

Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsstatistik in der Europäischen Union

Stand und Perspektiven im Hinblick auf die „offene Methode der Koordinierung“¹

von Markus Schneider*

ABSTRACT

Unterschiede in den organisatorischen Strukturen und der Finanzierung der Gesundheitssysteme sind ein wesentliches Charakteristikum Europas. Ziel der Gesundheitssystemforschung ist es, diese Unterschiede qualitativ und quantitativ zu beschreiben und Erkenntnisse für die Verbesserung der Ressourcenallokation abzuleiten. Durch europäische Forschungsprojekte und den Aufbau von Netzwerken fördert die Europäische Union die Entwicklung einer Wissensbasis über die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten. Die bisher verfügbaren Informationen zur Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten reichen allerdings nicht für ein offenes Verfahren der Koordinierung aus.

Schlüsselworte: Europäische Union, Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsstatistiken, Wissensbasis, offene Methode der Koordinierung

The diversity of organizational arrangements and financing mechanisms is one of the main characteristics of health care systems of Europe. Health systems research is aiming to develop tools for describing these differences in order to derive conclusions for an improvement of resource allocation. By means of research projects and the establishment of networks the European Union supports the development of the knowledge base about Member States' health systems. However, the information on health care presently available in the Member States is not sufficient for the „open method of co-ordination“.

Keywords: European Union, health system research, health statistics, knowledge base, open method of co-ordination

■ 1. Einleitung

Die Entwicklung vergleichbarer statistischer Grundlagen ist eine zentrale Voraussetzung für die offene Methode der Koordinierung im Bereich Gesundheit. Heute sind europäische Statistiken oftmals dadurch gekennzeichnet, dass eine Tabelle zu Eckgrößen über die Gesundheitssysteme der 15 Mitgliedsländer eine ebenso lange Zahl von Fußnoten mit Erläuterungen zu Besonderheiten enthält. Ein gutes Beispiel bietet hierfür der vom Statistischen Amt der europäischen Gemeinschaft (Eurostat) vorgelegte Band „Eckzahlen in Gesundheit 2000“ (siehe Kasten 1).

Eurostat konsolidiert und harmonisiert die in den Mitgliedstaaten erhobenen Daten. Dabei greift es auch auf Daten zurück, die von der OECD und der WHO gesammelt werden. Mit dem Band „Eckzahlen in Gesundheit 2000“ wurde in Fleißarbeit vorhandenes statistisches Material zusammengetragen. Die unterschiedlichen Erhebungsmethoden und statistischen Abgrenzungen führen allerdings zwangsläufig zu Ungenauigkeiten. Beispielsweise wird für Italien die höchste Arztdichte berichtet. Allerdings werden dort die verschiedenen Arztregister nicht miteinander abgeglichen und die nicht mehr berufstätigen Ärzte noch als berufstätig geführt.

*Dr. Markus Schneider
BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH

Reisingerstr. 25, 86159 Augsburg · Tel.: (0821) 25 79 40
Fax: (0821) 57 93 41 · E-Mail: basys@basys.de

KASTEN 1

**Eurostat: Eckdaten in Gesundheit 2000
(Gliederung der Tabellen)**

1. Bevölkerung (Bevölkerungsstruktur, Geburten, Todesfälle, Lebenserwartung)
2. Lebensweise (Ernährung, körperliche Betätigung, Rauchen, Alkohol, Sexualverhalten)
3. Risiken in Zusammenhang mit Umwelt, Arbeitsbedingungen, Freizeit und Verkehr
4. Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung, Zahngesundheit, Behinderungen und Einschränkungen, krankheitsspezifische Morbidität)
5. Todesursachen (Säuglingssterblichkeit, todesursachen-spezifische Mortalität, besondere Todesursachen)
6. Gesundheitswesen (Humankapital, Einrichtungen und Inanspruchnahme, Behandlung und medizinische Verfahren, Kosten und Finanzierung)
7. Anhänge (Organisation der Gesundheitssysteme, Systeme zur häuslichen Pflege, Beschreibung der Privatausgaben)

