

**Pilotierung einer systematischen Messung der Leistungsfähigkeit  
und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems  
(Health System Performance Assessment – HSPA)**

*Manual zur dauerhaften und kontinuierlichen Durchführung eines  
HSPA in Deutschland*

(Überarbeitete Fassung, Stand: Januar 2024)

Projektleitung: Prof. R. Busse

Projektmitarbeitende:

K. Achstetter, Dr. M. Blümel, M. Haltaufderheide, P. Hengel

Technische Universität Berlin

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG)

## **Inhaltsverzeichnis**

1	Einleitung	3
2	Ziele, Rahmenbedingungen und Implementierungsszenarien für ein HSPA	4
2.1	Zielsetzungen und Rahmenbedingungen	4
2.2	Szenarien zur Implementierung eines HSPA in Deutschland	7
3	Prozessschritte zur Durchführung eines HSPA	9
3.1	Theoretisches Gerüst und Indikatorenauswahl	10
3.2	Datengrundlagen	12
3.3	Datenanalyse	19
3.4	Ergebnisaufbereitung	20
3.5	Assessment	22
3.6	Prozessevaluation	22
4	IT-gestütztes Auswertungsinstrument	23
5	Empfehlungen zur erfolgreichen Implementierung und zum Regelbetrieb	27
6	Zukünftige mögliche Überarbeitungen des bisherigen HSPA-Berichts	28
7	Anschließende Projektideen	29
	Literaturverzeichnis	31

# 1 Einleitung

Health System Performance Assessment (HSPA) bezeichnet die Bewertung der Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen anhand eines festen Indikatorentableaus und kann als Werkzeug für die evidenzbasierte Politiksteuerung von Gesundheitssystemen genutzt werden. 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 2014, S. 14).

Während das übergeordnete Ziel eines HSPA darin besteht, die Transparenz von (politischen) Maßnahmen, die das Gesundheitssystem betreffen, zu fördern, reichen die spezifischen Ziele von der Ziel- und Prioritätensetzung innerhalb eines Gesundheitssystems über Schwerpunktvorgaben für die Politikgestaltung bis hin zur Fortschrittmessung und zur Bereitstellung von Informationsgrundlagen für die öffentliche Gesundheitsdebatte unter den Akteurinnen und Akteuren im System sowie der Bevölkerung.

Seit dem World Health Report 2000 der World Health Organization (WHO) hat HSPA international zunehmend an Bedeutung gewonnen. Zahlreiche Institutionen und Initiativen beschäftigen sich sowohl mit der länderübergreifenden als auch länderspezifischen Messung und dem Vergleich der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen. Das deutsche Gesundheitssystem wird dabei zwar zum Teil von einigen länderübergreifenden Initiativen wie etwa „Health at a Glance“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development) abgedeckt; jedoch existierte bislang kein länderspezifisches HSPA für das deutsche Gesundheitssystem, das die Spezifika der Versorgungsstrukturen und den gesellschaftlichen sowie gesundheitlichen Kontext umfassend berücksichtigt.

Die Pilotierung einer systematischen Messung der Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems (Health System Performance Assessment – HSPA) wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zwischen 10/2020 und 09/2023 vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität (TU) Berlin unter der Projektleitung von Prof. Reinhard Busse durchgeführt. Aufbauend auf einer Machbarkeitsstudie des Fachgebietes Management im Gesundheitswesen und des Gesundheitsökonomischen Zentrums an der TU Berlin aus dem Jahr 2019 zum Aufbau eines systematischen Bewertungsinstrumentes zur Messung der Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems (Röttger et al. 2019) wurden innerhalb des Projektes drei Module bearbeitet. **Modul 1** beinhaltete die erstmalige Durchführung eines HSPA für das deutsche Gesundheitssystem anhand des in der Machbarkeitsstudie entwickelten konzeptionellen Frameworks und der dort identifizierten Indikatoren. Der Abschluss dieses Moduls bestand in der Erstellung eines ersten HSPA-„Pilot“-Berichtes für Deutschland. In **Modul 2** erfolgte in Rückkopplungsschleifen mit dem BMG und externen Expertinnen und Experten des Begleitkreises eine Weiterentwicklung der Methodik, des Indikatorentableaus und der Erstellung eines zweiten Pilotberichtes. Das **Modul 3** stellt das abschließende Modul des Projektes und einen weiteren Schritt in Richtung **Verstetigung der bisherigen Ergebnisse** dar. Das darin entwickelte vorliegende Manual zur kontinuierlichen, möglichst automatisierten Durchführung eines HSPA im Regelbetrieb beschreibt Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Implementierung. Weiterhin wird die Verfügbarkeit der Datenquellen dargestellt und Vorschläge werden formuliert, wie die Datenverfügbarkeit verbessert oder Datenlücken geschlossen werden könnten.

## 2 Ziele, Rahmenbedingungen und Implementierungsszenarien für ein HSPA

### 2.1 Zielsetzungen und Rahmenbedingungen

Als grundlegende Überlegung, die alle nachfolgenden Entscheidungen und Schritte beeinflusst, sollten die **Zielsetzung** (inklusive der Zielgruppe) und die generellen **Rahmenbedingungen** für ein HSPA als strategischer Grundsatz abgestimmt und festgelegt werden.

#### Zielsetzung:

Das Ziel eines HSPA kann von einer reinen internen Informationsplattform für die durchführende Institution, über eine Informationsbasis für die Fachöffentlichkeit oder transparente Berichterstattung für die Öffentlichkeit, bis hin zu einer Grundlage für politische Entscheidungen und zur Definition von nationalen Gesundheitszielen reichen. Somit zeigt sich auch, dass das Ziel des HSPA nachfolgend auch die Zielgruppe definiert. So kann die durchführende Institution, die Politik, die Fachöffentlichkeit oder die Öffentlichkeit als Zielgruppe des HSPA gesehen werden. Sowohl das Ziel als auch die Zielgruppe können auch mehrere der Genannten beinhalten.

Von der WHO (World Health Organization Regional Office for Europe 2012) werden folgende grundlegende Ziele für ein HSPA definiert:

- Gemeinsames Verständnis aller Beteiligten und eine gemeinsame Vision der Prioritäten für die Stärkung des Gesundheitssystems schaffen
- Unterstützung einer evidenzbasierten Politikgestaltung und Prioritätensetzung
- Plattform für den Dialog zwischen Sektoren/Akteuren, um zu verstehen, wie sich gemeinsame Maßnahmen auswirken
- Auswirkungen von Reformen des Gesundheitssystems und nationalen Gesundheitsstrategien zu überwachen und als Grundlage für die ggf. notwendige Anpassung von Reformen und Strategien
- Förderung des Verständnisses für Bereiche, in denen Verbesserungen hinsichtlich der Effizienz oder der Gerechtigkeit erforderlich sind
- Steuerung der Leistungsfähigkeit auf subnationaler Ebene (Bundesland, Kreise) und die subnationalen Gesundheitsbehörden für die Erzielung messbarer Ergebnisse verantwortlich zu machen
- Förderung der Transparenz im Gesundheitssystem
- Nutzung verfügbarer Datenbanken, Identifizierung von Informationslücken und Verbesserung von Datenverfügbarkeit und -zugang

Bereits in der Machbarkeitsstudie wurden Ziele für ein deutsches HSPA definiert (Röttger et al. 2019). So sollte ein HSPA in Deutschland insbesondere als Unterstützung einer evidenzbasierten Politiksteuerung dienen, Fortschritte messen und die Evaluierung von Reformmaßnahmen begleiten. Weiterhin können kontinuierlich Stärken und Schwächen identifiziert werden und insgesamt kann das HSPA zur Stärkung einer transparenten Darstellung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems beitragen.

In diesem Kontext bildet ein HSPA eine politische Entscheidungsgrundlage und kann die Fachöffentlichkeit und die Bevölkerung über die Leistungsfähigkeit informieren. Darüber hinaus kann ein HSPA auch als Grundlage zur Formulierung von Gesundheitszielen Verwendung finden. Gesundheitsziele stehen bereits seit einiger Zeit im Fokus der öffentlichen Diskussion. Nationale, an

Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsziele können auf der Makro-, Meso- und Mikroebene ansetzen und tragen zu einer effektiven, finanzierbaren und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung bei (Neugebauer et al. 2022). Gesundheitsziele benötigen evidenzbasierte Fakten und valide Daten, welchen im Rahmen eines HSPA bereits regelmäßig erhoben werden und somit vorliegen würden.

Weiterhin bestehen Bereiche, für deren Umsetzung ein HSPA Synergien entwickeln kann. Beispielsweise können im Rahmen des HSPA entwickelte Ergebnisse zur Versorgungsplanung auf Länderebene oder zur Qualitätssicherung auf Ebene der Leistungserbringer eingesetzt werden (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023).

Laut WHO sollten folgende Fragestellungen bei der Zielsetzung berücksichtigt werden, die sich nachfolgend auch auf die Rahmenbedingungen auswirken: (World Health Organization Regional Office for Europe 2012):

- *Begründung und Ziele:*
  - Warum ist es sinnvoll, ein HSPA in dem jeweiligen Land und zum dem aktuellen Zeitpunkt einzuführen?
  - Was ist der Auftrag an das HSPA und welcher Nutzen wird erwartet?
- *Politischer Kontext und strategische Ausrichtungen:*
  - Welches sind die strategischen Prioritäten für die Stärkung des Gesundheitssystems und insbesondere für die Stärkung von Governance?
  - Wie baut HSPA auf anderen Governance-Instrumenten auf oder trägt zu ihnen bei, z.B. hinsichtlich eines nationalen Gesundheitsplans oder von Gesundheitszielen sowie zur Rechenschaftspflicht gegenüber Kostenträgern?
  - Wie unterstützt HSPA die strategische Prioritätensetzung innerhalb des Gesundheitssystems?
  - Welche weiteren wichtigen politischen Initiativen müssen berücksichtigt werden und welche Chancen oder Gefahren bestehen für die Umsetzung des HSPA in diesem Zusammenhang?
- *Rollen und Zuständigkeiten:*
  - Wer sind die Hauptakteure eines HSPAs?
  - Wer sind potenzielle Partner und welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit bestehen?
  - Wie können Eigenverantwortung und Unabhängigkeit aller Akteure in Einklang gebracht werden?
  - Wer ist für die Erstellung des HSPA-Berichts verantwortlich und rechenschaftspflichtig?
  - Wer ist für die Organisation und Planung zuständig?
  - Welche relevanten Institutionen und Stakeholder sollen einbezogen werden und welche Rollen übernehmen sie? Insbesondere sollten auch deren Motivationen, Kapazitäten, Ressourcen, Glaubwürdigkeit und deren fachliche Unabhängigkeit hinterfragt werden.
  - Wer akquiriert, erhebt, und analysiert die notwendigen Daten?
- *Ressourcen, Zeitplan und Verfahren:*
  - Was sind die wichtigsten Ergebnisse des HSPAs?
  - Wann sollen diese geliefert werden und von wem?
  - Was sind die Meilensteine oder einzelnen Bestandteile des HSPAs?

