

# European health policies, spending and outcomes *(Gesundheitspolitiken, Ausgaben und Ergebnisse im europäischen Vergleich)*

**Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH**

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin  
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

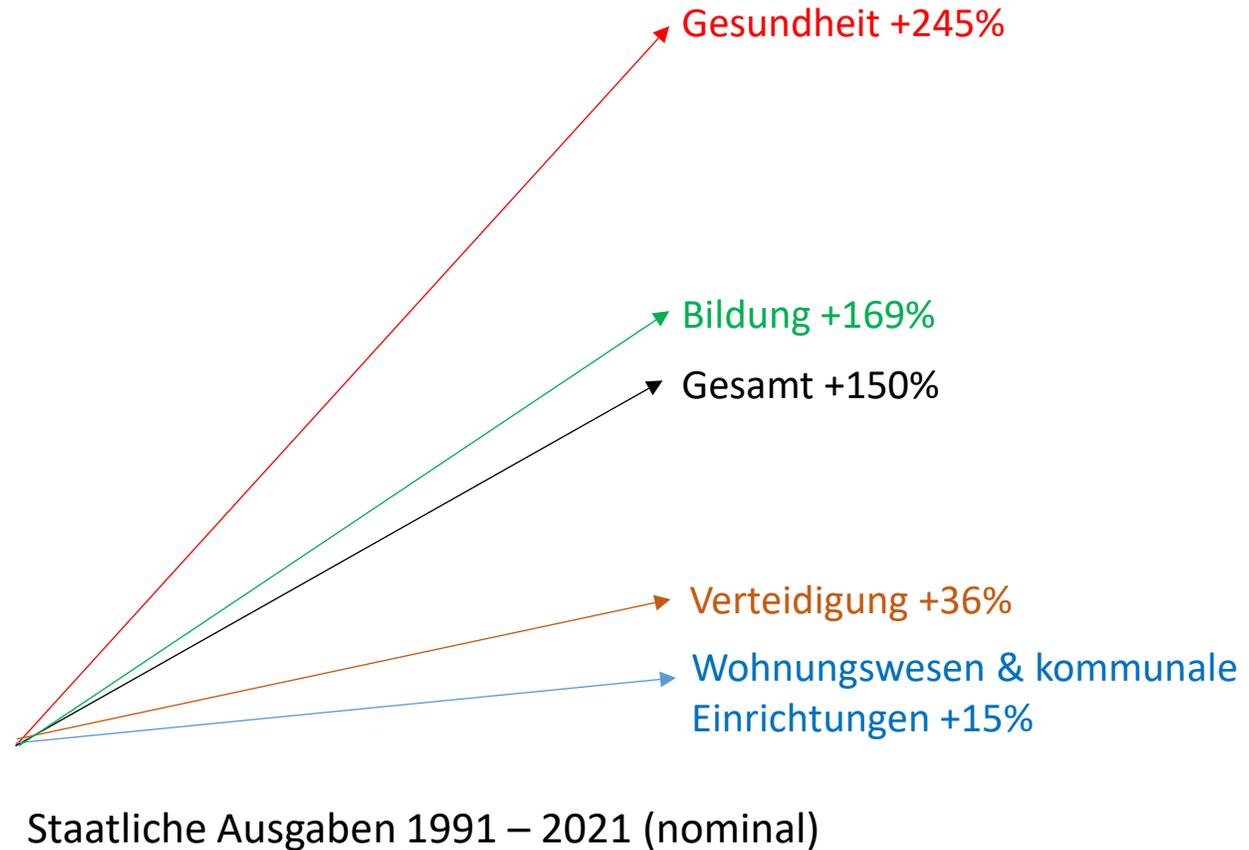
&

European Observatory on Health Systems and Policies

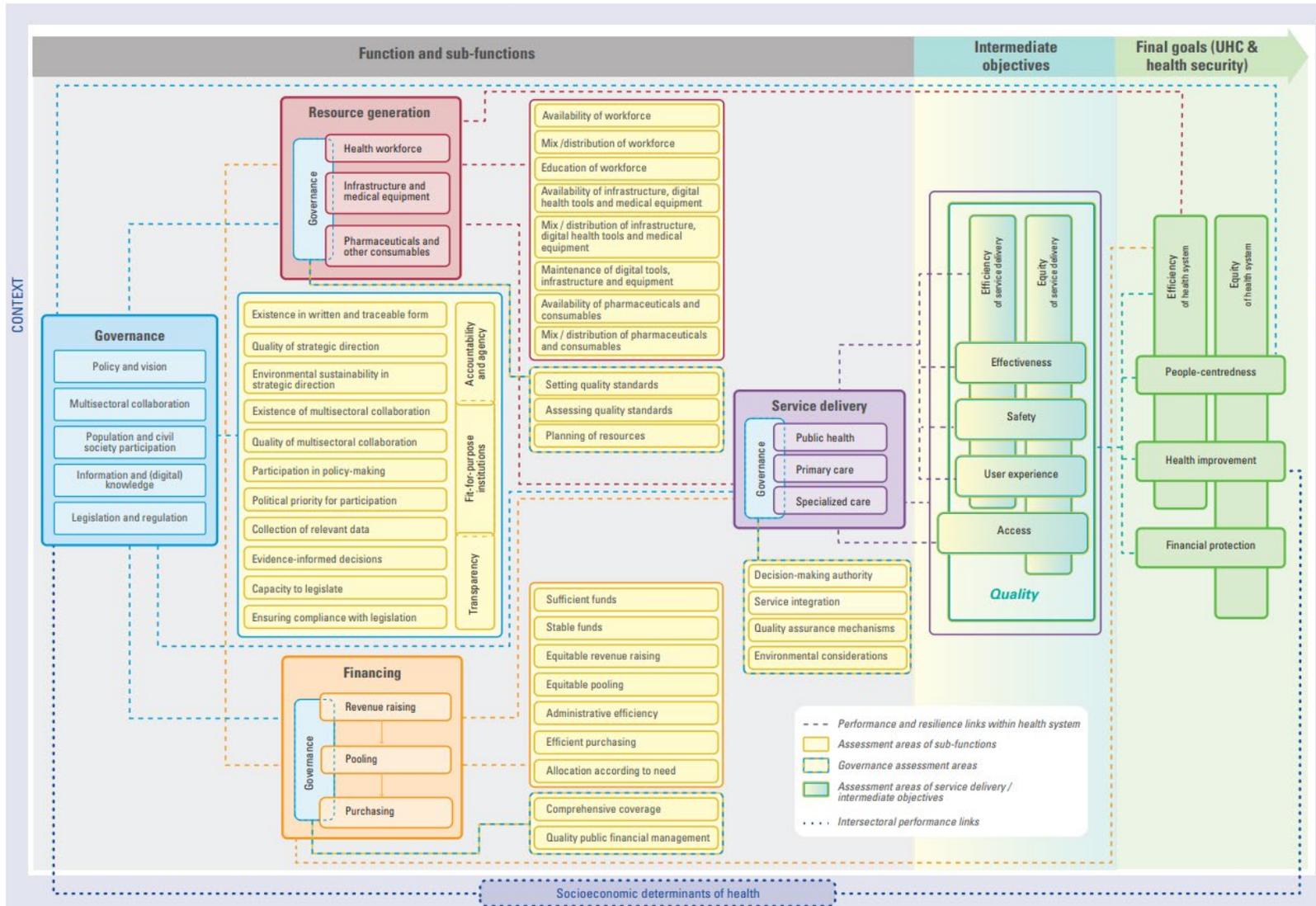
Waren die Gelder, die in den letzten 3 Jahrzehnten in das Gesundheitssystem geflossen sind, gut investiert?

(Aber: wie bestimmen wir „gut investiert“?)

Falls ja, woran lag es?  
Falls nein, was hätten wir anders machen sollen?



