführt.

Methodik (Rapoport und Czyzewicz 2017)· (Rapoport et al. 2016)

Die Befragung findet über ein Computer Assisted Telephone Interviewing (CATI) System statt.

Die probabilistische Stichprobe wird aus dem Telefonnummerierungsplan gezogen.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

11 Länder: AU, CA, FR, DE, NL, NZ, NO, SE, CH, UK, US

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

Health at a Glance 2017 (OECD 2017a), Berry, N. (Berry 2015), Euro Health Consumer Index 2017 (Björnberg 2016)

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Information verfügbar

Zugriff: Keine Information verfügbar

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

International Survey of Primary Care Physicians

Die amerikanische Stiftung Commonwealth Fund (CWF) ist eine private gemeinnützige Organisation, die zu leistungsstarken Gesundheitssystemen mit besserem Zugang, verbesserter Qualität und höherer Effizienz beitragen will. Sie führt seit 1998 international vergleichende, gesundheitspolitische Befragungen durch. Die Zielpopulationen in den Befragungen wiederholen sich alle drei Jahre. Die Ärzte der Primärversorgung wurden in den Umfragen aus den Jahren 2006, 2009, 2012 und 2015 befragt (Commonwealth Fund 2018).

Periodizität

Alle 3 Jahre

Aktualität

Keine Information

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

2006, 2009, 2012, 2015

Stichprobe und Grundgesamtheit

Ca. 1.000 Haus- und Allgemeinärzte

Themen (Commonwealth Fund 2015)

Wahrgenommene Qualität und Quantität der Leistungserbringung, Angemessenheit der Kosten, Wartezeiten, Wirtschaftlichkeitsdenken bei der Behandlungsauswahl, Verfügbarkeit außerhalb der Sprechzeiten, Hausbesuche, Koordination von Gesundheitsversorgung, Kontakt zu Patienten, Praxisausstattung, Personalausstattung, Praxisprofile

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale

Räumlich: Keine Information

Methodik

Online-Fragebogen (Computer Assisted Web Interview), per Telefon (Computer Assisted Telephone Interview) und auf postalischem Weg

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

11 Länder: AU, CA, FR, DE, NL, NZ, NO, SE, CH, UK, US

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

nein

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Informationen verfügbar

Zugriff: Keine Informationen verfügbar

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Informationen verfügbar

ESS-ERIC - EUROPEAN SOCIAL SURVEY - EUROPEAN RESEARCH INFRASTRUCTURE CONSORTIUM

ESS - European Social Survey

Der European Social Survey (ESS) ist eine Querschnittsstudie, die in über 30 europäischen Ländern durchgeführt wird. Die Studie untersucht Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensmuster in der europäischen Bevölkerung (European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium o.J. [2018a]).

Periodizität (European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium o.J. [2016])

Alle 2 Jahre (Gesundheitsbezogene Themengebiete alle 5 Jahre, Vertiefungsthemen in einzelnen Wellen)

Aktualität (European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium o.J. [2018b])

10 Monate nach Stichjahr

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung) (European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium o.J. [2016])

2002 - 2016

Stichprobe und Grundgesamtheit

Zwischen 800 und 1.500 Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten

Themen

Subjektiver Gesundheitszustand, Einschränkungen im täglichen Leben, persönliches und familiäres Wohlbefinden (weitere Themen in einmalig durchgeführten Umfragen in Welle ESS2 und ESS7)

ESS2 (2004): Health and Care Seeking: Einstellungen zur Medikamenteneinnahme ohne medizinische Notwendigkeit (z.B. bei Haarverlust), Einstellungen zu Arzneimitteln und Verschreibungen, Verhalten bei allgemeinen Krankheiten (z.B. Arztwahl, Arztbesuche bei Schlaflosigkeit oder Kopfschmerzen), Einstellung zu Arztbesuchen und Ärzten, Kommunikation mit Ärzten (European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium 2004)

ESS7 (2014): Social Inequalities in Health: Gesundheitsrelevantes Verhalten (Obst und Gemüseverzehr, körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum, BMI, Verzicht auf eine Behandlung oder Untersuchung („unmet need“) aus verschiedenen Gründen (Kosten, Wartezeiten etc.), Pflege von Haushalts- oder Familienmitgliedern, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, Gesundheitszustand, Gesundheitsprobleme, berufsbezogene Gesundheitsrisiken (European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium 2014).

Desaggregation (Norwegian Centre for Research data 2018)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, keine Stratifizierung nach PKV/GKV möglich.

Räumlich: Im Datensatz sind lediglich geografische Daten für Bundesländer (NUTS-1 Level) verfügbar.

Methodik (The ESS Sampling Expert Panel 2016)

Die Stichprobenziehung sollte strikt nach dem Zufallsprinzip erfolgen.

Die Umfrage erfolgt in einem persönlichen, mündlichen CAPI-Interview (Computer Assisted Personal Interview). Jede Umfrage enthält ein Hauptmodul („Core module“) und ein wechselndes Set mit themenspezifischen Fragen („Rotating module“).

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Über 30 Länder: EU-27, sowie weitere europäische Länder

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten(European Social Survey - European Research Infrastructure Consortium o.J. [2018b])

Kosten: kostenlos

Zugriff: Download nach Anmeldung auf der Webseite der ESS

Datentyp (für statistisches Programm): PUF (SAS, Stata, SPSS)

EUROSTAT

EU-SILC - „Leben in Europa“, European Union Statistics on Income and Living Conditions

Das EU-SILC-Projekt wurde 2003 auf der Grundlage eines „Gentleman's Agreement“ in sechs Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Griechenland, Irland, Luxemburg und Österreich) sowie Norwegen gestartet. Später schlossen sich weitere Länder an. In Deutschland wurde die Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) unter der Bezeichnung "Leben in Europa" erstmals im Jahr 2005 durchgeführt. Im Rahmen dieser Erhebung werden jährlich etwa 14.000 private Haushalte sowie die darin lebenden Personen ab 16 Jahren auf freiwilliger Basis befragt. Erhebungsschwerpunkte sind die personen- und haushaltsbezogenen Einkommen, die Wohnsituation des Haushaltes, die Gesundheit der Befragten, Fragen zur Kinderbetreuung, zur Erwerbstätigkeit sowie zur Einschätzung der eigenen finanziellen Lage. Zusätzlich gibt es jährlich wechselnde Erhebungsschwerpunkte (Eurostat o.J.).

Periodizität

jährlich

Aktualität (Europäische Kommission)

Veröffentlichung von Querschnittsdaten: Zum 1.03.YY, Datensatz des YY-2 Jahres

Veröffentlichung von Längsschnittdaten: Zum 1.08.YY, Datensatz des YY-2 Jahres

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung) (Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2017) (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2018)

2005 - 2016 Eurostat, bis 2013 beim FDZ (2005 - 2017)

Stichprobe und Grundgesamtheit (Czajka und Rebeggiani 2016)

Zw. 13.000 und 14.000 private Haushalte und zw. 22.600 und 28.000 Personen ab 16 Jahren

Themen

Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen - Unerfüllter Leistungsbedarf/ Verzicht auf Leistungen (unmet need - zahnmedizinische ODER sonstige Behandlung)

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, keine Stratifizierung nach PKV/GKV möglich

Räumlich: Bundesland (NUTS-1 Level) – FDZ-Datensatz, Grad der Verstädterung (2015 und 2016 nicht enthalten) – Eurostat und FDZ-Datensatz

Die an der EU-SILC teilnehmenden Länder berichten bei der Stichprobenauswahl zwar über die Art der Stratifizierung (NUTS-2 bis NUTS-4-Level), diese Angaben werden jedoch nicht bei allen Ländern in Form einer Variablen im Datensatz festgehalten (Arora et al. 2015) (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2018). In Deutschland wird die Stichprobe lediglich auf Bundeslandebene gezogen (siehe „Methodik“) - die Variable ist zwar im FDZ-Datensatz enthalten, wird jedoch nicht in den europäischen Datensatz von Eurostat aufgenommen (Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013) (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2018).

Methodik (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016b) (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017b)

Bei der EU-SILC Umfrage handelt es sich um eine schriftliche Befragung auf Haushalts- und Personenebene. Dabei wird jeder Haushalt in maximal vier aufeinanderfolgenden Jahren befragt (Rotationspanel, ein Viertel der Stichprobe wird jedes Jahr durch neue Haushalte ersetzt). Somit enthält EU-SILC sowohl Längsschnitt- als auch Paneldaten. Die Erhebung wird dezentral durch die Statistischen Landesämter durchgeführt. Die Befragung erfolgt auf freiwilliger Basis.

Die Ziehung der Zufallsstichprobe erfolgt durch das Statistische Bundesamt. Als Auswahlgrundlage dient die Dauerstichprobe befragungsbereiter Haushalte (DSP), die sich bereit erklärt haben, an Befragungen der amtlichen Statistik teilzunehmen.