- Wie hoch sind die geplanten Kosten des HSPAs?
- Was sind mögliche Finanzierungsquellen?

### Rahmenbedingungen:

Grundsätzlich bestimmt das Ziel des HSPA auch nachfolgend die notwendigen Rahmenbedingungen (z.B. Häufigkeit, Endprodukt, Umfang). Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen auch durch die für den HSPA-Prozess zur Verfügung stehenden (finanziellen, technischen und personellen) Ressourcen beeinflusst.

Die **Häufigkeit** der Durchführung eines HSPA kann von einem jährlichen Rhythmus, über einen 2-3jährigen Turnus, bis zu einem an die Legislaturperiode angepassten Rhythmus (4-5-jährig, z.B. zu den Koalitionsverhandlungen) reichen. Zudem muss von Beginn an klar definiert werden, wie das **Endprodukt** aussehen soll. Neben einem klassischen HSPA-Bericht kann auch eine für die Öffentlichkeit verständlich aufbereitete Webseite Ergebnis des HSPA-Prozesses sein. Alternativ kann aus dem HSPA-Prozess auch eine reine Datenbank entstehen, die dann für ausgewählte Personenkreise zugänglich ist (siehe Zielgruppe). Sofern das Endprodukt über eine Datenbank hinausgeht, muss entschieden werden, ob einzelne Factsheets (z.B. zu einzelnen Indikatoren oder Bereichen) entstehen sollen, oder ob die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems (d.h. mit all seinen Zielen und Bereichen) vollumfänglich in einem Bericht aufbereitet wird. Auch der vorgesehene **Umfang** eines HSPA-Berichts muss vorab festgelegt werden. Beispielsweise kann ein HSPA-Bericht das volle Indikatorenset enthalten oder es ist denkbar, dass die jeweiligen Berichte auf einem reduzierten, besonders relevanten Indikatorenset basieren (sog. Kern-HSPA). Ebenfalls wäre es denkbar, HSPA-Berichte mit einem Fokus auf bestimmte Versorgungsbereiche (z.B. Prävention), für bestimmte Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen) oder Bevölkerungsgruppen (z.B. Kinder) zu erstellen, die entweder als Teil/Kapitel des regulären Berichtes oder als eigenständige Berichte verfasst werden können (Fokus-HSPA).

Abhängig von Zielgruppe und Endprodukt des HSPA sind weiterhin unterschiedliche **technische Ressourcen** notwendig. Zur Datenakquise, -aufbereitung, -speicherung, und -bereitstellung muss die notwendige Hard- und Software zur Verfügung stehen. Für die Ergebnisaufbereitung und für eine Berichterstellung werden ebenfalls die notwendige Hard- und Software benötigt. Für gezielte grafische Darstellungen und zur adressatengerechten Visualisierung der Ergebnisse kann neben spezifischer Software auch die Beratung durch Grafikdesigner erforderlich werden. Grundsätzlich muss weiterhin bei der Festlegung der **personellen Ressourcen** berücksichtigt werden, ob die beauftragende Institution auch ebenfalls die durchführende ist, bzw. wie bei einer Trennung die Kooperation und Arbeitsgrundlage ausgestaltet werden sollte. Unabhängig davon muss festgelegt werden, wie viele Personen aus welchen Berufsgruppen (Datenanalysten, Wissenschaftler) für welche Teilbereiche (z.B. Datenakquise, Analyse, Berichterstellung, Visualisierung) vorgesehen sind und mit welchem Zeithorizont (siehe Häufigkeit) die Aufgaben erledigt werden sollen. Daraus lässt sich dann eine entsprechende Abschätzung des erforderlichen Personalaufwandes berechnen. Darüber hinaus sollten unter anderem zur wissenschaftlichen Begleitung und kontinuierlichen Überarbeitung des HSPA durch ein unabhängiges Forschungsinstitut/Universität oder zur Datenakquise und -aufbereitung auch weitere Institutionen und Stakeholder einbezogen werden, deren Rollen, Beteiligungen und Kapazitäten den erforderlichen personellen Ressourceneinsatz erweitern/ergänzen. Die technischen und finanziellen Ressourcen ergänzen somit die Rahmenbedingungen und definieren dann abschließend die notwendigen **finanziellen Ressourcen**. Hier ist zu prüfen, ob aufgrund des Kostenträgers (z.B. öffentliche Gelder) weitere Rahmenbedingungen berücksichtigt werden müssen und ob eine dauerhafte Finanzierung sichergestellt werden kann.

## 2.2 Szenarien zur Implementierung eines HSPA in Deutschland

Aufbauend auf den zuvor beschriebenen Gestaltungsmöglichkeiten und in Weiterentwicklung der in der Machbarkeitsstudie dargestellten Ausführungen werden im Folgenden verschiedene mögliche Szenarien, wie ein in Deutschland implementiertes HSPA ausgestaltet sein könnte, dargelegt. Anhand der zuvor beschriebenen Kriterien sowie weiterer möglicher Entscheidungen lassen sich somit über eine Darstellung der Spannweite (minimale, mittlere und maximale Ausprägung der jeweiligen Kriterien) drei Szenarien skizzieren (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1** Übersicht über minimale, mittlere und maximale Ausprägungen der jeweiligen Entscheidungen bei der Implementierung eines HSPA

	Minimum	Mittelweg	Maximum
Periodizität	4-5-jährig	2-3-jährig	Jährlich
Zielsetzung	Informationsbasis für ausgewählte Zielgruppe	Informationsbasis zur Identifizierung von Stärken und Schwächen	Evidenzbasierte Politiksteuerung und Transparenz
Zielgruppe	BMG	Fachöffentlichkeit	Öffentlichkeit
Endprodukt	Interne Datenbank	Bericht	Bericht, Webseite & öffentlich zugängliche Datenbank
Zeitpunkt der Veröffentlichung	Unsystematisch		In Verbindung mit relevanten (politischen) Ereignissen
Begleitende Maßnahmen	Keine	Presseberichte	Gezielte Kommunikationswege für alle relevanten Zielgruppen
Beauftragende Institution	BMG	BMG in Kooperation mit weiteren Institutionen	Eigene Institution zur Durchführung des HSPA
Gesetzesgrundlage	Ohne	Als Empfehlung	Gesetzlich verankert
Durchführende Institution	Datenlabor des BMG	Eine dem BMG nachgeordnete Institution (z.B. RKI, BIPAM)	Unabhängige (wissenschaftliche) Institution
Kooperationspartner	Keine	Kooperationsverträge mit datenhaltenden Institutionen	Einbezug aller relevanten Institutionen und Stakeholder im deutschen Gesundheitssystem (z.B. Patientenvertretung, Datenhalter)
Personelle Ressourcen	1 Person	2-4 Personen	Mehr als 4 Personen

Technische Ressourcen	Hard- und Software zur Datenaufbereitung und -analyse	Hard- und Software zur Datenaufbereitung und -analyse sowie zur Visualisierung und Berichterstellung	Hard- und Software zur Datenaufbereitung und -analyse, zur Visualisierung und Berichterstellung sowie zur Erstellung der Webseite
Durchführung des HSPA (inkl. Finanzierung)	Auf Projektebene bzw. Auftragsvergabe je Bericht		Gesetzliche Verankerung (s.o.) und dauerhafte Anbindung an durchführende Institution
Berücksichtigung der Ergebnisse in politischen Prozessen	Keine	Unstrukturiert / abhängig von einzelnen Akteuren oder Ergebnissen	Systematisch, gesetzlich verpflichtend und unter Einbezug aller relevanten Akteure

Quelle: eigene Darstellung

Auf Grundlage der in Tabelle 1 dargestellten Übersicht über minimale, mittlere und maximale Ausprägungen der jeweiligen Entscheidungen sind eine Vielzahl an Kombinationsmöglichkeiten und möglichen Szenarien denkbar. Es wird deutlich, dass die Ausgestaltung und dauerhafte Implementierung eines HSPA verschiedene Entscheidungen und Überlegungen aufwirft. Die drei stereotypisch dargestellten Ausprägungen sind keineswegs starr und auf Grundlage jeden Kriteriums können darüber hinaus auch weitere Ausprägungen gewählt werden. Weiterhin sind getroffene Entscheidungen auch im Fortbestehen eines HSPAs veränderbar und können somit auch nachfolgend verändert oder angepasst werden.

Bei Betrachtung anderer HSPA-Initiativen zeigt sich, dass auch zwischen den Ländern mit bereits fest implementierten HSPAs deutliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen eines HSPA bestehen. Auch wenn jedes Land seine eigenen Spezifika und Voraussetzungen mitbringt, können die ausgewählten nachfolgenden Beispiele als Szenarien mit sich deutlich unterscheidenden Ausprägungen der einzelnen Kriterien betrachtet werden:

**Italien** hat bereits im Jahr 2001 das erste HSPA durchgeführt. Seither wird jährlich ein HSPA-Bericht durch das Gesundheitsministerium erstellt. Dieser Bericht ist seit 2019 im Gesetz verankert und muss dem Parlament zur Förderung der Transparenz vorgelegt sowie zum Jahresende veröffentlicht werden. Insgesamt sind an dem Bericht 33 Personen beteiligt und 88 Indikatoren werden in der Analyse, die teilweise automatisiert erfolgt, ausgewertet. Neben dem Bericht wird eine Webseite gepflegt und begleitende Presseinformationen bereitgestellt. Die Zielgruppe umfasst neben der Politik auch die Fach- und breite Öffentlichkeit.

Im Gegensatz dazu wurde in **Belgien** erst 2009 das erste HSPA durchgeführt und bislang liegt keine Gesetzesgrundlage zur Verankerung vor. In einem 4-jährigen Turnus werden HSPA-Berichte durch das Belgische Health Care Knowledge Center (KCE) erarbeitet, welches für die Auswertung von 145 Indikatoren ein Team von 14 Personen bereitstellt. Die HSPA-Berichte werden von einer Webseite begleitet und rechtzeitig zu den Wahlen für die Öffentlichkeit publiziert.