# Erinnerung an Vortrag von Dimitra Panteli...

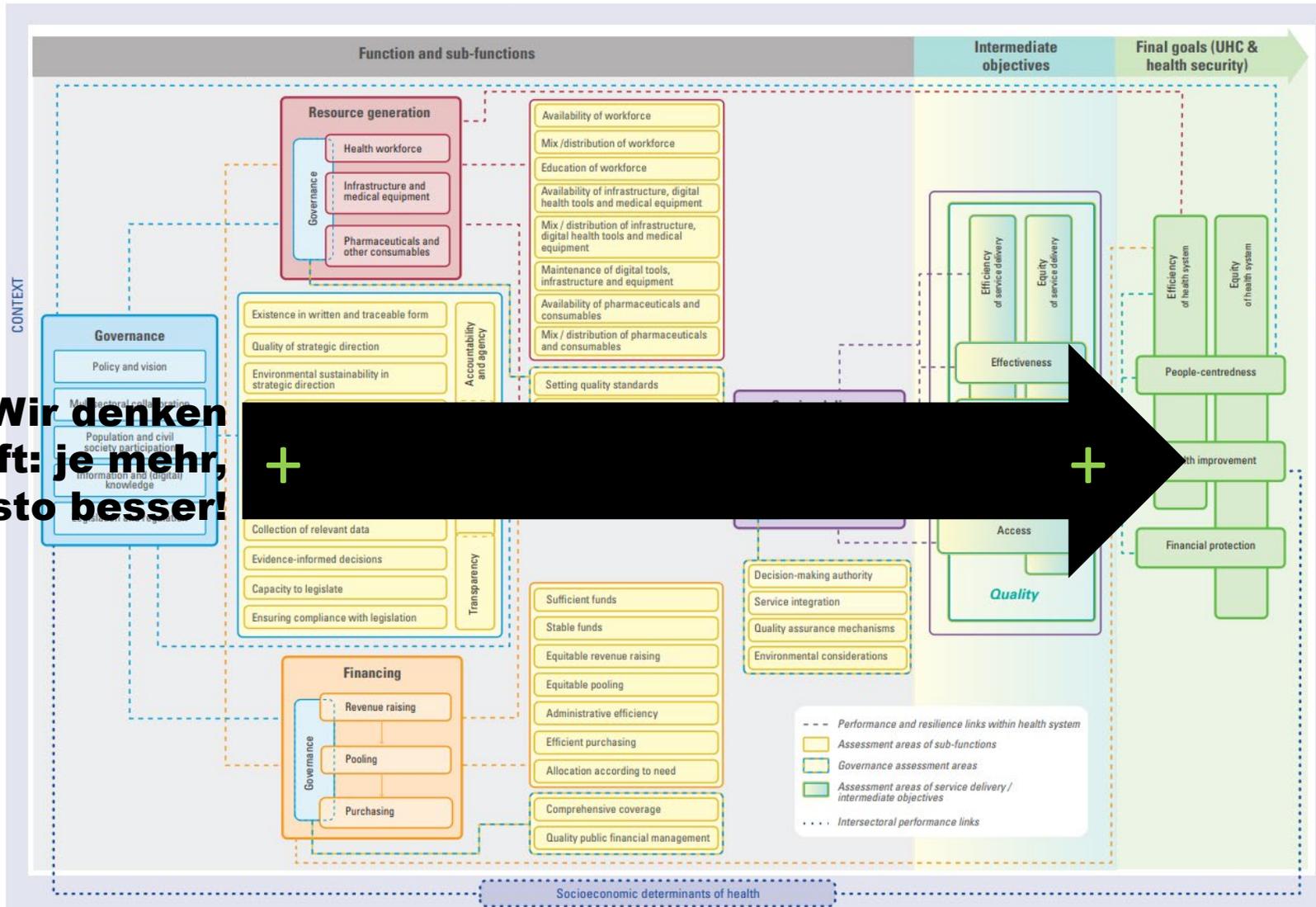


Vier Grundannahmen:

1. Das Erreichen der Ziele des Gesundheitssystems ist an leistungsfähige Funktionen des Gesundheitssystems gebunden
2. Die Leistung der Funktionen des Gesundheitssystems kann bewertet werden
3. Die Leistung des Gesundheitssystems kann bewertet werden
4. Es können Verbindungen zwischen einzelnen Funktionen sowie zwischen Funktionen und Zielen hergestellt werden



# Erinnerung an Vortrag von Dimitra Panteli...



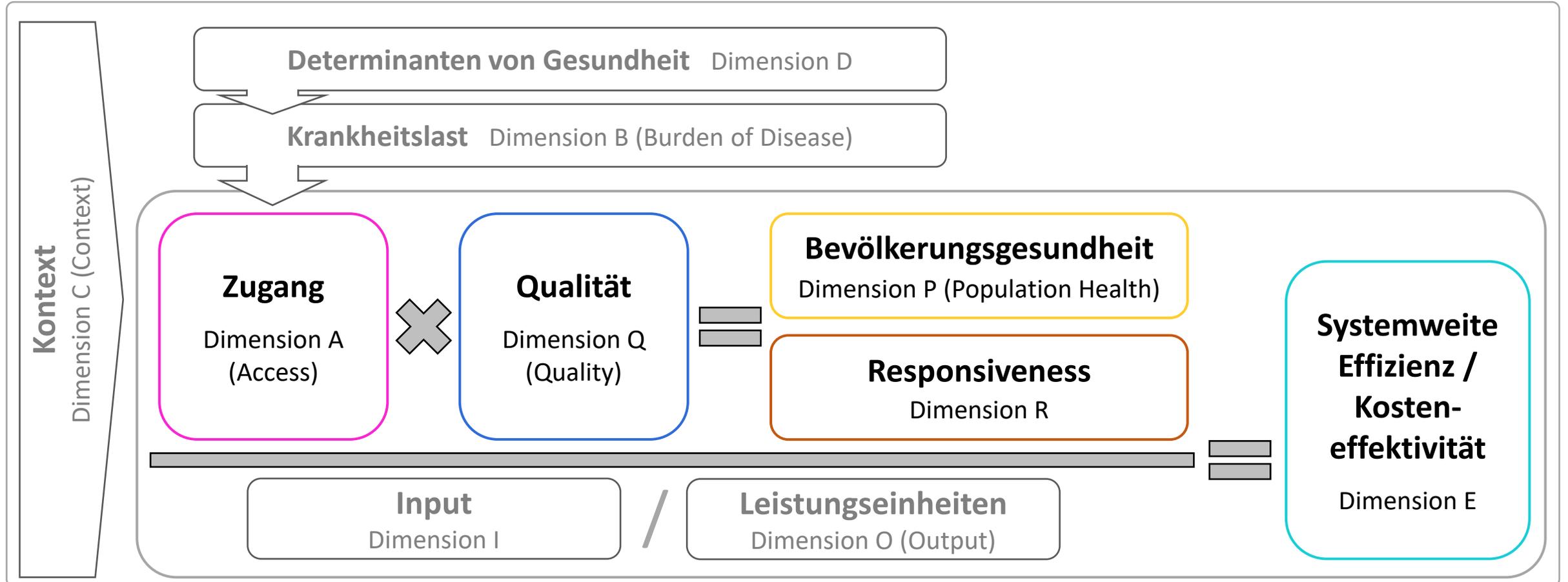
**Wir denken oft: je mehr, desto besser!**