Die Schichtung der Stichprobe erfolgt nach Bundesland, Haushaltstyp, sozialer Stellung der Haupteinkommensperson und dem Haushaltsnettoeinkommen.

Die Ergebnisse der EU-SILC Umfragen nach 2008 sind aufgrund einer Änderung der Stichprobenauswahl nur eingeschränkt vergleichbar mit den Daten bis 2008. Bei der Stichprobenauswahl vor 2008 kam eine Kombination aus Quotenstichprobe und Zufallsstichprobe privater Haushalte zur Anwendung.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

14 Länder: AT, BE, DK, DE, EL, ES, FR, IE, IT, LU, NL, PT, SE, UK

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

ECHI (Europäische Kommission 2018a), Joint Assessment Framework (Europäische Kommission 2018c), Quality of Life indicators (Eurostat 2017a), Social protection performance monitor (SPPM) (Europäische Kommission, Social Protection Committee 2017), Health at a Glance 2017 (OECD 2017a), Health at a Glance – Europe (OECD/EU 2016)

Zugriff auf Daten (Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2018) (Europäische Kommission 2018d)

Kosten: kostenlos (Eurostat – SUF, PUF), kostenpflichtig (FDZ - KDFV, GWAP - **250 EUR** je Statistik und Erhebungsjahr)

Zugriff: Auf Anfrage, KDFV, GWAP, SUF, PUF

Datentyp (für statistisches Programm): PUF, SUF, KDFV, GWAP (SPSS, SAS oder Stata)

EHIS - European health interview survey

Der Gesundheitssurvey bietet umfassende Daten basierend auf Antworten aus repräsentativen Befragungen zur Bevölkerungsgesundheit sowie weiteren gesundheitsbezogenen Themen. Die Befragung wurde zum ersten Mal zwischen 2006 und 2009 im Rahmen eines „Gentlemen’s Agreement“ in 17 Ländern durchgeführt. Die zweite Welle fand zwischen 2013 und 2015 statt und wurde in allen Mitgliedsstaaten gemäß der Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission (Europäische Kommission 20.02.2013) durchgeführt. Die Datenerhebung für Deutschland findet seit der zweiten Welle durch das RKI im Rahmen des Gesundheitsmonitorings statt (Lange et al. 2017).

Die Befragungsmodule decken folgende Bereiche ab (Saß et al. 2017):

- Demografie und sozio-ökonomische Lage (Geschlecht, Alter, Haushaltstyp etc.)

- Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung, chronische Erkrankungen, Einschränkungen im täglichen Leben, krankheitsspezifische Morbidität, körperliche Einschränkungen etc.
- Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung wie Krankenhausaufenthalt, Arztbesuch, unerfüllte Bedürfnisse, Einnahme von Arzneimitteln, Vorsorgemaßnahmen etc.
- Gesundheitsdeterminanten wie Größe und Gewicht, Verzehr von Obst, Rauchen, Alkoholkonsum etc.

Periodizität

Alle 5 Jahre

Aktualität

Ca. 2-3 Jahre nach Abschluss der Datenerhebung

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

2009, 2014/2015-EHIS

Stichprobe und Grundgesamtheit

24.016 Personen, Bevölkerung ab 15 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Themen

- Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung, chronische Erkrankungen, Einschränkungen im täglichen Leben, krankheitsspezifische Morbidität, körperliche Einschränkungen etc.
- Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung wie Krankenhausaufenthalt, Arztbesuch, unerfüllte Bedürfnisse, Einnahme von Arzneimitteln, Vorsorgemaßnahmen etc.
- Gesundheitsdeterminanten wie Größe und Gewicht, Verzehr von Obst, Rauchen, Alkoholkonsum etc.

Desaggregation (Robert Koch-Institut 2017a): (Eurostat 2013)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Bundesland, Grad der Verstädterung

Methodik (Saß et al. 2017)

Die Zufallsstichprobe für die Welle 2014/2015-EHIS wurde in einem zweistufigen Verfahren gezogen: In der ersten Stufe wurden 301 Untersuchungsorte aus der Gesamtmenge der Gemeinden in Deutschland ausgewählt. Die zu befragenden Individuen wurden in der zweiten Stufe über die Einwohnermelderegister in den ausgewählten Gemeinden, nach Alter geschichtet, zufällig ausgewählt. Die Befragung erfolgte entweder durch Onlinefragebögen (self-administered web Questionnaire, SAQ-Web) oder in postalisch zugeschickten Papierfragebögen (self-administered paper questionnaire, SAQ-Paper).

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Alle EU-Mitgliedsstaaten.

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

ECHI (Europäische Kommission 2018a), Joint Assessment Framework (Europäische Kommission 2018c), Quality of Life indicators (Eurostat 2017a), Health at a Glance 2017 (OECD 2017a), Health at a Glance – Europe (OECD/EU 2016)

Zugriff auf Daten (Europäische Kommission 2018d)

Kosten: kostenlos

Zugriff: Auf Antrag bei Eurostat

Datentyp (für statistisches Programm): *SUF, on-site (GWAP) (Stata, SPSS)*

MEA - MUNICH CENTER FOR THE ECONOMICS OF AGING

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

Daten des Surveys of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) werden in einer länderübergreifenden Paneldatenbank zur Verfügung gestellt und enthalten Mikrodaten zu Gesundheit, sozio-ökonomischem Status sowie sozialen und familiären Netzwerken von mehr als 120.000 Personen im Alter von 50 Jahren oder älter. SHARE umfasst 27 europäische Länder und Israel (Börsch-Supan und Alcser 2005).

Periodizität (SHARE-ERIC 2018b)

Alle 2 Jahre

Aktualität

12-18 Monate

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

2004-2015

Stichprobe und Grundgesamtheit

Zw. 2.000 und 6.000 Personen ab 50 Jahren in Privathaushalten oder in Gemeinschaftseinrichtungen für alte Menschen (Altenheime etc.)

Themen (SHARE-ERIC 2018c)

Körperliche Gesundheit: Selbsteinschätzung der Gesundheit, Krankheiten, Gewicht und Größe, Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Gesundheitsbezogenes Verhalten: Rauchen und Alkohol, Ernährung, körperliche Aktivität

Kognitive Funktionen: Selbstständige Lese- und Schreibfähigkeiten, Orientierung, Wortlisten-Lernen, sofortiges und verzögertes Abrufen, Wortflüssigkeit und Rechnen

Psychische Gesundheit: Hoffnung, Depression (EURO-D)

Gesundheitswesen: Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Operationen, entgangene Versorgung (unmet need), Zuzahlungen (out-of-pocket payments) sowie Hilfe und Pflege.

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Art der Gegend: Großstadt, Vorstadt oder Außenbezirk einer Großstadt, Größere Stadt, Kleinstadt, Ländliche Gegend/Dorf

Methodik (Giuseppe de Luca and Oliver Lipps 2005): (Klevmarken et al. 2005)

Zielpopulation: Alle Personen, die 1954 oder früher geboren wurden und die Amtssprache des Landes sprechen.

Stichprobenziehung: Mehrstufiges Verfahren unter Verwendung von Einwohnermelderegistereinträgen.

Der in SHARE angewandte Interviewmodus war Computer Assisted Personal Interview (CAPI), ergänzt durch einen selbstauszufüllenden Fragebogen (Paper-and-Pencil Interviewing, PAPI).

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

In 26 EU-Ländern (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK) und 2 anderen Ländern (CH, IL)

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

Health at a Glance – Europe (OECD/EU 2016)

Zugriff auf Daten (SHARE-ERIC 2018a)

Das Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenkasse (FDZ-RV) stellt einen administrativen Datensatz zur Verfügung, der leicht mit den deutschen SHARE-Daten verknüpft werden kann.

Kosten: kostenlos

Zugriff: Download nach Registrierung

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

WHO - WELTGESUNDHEITSORGANISATION

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), dient der Datengewinnung und -analyse der Gesundheit und gesundheitsbezogenen Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Schülerinnen und Schülern der 5., 7. und 9. Klasse. Die HBSC-Studie gibt Auskunft über die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten der 11-, 13- und 15-Jährigen. Darüber hinaus werden personale und soziale Rahmenbedingungen, welche die Gesundheit und eine gesunde Entwicklung beeinflussen, untersucht. Mit Hilfe der Studienergebnisse sollen insbesondere Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung von Schulkinder identifiziert werden (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) <http://hbsc-germany.de/die-hbsc-studie/>).

Periodizität (HBSC-Team Deutschland 2011) (HBSC-Team Deutschland 2015)

Alle vier Jahre seit 1982 (deutsche Beteiligung seit 1993/94)

Aktualität (University of Bergen, Department of Health Promotion and Development 2018)

Der internationale Datensatz ist 3 Jahren nach Fertigstellung auch für Nichtmitglieder des HBSC-Teams verfügbar.

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

(Bundesweite Erhebung seit 2009/10)

Stichprobe und Grundgesamtheit

5.000 bis 6.000 SchülerInnen der Klassen der 5., 7. und 9. von 188 allgemeinbildenden- und 8 Förderschulen (quotiert nach den bundeslandspezifischen Schulformen).