Eines der wenigen Länder, bei denen der HSPA-Bericht nicht die Bevölkerung als Zielgruppe anspricht, ist **Finnland**. Obwohl der Bericht auf einer gesetzlichen Grundlage entsteht und durch eine Veröffentlichung über eine Webseite zur Verfügung steht, ist die vorrangige Zielgruppe des Berichts

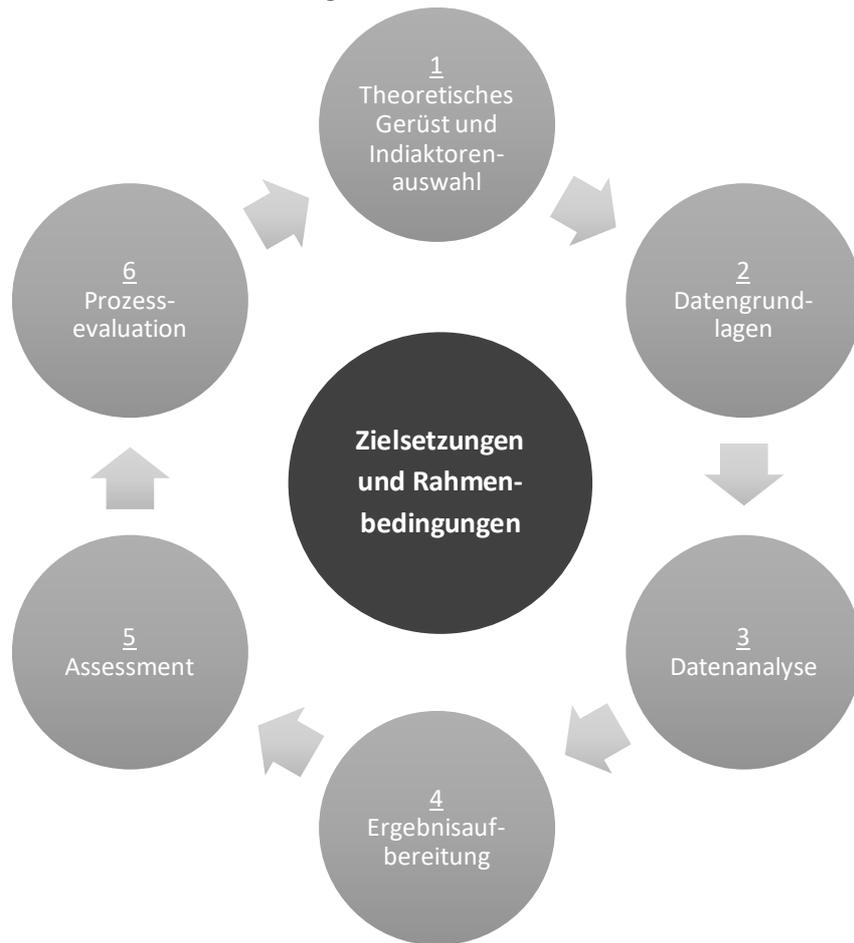
das Gesundheitsministerium und wird für die Verhandlungen zwischen den Ministerien und den Wohlfahrtsverbänden verwendet.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich jedes Land durch eine eigene Ausgestaltung des HSPAs auszeichnet. Die Darstellung eines „best practice“ Beispiels kann daher in diesem Rahmen nicht erfolgen, da hierfür die erforderlichen und gewünschten Kriterien im Kontext des jeweiligen Landes konsentiert werden müssten.

### **3 Prozessschritte zur Durchführung eines HSPA**

Wenn die Ziele und Rahmenbedingungen eines HSPA festgelegt sind, kann der eigentliche Prozess der Durchführung beginnen. Denn alle weiteren Schritte hängen zwangsläufig eng mit diesen beiden Voraussetzungen zusammen und werden von ihnen maßgeblich bestimmt. Der Prozess zur Durchführung eines HSPA kann dabei in sechs Schritte unterteilt werden (Abbildung 1). Zu Beginn ist ratsam, in einem ersten Schritt ein theoretisches Gerüst als konzeptionelle Basis für das HSPA festzulegen. Hierin werden u.a. die Grenzen und zu betrachtenden Inhalte bzw. Ziele des Gesundheitssystems definiert und es erfolgt aufbauend darauf die Auswahl von Indikatoren, anhand derer die Leistungsfähigkeit gemessen werden soll. Im zweiten Schritt müssen verfügbare Datengrundlagen identifiziert werden, mit denen die Indikatoren mit Leben gefüllt werden können. Daran schließt sich die Datenarbeit mit Datenzugang, -aufbereitung und v.a. -analyse an. Die Ergebnisaufbereitung im vierten Schritt hängt bspw. von den festgelegten Zielgruppen und dem theoretischen Gerüst ab. Darauf folgt als wichtigster Schritt die Bewertung (das „Assessment“) der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Ziele des Gesundheitssystems. Hier werden auch Implikationen für eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit abgeleitet. Als letzter Schritt des Zyklus sollte der gesamte Prozess hinsichtlich der Erreichung der gesteckten Ziele evaluiert werden, bevor ein neuer HSPA-Prozess startet. Dabei können je nach Änderungen in den Zielsetzungen und Rahmenbedingungen bzw. den Evaluationsergebnissen die Schritte mehr oder weniger stark angepasst werden bzw. erweitert werden.

**Abbildung 1** Prozessschritte zur Durchführung eines HSPA



Quelle: eig. Konzeption

### 3.1 Theoretisches Gerüst und Indikatorenauswahl

Nachdem mit den Zielsetzungen und Rahmenbedingungen die Grundlagen für alle weiteren Schritte festgelegt wurden, besteht der erste Schritt des eigentlichen HSPA-Prozesses aus der Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen dessen, wie das HSPA ausgestaltet sein soll. Es wird konkretisiert, was das HSPA beinhalten und wie es umgesetzt werden soll, um die zuvor definierten Ziele zu erreichen.

Zu diesem Zweck wird in aller Regel ein **konzeptionelles Gerüst (HSPA-Framework)** verwendet. In diesem können verschiedene Aspekte festgehalten und visualisiert werden, etwa:

- Wie (eng oder breit) das Gesundheitssystem definiert wird, d.h. was im Rahmen des HSPA betrachtet wird und was nicht
- Welche übergeordneten Ziele des Gesundheitssystems betrachtet werden, anhand derer die Leistungsfähigkeit bemessen werden kann
- Welche konzeptionellen Bestandteile das Gesundheitssystem konstituieren, die in ihrem Zusammenspiel die Leistungsfähigkeit bestimmen
- Wie die verschiedenen Bestandteile und Ziele (häufig auch HSPA-Dimensionen genannt) unter- und miteinander zusammenhängen
- Welche weiteren Faktoren von außerhalb des Systems auf die Leistungsfähigkeit einwirken und daher betrachtet werden sollten.

Es existiert eine Vielzahl an länderübergreifenden und landesspezifischen Frameworks, die sich in ihrem Aufbau und ihren Inhalten oft in größeren Teilen überschneiden. So finden sich als **Ziele des Gesundheitssystems** die Dimensionen *Bevölkerungsgesundheit, Zugang, Qualität, Effizienz, Responsiveness/Patientenzentrierung* und *Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung* in dieser oder ähnlicher Form in den meisten Frameworks. In ähnlicher Weise werden als **grundlegende Bestandteile** oder **Funktionen** und **weitere Einflussfaktoren** häufig genannt: finanzielle/personelle/materielle Ressourcen, Gesundheitsdeterminanten außerhalb des -systems, sowie ökonomische/politische/gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Ein Überblick dazu findet sich beispielsweise in der Machbarkeitsstudie (Röttger et al. 2019) und – aktueller, aber weniger breit gefasst – in einer Veröffentlichung der WHO (Papanicolas et al. 2022).

Die Dimensionen im HSPA-Framework sollten klar definiert und voneinander abgegrenzt sein. Es kann sinnvoll sein, verschiedene Sub-Dimensionen zu bilden, die getrennt voneinander betrachtet und beurteilt werden können, aber nur gemeinsam eine Aussage zu der Dimension als Ganzes ermöglichen. Generell ist die Detailtiefe in der Ausgestaltung des Frameworks von der Zielstellung des HSPA abhängig und nahezu beliebig erweiterbar, beispielsweise wenn Vergleiche mit anderen Ländern vorgesehen sind oder verschiedene Bevölkerungsgruppen oder Krankheitsgruppen betrachtet werden sollen.

Damit bildet das Framework die Grundlage für den gesamten HSPA-Prozess. Denn auf ihm basiert die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und die darauffolgende Entwicklung von Empfehlungen und Strategien zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Als theoretischer Ausgangspunkt trägt das Framework dazu bei, dass alle Aspekte der Zielsetzung des HSPA betrachtet werden und beispielsweise nicht allein die bestverfügbaren Daten Ausgangslage für Bewertungen und Entscheidungen sind (World Health Organization Regional Office for Europe 2012).

Damit ist auch bereits die Brücke zum nächsten Teilschritt geschlagen: die **Indikatorenauswahl**. Die Indikatoren füllen die Dimensionen des Frameworks mit Leben, um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems datenbasiert bewerten zu können. Die Indikatorenauswahl erfolgt sinnvollerweise einerseits *top-down*, ausgehend von den Dimensionen des Frameworks und berücksichtigt andererseits, *bottom-up*, bereits existierende und etablierte Indikatoren. Da es international bereits eine Vielzahl an verbreiteten Indikatoren gibt, die im Rahmen von HSPA oder ähnlichen Prozessen verwendet werden, ist es sinnvoll zunächst diese zu sichten. Hierzu kann auch auf nationale und internationale Publikationen und Initiativen zurückgegriffen werden (Perić et al. 2018). Eine sehr ausführliche und umfangreiche Zusammenstellung international verwendeter Indikatoren wurde in der Machbarkeitsstudie für ein deutsches HSPA durchgeführt (Röttger et al. 2019). Dort wurden über 500 Indikatoren identifiziert. Anschließend sollten die potenziellen Indikatoren auf ihre Eignung zur Aufnahme in das HSPA geprüft werden, d.h. inwiefern sie den Zielen des HSPA dienen. Mögliche **Kriterien für die Indikatorenauswahl** können dabei sein (World Health Organization Regional Office for Europe 2012; Fekri et al. 2018):

- Aussagekraft und Relevanz für die Abbildung der zugeordneten Gesundheitssystem-Dimension (bspw. können Indikatoren nur einen kleinen Randbereich abbilden oder sich stark mit anderen Indikatoren überschneiden, was Aussagekraft und Relevanz schmälert)
- Beeinflussbarkeit durch das Gesundheitssystem bzw. dessen Akteure (abhängig von der Zielsetzung des HSPA)
- Umsetzbarkeit, inkl. Datenverfügbarkeit und -zugang
- Validität (Wie gut misst der Indikator das, was er abbilden soll?)