## Vier Grundannahmen:

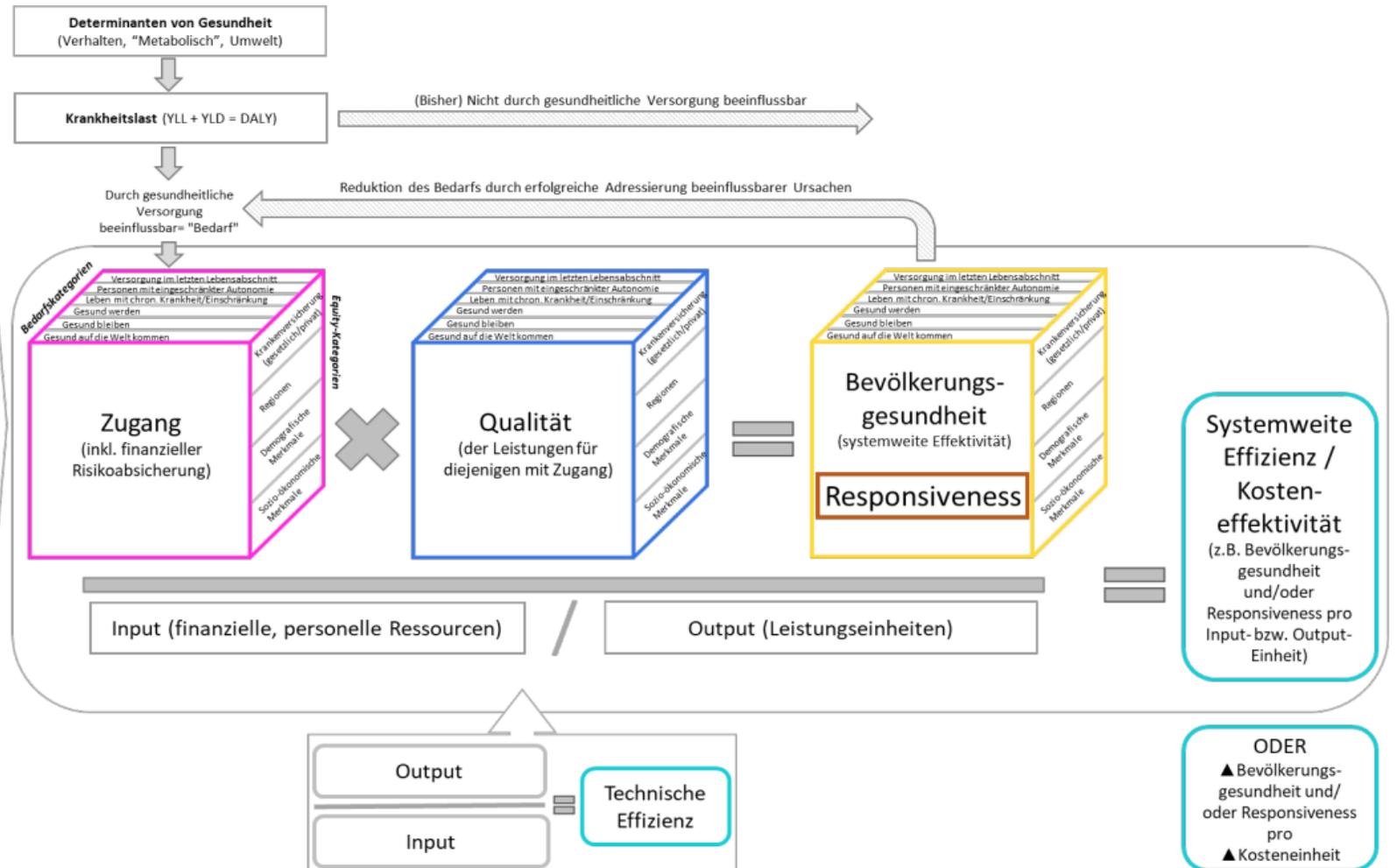
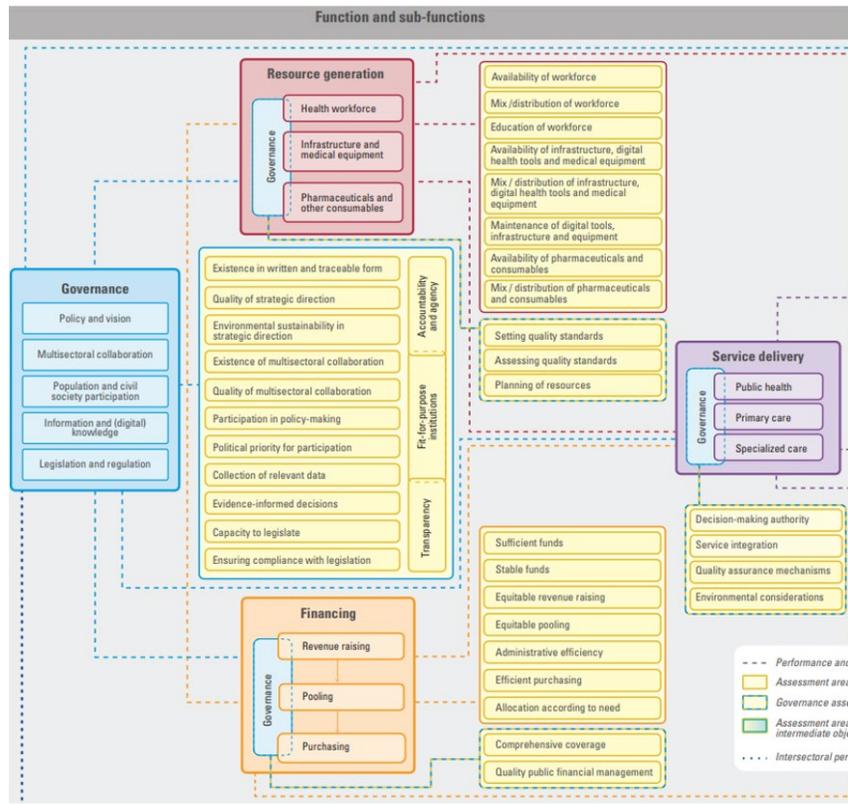
1. Das Erreichen der Ziele des Gesundheitssystems ist an leistungsfähige Funktionen des Gesundheitssystems gebunden
2. Die Leistung der Funktionen des Gesundheitssystems kann bewertet werden
3. Die Leistung des Gesundheitssystems kann bewertet werden
4. **Es können Verbindungen zwischen einzelnen Funktionen sowie zwischen Funktionen und Zielen hergestellt werden**



# Das HSPA-Framework für Deutschland: was leistet das System wirklich?



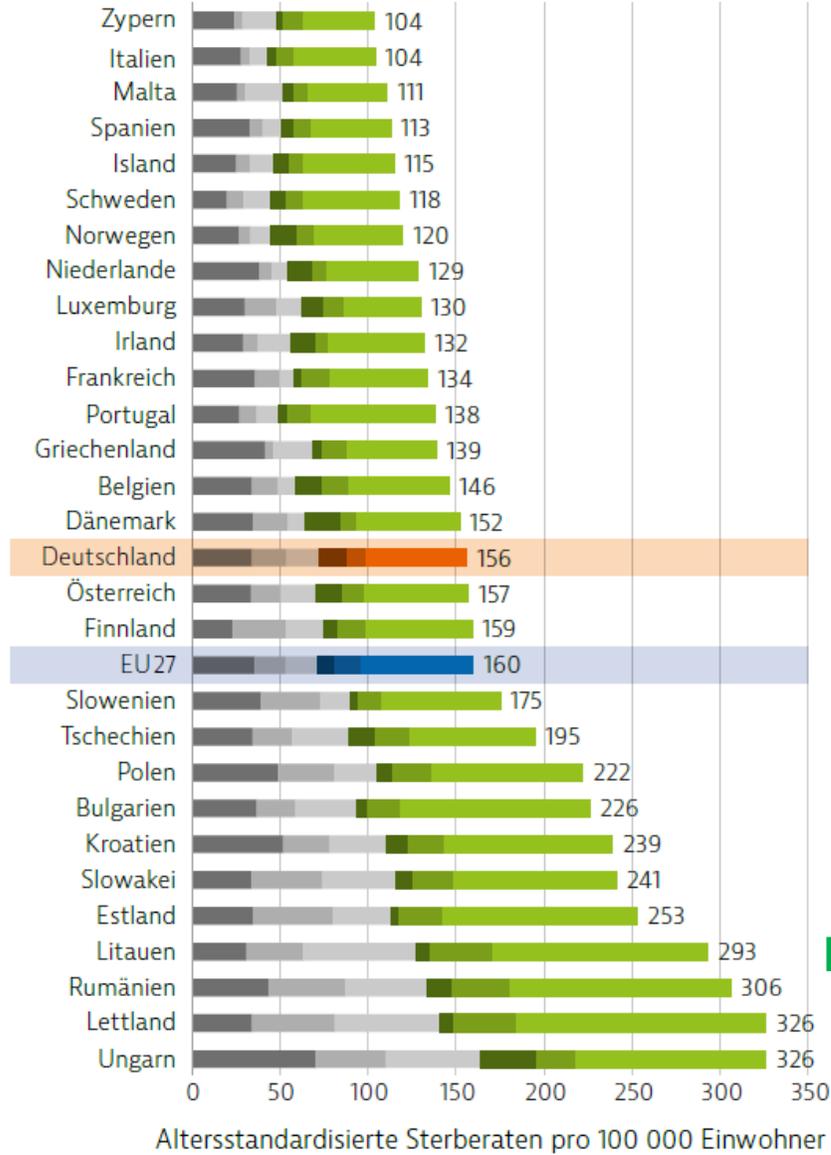
# Das erweiterte Framework und seine Beziehung zum WHO-Framework



Wie definieren  
und messen wir  
das Ergebnisse  
des Gesundheits-  
systems in Bezug  
auf Gesundheit?