Themen

Allgemeine Gesundheitsindikatoren (u.a. Selbsteinschätzung der Gesundheit, Krankheitslast, Lebenszufriedenheit), Gesundheits- und Risikoverhalten (u.a. Substanzkonsum, körperliche Aktivität, Medinutzungsverhalten, Ernährungsverhalten, Mobbing), Soziale Ressourcen und Unterstützungssysteme (u.a. Familie, Schule, Gleichaltrigen-Gruppe, Selbstkonzept)

Desaggregation

Inhaltlich: sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale (Geschlecht, Alter, Familienstruktur, Herkunft/Migrationshintergrund, familiärer Wohlstand)

Räumlich: Bundesländer

Methodik

Die Studie wurde als Querschnittsstudie angelegt. 2013/14 nahm Deutschland an der Befragung erstmals mit allen Bundesländern teil. Die Stichprobe ist eine geschichtete Klumpenstichprobe (Cluster Sample), d.h. Schulen und Schulklassen stellen die Untersuchungseinheit dar.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage (Inchley et al. 2016)

44 Länder

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

Health at a Glance – Europe 2016 (OECD/EU 2016)

Zugriff auf Daten (University of Bergen, Department of Health Promotion and Development) (University of Bergen, Department of Health Promotion and Development 2018)

Kosten: kostenlos (Open Access)

Zugriff: Auf Anfrage bei dmc@hbsc.org oder datarequests@hbsc.org (The HBSC Data Management Centre is based at the Department of Health Promotion and Development in the University of Bergen, Norway. Professor Oddrun Samdal is the Data Manager of the HBSC study.)

Datentyp (für statistisches Programm): PUF

NATIONALE ALLGEMEINGESELLSCHAFTLICHE UMFRAGEN

DESTATIS - STATISTISCHES BUNDESAMT

Mikrozensus

Der Mikrozensus (auch MZ) ist eine seit 1957 jährlich durchgeführte Befragung von einem Prozent aller Haushalte in Deutschland. Insgesamt nehmen etwa 380.000 Haushalte mit 750.000 Personen an der Erhebung teil und es besteht eine Auskunftspflicht. Als Mehrthemenumfrage konzipiert, beinhaltet der Mikrozensus wichtige Strukturdaten über die Bevölkerung (auch detaillierte Angaben zum Migrationshintergrund), Fragen zum Familien- und Haushaltszusammenhang sowie zur Erwerbstätigkeit sowie zum Einkommen und zur schulischen und beruflichen Ausbildung. Fragen zum gesundheitsrelevanten Verhalten werden alle 4 Jahre gestellt. Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017c).

Periodizität

Alle 4 Jahre

Aktualität

Ca. 2 Jahre

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

1973 - 2016

Stichprobe und Grundgesamtheit

Zwischen 650.000 und 750.000 Personen, die jährlich die Fragen des Mikrozensus verpflichtend beantworten und ca. 50.000 Personen in Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften, die auf freiwilliger Basis die Fragen zur Gesundheit beantworten.

Themen

Krankenversicherung, Grad der Behinderung, Krankheiten, Unfälle, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Körpermaße (Größe, Gewicht, Body Mass Index), Rauchgewohnheiten

Desaggregation (Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2016)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV (in bestimmten Jahren)

Räumlich: Bundesland und Regierungsbezirk (NUTS-2 Level (SUF), kleinere Raumgrößen (insb. Kreise) und evtl. Aufteilung nach Gemeindetypen sind evtl. über das KDFV möglich.

Methodik (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017c)

Der Mikrozensus ist eine dezentrale Statistik. Die organisatorische und technische Vorbereitung findet im Statistischen Bundesamt statt. Die Durchführung der Befragung und die Aufbereitung der Daten ist die Aufgabe der Statistischen Landesämter.

Der Mikrozensus ist eine Zufallsstichprobe. Jede Auswahleinheit hat die gleiche Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe zu gelangen. Das stichprobenmethodische Grundkonzept ist die einstufige Klumpenstichprobe.

Die Beantwortung unterliegt weitgehend der Auskunftspflicht. Nur für wenige Merkmale gilt die freiwillige Auskunftserteilung (z.B. Fragen zur Gesundheit).

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Ähnliche Umfragen in 31 Länder:

SE, DK, NL, DE, BE, FR, AT, ES, IT, GR, IE, CZ, PL, IL, PT, SI, HU, EE, LU, BG, CY, FI, LT, LV, MT, RO, SK, UK, LI, NO, IS

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

EU-LSF

Zugriff auf Daten (Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2018)

Kosten: kostenpflichtig (FDZ - **250 EUR** je Statistik und Erhebungsjahr)

Zugriff: Auf Anfrage, KDFV und GWAP - 1973-2016, SUF - 1995-2013

Datentyp (für statistisches Programm): SUF, KDFV, GWAP (SPSS, SAS oder Stata)

Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS)

Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) untersucht die Lebensverhältnisse privater Haushalte in Deutschland und liefert Informationen zur Ausstattung mit Gebrauchsgütern, Einkommens-, Vermögens- und Schuldensituation sowie zu Konsumausgaben (EVS) privater Haushalte (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016a).

Periodizität

Alle 5 Jahre

Aktualität

Ca. 2 Jahre

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

1962/63 - 2013

Stichprobe und Grundgesamtheit

Privathaushalte am Ort der Hauptwohnung, deren monatliches Haushaltsnettoeinkommen weniger als 18.000 Euro beträgt. Ausschluss von Personen in Gemeinschaftsunterkünften und Anstalten sowie Obdachlose.

Themen

Erfassung der Ausstattung mit Gebrauchsgütern, des Geld- und Sachvermögens, der Wohnsituation und sämtlicher Einnahmen und Ausgaben der Privathaushalte.

Desaggregation (Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes 2014)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Bundesland, Einwohnergrößenklasse der Gemeinde, Stadt-Land-Region (differenzierte Regionstypen)

Methodik (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016a)

Die EVS wird dezentral durch Anwerbung als repräsentative Quotenstichprobe privater Haushalte mit freiwilliger Auskunftserteilung durchgeführt. Als Grundlage für die Erstellung des Quotenplans dient der Mikrozensus. Der Stichprobenumfang der EVS richtet sich nach dem per Gesetz maximal zu erhebenden Umfang in Höhe von 0,2 % der Erhebungsgesamtheit des als Quotierungsrahmens herangezogenen Mikrozensus.

Erhoben werden:

- „Allgemeine Angaben“ (AA) (schriftliche Befragung oder Online-Meldung) (z.B. sozio-ökonomische Angaben, Angaben zur Ausstattung der Privathaushalte mit Gebrauchsgütern sowie Angaben zur Wohnsituation)
- Angaben zum „Geld- und Sachvermögen“ (GS) (z.B. mit Angaben zum Haus- und Grundbesitz)
- „Haushaltsbuch“ (HB) mit Aufzeichnung der Einnahmen und Ausgaben in vier aufeinanderfolgenden Quartalen des Erhebungsjahres
- „Feinaufzeichnungsheft“ (NGT) mit einer detaillierten Aufzeichnung der Ausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten (Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2018)

Kosten: kostenpflichtig (FDZ - **250 EUR** je Statistik und Erhebungsjahr)

Zugriff: Auf Anfrage, Zugriff: Auf Anfrage, KDFV, GWAP, SUF

Datentyp (für statistisches Programm): SUF, KDFV, GWAP (SPSS, SAS oder Stata)

DIW - DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG

SOEP - Sozio-oekonomisches Panel

Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland, die jährlich seit 1984 bei denselben Personen und Familien in der Bundesrepublik durchgeführt wird. Das SOEP wurde bereits im Juni 1990 auf das Gebiet der ehemaligen DDR ausgeweitet. Zur adäquaten Erfassung des gesellschaftlichen Wandels werden regelmäßig weitere Stichproben in das Panel integriert, um besondere Gruppen zu berücksichtigen und andererseits um die Stichprobengrößen zu erhöhen und zu stabilisieren. Das SOEP deckt ein weites Themenspektrum ab. Die Fragen zu Gesundheit und Pflege werden seit 2002 (Welle 19, S) alle zwei Jahre gestellt (Wagner et al. 2008) (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2016).

Periodizität

Alle 2 Jahre

Aktualität

Ca. 2 Jahre

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

2002-2016

Stichprobe und Grundgesamtheit

20.000 bis 30.000 Personen ab 16 Jahren in Privathaushalten

Themen

Krankenversicherung (Art, Status, Wechsel), gesundheitsrelevantes Verhalten (Sport, Ernährung, Alkohol, Tabak), Inanspruchnahme von Leistungen, Gesundheitszustand (Zufriedenheit, Fehlzeiten, SF-12, Todesursachen), Krankheiten, Grad der Behinderung, Pflege von Haushaltsmitgliedern, Ort und Art der Entbindung, Schwangerschaft und Stillen, Gesundheitszustand und Krankheiten von Neugeborenen sowie Inanspruchnahme von Leistungen für Neugeborene.