- Reliabilität (Wie gut ist der Indikator reproduzierbar und zwischen verschiedenen Populationen und Zeiträumen vergleichbar?)
- Objektivität (Wie gut oder schlecht ist der Indikator unabhängig von subjektiven Maßstäben bewertbar?)
- Ggf. Anschlussfähigkeit an bestehende nationale oder internationale Prozesse, je nach Zielsetzung

Im Abgleich mit den Dimensionen können unter Berücksichtigung der gewählten Kriterien weitere Indikatoren definiert werden, um die Leistungsfähigkeit möglichst umfassend entsprechend des Frameworks abbilden zu können. Da die Indikatoren in ihrem Zusammenspiel die Ausgangslage zur Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems sind, kommt ihrer Auswahl und Definition eine entsprechend große Bedeutung zu. Für jeden Indikator sollten folgende Charakteristika festgelegt werden: eine möglichst präzise **Definition**, falls zutreffend eine **Zielvorgabe** zur Bewertung des Ist-Zustands und die **Operationalisierung**, d.h. die Umsetzung und Berechnung inklusive der zu verwendenden Datengrundlage (s. Folgekapitel).

Alternativ zum Ausschluss von Indikatoren aufgrund fehlender bzw. schlechter Umsetzbarkeit können diese auch in das Indikatorenset aufgenommen, jedoch folglich nicht berichtet werden. Auf diese Weise wird deutlich, welche Dimensionen bzw. Teilaspekte von Dimensionen nur wenig oder unzureichend abgebildet werden können. Gleichzeitig können aktiv Schritte zu einer Verbesserung der Umsetzbarkeit, bspw. einer regelmäßigen Datenverfügbarkeit, unternommen werden und Indikatoren bei entsprechender Entwicklung zukünftig abgebildet werden.

Wie bei allen Prozessschritten ist die Indikatorenauswahl stark von den Zielsetzungen und Rahmenbedingungen des HSPA abhängig. So können die Indikatoren auch quer zu den Dimensionen in Untergruppen unterteilt werden (im HSPA-Piloten etwa in Schlüssel-, operative, erklärende und kontextuelle Indikatoren) oder beispielsweise für verschiedene Bedarfe Kernindikatorensets gebildet werden.

Die (Weiter-) Entwicklung des Frameworks und der Indikatorenauswahl erfolgt idealerweise durch Akteure, die auf entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen aus dem nationalen und internationalen Kontext zurückgreifen können und bestenfalls in bestehende HSPA- und verwandte Initiativen und Netzwerke eingebunden sind. Zur Erfüllung der Ziele und Rahmenbedingungen ist eine Abstimmung mit der Auftraggeberin notwendig und darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit mit den Akteuren, die die Datenarbeit übernehmen, da Indikatoren- und Datenauswahl in der Regel eng zusammenhängen.

### 3.2 Datengrundlagen

Daten spielen eine zentrale Rolle bei der Evidenzgenerierung und in Evaluationsprozessen. Identifizierte Indikatoren können ausschließlich auf Basis regelmäßig verfügbarer Daten berechnet und analysiert werden. Das Identifizieren der Datengrundlage sowie die Datenbeschaffung sind somit wichtige Schritte im HSPA-Prozess und es sollte bereits beim zuvor erfolgten Schritt der Indikatorenauswahl berücksichtigt werden, ob und in welcher Art Daten verfügbar sind und welche Voraussetzungen an den Datenzugang geknüpft sind (siehe Kapitel 3.1).

Dabei sind die für ein HSPA zur Verfügung stehenden Datenquellen vielfältig und umfassen Routine- und Abrechnungsdaten von Kostenträgern und Leistungserbringern, (inter-)nationale Befragungsdaten sowie epidemiologische- und Registerdaten. Zum Teil werden Daten aus diesen Quellen durch amtliche Statistiken oder internationale Datenbanken aufbereitet, veröffentlicht und

zugänglich gemacht. Zur Analyse der Indikatoren identifizierte Daten und alle relevanten Datenquellen müssen anhand der folgenden **Kriterien** nach ihrer Nutzbarkeit geprüft und bewertet werden:

- Verfügbarkeit und Zugänglichkeit
- Aktualität
- Repräsentativität
- Reliabilität (zuverlässige Messung, Messfehler, z.B. Stichprobengröße)
- Validität (tatsächliche Abbildung des gewünschten Merkmals)
- Regelmäßigkeit der Erhebung
- Mögliche Stratifizierungen

In der Pilotierung eines HSPA für Deutschland wurden zur Analyse der Indikatoren Statistiken und Daten von insgesamt 25 Datenhaltern herangezogen. Dabei variierten die Voraussetzungen hinsichtlich des Zugangs und der der Bereitstellung der Daten zwischen den verschiedenen Datenhaltern und den dahinterstehenden Institutionen (Tabelle 2). Diese reichen von einem kostenlosen Zugriff über öffentliche Datenbanken bis hin zu kostenpflichtigen Dienstleistungsverträgen. Die Zugangsvoraussetzungen sind dabei in der Regel an datenschutzrechtliche Vorgaben geknüpft. Aus den Erfahrungen der Pilotierung konnten drei wesentliche Zugangsarten identifiziert werden, die jeweils kostenfrei oder kostenpflichtig sein können:

- Öffentlich: Ergebnisdaten der Indikatoren ohne weiteren Analysebedarf sind öffentlich zugänglich
- Datennutzung auf Antrag: eine Akquise der Mikrodaten ist (kostenpflichtig) möglich und erfordert eine eigenständige Analyse
- Bereitstellung durch den Datenhalter: Anfrage der (kostenpflichtigen) Analysen bei den Datenhaltern und Erhalt aggregierter Ergebnisdaten

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die in der Pilotierung genutzten Datenquellen, den jeweiligen Datenhaltern und den Zugangsvoraussetzungen. Wichtig ist, an dieser Stelle zu betonen, dass die Variabilität der Datengrundlage hinsichtlich der Datenhalter und Zugangsvoraussetzungen direkten Einfluss auf den folgenden Prozess der Datenarbeit und deren Automatisierung hat. Zwar stehen jeweils elektronische Informationssysteme zur Verfügung, das Fehlen eines Datenpools bzw. eines zentralen Informationssystems, welcher die Daten über die Grenzen der Kostenträger und Gesundheitssektoren hinaus sammelt und zur Auswertung bereitstellt, macht die Datenbeschaffung zu einem der ressourcenintensivsten Schritte in einem HSPA für Deutschland.

**Tabelle 2** Liste der verwendeten Datenquellen mit Datenhaltern und Verfügbarkeit/Zugang

Datenhalter	Statistik/Datenquelle	Indikatoren	Zugang
Bundesärztekammer (BÄK)	Ärztestatistik	I_0.2b	Öffentlich
Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumplanung (BBSR)	Erreichbarkeitsmodell	A_2.2a-d	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	KJ 1-Statistik - Endgültige Rechenergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	I_0.1	Öffentlich
	KM6-Statistik - Mitgliederstatistik GKV	A_1.1	Öffentlich
Commonwealth Fund (CWF)	International Health Policy Survey (IHP)	B_0.5, A_2.3a, A_2.3b, Q_2.2, P_2.4, R_1.1, R_2.1a-b, R_2.2a-b	Mikrodatennutzung auf Antrag
Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)	Deutscher Alterssurvey (DEAS)	P_2.4	Mikrodatennutzung auf Antrag
European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA)	European Public Assessment Reports (EPAR)	A_2.4a-b	Öffentlich
Euro-Peristat Projekt	European Perinatal Health Reports	P_3.1, P_3.2, P_3.3	Öffentlich
Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)	Point Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infection	Q_2.1a	Öffentlich
	Annual Epidemiological Reports (AERs)	P_1.3, P_2.1, P_2.2	Öffentlich
	Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe	Q_3.1	Mikrodatennutzung auf Antrag
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser	A_2.2b	Mikrodatennutzung auf Antrag

Datenhalter	Statistik/Datenquelle	Indikatoren	Zugang
GKV-Spitzenverband	Prognose der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V	A_2.2a	Öffentlich
Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)	Global Burden of Disease (GBD)	B_0.2a-c	Öffentlich
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)	Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 - Geburtshilfe - Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	P_3.3	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
	Bundesqualitätsberichte (BQB)	Q_2.3c, Q_2.5	Öffentlich
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Bundesarztregister	A_1.2	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
	KBV-Versichertenbefragung	D_2.3a, A_1.3a, O_0.1, R_1.1	Mikrodatennutzung auf Antrag
Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ)	Deutsche Nationale Punkt Prävalenzstudie zu nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung <sup>a</sup>	Q_2.1a	Öffentlich
Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)	OECD-Datenbank	C_0.4, A_1.1, A_1.2a, Q_1.1a,e,f, Q_1.3a-f, Q_2.1b-e Q_2.5, P_1.2, I_0.1, I_0.2a-c, O_0.3, O_0.7, E_1.1a-b, E_2.1, E_2.3, E_3.1a-b, E_3.2,	Öffentlich
Robert Koch-Institut (RKI)	National Burden of Disease-Studie (Burden 2020)	B_0.2a-c	Öffentlich
	Daten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)	Q_3.1, P_1.3, P_2.1, P_2.2	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter