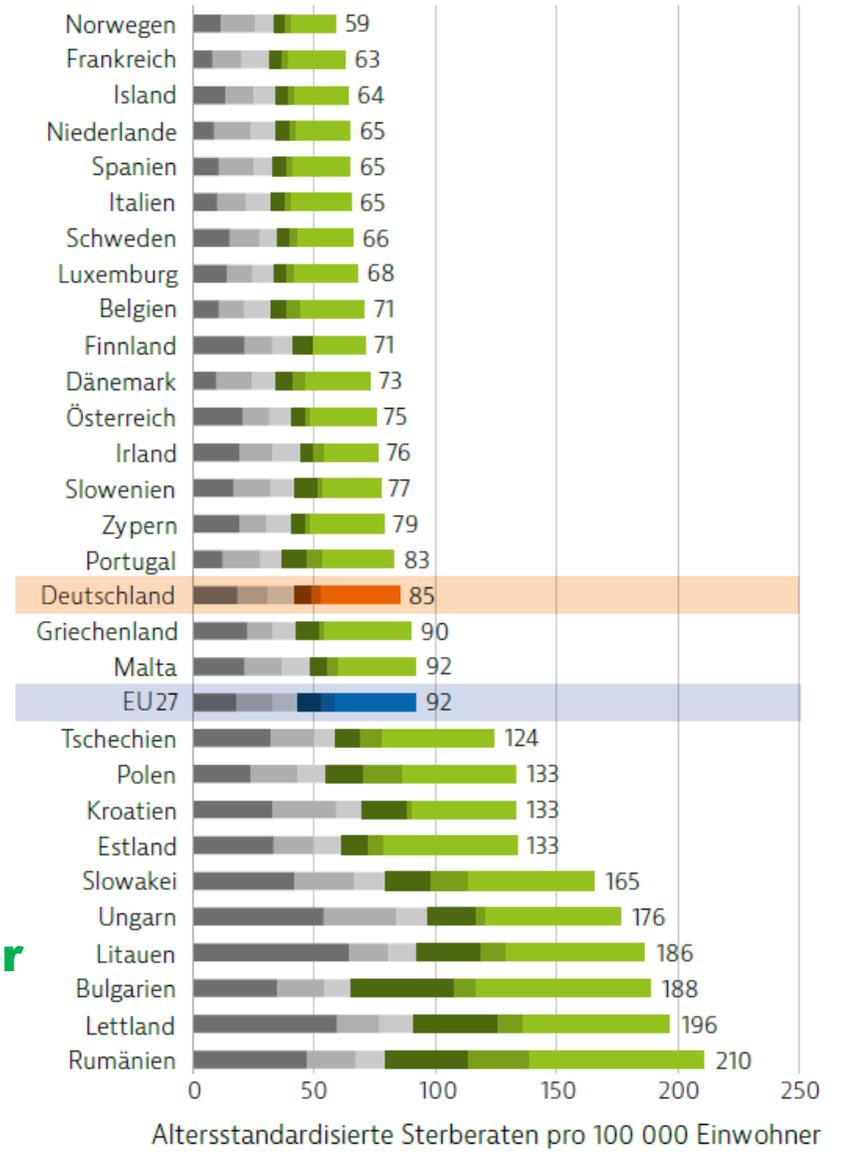
Bester Ansatz:  
durch Prävention/  
Behandlung  
vermeidbare  
Todesfälle

### Durch Prävention vermeidbare Todesfälle



- Lungenkrebs
- Alkoholbedingte Erkrankungen
- Ischämische Herzerkrankung
- Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege
- Unfälle (Verkehrsunfälle und sonstige)
- Sonstige

### Durch Behandlung vermeidbare Todesfälle

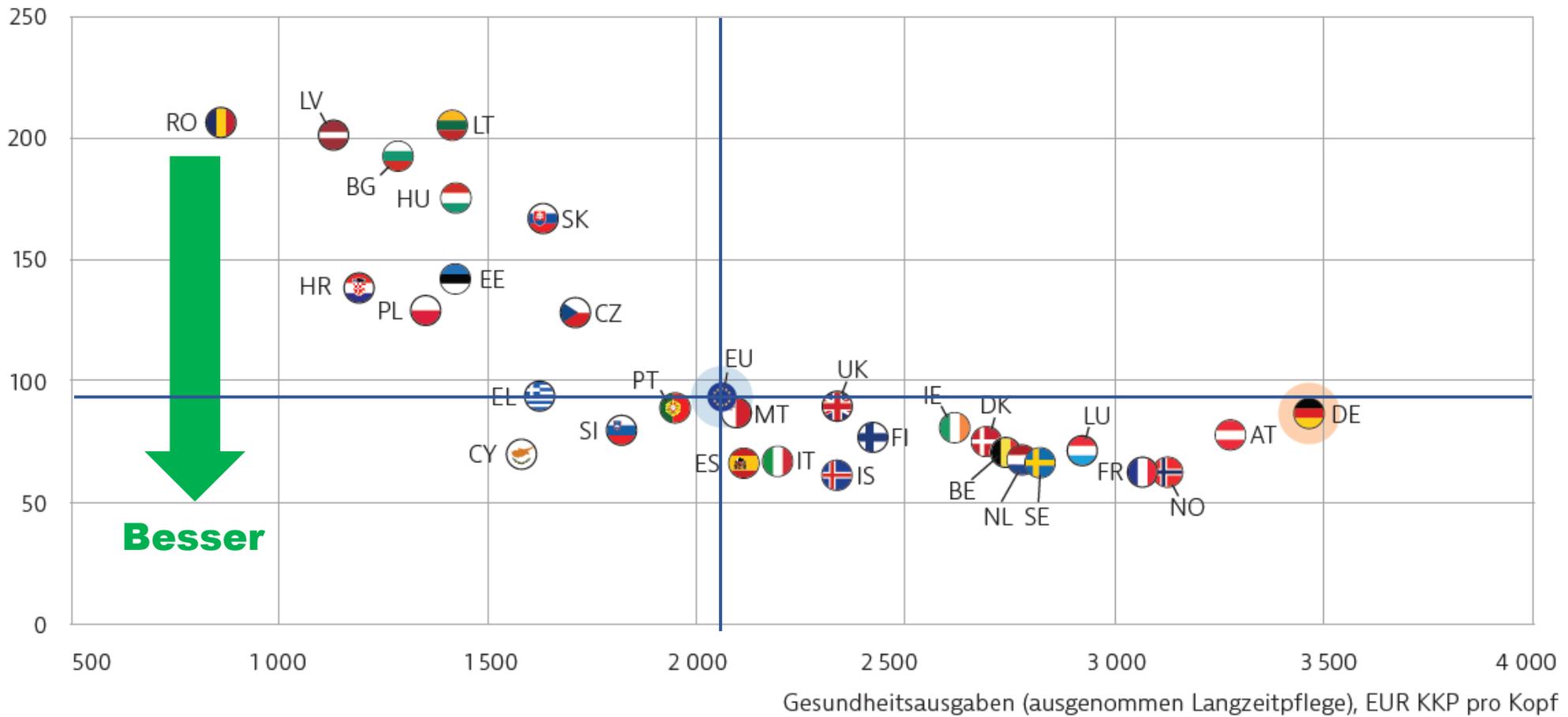


- Ischämische Herzerkrankung
- Darmkrebs
- Brustkrebs
- Zerebrovaskuläre Erkrankung
- Pneumonie
- Sonstige

Besser

Abbildung 20. Einige Länder weisen eine geringere durch Gesundheitsfürsorge vermeidbare Sterblichkeit auf, geben pro Kopf jedoch weniger aus als Deutschland