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Bundesland (im Standarddatensatz enthalten), Regierungsbezirk (Nutzung nach Ausarbeitung eines Datenschutzkonzeptes möglich), Kreis (über die KDFV, d.h. über SOEPremote möglich), PLZ (nur vor Ort am GWAP möglich)

Methodik (Pannenberg et al. 2005) (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2016)

Alle SOEP-Stichproben sind mehrstufige Zufallsstichproben, die nach Regionen gruppiert sind. Die Befragten (Haushalte) werden mittels „Random-Walk“ ausgewählt. Die Daten werden von der TNS Infratest Sozialforschung GmbH erhoben.

Bis 1998 wurde die Befragung mittels Paper-and-Pencil Interviewing (PAPI) Methode durchgeführt, mit der Möglichkeit selbstständig die Fragebögen auszufüllen, ab 1998 wurde ergänzend Computer assisted personal interview (CAPI) eingeführt und seit 2006 wird die Befragung ausschließlich mittels CAPI durchgeführt. Weitere Methoden der Befragung sind: Umfrage auf postalischem Weg, selbststän-

dig ausgefüllter Fragebogen, der an alle Haushaltsmitglieder ausgeteilt wird (self-administered questionnaires, SAQ), sowie seit 2014 das computerunterstützte Webinterview (computer-assisted web interview, CAWI).

Eigenschaften der SOEP Daten:

- Längsschnittdesign: Panelcharakter
- Haushaltskontext: Befragung aller erwachsenen Haushaltsmitglieder und Informationen über Kinder
- Möglichkeit regionaler Vergleiche und Nutzung von kleinräumigen Kontextindikatoren
- Befragung von verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Migranten, Flüchtlinge etc.)

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Das „Sozioökonomische Panel - SOEP“ ist mit den folgenden Umfragen aus acht Ländern (u.a. zu Bildung, Beschäftigung, Einkommen, Gesundheit und Lebenszufriedenheit) vergleichbar (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2007):

- Australien: Household Income and Labour Dynamics in Australia
- Großbritannien: British Household Panel Study
- Kanada: Canadian Survey of Labour and Income Dynamics
- Korea: Korea Labor and Income Panel Study
- Russland: Russia Longitudinal Monitoring Survey
- Schweiz: Swiss Household Panel
- USA: Panel Study of Income Dynamics

Darüber hinaus wurde der SOEP Datensatz mit der Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) harmonisiert. Der am DIW Berlin verfügbare Datensatz **EU-SILC-Klon** bietet Längsschnittinformationen privater Haushalte in Deutschland auf Basis des SOEP. Der EU-SILC-Klon wird voraussichtlich ab Herbst 2018 auch in der jährlichen SOEP-Datenlieferung enthalten sein. Diese Daten können direkt mit den Längsschnittinformationen anderer europäischer Länder verglichen werden, welche von Eurostat bereitgestellt werden (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2007) (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2018b).

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2018a)

Kosten: kostenlos

Zugriff: Download (SUF), SOEPre mote (kontrollierte Datenfernverarbeitung - SOEP-Regionaldaten auf der Kreisebene), on-site (GWAP) über das FDZ des DIW

Datentyp (für statistische Programme): SUF (Stata, SPSS), detailliertere Daten auf Kreisebene (SOEPre mote – Stata)

GESIS - LEIBNIZ-INSTITUT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

GESIS Allbus - Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften

ALLBUS ist eine Mehrthemenbefragung mit wechselnden Themenschwerpunkte (wie z.B. "Politische Partizipation" oder "Einstellungen zu sozialer Ungleichheit") sowie konstanten Fragen (Wasmer et al. 2017).

Periodizität

Alle 2 Jahre

Aktualität

1-1,5 Jahre nach Stichjahr

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

1980-2014

Stichprobe und Grundgesamtheit

Ca. 3.500 Personen ab 18 Jahren (ca. 2.400 Personen im Westen und ca. 1.100 im Osten) in Privathaushalten

Themen

u.a. Arztbesuche, Krankenhaus, Fragen zu AIDS, gesundheitliche Belastungen, Gesundheitszustand, gesundheitsrelevantes Verhalten, Krankheiten

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, keine Stratifizierung nach PKV/GKV möglich

Räumlich: Bundesland, Gemeindegrößen, BIK-Regionen (siedlungsstruktureller Typ der Gemeinde)

Methodik

Die Stichprobenziehung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren: zunächst wurde eine Stichprobe von Gemeinden gezogen und anschließend wurden in den Gemeinden aus den Einwohnermelderegistern Personenadressen ausgewählt. Die Stichprobenziehung und Datenerhebung erfolgte durch TNS-Infratest. Es werden ca. 2.400 Personen in West- sowie 1.100 Personen in Ostdeutschland befragt.

Die Umfrage erfolgt in einem persönlich-mündlichen CAPI-Interview (Computer Assisted Personal Interview).

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften o.J.a) (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften o.J.b)

Kosten: kostenlos

Zugriff: Download nach Registrierung, Bestellung einer Daten-CD (Kosten: 50 EUR)

Datentyp (für statistisches Programm): SUF (SPSS, Stata, portable)

NATIONALE UMFRAGEN ZUM GESUNDHEITSWESEN / ZUR VERSORGUNG

BERTELSMANN STIFTUNG

Weisse - Liste

Die Weisse Liste erhebt in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband und der BARMER Erfahrungen von Patienten mit Krankenhäusern, Haus- und Fachärzten sowie Pflegeeinrichtungen. Es werden jährlich über eine Million Fragebögen („Patients‘ Experience Questionnaire“ (PEQ)) zu den Erfahrungen im Krankenhaus versendet (mit einer Rücklaufquote von ca. 50%). Neben dem allgemeinen Fragebogen wurde auch ein spezifischer Fragebogen zu Erfahrungen bei der Entbindung (PEQ-Geburt) entwickelt (Weisse Liste gemeinnützige GmbH 2018a) (Weisse Liste gemeinnützige GmbH 2018b).

Periodizität

Keine Information

Aktualität

Keine Information

Zeitraum

Seit 2011 (seit 2014 Befragungen zu Entbindungen)

Stichprobe und Grundgesamtheit

Seit dem Start ca. 900.000 Krankenhausbewertungen durch Patienten im Alter von 18 bis 80 Jahren mit stationärem Aufenthalt (Versicherte der AOK und BARMER mit mindestens 2 Übernachtungen im Krankenhaus).

Themen

Die Umfrage liefert Ergebnisse zu der Zufriedenheit von Patienten mit der ärztlichen Versorgung, der pflegerischen Betreuung und mit Organisation und Service im Krankenhaus: Beziehung zum Arzt/Pflegepersonal, Information durch Arzt/Pflegepersonal, Organisation und Management, Service, fachliche Expertise von Arzt bzw. Pflegepersonal, Behandlungserfolg.

Erfahrungen mit einer stationären Entbindung: Beziehung zum Arzt/Pflegepersonal/Hebammen, Information durch Arzt/ Pflegepersonal/ Hebammen, fachliche Betreuung durch Hebammen, Schmerzbehandlung, Versorgung des Kindes, Organisation und Management, Service.

Desaggregation

Inhaltlich: Geschlecht, Geburtsjahr, nur GKV-Versicherte

Räumlich: Deutschland, nach Standort des Krankenhauses (nach Standort des Arztes)

Methodik (Weisse Liste gemeinnützige GmbH 2018a)

Die Befragung wurde als poststationäre Befragung konzipiert, bei der die Patienten rückblickend zu ihren Erfahrungen während des Krankenhausaufenthalts befragt werden. Der Messzeitpunkt ist dahingehend festgelegt, dass alle Patienten befragt werden, deren Entlassung aus dem Krankenhaus mindestens zwei und maximal acht Wochen zurückliegt. Der Entlassungszeitraum, welcher für die poststa-

tionäre Befragung ausschlaggebend ist, beträgt demnach insgesamt sechs Wochen. Des Weiteren handelt es sich um eine postalische Befragung, bei der die Patienten den standardisierten PEQ-Fragebogen in schriftlicher Form von ihrer jeweiligen Krankenkasse zugesandt bekommen. Die Befragung wird fortlaufend in fünf Befragungswellen pro Jahr durchgeführt. Nach Beantwortung und postalischer Rücksendung des Fragebogens werden die Patientendaten durch die Krankenkassen anonymisiert erfasst.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Information verfügbar

Zugriff: Keine Information verfügbar

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

KBV - KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Bevölkerungsumfrage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt regelmäßig Befragungen von gesetzlich Versicherten in Auftrag. Dazu werden mehrere tausend zufällig ausgewählte Bürger telefonisch interviewt. Die Ergebnisse sind repräsentativ (KBV 2017b).