Datenhalter	Statistik/Datenquelle	Indikatoren	Zugang
	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)	D_0.1, D_0.2, D_0.3, D_0.4, B_0.3, P_2.3a-c, R_1.1	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
	Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD)	Q_1.2a-d	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
	Eurostat Datenbank	C_0.1, C_0.2, C_0.3, C_0.4, D_0.5, D_0.7, B_0.1, B_0.3, B_0.4, P_1.1a-b, P_1.2, I_0.1, I_0.2a, O_0.1, O_0.4, O_0.5, E_1.1a-b	Öffentlich
Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat)	Europäische Gesundheitsbefragung (EHIS)	B_0.3, B_0.4, B_0.5, P_2.3a-c	Mikrodatennutzung auf Antrag
	Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC)	D_0.5, D_0.6, D_0.7, B_0.5, A_1.3, O_0.1	Mikrodatennutzung auf Antrag
	Geobasisdaten	B_0.2c, A_1.2b-d	Mikrodatennutzung auf Antrag
	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS)	A_2.1	Mikrodatennutzung auf Antrag
	Gesundheitsausgabenrechnung (GAR)	I_0.1, E_1.1a-b, E_2.2	Öffentlich
	Gesundheitspersonalrechnung (GPR)	I_0.2b	Öffentlich
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Bildung und Kultur (Fachserie 11 Reihe 2)	I_0.2a	Öffentlich
	Prüfungen an Hochschulen (Fachserie 11 Reihe 4.2)	I_0.2a	Öffentlich
	Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich	I_0.2c	Öffentlich

Datenhalter	Statistik/Datenquelle	Indikatoren	Zugang
	Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	Q_2.5, P_1.2, P_3.2, O_0.5, E_2.2	Öffentlich
	Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern	O_0.5, E_2.2	Öffentlich
	Krankenhausstatistik - Kostennachweis der Krankenhäuser	O_0.5, E_2.2	Öffentlich
	Krankheitskostenrechnung (KKR)	I_0.1e	Öffentlich
	Mikrozensus	A_1.1, D_0.5	Öffentlich
	Statistischer Bericht - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens (Fachserie 11 Reihe 2)	I_0.2b	Öffentlich
	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	D_0.1, P_3.1, P_3.2	Öffentlich
	Todesursachenstatistik	P_1.2, P_3.1, P_3.2	Öffentlich
	Fortschreibung des Bevölkerungsstandes / Zensus 2011	C_0.1	Öffentlich
	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)	Q_1.1a-f, Q_1.3a-h, _2.1b-e, Q_2.3a-f, Q_2.3f, O_0.2, O_0.4, O_0.7	Mikrodatennutzung auf Antrag
	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)	E_3.1a-b	Öffentlich

Datenhalter	Statistik/Datenquelle	Indikatoren	Zugang
Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL)	I_0.1	Öffentlich
Stiftung Gesundheit	Strukturdaten zur hausärztlichen Versorgung	A_2.2c-d	Mikrodatennutzung auf Antrag
Umweltbundesamt (UBA)	Beurteilung der Luftqualität (Jahresbilanz)	D_0.7	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)	PKV-Zahlenbericht	A_1.1	Öffentlich
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)	Abrechnungsdaten der AOK	Q_2.3d	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
	GKV-Arzneimittelindex	O_0.6, E_2.3, E_3.2	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
Weltgesundheitsorganisation (WHO)	Global Health Observatory data repository	A_2.1	Öffentlich
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)	Bundesweite GKV-Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen	Q_2.3d, Q_2.4a-e, P_2.3a-c, O_0.1, O_0.2, O_0.7, E_2.1, E_3.1a-b	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter
	Bundesweiter Arzneiverordnungsdaten nach §300 Abs. 2 SGB V	Q_2.3d-e	Bereitstellung aggregierter Daten durch den Datenhalter

Quelle: eig. Darstellung

### 3.3 Datenanalyse

Die Art der Datenanalyse hängt von mehreren Faktoren ab. Die Erfahrungen der Pilotierung zeigen, dass grundsätzlich folgende Faktoren berücksichtigt werden müssen, da die aufbauenden Analysen auch unterschiedlich ressourcenintensiv sind:

- Bereitstellung der Daten: Liegen die Daten als Rohdatensatz bzw. Mikrodatensatz vor, dann müssen diese Daten ggf. noch bereinigt und für folgende Analyseschritte aufbereitet werden. Oder handelt es sich um bereits aggregierte Ergebnisse, die in gewünschter Form vorliegen?
- Festlegung der Analyseebene, die für den Indikator angestrebt wird: Soll der Indikator hinsichtlich möglicher Stratifizierungen analysiert werden? Im 2. Bericht wurden Performanz-Indikatoren (im Gegensatz zu kontextuellen), wo möglich, nach Equity-Kategorien (Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Region, Krankenversicherungszugehörigkeit) stratifiziert.
- Bericht statistischer Kennziffern: Insbesondere bei Befragungsdaten stellt sich die Frage, welche Maße berichtet werden sollen, so z.B. die Standardabweichung
- Adjustierung der Daten: Ist ggf. eine Adjustierung der Daten hinsichtlich des Risikos oder Bevölkerungsmerkmalen notwendig (z.B. bei Ländervergleichen)?

In welcher Tiefe und Komplexität insbesondere die statistischen Kennziffern berichtet werden, hängt wiederum vom Adressaten des HSPA ab. Des Weiteren unterscheiden sich die zur Verfügung stehenden Datenformate je nach Datenhalter und Akquise. Steht eine Automatisierung der Datenanalyse zur Diskussion, so müssten in einem ersten Schritt also die Daten in ein einheitliches Format übertragen werden, und zwar unabhängig davon, ob die akquirierten Daten bereits als aggregiertes Ergebnis oder als roher Mikrodatensatz vorliegen. In der Pilotierung wurden die Ergebnisse der Datenanalysen je Indikator in Excel-Tabellen übertragen (inklusive Kennziffern, Stratifizierungen und Adjustierungen). Diese Excel-Tabellen waren die Grundlage für die visuelle Aufbereitung der Indikatoren.

Für das HSPA des deutschen Gesundheitssystems wurden die Indikatoren im Zeitverlauf ausgehend vom Jahr 2000 bzw. 2010 bis zum jeweils letztverfügbaren Datenjahr betrachtet. Eine Veränderung der (Performanz-) Indikatoren kann dabei Aufschluss über Fortschritte bzw. ungünstige Entwicklungen geben. Die Trendanalyse der kontextuellen und Performanz-Dimensionen wurde außerdem im internationalen Vergleich durchgeführt. Zwar wird durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de seit dem Jahr 2000 im Sinne eines „Health In All Policies“-Ansatz an der Formulierung und Entwicklung von Gesundheitszielen gearbeitet. Zum Zeitpunkt des HSPA sind diese jedoch sehr allgemein gehalten und nennen keine spezifischen Zielwerte, weshalb eine Einordnung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems im zeitlichen Vergleich für Deutschland, im Ländervergleich und im Vergleich der Länder über die Zeit erfolgt, nationale Gesundheitsziele jedoch nicht der Maßstab für eine Bewertung darstellen. Potenziell erlaubt der internationale Vergleich außerdem anhand von Best-Practice-Beispielen auf die erfolgreiche Organisation von Versorgungsstrukturen zu schließen und über Veränderungen im Zeittrend in anderen Ländern erfolgreiche Reformmaßnahmen zu identifizieren. Im 2. HSPA-Bericht wurden die Performanz-Indikatoren nach Equity-Kategorien stratifiziert, um auch Aussagen über die Zielerreichung der Indikatoren zwischen Bevölkerungsgruppen treffen zu können. Wo möglich, wurden die Equity-Analysen ebenfalls über die Zeit und im Ländervergleich durchgeführt.

### 3.4 Ergebnisaufbereitung

Abhängig vom anfänglich definierten Endprodukt sowie adressatengerecht für die ausgewählte Zielgruppe erfolgt dann die Aufbereitung der Ergebnisse. Grundsätzlich kann, wie bereits oben beschrieben, die Aufbereitung der durch das HSPA generierten Ergebnisse in vielfältiger Weise erfolgen. Unbedingt sollten die Adressaten auch in die Gestaltung des Endproduktes einbezogen werden. In den Ländern und Initiativen, die bereits ein HSPA dauerhaft implementiert haben (z.B. Belgien, OECD), erfolgt das Output des HSPA typischerweise in Berichtsform, welcher der Öffentlichkeit per Download zugänglich gemacht wird. Oft wird dieser HSPA-Bericht auch durch eine entsprechende Webseite begleitet, auf welcher beispielsweise auch in ausgewählter Form und in verständlicher bzw. adressatengerechter Sprache Inhalte dargestellt werden. Wenn als Zielgruppe weniger die (Fach-) Öffentlichkeit im Fokus steht, kann das Endprodukt auch eine reine Datenbank mit der Möglichkeit des Datenabrufes für politische Akteure bzw. für die auftraggebende Institution sein.

Für die Aufbereitung der Analysen der Equity-Kategorien wurde sich im HSPA-Piloten für eine Darstellung in Boxen entschieden. Anhand von Equity-Boxen wurde übersichtlich dargestellt, welche Equity-Kategorien mit den vorliegenden Daten nicht abbildbar sind (mit „-“ gekennzeichnet), welche analysiert wurden mit Verweis auf die zugehörige Abbildung oder Tabelle und welche analysiert wurden und ohne Abbildung/Tabelle beschrieben werden:

*Equity-Box: Beispiel*

Equity-Kategorien							
Versicherung	Raumordnungsebene			Demographie		Sozioökonomische Faktoren	
	GKV/PKV	Bundesland	Kleinräumiger	Stadt/Land	Alter	Geschlecht	Einkommen
-	[o. Abb.]	[o. Abb.]	-	Abb. XX	Abb. XX	-	Abb. XX

Quelle: eig. Darstellung

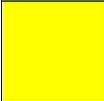
Die Zusammenfassung und übersichtliche Darstellung der Indikatorenergebnisse erfolgte sowohl in einem Dashboard für das gesamte HSPA als auch auf Dimensions-Ebene mithilfe eines Farbschemas. Für die Bewertung der Performanz-Indikatoren (Dimensionen A, Q, P, R, E) erfolgt eine Einteilung jedes Indikators in eine von fünf Farbkategorien von rot und orange (negative Bewertung) über gelb (mittlere Bewertung) bis hellgrün und grün (positive Bewertung). Dabei werden die Ergebnisse für Deutschland wie folgt eingeordnet:

- Falls ein Ländervergleich UND ein zeitlicher Vergleich möglich ist:  
Bewertung im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsländer (besser/ähnlich/schlechter) UND im Vergleich zur Entwicklung der Vergleichsländer (besser/ähnlich/schlechter);
- Falls kein Ländervergleich möglich ist:  
Bewertung im Vergleich zu den Ergebnissen der Vorjahre (positiver/uneindeutiger/negativer Trend);
- Falls kein zeitlicher Vergleich möglich ist:  
Bewertung im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsländer.