Welches Maß an Ungenauigkeit bei statistischen Informationen in Kauf genommen werden kann, hängt sicherlich von der Fragestellung ab. Beim Verfahren der offenen Koordinierung ist der Anspruch sehr hoch, da es darum geht, Strukturunterschiede und Veränderungen zu bewerten. Die drei bisher anvisierten Ziele Gleichheit des Zugangs, Qualität der Versorgung und Finanzierungsstabilität werfen zudem Fragen über die Auswahl der geeigneten Indikatoren auf. Bisher besteht weder Einigkeit hinsichtlich des relevanten Indikatorensatzes für die offene Methode der Ko-

ordinierung, noch wurden von den Mitgliedsländern die Grundlagen für die Datenbereitstellung geschaffen.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die europäische Statistikentwicklung gegeben, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Sodann wird auf die Entwicklungsperspektiven eingegangen.

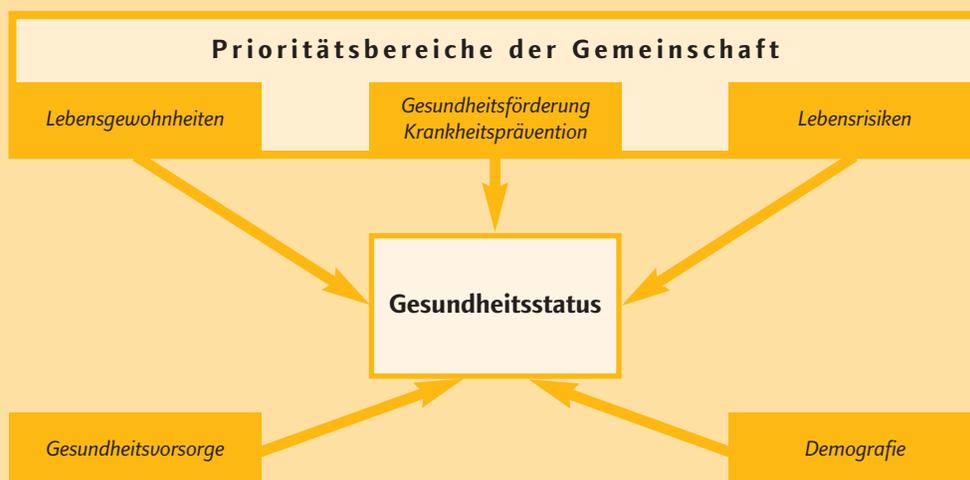
2. Entwicklung von Gesundheitsindikatoren

Mit dem Beginn des gemeinsamen Europäischen Marktes im Jahre 1992 wurden Fragen zur gesundheitlichen Situation, zu Anforderungen an die öffentliche Gesundheitssicherung und Unterschieden zwischen den Mitgliedsländern von den Organen der Gemeinschaft mehrfach aufgegriffen. Eine Arbeitsgruppe der Mitgliedsländer unter Leitung des dänischen Gesundheitsministeriums versuchte Antworten auf folgende Fragen zu geben (*Ministry of Health 1994*):

- Warum braucht man Gesundheitsindikatoren?
- Wie sollen existierende europäische Indikatoren gruppiert und evaluiert werden?
- Welche Gesundheitsindikatoren benötigt die Gemeinschaft?
- Wie kann die Qualität der Gesundheitsindikatoren bewertet und gesichert werden?
- Welche Prioritäten bestehen hinsichtlich der Statistiken zum Ressourcenverbrauch?
- Welche Methoden der Datensammlung sollen angewendet werden?
- Was sind die kurz- und mittelfristigen Prioritäten?

ABBILDUNG 1

Prioritäre Politikbereiche



Quelle: Ministry of Health (DK), 1994

Die Arbeitsgruppe ging dabei vom Modell der *Abbildung 1* aus, welches in der oberen Hälfte die prioritären Politikbereiche der Gemeinschaft beschreibt.