Periodizität

jährlich

Aktualität (KBV 2017a)

Befragung zwischen Februar und Juni des Bezugsjahres, Veröffentlichung des Berichts 2-3 Monate nach Ende der Befragung

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

Keine Informationen (2006 - 2017)

Stichprobe und Grundgesamtheit

Ca. 6.000 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren, die in Privathaushalten leben und dort über eine Festnetznummer verfügen/erreichbar sind

Themen

Bevölkerungsperspektive: Arztbesuche, Wartezeiten, Wege und Wegezeiten, Vertrauensverhältnis Arzt-Patient, Bewertung fachlicher Fähigkeiten, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Versorgungslage, Gesundheitszustand, Krankheiten

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, haus- und fachärztliche Versorgung, GKV/PKV

Räumlich: Bundesland, KV-Regionen

Methodik

Telefonbefragung. Stichprobenziehung erfolgt mittels regional geschichteter, zweifach gestufter Zufallsauswahl. Zunächst werden Haushalte ausgewählt, dann eine Person eines jeden Haushalts. Die Zufallsauswahl der Haushalte erfolgt proportional zur Wohnbevölkerung in den regionalen Schichten.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

nein

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Information verfügbar

Zugriff: Keine Information verfügbar

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

Ärztebefragung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) erheben regelmäßig ein Stimmungsbild niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten (KBV 2018).

Periodizität

Alle 2 Jahre

Aktualität

Befragung zwischen Februar und Juni des Bezugsjahres, Veröffentlichung 2-3 Monate nach Ende der Befragung

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

2012-2016

Stichprobe und Grundgesamtheit

Ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten: Ca. 10.500 realisierte telefonische Interviews jährlich: ca. 8.000 Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten und ca. 2.500 psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Themen (Leinert 2016)

Jährlich angesprochene Themen: Praxis (Tätigkeits- und Praxisform, Praxisorganisation), Identifikation mit Beruf und Berufsbild (Belastung, Zufriedenheit, Autonomie, etc.), Arbeitsalltag (Zeitbudgets und Tätigkeiten, Work-Life-Balance), Zukunft der Praxis (ob eine Abgabe in naher Zukunft geplant ist, Beurteilung der Nachfolgersuche)

Wechselnde Themen: Ärztenetz, Telemedizin, Terminservicestellen (2016), Delegation von ärztlichen Aufgaben (2014), Kollektiv- vs. Selektivvertrag, ärztliche Kooperationsformen (2012)

Desaggregation

Inhaltlich: nach Alter, Geschlecht, Praxisform, Praxisgröße, Art der Tätigkeit, wirtschaftliche Situation

Räumlich: Deutschland, Bundesland, KV-Regionen

Methodik (Leinert 2016)

Disproportional geschichtete Zufallsstichprobe nach Arztgruppe und KV-Region; bei ausreichender KV-Größe pro Region jeweils bis zu ca. 250 Hausärzte, ca. 250 Fachärzte und ca. 150 Psychotherapeuten.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

nein

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Information verfügbar

Zugriff: Keine Information verfügbar

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

RKI – ROBERT KOCH-INSTITUT

Studien des Gesundheitsmonitorings

Mit den Studien des Gesundheitsmonitorings erhebt das RKI bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten zu den in Deutschland lebenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - KiGGS, Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland - DEGS). Sie liefern umfassende Daten zu:

- Aktuelle gesundheitliche Lage
- Gesundheits- und Risikoverhalten
- Gesundheitliche Versorgung und Vorsorge
- Umwelt- und Lebensbedingungen verschiedener Bevölkerungsgruppen.

(Robert Koch-Institut 2017d)

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

Keine (mit Ausnahme von GEDA, siehe nachfolgende Seiten)

Zugriff auf Daten (Robert Koch-Institut 2018a)

Im Rahmen von Datennutzungsverträgen können weitere Daten zur Verfügung gestellt und gegebenenfalls mit dem RKI ausgewertet werden.

Kosten: 107,10 Euro pro Datensatz inkl. Dokumentation

Zugriff: Auf Antrag beim RKI-FDZ

Datentyp (für statistisches Programm): PUF, on-site (GWAP)

KiGGS - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

KiGGS untersucht die Gesundheit und Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland.

Periodizität (Hölling et al. 2012)

Wiederholung der Erhebung mit einem Abstand von etwa fünf Jahren zwischen zwei Messzeitpunkten

Aktualität

Keine Informationen

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung) (Robert Koch-Institut 2017b)

2003-2012 (2003-2006, 2009-2012, 2014-2017)

Stichprobe und Grundgesamtheit (Hölling et al. 2012) (Kamtsiuris et al. 2007) (Robert Koch-Institut 2017c) (Robert Koch-Institut 2011)

Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche in Privathaushalten mit Hauptwohnsitz in Deutschland

Basisuntersuchung (2003-2006): 17.641 Kinder und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren

Welle 1 (2009-2012): Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus der Basisuntersuchung (6 bis 24-Jährige aus der Basisuntersuchung, n=11.992) sowie zusätzlich 0-6-Jährige (n=4.455) zur Aufstockung der Stichprobe

Welle 2 (2014-2017): Neuer Querschnitt: ca. 15.000 Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren; ca. 10.000 Wiederteilnehmende aus der Basisuntersuchung & Welle 1

Themen

Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme, Gesundheitliche Versorgung (Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche).

Desaggregation (KiGGS Welle 1 Variablen, Robert Koch-Institut 2018b)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Nach Größe der Gemeinde, West/Ost (Berlin zählt zu Ost)

Methodik (Hölling et al. 2012) (Kamtsiuris et al. 2007) (Robert Koch-Institut 2017c) (Robert Koch-Institut 2011)

Zielpopulation der KiGGS-Basiserhebung war die in den Melderegistern der Bundesrepublik mit Hauptwohnsitz registrierte deutsche und ausländische Wohnbevölkerung der 0- bis 17-Jährigen. Die Zufallsstichprobe wurde in einem zweistufigen Verfahren gezogen: In der ersten Stufe wurden 167 Untersuchungsorte aus der Gesamtmenge der politischen Gemeinden in Deutschland ausgewählt (mit Überrepräsentierung von Ostdeutschland). In der zweiten Stufe wurde über die Einwohnermelderegister in den ausgewählten Gemeinden für die einzelnen Jahrgänge eine jeweils gleiche Anzahl von 24 Personenadressen gezogen.

In den KiGGS Wellen 1 und 2 wurden sämtliche Teilnehmer der vorhergehenden Wellen erneut befragt. Die Aufstockungsquerschnitte in den Wellen 1 und 2 wurden auf gleiche Weise gezogen, wie die Ziehung in der Basiserhebung erfolgte. Jedoch bestand die Zielgruppe des Querschnitts in der Welle 1

aus Kindern zwischen 0 und 6 Jahren, während in der Welle 2 wieder Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren gezogen wurden.

Das Erhebungsprogramm beinhaltet in jeder Welle Befragungen. Befragt werden sowohl die Eltern der minderjährigen Studienpersonen als auch die Studienpersonen selbst (ab 11 Jahre). Ein Teil der Kinder und Jugendlichen wird untersucht (Körpergröße und -gewicht, Taillen- und Hüftumfang, Hautfaltendickemessung, Ellbogenbreitemessung, Blutdruck- und Pulsmessungen, Sehtests, Tests zur motorischen Fitness und körperlichen Leistungsfähigkeit, Schilddrüsenultrasonographie sowie optional eine Untersuchung von Blut- und Urinproben). Alle Kinder und Jugendlichen werden befragt (zur körperlichen Gesundheit einschließlich akuter und chronischer Krankheiten, psychischen und sozialen Gesundheit, Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken, Unfälle, Ernährung und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen).

DEGS - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

Für DEGS erhebt das Robert Koch-Institut bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten zu den in Deutschland lebenden Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Zur Untersuchung von gesundheitlichen Entwicklung wurden Studienpersonen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) in die DEGS1 einbezogen (Gößwald et al. 2012).

Periodizität (Robert Koch-Institut 2017e)

BGS98: 1997-1999, DEGS1: 2008-2011, ein weiterer Survey (DEGS2) befindet sich derzeit in der Planungsphase, die Datenerhebungen sollen voraussichtlich Ende 2018 beginnen.

Aktualität

Keine Informationen

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

1997-1999, 2008-2011 (1997-1999, 2008-2011)

Stichprobe und Grundgesamtheit (Gößwald et al. 2012) (Kurth 2002)

BGS98: n=7.124, in Privathaushalten lebende Bevölkerung (18-79 Jahre)

DEGS1: n=8.152 (aus BGS98: n=3.959) in Privathaushalten lebende Bevölkerung (18-79 Jahre)

Themen

Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme, Gesundheitliche Versorgung

Desaggregation (Codeplan zu DEGS1, Robert Koch-Institut 2018b)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: BIK-Regionen, Politische Gemeindegrößenklassen

Methodik (Kamtsiuris et al. 2013)

BGS98: Die Zufallsstichprobe wurde in einem zweistufigen Verfahren gezogen: In der ersten Stufe wurden 120 Untersuchungsorte aus der Gesamtmenge der politischen Gemeinden in Deutschland ausgewählt. In den ausgewählten Gemeinden wurden dann Adressen durch die Einwohnermeldeämter gezogen.