Die Ergebnisse der kontextuellen Indikatoren (Dimensionen C, D, B, I, O), die für sich genommen keine Bewertung als negativ oder positiv zulassen, wurden entsprechend ihres Trends gekennzeichnet mit

einem steigenden Pfeil (Aufwärtstrend), einem geraden Pfeil (kein Trend erkennbar) oder einem abfallenden Pfeil (Abwärtstrend) auf grauem Feld. Sollten weder ein zeitlicher noch ein Ländervergleich möglich sein, wird der Indikator mit einem leeren grauen Feld versehen (**Tabelle 3**).

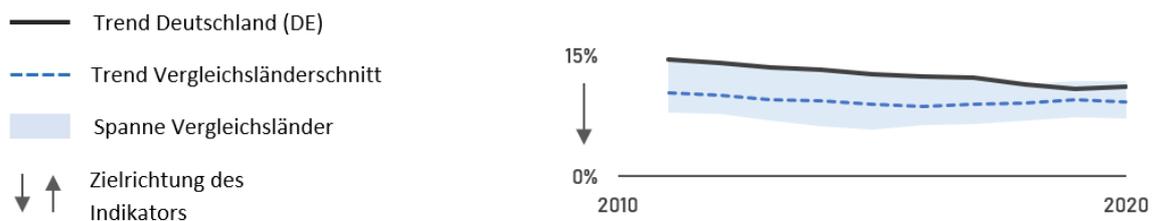
**Tabelle 3** Farbschema zur Bewertung der Indikatoren im 2. Bericht des HSPA-Piloten für Deutschland

Farbe	Bedeutung
	DE besser als der Länderschnitt und Trend ähnlich oder besser als Vergleichsländer <u>ODER</u> : Positiver Trend (wenn kein Benchmark verfügbar) <u>ODER</u> : DE besser als der Länderschnitt (wenn kein Trend verfügbar)
	DE besser als der Länderschnitt aber Trend schlechter als Vergleichsländer <u>ODER</u> : DE ähnlich dem Länderschnitt aber Trend besser als Vergleichsländer
	DE ähnlich dem Länderschnitt und Trend ebenfalls ähnlich <u>ODER</u> : Kein eindeutiger Trend (wenn kein Benchmark verfügbar) <u>ODER</u> : DE ähnlich dem Länderschnitt (wenn kein Trend verfügbar)
	DE schlechter als der Länderschnitt aber Trend besser als Vergleichsländer <u>ODER</u> : DE ähnlich dem Länderschnitt aber Trend schlechter als Vergleichsländer
	DE schlechter als der Länderschnitt und Trend ähnlich oder schlechter als Vergleichsländer <u>ODER</u> : Negativer Trend (wenn kein Benchmark verfügbar) <u>ODER</u> : DE schlechter als der Länderschnitt (wenn kein Trend verfügbar)
	Aufwärtstrend (Indikator ohne Zielvorgabe)
	kein Trend erkennbar (Indikator ohne Zielvorgabe)
	Abwärtstrend (Indikator ohne Zielvorgabe)
	Weder Trend noch Ländervergleich verfügbar, daher keine Bewertung möglich
-	Keine Daten verfügbar

Quelle: eig. Darstellung (DE: Deutschland)

Neben dem Farbschema wurden die Ergebnisse jedes Indikators in der Übersicht auf Dimensions-Ebene als Mini-Abbildung dargestellt. Auf der X-Achse befinden sich die Datenjahre von 2010 bis 2021 und die Y-Achse stellt das Indikatorenergebnis in der entsprechenden Einheit dar. Die Y-Achse enthält auch einen Pfeil nach oben oder unten, der die gewünschte Zielrichtung für den Indikator angibt, je nachdem ob im Allgemeinen eher hohe oder niedrige Werte anzustreben sind. Anhand der schwarzen, durchgezogenen Linie werden die Ergebnisse für Deutschland dargestellt, während die gestrichelte blaue Linie den ungewichteten Durchschnitt der Vergleichsländer angibt, sofern verfügbar. Zusätzlich zeigt die hellblaue Fläche die Spanne der Vergleichsländer an (jeweils ohne Deutschland) (Abbildung 2). Die Mini-Abbildungen ermöglichen damit eine ad-hoc Einschätzung des Indikators anhand des zeitlichen und des Ländervergleiches und eine schnelle Übersicht über die Indikatorenergebnisse einer Dimension.

**Abbildung 2** Mini-Abbildungen zur Übersicht pro Indikator im 2. HSPA Bericht für Deutschland



Interpretation: DE schlechter als Länderschnitt, aber im Trend besser als Länderschnitt (Farbschema: orange);  
Quelle: eig. Darstellung

### 3.5 Assessment

Health System Performance Assessment beinhaltet die Bewertung der Erreichung von Gesundheitssystemzielen. Das unterscheidet es von der reinen Deskription (der Leistungsfähigkeit) eines Gesundheitssystems. In diesem Schritt findet das eigentliche Assessment statt, also die Bewertung der Ergebnisse und daraus resultierende Handlungsempfehlungen. Dieser Schritt kann jedoch nur mit Blick auf zuvor definierte Gesundheitsziele erfolgen, denn ohne eine klare Zieldefinition bzw. ein Benchmark fehlt die Bewertungsrelation (World Health Organization Regional Office for Europe 2012; Smith und Busse 2009).

Dabei kann prinzipiell zwischen zwei Ansätzen unterschieden werden, die in verschiedenen Ländern praktiziert werden. Im ersten ist der Schritt der Bewertung und der folgenden Übersetzung in (politische) Empfehlungen nicht Teil des HSPA-Berichtes und des -Prozesses im engeren Sinn. Hier ist das Ergebnis des HSPA-Prozesses als technisches Dokument zu betrachten. Die Ableitung von Implikationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und die Entwicklung von Handlungsempfehlungen unter Einbeziehung aller relevanten Akteure findet im Anschluss statt. Bei der zweiten Herangehensweise hat dies vorher stattgefunden und ist bereits im Ergebnisbericht enthalten (World Health Organization Regional Office for Europe 2012). Hier ist also die Einbindung politischer Akteure bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine engere.

Bei beiden Vorgehensweisen sollten die Prozesse inklusive der einzubindenden Akteure von vorneherein möglichst klar festgelegt sein und allen Interessensgruppen sollte idealerweise die Möglichkeit zur Teilnahme, mindestens jedoch Stellungnahme, gegeben werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse bis hin zur Ableitung von Implikationen besteht eine Herausforderung in der Komplexität von Gesundheitssystemen und den vielen verschiedenen Gruppen und Verantwortlichkeiten, die sich gegenseitig beeinflussen und mitunter überschneiden. Entsprechend wichtig ist die Einbindung aller Akteure und ein gemeinsames Vorgehen bei der Entwicklung von Lösungsansätzen bzw. Verbesserungspotenzialen.

Um mit der Komplexität der Zusammenhänge und dem Umfang der Ergebnisse umzugehen, kann eine Möglichkeit zur Gewinnung von politischen Implikationen darin bestehen, in einem weiteren Schritt mehrere prioritäre Felder für eine vertiefte Auseinandersetzung auszuwählen.

### 3.6 Prozessevaluation

Der letzte Schritt eines HSPA-Zyklus, wie er zu Beginn des Kapitels definiert wurde, ist die Evaluation des Prozesses. Demnach sollte überprüft werden, in welchem Maß die zu Beginn festgelegten Ziele erreicht werden konnten (siehe Kapitel 2) und ob bzw. welche Anpassungen für einen nächsten Zyklus vorgenommen werden sollten. Dies betrifft alle Schritte des HSPA-Prozesses, jedoch in

unterschiedlichem Ausmaß. So stellen die zur Verfügung stehenden Ressourcen und die weiteren Rahmenbedingungen die Voraussetzungen für alle folgenden Arbeiten und dafür, dass die gesteckten Ziele erreicht werden können. Dementsprechend geht eine Anpassung der Rahmenbedingungen zwangsläufig mit Veränderungen in anderen Schritten einher. Das theoretische Gerüst in Schritt 1 hingegen sollte in seiner grundlegenden Form über die verschiedenen HSPA-Zyklen bestehen bleiben und lediglich inkrementell angepasst bzw. verbessert und ausgebaut werden, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Jahren beizubehalten. Es könnten mit der Zeit bspw. weitere Indikatoren hinzugenommen werden oder bestehende verfeinert werden. Gleiches trifft auf die Datengrundlagen zu, die je nach Möglichkeit nach und nach ausgebaut werden können. Bei der Datenarbeit und der Aufbereitung der Indikatoren können die Prozesse zunehmend standardisiert und automatisiert werden. Datenarbeit und Ergebnisaufbereitung sind zudem an möglicherweise veränderte Zielsetzungen des HSPA anzupassen. Ebenso die Bewertung der Ergebnisse und ihre Überführung in politische Prozesse als Kernschritt des HSPA.

Je nach gegebenen Rahmenbedingungen – insbesondere Ressourcen sowie institutionelle und rechtliche Verankerung des HSPA-Prozesses – sollte die Evaluation des HSPA möglichst systematisiert und strukturiert ablaufen. Dazu zählt ebenfalls die Einbindung aller in den Prozess-Schritten beteiligten Akteure sowie optimalerweise externe Expertinnen und Experten wie etwa ein Beirat. Letzterer kann auch bereits bei den vorigen Schritten beratend eingebunden sein. Der für die Evaluation hauptverantwortliche Akteur kann – wieder je nach vorhandenen Rahmenbedingungen – beispielsweise die Auftraggeberin oder eine externe Institution sein.

#### **4 IT-gestütztes Auswertungsinstrument**

Ergebnis des Projektes zur Pilotierung eines HSPA für Deutschland ist neben den beiden HSPA-Berichten und dem vorliegenden Manual zur dauerhaften und kontinuierlichen Durchführung eines HSPA in Deutschland ebenfalls ein IT-gestütztes Auswertungsinstrument. Nach Konkretisierung durch die Auftraggeberin besteht dies aus einem maschinenlesbaren Datensatz je Indikator. Im Folgenden werden Aufbau und Inhalt der Datensätze näher beschrieben.