Der Bericht, der 1994 vorgelegt wurde, kommt im Wesentlichen zu folgenden Ergebnissen:

- Ein Satz gemeinschaftlicher Schlüssel- und Hintergrundindikatoren ist als Instrument für die Gesundheitspolitik auf Gemeinschafts- wie auch auf nationaler Ebene notwendig.
- Die verfügbaren Gesundheitsdaten sind bezüglich Validität und Vergleichbarkeit sehr verschieden.
- In einigen Bereichen können aus den Daten spezifische Indikatoren gebildet werden, die dem Kriterium der Vergleichbarkeit genügen, in anderen nicht.
- Mit den erforderlichen Ressourcen können in einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren erhebliche Fortschritte im Hinblick auf einen Basisdatensatz zur Messung des Gesundheitszustands wie auch der Wirkungen der EU-Politiken gemacht werden.

Heute, acht Jahre nachdem dieser Bericht vorgelegt wurde, ist festzustellen, dass der Aufbau eines qualitativ hochwertigen Indikatorensatzes immer noch in den Anfängen steckt. Dieses wird deutlich, wenn man die von Eurostat vorgelegten Daten unter den allgemeinen Kriterien bewertet, wie sie zunächst von der dänischen Arbeitsgruppe festgelegt und später von der niederländischen Arbeitsgruppe bestätigt wurden (*Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM 2001*). Zu diesen Kriterien zählen: Reliabilität, Genauigkeit, Validität, Sensitivität, Vollständigkeit, Vergleichbarkeit, Konsistenz, Aktualität, Homogenität. Beispielsweise erfordert der Indikator „Behinderungsfreie Lebenszeit“ detaillierte Daten über die Verteilung der Invaldität nach Alter. Die von Eurostat veröffentlichten Altersprofile für das Jahr 1992 haben einen völlig unterschiedlichen Verlauf und widersprechen teilweise der Erkenntnis, dass Behinderungen mit dem Alter zunehmen (*vgl. Eurostat 2000, Tabelle 4.3.6, 136*). Auch im Bereich Ausgaben und Ressourcen bestehen noch Unstimmigkeiten, teilweise durch die Übernahme von OECD-Daten, teilweise als Folge fehlender Bereinigung nationaler Statistiken. So wird beispielsweise für Italien die höchste Arztdichte in den Mitgliedsländern der EU angegeben (*vgl. Eurostat 2000, Tabellen 6.1.6 und 6.19, 228, 232*). Tatsächlich jedoch liegt die Arztdichte unter derjenigen Deutschlands.

Die niederländische Arbeitsgruppe benennt als wichtige zusätzliche Kriterien für den Aufbau des Indikatorensatzes die Prinzipien „Flexibilität“ und „Kontinuierliche Verbesserung“. Mit Flexibilität ist gemeint, dass der Indikatorensatz flexibel für unterschiedliche Politikbereiche eingesetzt werden kann. In diesem Sinn ist der Indikatorensatz auch niemals endgültig, sondern bedarf der ständigen Weiterentwicklung.

KASTEN 2

Ausgewählte Methodenprojekte der Gesundheitsberichterstattung der Europäischen Gemeinschaft (in Klammern jeweilige nationalstaatliche Federführung)