In der DEGS Welle 1 wurde die Stichprobe aus BGS98 angeschrieben und eine neue, zusätzliche Stichprobe gezogen. Dabei wurde die Methodik der Stichprobenziehung aus BGS98 beibehalten, jedoch wurden die 120 gewählten Studienorte um 60 weitere ergänzt.

In beiden Wellen kamen folgende Erhebungsinstrumente zum Einsatz: Fragebögen (Paper-and-Pencil Interviewing, PAPI), Ärztliches Interview, Arzneimittelinterview, Laboruntersuchungen.

GEDA - Gesundheit in Deutschland aktuell

Die GEDA-Erhebungen sind eine Fortführung der telefonischen Gesundheitssurveys des RKI, die zwischen den Jahren 2003 und 2006 deutschlandweit durchgeführt wurden. Die in der GEDA erhobenen Gesundheitsindikatoren sind mehrheitlich mit den erhobenen Indikatoren in den „telefonischen Gesundheitssurveys 2003“ (GSTel03) vergleichbar (Robert Koch-Institut 2014).

Periodizität

2009, 2010, 2012, 2014/2015-EHIS

Aktualität

Keine Informationen

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung) (Robert Koch-Institut 2018b)

GSTel03: 2003, GEDA: 2009, 2010, 2012, 2014/2015-EHIS (2003-2012)

Stichprobe und Grundgesamtheit

19.000-22.000, deutschsprachige Bevölkerung (≥15 Jahre) in Privathaushalten, die über Festnetzanschlüsse erreichbar ist.

Themen

Subjektive Gesundheitswahrnehmung, Verbreitung von Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, Psychische Gesundheit, Krankheitsfolgen und Behinderung, Gesundheitsbezogenes Verhalten und Prävention, Risikofaktoren, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, Gesundheitsbezogene Unterstützungen und Belastungen

Desaggregation (GEDA 2009, 2010, 2012 Variablen, Robert Koch-Institut 2018b)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Nielsen-Gebiete, Siedlungs-strukturelle Kreistypen

Methodik (Robert Koch-Institut 2014)

Die Stichprobenziehung erfolgt in einem zweistufigen Verfahren: In der ersten Stufe wird ein Nummernsample aus dem Gesamtbestand der öffentlich zugänglichen Rufnummernverzeichnisse, bereinigt von nicht-privaten Nummern, aufgeteilt nach Rufnummernblöcken, gebildet. Die Rufnummernblöcke wurden für die Wellen GEDA 2009 und GEDA 2010 mit jeweils 100 Rufnummern gebildet, während für die Welle 2012 Rufnummernblöcke mit jeweils 10 Rufnummern gebildet wurden. Hierbei wird die letzte Nummer einer Telefonnummer abgetrennt und durch die Zahlenfolgen 0 bis 9 ersetzt. Aus

dieser Grundgesamtheit wurde dann uneingeschränkt zufällig die Anzahl der erforderlichen Telefonnummern gezogen, die sich aus der Sollzahl der vorgegebenen Interviews multipliziert mit dem Faktor 11 ergibt.

Die Repräsentativität auf Personenebene wird durch eine zweite Auswahlstufe erreicht. Dabei wird in Mehrpersonenhaushalten nur diejenige volljährige Person als Zielperson befragt, die über ein Zufallsverfahren ermittelt worden ist. Die Zielperson wird aus einem nach Alter sortierten, in einem bestimmten Privathaushalt lebenden volljährigen Personenpool mit Hilfe eines mathematischen Algorithmus computergestützt zufällig ausgewählt. Die Befragung erfolgte durch computerunterstützte Telefoninterviews (CATI).

Die Erhebungsmethodik der Zufallsstichprobe für die Welle 2014/2015-EHIS wird unter EHIS beschrieben (die Welle 2014/2015 fand im Rahmen des EHIS Befragung statt).

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

Devaux, M. and M. de Looper (2012) (Devaux und Looper 2012)

TECHNIKER KRANKENKASSE (TK)

TK-Klinikführer

Die TK-Befragung zur Zufriedenheit der Versicherten mit ihrem Krankenhausaufenthalt und der Klinik findet seit 2005 statt. Derzeit liegen Ergebnisse zu 1.136 Krankenhäusern und in einigen Fällen Informationen zu einzelnen Fachabteilungen vor. Die Ergebnisse stammen aus der Versichertenbefragung aus den Jahren 2015/16 (erste Online-Befragung), wobei 815.036 Versicherte online befragt wurden (19,48 % Antwortquote) (Techniker Krankenkasse 2017).

Periodizität

unregelmäßig

Aktualität

Keine Information

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

2007, 2008, 2010, 2012/2013, 2015/2016

Stichprobe und Grundgesamtheit

Versicherte der TK im Alter von über 15 Jahren (Eltern antworten für Kinder unter 15 Jahren) mit stationärem Aufenthalt (TK-Versicherte mit mindestens 1 Übernachtung im Krankenhaus)

Themen

Zufriedenheit mit dem Krankenhaus; Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis; Zufriedenheit mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung im Krankenhaus; Zufriedenheit mit Informationen und Kommunikation, Organisation und Unterbringung im Krankenhaus; (Wahrgenommene) Patientensicherheitskultur

Desaggregation

Inhaltlich: nur TK-Versicherte, Alter der Patienten, Fachabteilungen, Krankenhaustyp

Räumlich: Deutschland, nach Standort des Krankenhauses (Bundesland, Kreis)

Methodik (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) o.J. [2017])

Im Jahre 2015 wurde die Befragung erstmalig als eine Online-Befragung durchgeführt. Hierzu erhielten die Befragten ein postalisches Anschreiben, das den Webcode zur Befragung sowie individualisierte Zugangsdaten (Benutzername und Passwort) enthielt, mit denen sich die Teilnehmer für die Befragung auf der TK-Webseite einloggen konnten. Da die Befragung vollständig anonym durchgeführt wurde, war für die Techniker Krankenkasse in keiner Weise ein Rückschluss auf den Antwortgeber möglich. Zuvor wurden die Fragebögen postalisch zugesandt (so genannte „Paper-and-Pencil-Interview - PAPI“).

Die angeschriebenen Versicherten hatten innerhalb des Befragungszeitraumes einen Krankenhausaufenthalt in einem deutschen Krankenhaus. Ein Versicherter wurde angeschrieben, wenn ein vollstationärer Aufenthalt mit einer Mindestdauer von zwei Tagen und einer Übernachtung in einem der ausgewählten Krankenhäuser vorlag. Die Befragten mussten bestimmte Kriterien erfüllen, damit der Fragebogen zugesandt wurde: die Befragten mussten in der Lage sein den zugesandten Fragebogen auszu-

füllen, nicht schwerst-pflegebedürftig sein oder einen gesetzlichen Vertreter haben. Es wurde sichergestellt, dass keine zu häufigen Mehrfachbefragungen derselben Zielpersonen erfolgen. In die Befragung einbezogen wurden sowohl Krankenhausaufenthalte von Erwachsenen als auch von Kindern.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

nein

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Information verfügbar

Zugriff: Keine Information verfügbar

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

NATIONALE KRANKHEITSSPEZIFISCHE UMFRAGEN

ERNST-MORITZ-ARNDT-UNIVERSITÄT GREIFSWALD

SHIP - Leben und Gesundheit in Vorpommern (Study of Health in Pomerania)

Das Ziel der Studie ist zum einen die Erforschung von Unterschieden in der Morbidität und Mortalität in der SHIP-Kohorte im Vergleich zu anderen deutschen Bevölkerungsstudien und zum anderen Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren, subklinischen Auffälligkeiten und manifesten Erkrankungen zu untersuchen (Völzke 2012).

Periodizität

alle 5 Jahre

Aktualität

Keine Information

Aktueller Datenstand (Zeitraum der Erhebung)

1997-2016

Stichprobe und Grundgesamtheit

4.308 (Parallel dazu werden weitere 10.000 Erwachsene aus der Region für die Basisuntersuchung einer zweiten Kohorte (SHIP-TREND) eingeladen.); Bevölkerung (20-79 Jahre, aus Vorpommern)

Themen (Universität Greifswald 2018)

Untersuchung von Prävalenz und Inzidenz häufiger und populationsrelevanter Erkrankungen und ihrer Risikofaktoren. Zu den wichtigsten untersuchten Erkrankungen gehören:

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Diabetes mellitus
- Leber- und Gallenblasenerkrankungen
- Neurologische Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Zahnerkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Sucht und Risikoverhalten

Desaggregation (Universitätsmedizin Greifswald 2005)

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Deutschland - Vorpommern

Methodik (Völzke 2012)

Das SHIP-Projekt besteht aus zwei voneinander unabhängigen Kohorten. Zwischen 1997 und 2001 wurden 4.308 Erwachsene aus der Region Vorpommern in der Basiserhebung (SHIP-0) der ersten Kohorte

untersucht. Zwischen 2002 und 2006 wurde die erste Fünf-Jahres-Nachuntersuchung (SHIP-1) durchgeführt, und seit 2007 werden die Probanden ein drittes Mal untersucht (SHIP-2). Parallel dazu werden weitere 10.000 Erwachsene aus der Region für die Basisuntersuchung einer zweiten Kohorte (SHIP-TREND) eingeladen.