**Tabelle 4** Aufbau und Inhalt des IT-gestützten Auswertungsinstruments

<b>Variablenbezeichnung</b>	<b>Variablenbeschreibung</b>	<b>Variablenausprägungen: Skalenniveau; Format; Erläuterungen</b>
<b>Dimension</b>	HSPA-Dimension, der der Indikator zugeordnet ist	Nominal; Text; Werte: Demografischer und sozio-ökonomischer Kontext (C – Context), Determinanten von Gesundheit (D - Determinants), Krankheitslast (B – Burden of disease), Zugang zum Gesundheitssystem und der Versorgung (A – Access), Qualität der Versorgung (Q – Quality), Bevölkerungsgesundheit (P – Population Health), Responsiveness (R), Input (I), Leistungseinheiten (O – Output), Effizienz (E – Efficiency)
<b>Indikator-Klassifikation</b>	Indikator-Klassifikation, der der Indikator zugeordnet ist	Nominal; Text; Werte: Schlüsselindikator, Operativer Indikator, Erklärender Indikator, Kontextueller Indikator
<b>Kürzel</b>	Kürzel des (Sub-) Indikators	Nominal; Text; Für eine Erläuterung der Indikatoren-Ordnung und -Kürzel s. zweiter HSPA-Bericht, Kapitel 2.2.2. Anders als im 2. HSPA-Bericht können die Kürzel hier noch aus einer zweiten Sub-Ebene bestehen, da es vorkommt, dass mehrere Varianten des Ergebniswertes eines Sub-Indikators berechnet wurden (z.B. für Deutschland je eine alters- und geschlechtsstandardisierte für den internationalen Vergleich und eine unstandardisierte für die landesspezifische Bewertung). Diese sind durch eine weitere am Ende angehangene fortlaufende arabische Ziffer gekennzeichnet.
<b>Name</b>	Name des (Sub-) Indikators	Nominal; Text
<b>Beschreibung</b>	Beschreibung/Definition des (Sub-) Indikators	Nominal; Text
<b>Interpretation</b>	Angabe, wie der Ergebniswert des (Sub-) Indikators vor dem Hintergrund der Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu interpretieren ist	Nominal; Text

Variablenbezeichnung	Variablenbeschreibung	Variablenausprägungen: Skalenniveau; Format; Erläuterungen
<b>Datenquelle</b>	Datenquelle(n) des Ergebniswertes	Nominal; Text; Der Wert kann auch mehrere Datenquellen umfassen (z.B. zur Berechnung der Dichte pro Bevölkerung zusätzlich die Bevölkerungsstatistik). Die Datenquellen werden zur Unterscheidung nummeriert: (1), (2), ..., (n). Diese Reihenfolge wird bei der folgenden Variablen beibehalten, um die Datenquellen unterscheiden zu können.
<b>Methodik</b>	Datenquellenspezifische Angaben zu Datenhalter, Methodendokumentation, Datenzugang, Berechnung und Limitationen	Nominal; Text; Die Angaben erfolgen einheitlich nach den fünf in der Variablenbeschreibung angegebenen Kategorien. Bei mehreren Datenquellen erfolgt eine Nummerierung der Angaben gemäß der in der Variable Datenquelle verwendeten.
<b>Datenbankzugang</b>	Verfügbarkeit des Ergebniswertes in einer öffentlich zugänglichen Online-Datenbank	Binär; Zahl; Werte: 0 (nicht gegeben), 1 (gegeben)
<b>Einheit</b>	Einheit des Ergebniswertes	Nominal; Text
<b>Land</b>	Land, auf das sich der Ergebniswert bezieht	Nominal; Text; Werte: Deutschland, Belgien, Dänemark, Frankreich, Niederlande, Österreich, Schweiz, Schweden, Vereinigtes Königreich, Vergleichsländerdurchschnitt (o. DE)
<b>Jahr</b>	Jahr(e), auf das/die sich der Ergebniswert bezieht	Nominal; Text; Ergebniswerte können sich abhängig von der Datenerhebung oder Berechnung auch auf einen mehrjährigen Zeitraum beziehen
<b>Stratum</b>	Subpopulation, auf die sich der Ergebniswert bezieht	Nominal; Text; Kategorien und zugehörige Ausprägungen: Total (Ergebniswert für das gesamte Land), Geschlecht (weiblich, männlich), Bundesland (16 deutsche Bundesländer), Versicherungstyp (GKV/PKV),

Variablenbezeichnung	Variablenbeschreibung	Variablenausprägungen: Skalenniveau; Format; Erläuterungen
		Alter (verschiedene Gruppen), Bildung (verschiedene Gruppen), Einkommen (verschiedene Gruppen), Urbanisierungsgrad (verschiedene Gruppen). Strata liegen hauptsächlich für Deutschland, können aber auch für Vergleichsländer vorliegen. Die unterschiedlichen Ausprägungen bei mehreren der Kategorien ergeben sich aus den Daten sowie aus inhaltlichen Überlegungen.
<b>Wert</b>	Ergebniswert	Kardinal; Zahl

Quelle: eig. Konzeption

## 5 Empfehlungen zur erfolgreichen Implementierung und zum Regelbetrieb

Für die Implementierung eines nationalen HSPAs für Deutschland bzw. für die Verstetigung der im Rahmen einer Pilotierung erprobten Durchführung einer systematischen Messung der Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems ergeben sich nachfolgende Empfehlungen.

Grundsätzlich bedarf jedes HSPA einer stetigen Weiterentwicklung und ist als kontinuierlicher Prozess zu betrachten. Auch ist im Regelbetrieb die Erweiterung und Optimierung des Indikatorentableaus fortlaufend zu prüfen und eine Erschließung und ggf. den Aufbau neuer Datenquellen sicherzustellen. Gleichermaßen ist die Implementierung eines HSPAs nicht als einmaliger Prozess zu verstehen, sondern sollte kontinuierlich evaluiert und an sich ggf. ändernde Rahmenbedingungen angepasst werden. Somit sind Entscheidungen auch lediglich Momentaufnahmen, die bei Bedarf jederzeit erneut angepasst werden sollten, um den optimalen Betrieb und Nutzen eines HSPA zu realisieren.

Von essentieller Bedeutung für die erfolgreiche Implementierung eines HSPAs ist die Schaffung und Investition in eine Dateninfrastruktur, die alle verfügbaren Daten aus verschiedenen Datenquellen sammelt und diese datenartenübergreifend (z.B. Register- und Befragungsdaten) zusammenführt. Nationale Bestrebungen wie das Forschungsdatenzentrum Gesundheit und die Nationale Kohorte oder internationale Bestrebungen wie der European Health Data Space greifen diese Idee bereits auf und sind folglich von hoher Relevanz für ein HSPA, da durch eine vereinheitlichte Dateninfrastruktur bzw. durch die Schaffung von Informationssystemen der Datenzugang und die Harmonisierung der Daten zukünftig deutlich vereinfacht wird (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2023; European Commission (EC) 2022). Dies bietet sich auch insbesondere an, um Synergieeffekte von bereits bestehenden Systemen und Strukturen zu nutzen. Das HSPA darf jedoch nicht nur als reines Informationssystem verstanden werden. Übergreifende und einheitliche elektronische Informationssysteme hätten den Vorteil, dass die Datenerfassung standardisiert ist und sie die Möglichkeit bieten, Informationen in Echtzeit zu aktualisieren. Diese Vorteile sind zwar mit erheblichen Vorleistungen und Herausforderungen wie der Entwicklung der Infrastruktur für die Installation und Wartung solcher Systeme, der Standardisierung der Datenerfassung und der Gewährleistung der Vergleichbarkeit zwischen den Systemen verbunden, dennoch sind Informationssysteme die wichtigste Plattform für die Messung der Gesundheitssystemperformanz (Smith et al. 2009).

Die frühzeitige Einbindung der relevanten Stakeholder, Datenhalter und Akteure kann bei der Implementierung eines HSPA ebenfalls ermöglichen, dass auf bereits bestehende Ressourcen und Expertisen zurückgegriffen werden kann. Unabdingbar ist es, unter allen beteiligten Institutionen und Akteuren die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten festzulegen und gemeinsame Ziele, Vorstellungen und Prozesse zu definieren. Unabhängig davon erleichtert die größtmögliche Standardisierung von Prozessen, vereinheitlichende Regularien sowie eine rechtliche Verankerung einige Schritte bei der Implementierung und Durchführung eines HSPAs. Insbesondere die Rolle der Datenhalter sollte – wo möglich – auf die Interpretation der Ergebnisse erweitert werden und sich nicht lediglich auf die Bereitstellung der Rohdaten bzw. Auswertungen beschränken. Die Erfahrung der Pilotierung zeigt, dass die Akteure die nötige Expertise haben, auch Unregelmäßigkeiten in den Daten erkennen und erklären zu können, wo Dritten häufig die Erfahrung und das Hintergrundwissen fehlt.

Zentrales Ziel eines HSPAs ist die Transparenz, welche sich über Politik und Fachöffentlichkeit hinaus auch unbedingt auf die Bevölkerung beziehen sollte. Diese transparente Berichterstattung sollte als

große Chance gesehen werden, dass Schwächen identifiziert, Stärken ausgebaut und das Gesundheitssystem kontinuierlich verbessert werden kann. Auch können hierdurch politische Maßnahmen und Reformbestrebungen auf einer soliden Grundlage gerechtfertigt und transparent berichtet werden. Insbesondere auch der Vergleich mit anderen Ländern sollte als große Chance verstanden werden, da nur auf diese Weise auch von anderen Good practice-Beispielen und innovativen Ideen und Reformmaßnahmen profitiert werden kann. Zu beachten ist jedoch, dass Ländervergleiche keinesfalls eine „Konkurrenz“ der einzelnen Gesundheitssysteme vermitteln dürfen. Zudem sollte das voneinander Lernen nicht im Sinne eines „Blaming and Shaming“ erfolgen. Das betrifft auch die Akteure innerhalb eines Gesundheitssystems. Hierfür ist es von zentraler Bedeutung, dass die auftraggebende Institution diesen Auftrag verinnerlicht und gemeinsam mit den weiteren Akteursgruppen bereit ist, tatsächliche Änderungen und Reformprozesse anzustreben, Schwächen transparent zu kommunizieren und auf deren Grundlage konkrete Verbesserungsvorschläge zu entwickeln – und diese nicht lediglich daran interessiert sind, Belege für eigene Erfolge zu finden.