1. Eine vergleichende Analyse des Alkoholverbrauchs und seiner Wirkungen auf die öffentliche Gesundheit in den Mitgliedsländern der EU (S).
2. Gesundheitssurveys: Inhalt und Daten (NL, SF).
3. Euro-REVES 2 – Vorschlag für einen kohärenten Satz von Gesundheitsindikatoren, der die meisten Gesundheitsdimensionen berücksichtigt (F).
4. Vergleichbarkeit und Qualitätsverbesserung der europäischen Todesursachenstatistiken (F).
5. Gesundheitsberichterstattung durch Sentinel Praxis Netzwerke (UK).
6. Berichterstattung zu sozio-ökonomischen Unterschieden mittels Gesundheitsindikatoren in der EU (NL, D).
7. EUCOMP – Beitrag zu vergleichbaren Gesundheitsversorgungsdaten in der EU (IRL).
8. ECHI – Integrierter Ansatz für die Etablierung von Gesundheitsindikatoren für die Gemeinschaft (NL).
9. Etablierung von Indikatoren für die Überwachung von mentaler Gesundheit in Europa (SF).
10. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der EU im Jahr 2000 (P).
11. Dafne III – Europäische Ernährungsdatenbank auf der Grundlage von Haushaltsbefragungen (GR).
12. Gesundheitsindikatoren in Europäischen Regionen (F).
13. Methoden zur Erstellung von EU-weiten vergleichbaren Krankheitsdaten (UK).
14. Gesundheitsquerschnitt der Beitrittsländer für die EU (WHO-Europa).
15. Rasche Konversion der Invaliditätsdaten zu Gemeinschaftsindikatoren: Eine Pilot-Studie (NL).
16. Europäische Berichterstattung zu Gesundheitsrisiken (SF).
17. Europäische Situation der Sammlung von medizinischen Prozessdaten und ihre Nutzung für die Gesundheitsberichterstattung (B).
18. EUPASS – Europäisches Berichtssystem zu körperlichen Aktivitäten (D).
19. Europäische Zusammenarbeit zur Bewertung von Gesundheitsinterventionen (S).
20. Europäische Surveys zum Ernährungsverhalten (NL).
21. Bewertung der nationalen und regionalen Gesundheitsberichte (F).
22. Indikatoren für die Überwachung und Bewertung der perinatalen Gesundheit in Europa (F).
23. Bewertung des Health Indicators Exchange and Monitoring System (HIEMS) (UK).
24. Beschäftigte in Europäischen Gesundheitssystemen (D).

Man darf gespannt sein, ob dieser umfassende Anspruch für einen europäischen Indikatorensetz und die geforderte Offenheit sich nicht letzten Endes als Bumerang erweisen werden. In der Bundesrepublik Deutschland wird schließlich seit Jahren versucht, einen Länderindikatorensetz zum Stehen zu bringen, ohne dass dies gelungen ist; dabei ist der Anspruch deutlich bescheidener als derjenige für den Europäischen Indikatorensetz.

■ 3. Statistikentwicklung durch Methodenprojekte

Da Probleme der Datenqualität sogar bei Daten, die allgemein als besonders vertrauenswürdig eingestuft werden, wie etwa die Todesursachenstatistik – man stelle sich nur die unterschiedlichen Gepflogenheiten bei der Ausstellung von Sterbeurkunden vor – offensichtlich sind, wurden Methodenprojekte zur Sicherung der Vergleichbarkeit durch die EU forciert. Die Forschungsprojekte des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft und

KASTEN 3

Struktur des Gesundheitsindikatorensatzes der Gemeinschaft (ECHI)

1 Demografie und sozio-ökonomische Faktoren

- 1.1 Bevölkerung
- 1.2 Sozio-ökonomische Faktoren

2 Gesundheitsstatus

- 2.1 Mortalität
- 2.2 Morbidität, krankheitsspezifisch
- 2.3 Generischer Gesundheitszustand
- 2.4 Zusammengesetzte Gesundheitsmaße

3 Gesundheitsdeterminanten

- 3.1 Persönliche und biologische Faktoren
- 3.2 Gesundheitsverhalten
- 3.3 Lebens- und Arbeitsbedingungen

4 Gesundheitssysteme

- 4.1 Prävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung
- 4.2 Ressourcen des Gesundheitssystems
- 4.3 Leistungsanspruchnahme
- 4.4 Gesundheitsausgaben und -finanzierung
- 4.5 Qualität der Versorgung

die statistischen Arbeiten von Eurostat griffen deshalb in verschiedensten Bereichen Fragen der Datenvergleichbarkeit und Möglichkeiten der Ex-post Harmonisierung von Statistiken auf. Dabei stand oftmals die Bestandsaufnahme der Methoden und des Inhalts der Datenerhebung im Vordergrund. Zur Koordination richtete Eurostat drei Arbeitsgruppen ein, die sich auf statistische Fragen

in den drei Bereichen Sterblichkeit, Krankheit und Gesundheitsversorgung konzentrieren. Zudem wurde ein Telematikprojekt für eine Europäische Plattform zum Austausch von Gesundheitsinformationen (EUPHIN) gestartet.