Studienpopulation: Die Studienregion umfasst Vorpommern einschließlich der Landkreise Ost- und Nordvorpommern und der kreisfreien Städte Greifswald und Stralsund. Die Inseln Usedom und Rügen wurden ausgeschlossen. Die Stichprobenziehung für die erste SHIP-Kohorte erfolgte in Anlehnung an die MONICA/KORA-Studie (siehe nächste Seite) nach einer zweistufigen stratifizierten Cluster-Methode. Die Nettostichprobe umfasste 6.265 Personen im Alter von 20 bis 79 Jahren; von diesen nahmen 4.308 (2.193 Frauen) an der Basisuntersuchung teil (Response 68,8%). Nach fünf Jahren verblieben 3.949 Personen, 3.300 von ihnen wurden in SHIP-1 noch einmal untersucht (Response 83,6%). Für SHIP-TREND wurde eine alters- und geschlechtsstratifizierte, randomisierte Stichprobe aus den inzwischen zentralisierten Registerdaten Mecklenburg-Vorpommerns gezogen.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland - Vorpommern

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

nein

Zugriff auf Daten (Universitätsmedizin Greifswald)

Kosten: kostenlos

Zugriff: Auf Antrag (transfer@uni-greifswald.de)

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

HELMHOLTZ ZENTRUM MÜNCHEN - DEUTSCHES FORSCHUNGSZENTRUM FÜR GESUNDHEIT UND UMWELT

KORA - Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg

Mit den KORA-Studien wird in regelmäßigen Abständen der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Augsburg und Umgebung untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei Diabetes, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen ebenso wie Umweltfragestellungen (Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt 2018a).

KORA ging aus dem Herz-Kreislauf-Projekt MONICA (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) in der Studienregion Augsburg, durchgeführt von der Weltgesundheitsorganisation im Zeitraum von 1984 bis 1995, hervor. In die KORA-Studie wurde die Studienpopulation der MONICA-Studie eingeschlossen (Löwel et al. 2005).

Periodizität (Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt 2018c)

alle 5 Jahre

Aktualität

Keine Information

Studiendauer

1984-2016; KORA-Age 2008-2014

Stichprobe und Grundgesamtheit (Holle et al. 2005)

Ca. 20.000; Bevölkerung (25-74-Jährigen im Raum Augsburg, Bayern; zusätzlich ≥65-Jährigen- KORA-Age)

Themen (Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt 2018b)

Forschungsschwerpunkte:

- Lebensstil und Umweltfaktoren als Risikofaktor für die Entwicklung chronischer Krankheiten
- Identifikation neuer Gene für die wichtigsten chronischen Krankheiten und deren Risikofaktoren
- Integration von Forschung zu Risikofaktoren und funktioneller Genomik
- Gesundheitssystemforschung: Nutzung, Kosten und Gesundheitsstatus

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-demografische Merkmale

Räumlich: Deutschland - Augsburg

Methodik

Für die MONICA-Surveys wurden drei voneinander unabhängige Zufallsstichproben rekrutiert (1984/85 S1: Alter 25–64 Jahre, 1989/90 S2: Alter 25–74 Jahre und 1994/95 S3: Alter 25–74 Jahre). Die nach Alter und Geschlecht stratifizierte 2-stufige Clusterstichprobe bestand aus einer Zufallsauswahl

in der Stadt Augsburg und einer nach Wohnortgröße erfolgten zufälligen Auswahl von 16 Kommunen aus den beiden angrenzenden Landkreisen (Löwel et al. 2005) (Holle et al. 2005).

Für die KORA-Age Studie wurde alle lebenden Teilnehmer der KORA-Studie mit Geburtsjahr 1943 oder früher postalisch angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen zu ihrem Gesundheitsstatus auszufüllen. Vier Wochen später wurde ein Telefoninterview mit vertiefenden Fragen zur seelischen Gesundheit und körperlichen Verfassung geführt. Weitere Untersuchungen folgten im Anschluss (Peters et al. 2011).

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland – Region Augsburg

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten

Kosten: Abhängig von Daten

Zugriff: Auf Anfrage, nach Registrierung und Projektbeschreibung, über KORA.PASST (<https://epi.helmholtz-muenchen.de/>)

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

IQTIG - INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN

Derzeit entwickelt das IQTIG Fragebögen zur Beurteilung der Qualität medizinischer Behandlung und Versorgung für:

- Herzkatheter/Stent: Patientinnen und Patienten mit einer Herzkatheteruntersuchung, Stent-einlage oder Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen.
 - Schizophrenie/Psychose: Patientinnen und Patienten, bei denen eine Schizophrenie bzw. Psychose festgestellt wurde.
- (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG))

Im Mai 2018 läuft die Erprobung der Fragebögen in ausgewählten Krankenhäusern und Arztpraxen.

Themen

- Versorgungsqualität
- Information durch das Personal/den Arzt
- Erfahrungen mit der Behandlung
- Behandlungserfolg

Methodik

Zum Testen der entwickelten Fragebögen werden in ausgewählten Krankenhäusern und Arztpraxen Patientinnen und Patienten angesprochen, ob sie an der Befragung teilnehmen möchten.

Desaggregation

Inhaltlich: keine Angaben

Räumlich: nach Standort des Krankenhauses bzw. des Arztes

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Information verfügbar

Zugriff: Keine Information verfügbar

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

NAKO e.V.

NAKO Gesundheitsstudie

Die NAKO Gesundheitsstudie ist eine Langzeit-Bevölkerungsstudie, mit einer Dauer von bis zu 30 Jahren, die von der Helmholtz-Gemeinschaft, der Leibniz-Gemeinschaft sowie von zahlreichen Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen organisiert und durchgeführt wird. Ziel ist es, die Ursachen chronischer Krankheiten und ihren Zusammenhang mit genetischen, Lebensstil- und Umweltfaktoren aufzuklären, Risikofaktoren zu identifizieren, Risikovorhersagemodelle zu entwickeln und Behandlungs- und Früherkennungsmöglichkeiten zu identifizieren und aufzuzeigen (NAKO e.V. 2018).

Periodizität

alle 2-3 Jahre

Aktualität

n.a.

Studiendauer (Günther et al. 2016)

2016-2042

Stichprobe und Grundgesamtheit

seit 2014 insgesamt ca. 200.000; Bevölkerung (20-69 Jahre)

Themen (Wichmann et al. 2012)

u.a. Messung von Körpergröße und -gewicht sowie von Taillen- und Hüftumfang, Messung von Blutdruck und Herzfrequenz, Gewinnung von Blut, Urin, Speichel, Stuhl; Durchführung eines Nasenabstriches, Messung der Handgriffstärke (maximale Kraft von rechter und linker Hand), Elektrokardiogramm (EKG), Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnistests.

Desaggregation

Inhaltlich: Sozio-ökonomische und sozio-demografische Merkmale, GKV/PKV

Räumlich: Keine Information

Methodik (NAKO e.V. 2015)

Die Pilotstudie wurde 2013-2014 durchgeführt; die Basisuntersuchung 2014-2018: bestehend aus einer Basisuntersuchung (Level 1), einem etwas umfangreicheren Untersuchungsprogramm (Level 2) und Magnetresonanztomografien (MRT). Alle 2-3 Jahre werden an alle Teilnehmenden zusätzlich Fragebögen verschickt; Folgeuntersuchung 2018-2022: Alle Teilnehmenden werden erneut eingeladen und jeder erhält genau dasselbe Untersuchungsprogramm, mit dem er in den Jahren 2014 bis 2018 untersucht wurde. Aktive Nachbeobachtung mit Fragebogen alle 2-3 Jahre 2016-2042; ab 2018 Nutzung der Daten für epidemiologische Studien möglich.

Um die Informationen zu Krankheitslast und Krankheitsstand zu erhalten, werden sekundäre Daten mit den Primärdaten verlinkt. Laut NAKO e.V. (NAKO e.V. 2015) wird insbesondere auf Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Abbildung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie auf Sozialdaten der gesetzlichen Rentenversicherung zur Abbildung des Rentenstatus und Maßnahmen der Rehabilitation zugegriffen. Es wird auch ein Versuch unternommen, auf PKV-Daten zuzugreifen.

Der Zugriff auf Daten geschieht jedoch nur mit dem Einverständnis der Teilnehmer. Es wird angenommen, dass nicht auf alle Daten (sowohl PKV, als auch GKV) zugegriffen werden kann.