Neben dem Aufbau einer Dateninfrastruktur ist es auch unabdingbar, internationale Entwicklungen zu verfolgen, neue Indikatoren frühzeitig aufzugreifen (z.B. PaRIS Indikatoren) und bei der methodischen Weiterentwicklung mitzugestalten. Bei fortbestehenden Datenlücken sollten Bestrebungen erfolgen, weitere Datenquellen zu akquirieren oder bei einem persistierenden Datenmangel auch Primärforschung anzustreben (z.B. PKV-Versicherte, Palliativversorgung) und neue Forschungsfelder zu erschließen. Im Austausch mit anderen Akteuren sollte auch überprüft werden, ob das HSPA um weitere Bereiche (z.B. Reha, Suchthilfe) ergänzt werden sollte.

## **6 Zukünftige mögliche Überarbeitungen des bisherigen HSPA-Berichts**

Kernstück der Pilotierung eines HSPA für Deutschland sind die zwei Berichte aus den Jahren 2021 und 2023. Während der erste Bericht vorwiegend auf die Umsetzung des in der Machbarkeitsstudie vorgeschlagenen Vorgehens und des dort definierten Indikatorentableaus sowie die Beschaffung notwendiger Daten abzielte, stellt der zweite Bericht eine Weiterentwicklung dar. Er ist das Ergebnis zahlreicher konstruktiver Diskussionen und Feedbackschleifen mit dem BMG und dem Begleitkreis. Damit ist der zweite Bericht das Endprodukt des Projektes zur Pilotierung eines HSPA für Deutschland. Dennoch sind HSPA-Prozesse als ständig weiterzuentwickelnde, lernende Systeme zu verstehen und so haben sich auch für den zweiten Bericht bereits aus internen und externen Diskussionen Vorschläge zur Überarbeitung und Weiterentwicklung herauskristallisiert, die im Folgenden aufgezeigt werden, um sie bei einer möglichen Verstetigung des HSPA-Prozesses berücksichtigen zu können. Diese beziehen sich teils auf konzeptionelle Aspekte, insbesondere ergaben sich jedoch hinsichtlich der einzelnen Indikatoren und deren Darstellung zahlreiche Anmerkungen und Überlegungen zur Weiterentwicklung.

### Präzisierung von Zielsetzung und Zielgruppen:

Die Adressatengruppe eines potentiellen HSPAs für Deutschland sollte klarer definiert werden und kann beispielsweise im Rahmen von Workshops diskutiert und zudem auch konsentiert werden (s.a. Kapitel 2.1). Wie tiefgehend Indikatoren ausgewertet und beschrieben werden und die Art und Komplexität der Darstellungsweise hängen unmittelbar mit der Adressatengruppe zusammen. So ist auch das bisherige Feedback ambivalent. Während sich einige Stakeholder Kürzungen und Vereinfachungen wünschen, schlagen andere ergänzende Analysen und Beschreibungen vor.

#### Adressatengerechtes Endprodukt:

Auch die Gesamtdarstellung in Berichtsform sollte mit den (zukünftigen) Adressaten diskutiert werden. Gegebenenfalls eignen sich andere Formen der Informationsaufarbeitung, wie beispielsweise eine webbasierte interaktive Datenbank, besser. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob ergänzende Materialien, wie z.B. Factsheets, für sinnvoll erachtet werden. Weiteres Feedback diesbezüglich bezieht sich auf eine Optimierung der Darstellungsformen für ein intuitiveres Verständnis – sowohl was das Frameworks angeht als auch die Darstellung der Zusammenhänge zwischen den Indikatoren und letztlich die Ergebnisdarstellung.

#### Klärung von Umfang und Rahmenbedingungen (z.B. Zuständigkeiten) des Assessment-Prozessschrittes und der Ableitung von Empfehlungen:

Im Zusammenhang mit der Berichtsform stellt sich auch die Frage, ob eine reine Beschreibung der Daten erfolgen soll, oder ob die Ergebnisse darüber hinaus auch interpretiert und diskutiert werden sowie Erklärungsansätze gegeben werden sollen. So wurde mehrfach der Wunsch nach internationalen best-practice Beispielen geäußert. Hier müssten dann auch die entsprechenden Kompetenzen der am HSPA beteiligten Akteure bereits im Vorfeld geklärt werden.

Kontinuierliche Fortentwicklung von Indikatortableau und ggf. konzeptionellem Gerüst: Auch die Operationalisierung der Indikatoren und deren Einbettung in das Framework sind immer wieder Gegenstand von Diskussionen. So sollte für die Zukunft geklärt werden, inwiefern erklärende Faktoren Bestandteil eines HSPA-Berichts sein sollten und in welchem Ausmaß diese aufgenommen werden sollen. Gleichzeitig besteht der Wunsch zur Aufnahme neuer Indikatoren, wie z.B. Riskanter Alkoholkonsum oder Zugang und Qualität der Suchthilfe. An dieser Stelle kann erneut betont werden, dass das Indikatortableau als Startpunkt für eine kontinuierliche Weiterentwicklung betrachtet werden sollte und im Sinne des HSPA-Prozesses nicht abschließend feststeht. Mit der Aufnahme neuer Indikatoren, aber auch zur Ausgestaltung bereits etablierter Indikatoren, wird das Erschließen weiterer Datenquellen vorgeschlagen. Das Feedback des BMG enthält diesbezüglich teils sehr konkrete Vorschläge wie z.B. die Nutzung von Daten der „Gesundheitsforen Leipzig“ zur Auswertung der organisierten Screening-Programme für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs sowie den Jahresbericht Evaluation der „Kooperationsgemeinschaft Mammographie“. Im Rahmen einer Verstetigung des HSPA wären die entsprechenden Prozesse und Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung von theoretischem Gerüst und Indikatortableau zu bestimmen (s. Kapitel 3.1).

## **7 Anschließende Projektideen**

Im Rahmen des 3-jährigen Prozesses der HSPA-Pilotierung für Deutschland haben sich neben der Erstellung des letzten HSPA-Berichtes auch einige weitere Felder für eine mögliche Bearbeitung aufgetan, die über den Rahmen des Pilotierungs-Projektes hinausgingen, aber deren nähere Betrachtung in zukünftigen Projekten lohnend erscheint. Zu diesen Forschungsbedarfen und weiterführenden Projektideen zählen beispielsweise:

#### Erweiterung der Datengrundlage:

Bei der Erschließung der verfügbaren Datenbasis zur regelmäßigen Durchführung eines HSPA für Deutschland haben sich Datenlücken teils zu bestimmten Versorgungsaspekten gezeigt, deren Schließung zukünftig aktiv angegangen werden sollte. Dies wären etwa primäre Datenerhebungen zu „Indikatorenlücken“ z.B. im Bereich von mental health oder Palliativversorgung sowie die Etablierung regelmäßiger Erhebungen z.B. im Bereich der Gesundheitskompetenz.

#### Durchführung einer Art Fokus-HSPA im Hinblick auf Auswirkungen der Covid-Pandemie:

Die Covid-Pandemie hatte weitreichende Auswirkungen auf die Versorgung und das Gesundheitssystem insgesamt. Das gesamte Ausmaß der Auswirkungen der Covid-Pandemie ist bis heute noch nicht gänzlich zu erfassen und einzuordnen, dennoch liefern die bisherigen Erkenntnisse sehr relevanten Eindrücke über die Funktionsweise und Resilienz beispielsweise auch für zukünftige Pandemien. Die Durchführung eines „COVID-HSPA“ mit Fokus auf den Zeitreihenbrüchen und Auswirkungen der Pandemie sowie den Erholungseffekten bis heute könnte einen wesentlichen Beitrag zur Analyse dieser Prozesse liefern.

#### Analyse und Evaluation von Reformen des Gesundheitssystems mithilfe des HSPA:

Ähnlich der Analyse der Umbrüche durch die Covid-Pandemie eignet sich ein HSPA auch zur Evaluation von größeren Reformen im Gesundheitssystem, indem über die HSPA-Dimensionen alle möglicherweise betroffenen Bereiche sowie deren Zusammenhänge betrachtet werden. So können erwünschte und unerwünschte Veränderungen herausgearbeitet werden und beispielsweise im Vergleich mit den parallelen Entwicklungen in anderen Ländern evaluiert werden. Ein mögliches Beispiel hierfür ist die momentan in Vorbereitung befindliche Reform der Krankenhausversorgung im Bund oder die bereits früher startenden Veränderungen in Nordrhein-Westfalen, bei der beispielsweise sehr gut ein Vergleich mit den anderen Bundesländern (allen oder ausgewählten) möglich wäre.

#### Stärkung der Verknüpfung von Dimensionen und Indikatoren über bspw. „Performance Pathways“:

Die Verbindung der Dimensionen miteinander und eine Betrachtung ihrer Zusammenhänge ist eine der großen Stärken eines HSPA, was im Pilotbericht aufgrund des zunächst zu erfolgenden Fokus auf die Datenarbeit jedoch nur recht kurz im Kapitel zu den Bedarfskategorien behandelt werden konnte. Ein Fokus auf eine stärkere Verknüpfung der Dimensionen erfolgte bspw. auch in dem im Jahr 2023 erschienenen HSPA-Framework des European Observatory on Health Systems and Policies, was zeigt, dass es hierzu auch internationale Bestrebungen gibt. Im Rahmen der Betrachtung einzelner Versorgungsbereiche wie etwa den Bedarfskategorien oder noch spezifischer von konkreten Krankheits- oder Bevölkerungsgruppen kann dabei gezielt die Leistungsfähigkeit in den einzelnen Dimensionen und deren Auswirkungen aufeinander analysiert werden (was dann als performance pathways bezeichnet werden könnte). Aufbauend auf den Ergebnissen des Piloten wird hierzu derzeit beispielhaft der Zugang und die Qualität der stationären Schlaganfallversorgung in Deutschland näher untersucht mit besonderem Fokus auf regionalen Unterschieden.

#### Wissenschaftliche Begleitung der Verstetigung des deutschen HSPA:

Im Falle einer Verstetigung des HSPA-Prozesses für Deutschland würde diese wie in den Prozessschritten zur Durchführung eines HSPA dargestellt optimalerweise auch parallel evaluiert und weiterhin wissenschaftlich begleitet werden. Im beginnenden Verstetigungsprozess könnten dabei verschiedene Schwerpunkte von Relevanz sein wie etwa die Vermittlung der Relevanz und die nationale und internationale Anschlussfähigkeit. Daneben auch eine Bedarfsanalyse unter den Adressaten des zukünftigen HSAs zur Optimierung der Ausgestaltung.