Das Gesundheitsberichterstattungsprogramm der EU baut auf drei Säulen auf:

- Etablierung von Gesundheitsindikatoren der Gemeinschaft,
- Entwicklung eines europäischen Netzwerkes für den Austausch von Gesundheitsdaten,
- Analyse und Berichterstattung.

Kasten 2 gibt einen Überblick über die Art der geförderten Methodenprojekte. Unter den Methodenprojekten bildet das Gesundheitsindikatorensatzprogramm (ECHI) eine projektübergreifende Klammer, das folgende Ziele verfolgt:

- Messung des Gesundheitszustands, seiner Determinanten und Entwicklungen in der Gemeinschaft,
- Erleichterung der Planung, Überwachung und Bewertung von Gesundheitsprogrammen und Aktivitäten der Gemeinschaft,
- Bereitstellung von Informationen für die Mitgliedstaaten um Vergleiche zu ermöglichen und ihre nationalen Gesundheitspolitiken zu entwickeln.

Die Struktur des vorgeschlagenen Indikatorensetzes kann dem *Kasten 3* entnommen werden. Der Entwurf dieses Indikatorensetzes wurde unter der Leitung des niederländischen Instituts RIVM entwickelt. Prüft man die vorgeschlagenen Indikatoren hinsichtlich Realisierung und Übereinstimmung mit den oben genannten Zielen der offenen Methode der Koordinierung, nämlich Zugang zur Versorgung, Qualität der Versorgung und Finanzierungsstabilität, stellt man fest, dass hinsichtlich aller drei Zieldimensionen keine vergleichbaren aktuellen Informationen für alle Mitgliedsländer vorliegen. Im Vordergrund der Projekte und auch der Datenarbeiten standen eindeutig Fragen der Messung des Gesundheitszustands und der Gesundheitsrisiken und nicht der Gesundheitsversorgung. In diesem Zusammenhang ist auch festzustellen, dass die Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung“ von Eurostat zum vorgeschlagenen Europäischen Gesundheitsindikatorensatz (ECHI) noch nicht Stellung genommen hat.

■ 4. Beschreibung des Versorgungssystems: EUCOMP

Für die Vergleichbarkeit ist eine Voraussetzung, dass die in den jeweiligen Landessprachen definierten Begriffe einheitlich interpretiert werden. Eine Übersetzung der Begriffe ins Englische oder ins Deutsche garantiert noch nicht, dass damit auch die Inhalte gleich sind. Beispielsweise verbindet man mit dem Begriff Krankenhaus

TABELLE 1

Stand der Einführung des Systems der Gesundheitsausgabenrechnungen

Länder	Einführung beabsichtigt	Bereits begonnen	Tabellen-Entwürfe	Schlüsseltabellen berechnet
A	X			
B	X			
D	X	X	X	X
E	X	X	X	X
F	(X)			
DK	X	X	X	X
GR	(X)			
IRL	X	X		X
I	X	X		
L	X	X	X	X
NL	X	X	X	X
P	X	(X)		
S	X	X		
SF	X	X	X	X
UK	X	X		

X: ja (X): zu bestätigen keine Angabe: nein oder unbekannt

Quelle: OECD 2001, Health Data National Correspondents Meeting, 28-29 March 2001, Part 4 Minimum Data Set, Paris, S. 8 und eigene Recherchen.

in Großbritannien oder den Niederlanden andere Aufgabenstellungen als in Deutschland. D.h. zur Verarbeitung der Daten der Gesundheitsversorgung sind Kontextinformationen erforderlich. Eurostat hat deshalb begonnen, in einem Methodenprojekt (EUCOMP) Metadaten zu Leistungserbringern und Leistungen des Gesundheitswesens in den Mitgliedsländern zu sammeln.