Behandelbare Todesursachen pro 100 000 Einwohnern



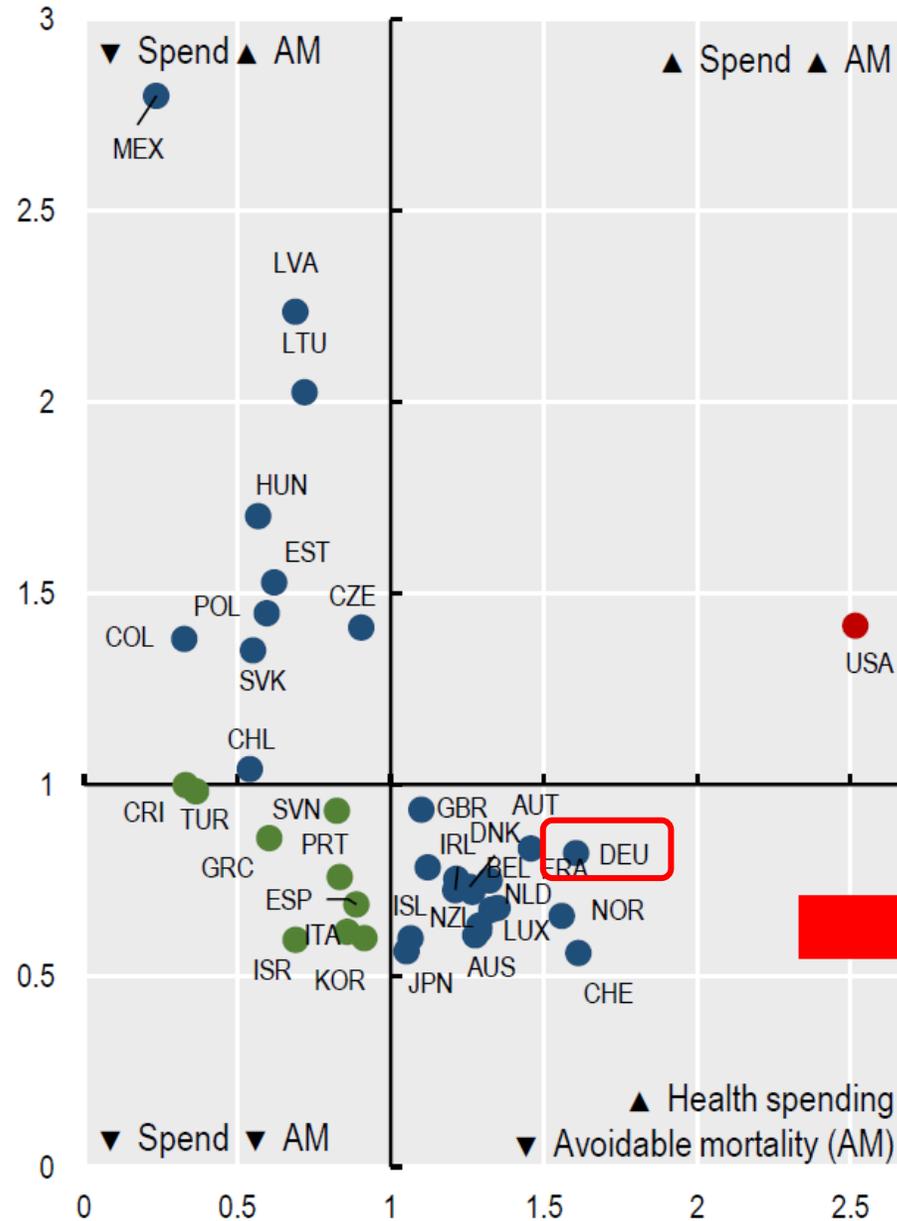
Effizienz:  
Kosten vs.  
Ergebnisse  
(quer-  
schnittlich)  
– die  
EU-Version

Besser

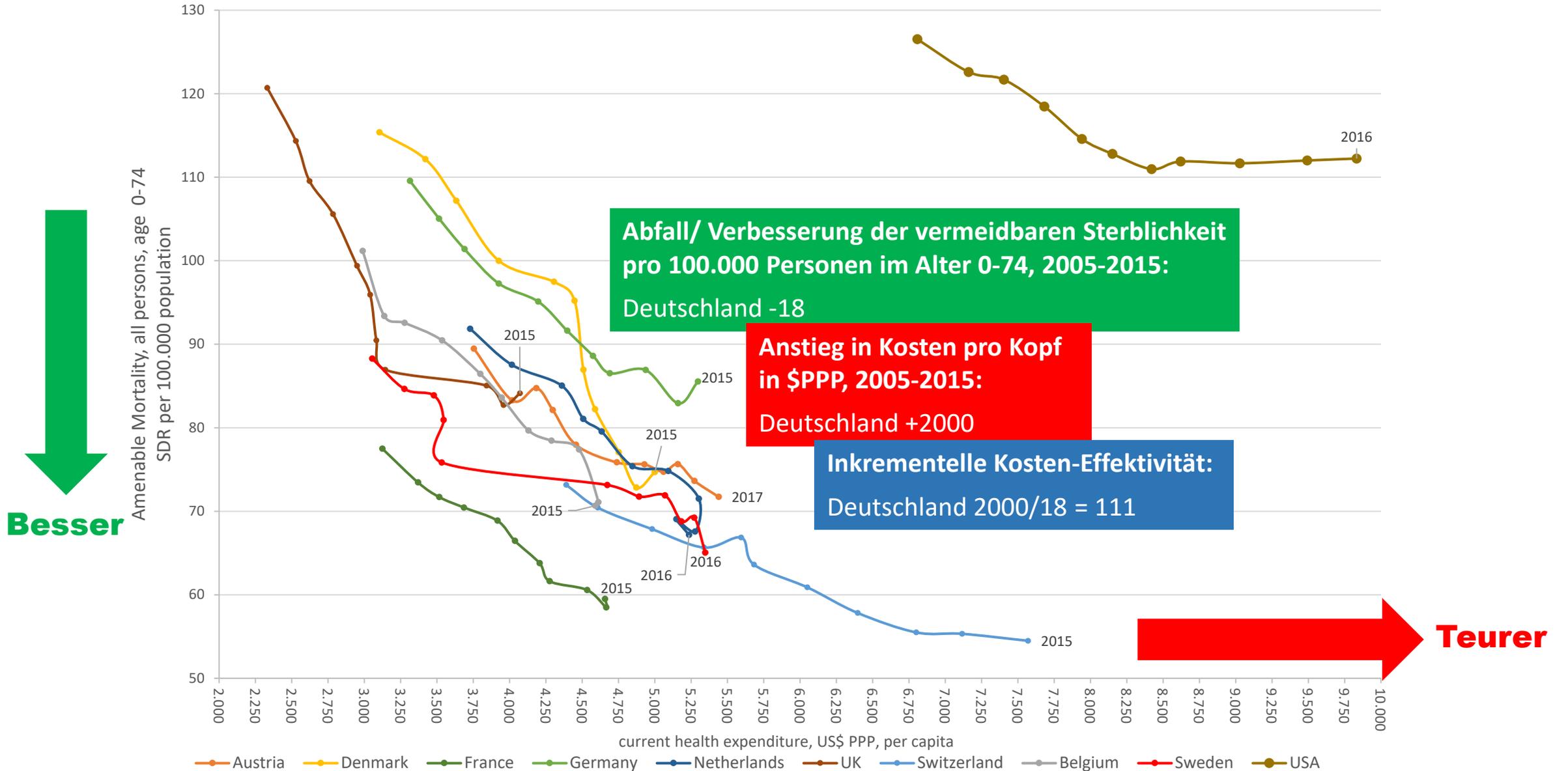
Teurer

Figure 1.8. Avoidable mortality (preventable and treatable) and health expenditure

Effizienz:  
Kosten vs.  
Ergebnisse  
(quer-  
schnittlich) –  
die OECD-  
Version