Die Zufallsstichprobe sollte aus den regionalen Einwohnermelderegistern, stratifiziert nach Alter und Geschlecht, aus der Allgemeinbevölkerung im Alter von 20 bis 69 Jahren gezogen werden, um insgesamt 200.000 Personen, davon 100.000 Frauen und 100.000 Männer, zu untersuchen. Die Rekrutierung erfolgt in 18 Studienzentren verteilt über ganz Deutschland.

Anzahl der teilnehmenden Länder an der Umfrage

Deutschland

Verwendung der Datenquelle in anderen Bewertungen der Gesundheitssysteme

keine

Zugriff auf Daten

Kosten: Keine Information verfügbar

Zugriff: Eventuell auf Anfrage (<https://nako.de/allgemeines/der-verein-nako-e-v/beratungsgremien/use-access-komitee/>)

Datentyp (für statistisches Programm): Keine Information verfügbar

**Anhang 3: Auflistung der Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen
nach GAR sowie der Finanzierungssysteme, Leistungserbringer und Funktio-
nen nach SHA**

Stand: November 2018

Gesundheitsausgabenrechnung (GAR), Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 7.1.1, 2015:

Klassifikation der Leistungsarten
Prävention / Gesundheitsschutz
Allgemeiner Gesundheitsschutz
Gesundheitsförderung
Früherkennung von Krankheiten
Gutachten / Koordination
Ärztliche Leistungen
Grundleistungen
Sonderleistungen
Laborleistungen
Strahlendiagnostische Leistungen
Pflegerische / therapeutische Leistungen
Pflegerische Leistungen
Therapeutische Leistungen
Mutterschaftsleistungen
Unterkunft / Verpflegung
Waren
Arzneimittel
Hilfsmittel
Zahnersatz (Material- / Laborkosten)
Sonstiger medizinischer Bedarf
Transporte
Verwaltungsleistungen
Investitionen
Erweiterter Leistungsbereich
Forschung
Ausbildung
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen
Einkommensleistungen

Klassifikation der Ausgabenträger
Öffentliche Haushalte
Gesetzliche Krankenversicherung
Soziale Pflegeversicherung
Gesetzliche Rentenversicherung
Gesetzliche Unfallversicherung
Private Krankenversicherung
Arbeitgeber
Private Haushalte / private Organisationen ohne Erwerbszweck

Klassifikation der Einrichtungen
Gesundheitsschutz
Ambulante Einrichtungen
Arztpraxen
Zahnarztpraxen
Praxen sonstiger medizinischer Berufe
Apotheken
Gesundheitshandwerk /-einzelhandel
Einrichtungen der ambulanten Pflege
Stationäre / teilstationäre Einrichtungen
Krankenhäuser
Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtungen
Stationäre / teilstationäre Pflegeeinrichtungen
Rettungsdienste
Verwaltung
Sonstige Einrichtungen / private Haushalte
Ausland
Investitionen

System of health accounts (SHA) 2011, OECD, Classification of health care functions (ICHA-HC):

Table 5.1. Classification of health care functions

Code	Description
HC.1	Curative Care
HC.1.1	Inpatient curative care
HC.1.1.1	General inpatient curative care
HC.1.1.2	Specialised inpatient curative care
HC.1.2	Day curative care
HC.1.2.1	General day curative care
HC.1.2.2	Specialised day curative care
HC.1.3.	Outpatient curative care
HC.1.3.1	General outpatient curative care
HC.1.3.2	Dental outpatient curative care
HC.1.3.3	Specialised outpatient curative care
HC.1.4	Home-based curative care
HC.2.	Rehabilitative care
HC.2.1	Inpatient rehabilitative care
HC.2.2	Day rehabilitative care
HC.2.3	Outpatient rehabilitative care
HC.2.4	Home-based long-term care
HC.3	Long-term care (health)
HC.3.1	Inpatient long-term care (health)
HC.3.2	Day long-term care (health)
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)
HC.3.4	Home-based long-term care (health)
HC.4.	Ancillary services (non-specified by function)
HC.4.1	Laboratory services
HC.4.2	Imaging services
HC.4.3	Patient transportation
HC.5	Medical goods (non-specified by function)
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non-durable goods
HC.5.1.1	Prescribed medicines
HC.5.1.2	Over-the-counter medicines
HC.5.1.3	Other medical non-durable goods
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods
HC.5.2.1	Glasses and other vision products
HC.5.2.2	Hearing aids
HC.5.2.3	Other orthopaedic appliances and prosthetics /excluding glasses and hearing aids)
HC.5.2.9	All other medical durables, including medical technical devices
HC.6	Preventive care
HC.6.1	Information, education and counselling programmes
HC.6.2	Immunisation programmes
HC.6.3	Early disease detection programmes
HC.6.4	Healthy condition monitoring programmes
HC.6.5	Epidemiological surveillance and risk and disease control programmes
HC.6.6	Preparing for disaster and emergency response programmes
HC.7	Governance and health system and financing administration
HC.7.1	Governance and Health system administration
HC.7.2	Administration of health financing
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c.)

Table 6.2 Classification of health care providers

Codes	Description
HP.1	Hospitals
HP.1.1	General hospitals
HP.1.2	Mental health hospitals
HP.1.3	Specialised hospitals (other than mental health hospitals)
HP.2	Residential long-term care facilities
HP.2.1	Long-term nursing care facilities
HP.2.2	Mental health and substance abuse facilities
HP.2.9	Other residential long-term care facilities
HP.3	Providers of ambulatory health care
HP.3.1	Medical practices
HP.3.1.1	Offices of general medical practitioners
HP.3.1.2	Offices of mental medical specialists
HP.3.1.3	Offices of medical specialists (other than mental medical specialists)
HP.3.2	Dental practice
HP.3.3	Other health care practitioners
HP.3.4	Ambulatory health care centres
HP.3.4.1	Family planning centres
HP.3.4.2	Ambulatory mental health and substance abuse centres
HP.3.4.3	Free-standing ambulatory surgery centres
HP.3.4.4	Dialysis care centres
HP.3.4.9	All other ambulatory centres
HP.3.5	Providers of home health care services
HP.4	Providers of ancillary services
HP.4.1	Providers of patient transportation and emergency rescue
HP.4.2	Medical and diagnostic laboratories
HP.4.9	Other providers of ancillary services
HP.5	Retailers and other providers of medical goods
HP.5.1	Pharmacies
HP.5.2	Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances
HP.5.9	All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods
HP.6	Providers of preventive care
HP.7	Providers of health care system administration and financing
HP.7.1	Government health administration agencies
HP.7.2	Social health insurance agencies
HP.7.3	Private health insurance administration agencies
HP.7.9	Other administration agencies
HP.8	Rest of economy
HP.8.1	Households as providers of home health care
HP.8.2	All other industries as secondary providers of health care
HP.8.9	Other industries <i>n.e.c.</i>
HP.9	Rest of the world

Table 7.3. Classification of health care financing schemes

Codes	Description
HF.1	Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes
HF.1.1	Government schemes
HF.1.1.1	Central government schemes
HF.1.1.2	States/regional/local government schemes
HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes
HF.1.2.1	Social health insurance schemes
HF.1.2.2	Compulsory private insurance schemes
HF.1.3	Compulsory Medical Savings Accounts (CMSA)
HF.2	Voluntary health care payment schemes
HF.2.1	Voluntary health insurance schemes
HF.2.1.1	Primary/substitutory health insurance schemes
HF.2.1.1.1	Employer-based insurance (other than enterprises schemes)
HF.2.1.1.2	Government-based voluntary insurance
HF.2.1.1.3	Other primary coverage schemes
HF.2.1.2	Complementary/supplementary insurance schemes
HF.2.1.2.1	Community-based insurance
HF.2.1.2.2	Other complementary/supplementary insurance
HF.2.2	NPISH financing schemes
HF.2.2.1	NPISH financing schemes (excluding HF.2.2.2)
HF.2.2.2	Resident foreign government development agencies schemes
HF.2.3	Enterprise financing schemes
HF.2.3.1	Enterprises (except health care providers) financing schemes
HF.2.3.2	Health care providers financing schemes
HF.3	Household out-of-pocket payment
HF.3.1	Out-of-pocket excluding cost-sharing
HF.3.2	Cost sharing with third-party payers
HF.3.2.1	Cost sharing with government schemes and compulsory contributory health insurance schemes
HF.3.2.2	Cost sharing with voluntary insurance schemes
HF.4	Rest of the world financing schemes (non-resident)
HF.4.1	Compulsory schemes (non-resident)
HF.4.1.1	Compulsory health insurance schemes (non-resident)
HF.4.1.2	Other compulsory schemes (non-resident)
HF.4.2	Voluntary schemes (non-resident)
HF.4.2.1	Voluntary health insurance schemes (non-resident)
HF.4.2.2	Other schemes (non-resident)
HF.4.2.2.1	Philanthropy/international NGOs schemes
HF.4.2.2.2	Foreign development agencies schemes
HF.4.2.2.3	Schemes of enclaves (e.g. international organisations or embassies)