Ausgangspunkt waren Fragen wie:

- Welche Leistungserbringer gibt es?
- Welche Leistungen erbringen sie?
- Sind die Leistungen dem Gesundheitswesen zuzurechnen oder dem Sozialbereich?
- Welcher Klassifikationsgruppe sind die Leistungserbringer zuzurechnen?

In allen Gesundheitssystemen Europas gibt es eigene gesetzliche Traditionen für die Organisation des Gesundheitssystems und begriffliche Traditionen der Beschreibung. In einem statistischen System sind allerdings Entscheidungen darüber zu treffen, welche Größen variabel und welche fix sind.

Um eine Gesundheitssystembeschreibung zu ermöglichen, welche nicht von der nationalen Organisation des Systems ab-

hängt, wurde in EUCOMP eine Beschreibung vorgenommen, die medizinische Leistungen unabhängig von der Organisation klassifiziert. Dahinter verbirgt sich die Annahme, dass Hüftgelenksoperationen in Irland, Frankreich und Österreich eher miteinander vergleichbar sind als die Einrichtungen, in denen diese erbracht werden. Auch in Zukunft soll schließlich entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip gelten, dass die Organisation des Gesundheitswesens eine nationale Angelegenheit ist. Grundlage für den Systemvergleich bildet somit die Strukturierung der Leistungserbringung in Akteure und Aktivitäten. Dies entspricht prinzipiell einer Unterscheidung, wie sie auch in der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes zwischen Einrichtungen und Leistungen oder in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zwischen Sektoren und Gütern anzutreffen ist.

■ 5. System der Gesundheitsausgabenrechnungen

Auf freiwilliger Basis wird gegenwärtig in den Mitgliedsländern das System der Gesundheitsausgabenrechnungen auf der Grundlage des OECD Handbuchs System of Health Accounts (SHA),

Version (1.0) eingeführt (vgl. Tabelle 1). Die Gesundheitsausgabenrechnung der Europäischen Union ist als drei-dimensionales System organisiert, das die von der OECD vorgeschlagenen Internationalen Klassifikationen für die Gesundheitsausgabenrechnung (ICHA) verwendet. Danach werden die Ausgaben klassifiziert

- funktional bzw. nach Leistungsarten (ICHA-HC),
- leistungserbringerbezogen (ICHA-HP),
- finanzierungsbezogen (ICHA-HF).

Dieses System der Gesundheitsausgabenrechnungen wird zur besseren Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben zwischen den Mitgliedsländern beitragen. Unsicherheiten bleiben dennoch. Dieses soll anhand der Jahresrechnungen der Krankenkassen in Deutschland veranschaulicht werden. In der KJ1 werden die Ausgaben nur eindimensional klassifiziert. Beispielsweise ist nicht ersichtlich, welche Leistungen Krankenhäuser erbringen. Hierzu bedarf es zusätzlicher Informationen aus der Krankenhausstatistik zur Kostenstruktur, der L4-Statistik (Fälle nach Diagnosen) und der L5-Statistik (Operationen) oder der 301-Statistik zur Leistungsstruktur. Auch in Zukunft werden sowohl Krankenhausstatistiken als auch Statistiken der Finanzierungsträger unterschiedlich organisiert bleiben. Dennoch ist denkbar, dass Minimal-Datensätze für ein einheitliches Berichtssystem entwickelt werden. Eine abgestimmte Methode und Durchführung der Ausgabenrechnung ist sowohl für die Beurteilung des Leistungsumfangs der einzelnen Systeme als auch für die Beurteilung der Finanzierungsstabilität des Gesundheitswesens von Bedeutung. Ähnlich wie bei der Einführung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen bedarf es auch bei der Gesundheitsausgabenrechnung einiger Jahre Praxis, um zuverlässige Ergebnisse zu erzielen. Die gegenwärtig vorgelegten Ausgabenrechnungen einzelner Länder haben noch Pilotcharakter. Sie bedürfen der internationalen Prüfung und Abstimmung.