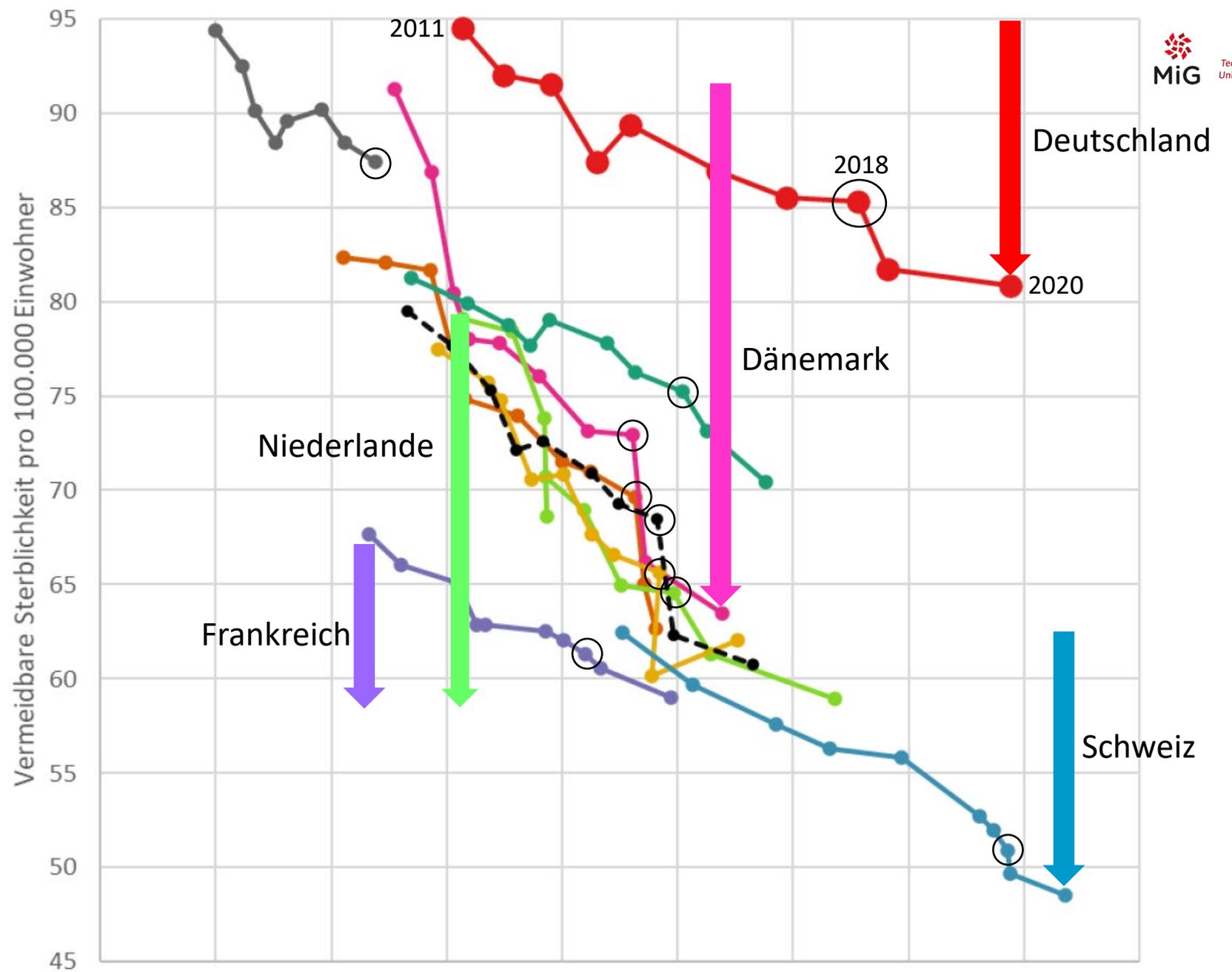


# Effizienz: Unser eigener, längsschnittlicher Ansatz (zunächst im Lancet publiziert)



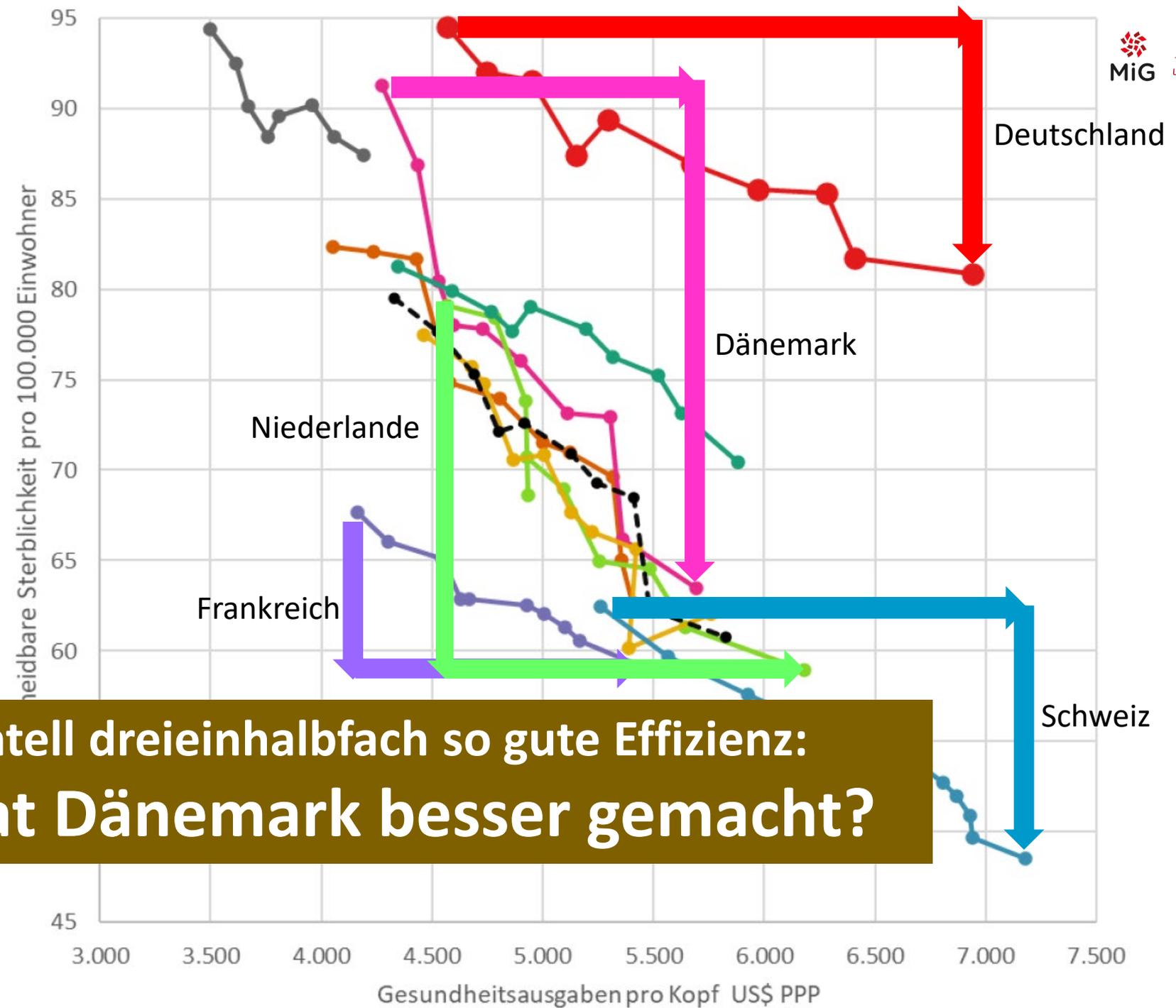
Und hier mit aktualisierten Daten (2011-2020; aus dem deutschen HSPA-Bericht 2024)

- Deutschland\*
- Belgien
- Dänemark
- Frankreich
- Niederlande
- Österreich
- Schweden
- Schweiz
- Vereinigtes Königreich
- - - Durchschnitt (ohne DE)



Und hier mit aktualisierten Daten (2011-2020; aus dem deutschen HSPA-Bericht 2024)

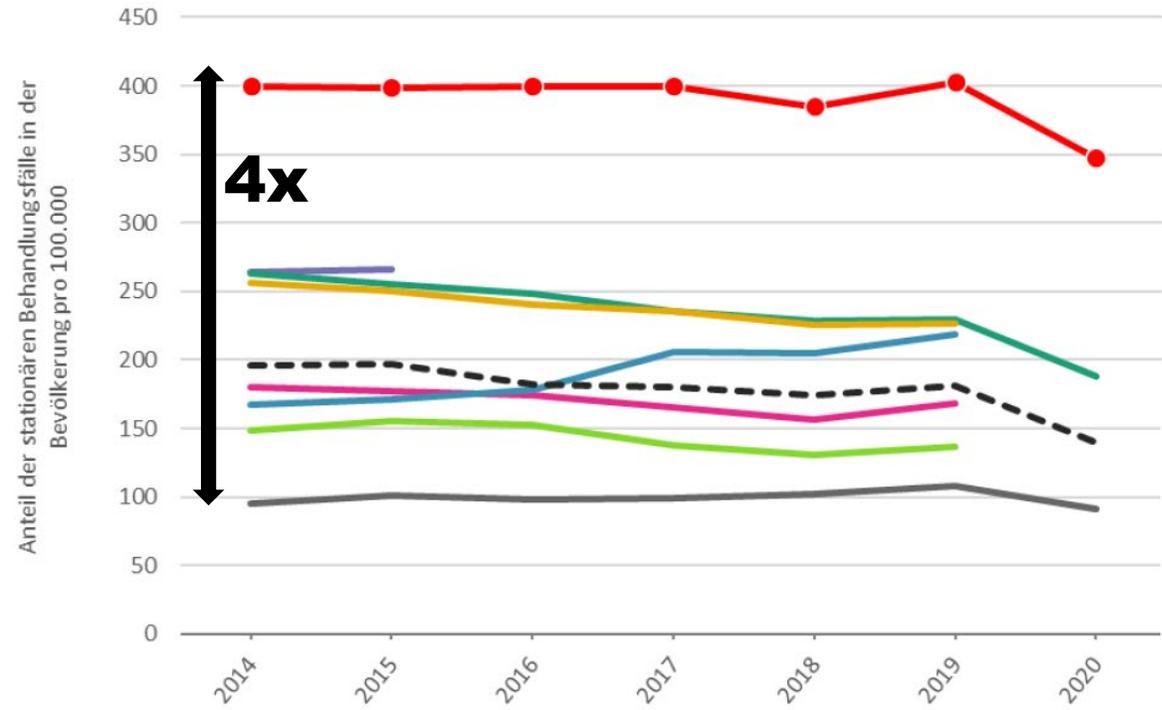
- Deutschland\*
- Belgien
- Dänemark
- Frankreich
- Niederlande
- Österreich
- Schweden
- Schweiz
- Vereinigtes Königreich
- - - Durchschnitt (ohne DE)



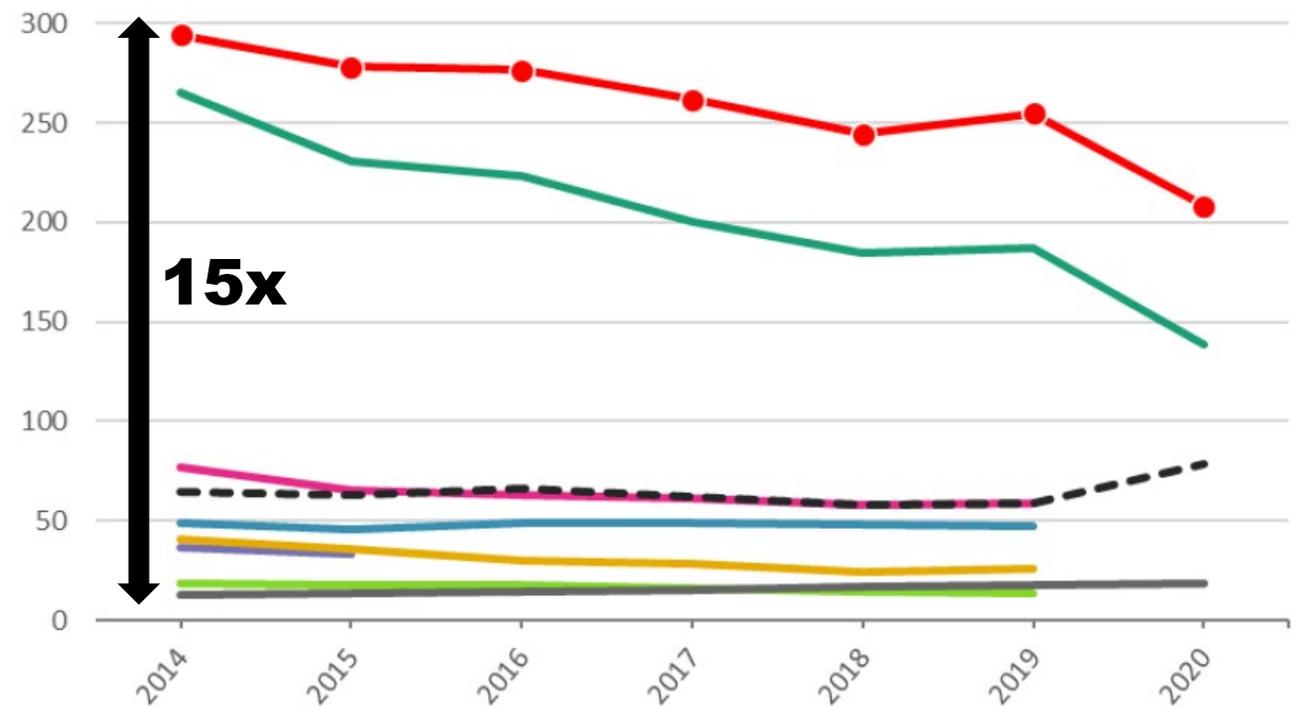
**Inkrementell dreieinhalbfach so gute Effizienz:  
Was hat Dänemark besser gemacht?**

Weniger vollstationär wäre wohl oftmals besser ...

hier: vermeidbare/ „ambulant-sensitive Krankenhausfälle“ für Herzinsuffizienz (links) und Bluthochdruck (rechts) – *jeweils als Hauptdiagnose!*



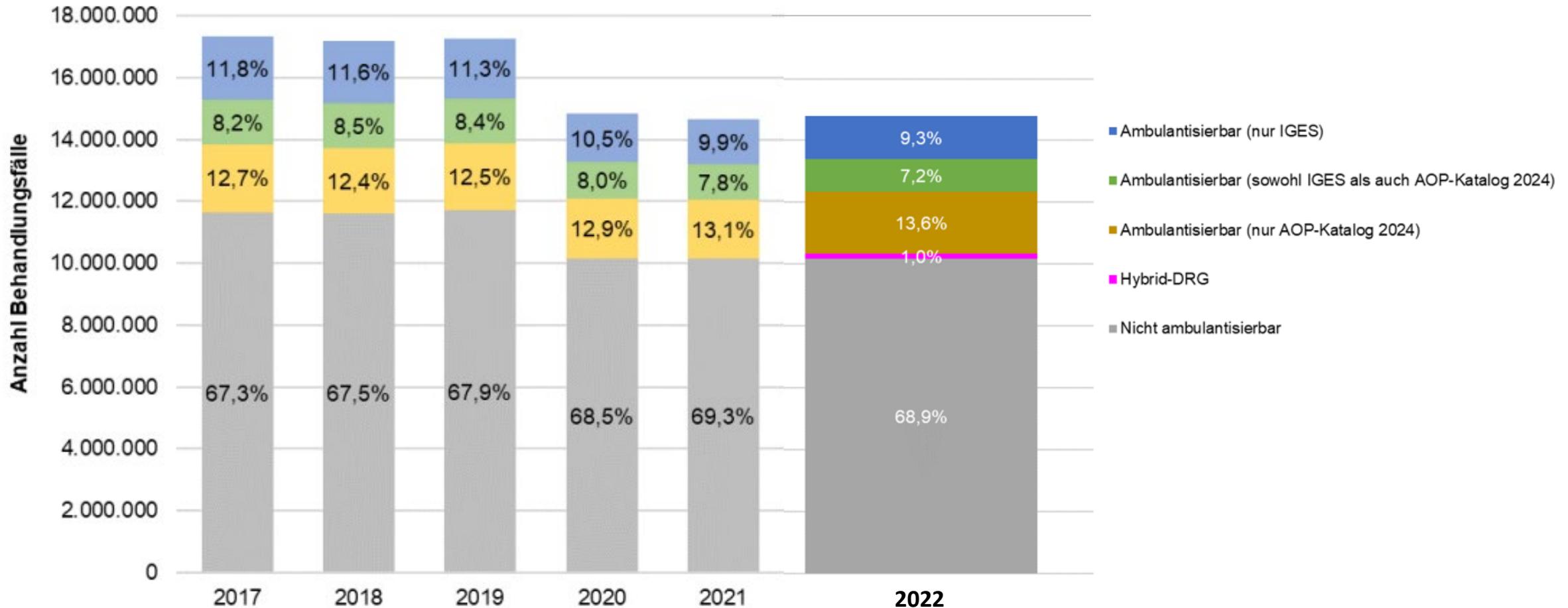
4x



15x

Das schlägt sich auch in unseren Berechnungen nieder:

bis zu 30% der stationären Fälle sind ambulantisierbar (bzw. vermeidbar) – das sind über 4 Millionen Fälle