■ 6. Perspektiven

Im neuen Aktionsprogramm der Gemeinschaft für den Bereich der öffentlichen Gesundheit werden zwar Maßnahmen der Statistikverbesserung zur Gesundheitsversorgung weiter an Bedeutung gewinnen, jedoch nach wie vor hinter den Bereichen Gesundheitszustand, Gesundheitsrisiken und Prävention zurücktreten. Das neue Programm unterscheidet formal die folgenden drei Aktionsbereiche:

1. Verbesserung der Gesundheitsinformation,
2. Rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren,
3. Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren durch Prävention und Gesundheitsförderung.

Insbesondere der Aktionsbereich 1 „Verbesserung der Gesundheitsinformation“ soll zum Auf- und Ausbau von Systemen zur Datenerfassung, -auswertung und -verbreitung und zur Förderung der Politikentwicklung auf einschlägigen Gebieten beitragen. Die Informationen sollen einerseits den Gesundheitszustand (z.B. Verletzungs-, Morbiditäts- und Mortalitätsraten sowie Höhe des Tabakkonsums) und andererseits Gesundheitssysteme (z.B. Kosten, Strukturen und Wirksamkeit von Interventionen) umfassen. Dabei soll der Schwerpunkt darauf gelegt werden, wirksame Möglichkeiten zu finden, der Öffentlichkeit, den Angehörigen der Gesundheitsberufe und den Behörden gesicherte Informationen über Gesundheitsfragen an die Hand zu geben.

Als Priorität für das Jahr 2002 werden für die Festlegung gemeinschaftlicher Gesundheitsindikatoren im Bereich der Gesundheitssysteme die folgenden Segmente vorgeschlagen:

- a) Arzneimittel: Ausgaben, Verbrauch, Einsatz,
- b) Prävention und Screening: Datenquellen und Indikatoren für Verfügbarkeit und Umfang von Programmen, z.B. zur Mutterschafts- und Neugeborenenvorsorge oder zum Impfschutz,
- c) medizinisch-technische Ausstattung.

Eine Verbesserung der europäischen Statistiken für die Gesundheitsversorgung ist somit nicht von heute auf morgen zu erwarten, sondern ein sehr langfristiger Prozess. Der Aufbau und die Umstellung von Gesundheitsstatistiken ist darüber hinaus ein sehr kostspieliger Prozess. Es empfiehlt sich deshalb, genaue Nutzen-Kostenüberlegungen anzustellen, wie das bestehende statistische System vereinfacht werden kann, bevor weitere Statistiken eingeführt werden. Bereits die Sicherung der gegenwärtigen statistischen Informationen ist nicht selbstverständlich. In manchen Ländern bedrohen nationale Sparmaßnahmen die Fortführung einzelner Gesundheitsstatistiken. Nicht repräsentativ abgesicherte Vergleiche, etwa durch Medien oder unseriöse Schätzungen, wie im WHO-Gesundheitsbericht 2000, tragen ferner zur Verunsicherung gesundheitspolitischer Entscheidungsträger bei. So lagen nach Almeida/Braveman/Gold et al. (2001) im WHO-Bericht bezüglich der Gesundheitsungleichheit in 133 (dies entspricht 70 Prozent) von 191 Ländern keine Daten vor, bezüglich der Personensorientierung fehlten in 161 Ländern (84 Prozent) Daten und bezüglich der Finanzierungsgerechtigkeit sogar in 170 Ländern (dies sind 89 Prozent). Nach Pederson (2002) sind 60 Prozent aller Datenpunkte im WHO-Bericht geschätzt.

Auch wenn für die EU-Mitgliedsländer die Datenlage zwar besser ist, wird man niemals zu einer hundertprozentigen Datenabsicherung für alle Länder kommen. Auch angesichts des Verfahrens der offenen Methode der Koordinierung hinsichtlich der europäischen Gesundheitswesen ist die Frage weiterhin offen, anhand

welcher Methoden die Beurteilung des Zugangs, der Qualität und der Finanzierungsstabilität der Systeme dennoch möglich ist. Schließlich gilt es die Organisationsunterschiede zwischen den Systemen für Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Systeme zu nutzen. Nur wenn dieses Interesse sowohl bei den Mitgliedsländern als auch bei den Eigentümern der Daten gegeben ist, wird es zur Weiterentwicklung qualitativ hochwertiger Statistiken kommen.