\* Ohne Neugeborene und Entbindungen

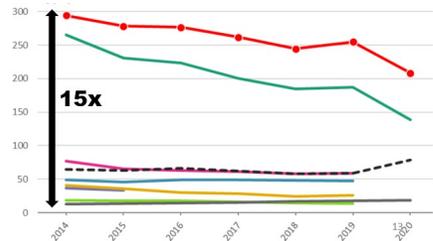
„Low-value care“ braucht mehr Aufmerksamkeit,  
d.h. insbesondere das Erbringen schädlicher, unnötiger, kosten-ineffektiver  
und ökologisch fragwürdiger Leistungen ...

Type of low-value care	A. The service harms the patient	B. The service does not benefit the patient/has no effect (no benefit or benefit/ harm relation unfavourable)	C. There are more cost-effective alternatives to the service	D. There are more environmentally sustainable alternatives with similar or higher benefits	E. The service is delivered in a costlier setting/sector or by costlier professions than necessary
Definition	Services that pose more risks (for example, adverse patient events, such as health-care-associated infections, surgical-care errors, and unsafe technologies) than benefits to the patients (costs are by definition unwarranted)	Services that lead to additional costs without expected health benefit, that is, the services have no known benefit for all patients or the services are not appropriate for the individual patient, based on expected outcomes, medical criteria, guidelines or preferences	Services for which alternatives exist that provide the same benefit for lower cost, or higher benefit for the same cost, that is, are more cost-effective	Services or resources for which alternatives exist that provide similar benefit while being more environmentally sustainable (or higher benefit for the same environmental impact)	Services that could be provided at a lower level of care (setting/ sector/ profession) incurring fewer costs (and reducing potential patient risks) or that could have been prevented by the provision of care at previous levels of care

... aber auch das Nicht-Erbringen von notwendigen Leistungen

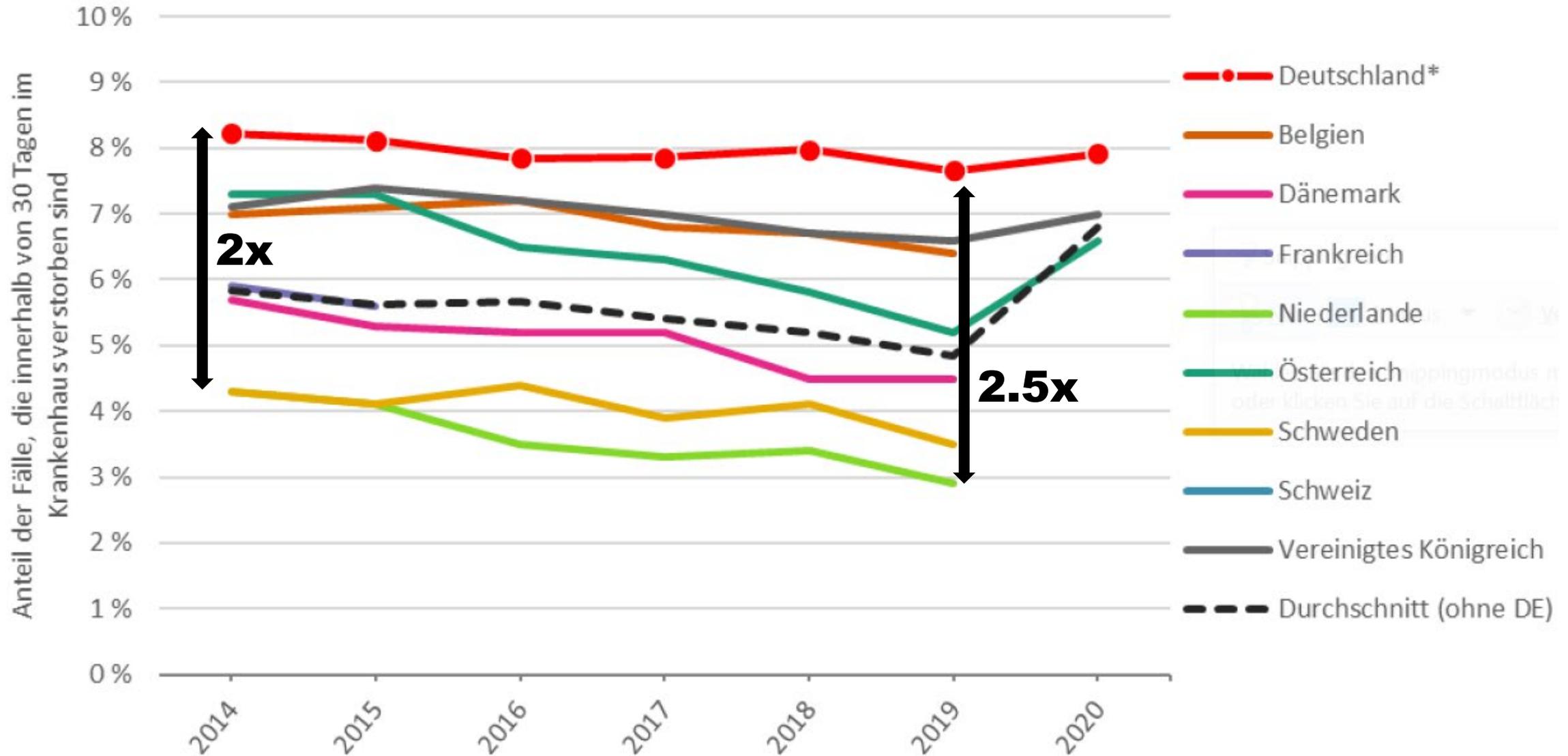
<p>F. Geographic variation (entire population and service provision in one area versus another)</p>	<p>G. By patient groups (social, demographic etc.)</p>
<p>Provision/ costs/ quality of services vary between geographic regions not explained by different need</p>	<p>Provision/ costs/ quality of services vary between patient groups (segmented by social, demographic and or other characteristics) not explained by different need</p>

... häufig identifizierbar durch unerklärliche Variationen!



<p>H. Services which are necessary and considered cost-effective</p>	<p>I. Services which are necessary and save costs</p>
<p>Cost-effective services not provided despite necessity – meaning that services are not offered to patients fitting a particular clinical description while such services are considered cost-effective</p>	<p>Services that are not provided despite being considered high value, as they both improve health outcomes and save costs (“dominating” in the cost-effectiveness plane)</p>

Vergessen sollten wir dabei nicht, dass es auch bei den zu Recht stationär behandelten Fällen noch risige Qualitätsreserven gibt – zu heben z.B. mit Pflicht zum Linksherzkatheterlabor und Kardiologen 24/7



# Der Versuch eines Fazits

- „Ausgaben“ und „Ergebnisse“ in Beziehung zu setzen, heißt sich mit Effizienz zu beschäftigen. Sie zu definieren und zu messen, ist schwierig, aber möglich.
- Die Ansätze, die existieren und die „vermeidbare Todesfälle“ als Ergebnis nutzen, zeigen, dass die inkrementelle Effizienz etwa in Dänemark deutlich besser ist.
- Das Identifizieren von Gründen („Gesundheitspolitiken“) braucht weitere Daten zu Unterschieden zwischen den Systemen.
- Mehr ist längst nicht immer besser. Im Gegenteil: „low value care“ in seinen verschiedenen Facetten ist ein Problem, das angegangen werden muss – bevor noch mehr Geld verschwendet wird.