Die Anforderungen an die Statistiken durch die Offene Methode der Koordinierung sind in ihrem Kontext zu sehen: Dieser wird weniger durch den Artikel 152 des Amsterdamer Vertrags als durch die wirtschaftspolitischen Richtlinien zur Stärkung der Wachstumspotentiale in der Gemeinschaft bestimmt. In diesem Kontext wird das Gesundheitswesen, insbesondere dessen öffentlich finanzierte Versorgungsleistungen, als gesamtwirtschaftliches Wachstumsrisiko begriffen. Durch die immer älter werdende europäische Bevölkerung bestehen besondere Herausforderungen zur Anpassung der sozialen Sicherungs- und Gesundheitssysteme in den Mitgliedsländern. Die Projektionen der Kommission gehen davon aus, dass die demografischen Veränderungen sich signifikant in den Ausgaben für Gesundheitsleistungen und Langzeitpflege niederschlagen und sich dadurch auch auf den Finanzbedarf und die finanzielle Stabilität auswirken. Die Kommission versucht die Unsicherheiten in den Prognosen durch Sensitivitätsrechnungen zu mindern. Die von der Kommission verwendeten Indikatoren sind hier somit prospektiv angelegt und beziehen sich auf Simulationsrechnungen. Ein solcher prospektiver Indikator ist beispielsweise die Differenz zwischen dem prognostizierten Haushaltsüberschuss und dem tatsächlichen Haushaltsüberschuss (vgl. *Economic Policy Committee 2001, 69ff*).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Datenlage in den Mitgliedsländern gegenwärtig noch erhebliche Lücken hinsichtlich vergleichbarer Indikatoren im Gesundheitswesen aufweist, die auch unter Verwendung moderner statistischer Verfahren Unsicherheiten hinterlassen. Für die drei genannten Ziele Zugang und Qualität der medizinischen Versorgung sowie Finanzierungsstabilität sind daher erhebliche statistische Anstrengungen erforderlich, soll in Zukunft eine verlässliche Datengrundlage für die Offene Methode der Koordinierung geschaffen werden.

Fußnote

- 1 Aktualisierte Fassung eines Vortrags auf dem Workshop der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Thema „Das Verfahren der offenen Koordinierung in der Gesundheitspolitik – Positionierung der GKV“, 8-9 Oktober 2001, Erkner/Berlin.

Literatur

Almeida C/Braveman P/Gold M R et al. (2001): Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000; in: *The Lancet* 237, 1692-1707.

Economic Policy Committee (2001): Budgetary policies posed by aging populations; EPC/ECFIN/655/01-en final, Brussels, 24 October 2001.

Europäische Kommission (2001): Integriertes Arbeitsprogramm 2002 für die Aktionsprogramme im Bereich der öffentlichen Gesundheit; SANCO-2001-02903-01-00-DE-TRA-00 (EN).

Eurostat (2000): Eckzahlen in Gesundheit 2000; Luxemburg.

Ministry of Health (1994): Recommendations to the High Level Committee on Health from The Working Party on Community Health Data and Indicators; Kopenhagen.

OECD (2000): A System of Health Accounts, Version 1.0; Paris.

Pederson K M (2002): The World Health Report 2000: Dialogue of the Deaf?; in: *Health Economics* 11 (2), 93-102.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2001): Design for a set of European community health indicators, Bilthoven.

Weltgesundheitsorganisation (2000): World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance; Genf.

DER AUTOR



Markus Schneider, Dr. rer. pol., studierte Volkswirtschaft an der Ludwigs-Maximilians-Universität in München. 1980 gründete er die BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung

in Augsburg. Forschungsschwerpunkte sind Systemforschung, Accounting, Institutionelle Ökonomie und Ökonometrie.