

Prüfungskompendium

Öffentliche Gesundheit ("Public Health")

Im Zeitraum 2014-2019 veröffentlichte Prüfungsberichte

Dezember 2019

DE

Kontakt: www.contactcommittee.eu

© Europäische Union 2019.

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Quelle: Kontaktausschuss der Präsidenten der Obersten Rechnungskontrollbehörden der Europäischen Union.

Die Genehmigung zur Nutzung oder Wiedergabe des folgenden Materials muss direkt bei den Urheberrechtsinhabern eingeholt werden:

Abbildungen 1, 6 und 8: © OECD/Europäische Union 2018.

Abbildungen 2, 3, 7, 9, 12, 13 und 14: © OECD.

Abbildung 4: © Weltgesundheitsorganisation (WHO).

	Seite
Vorwort	7
Zusammenfassung	9
TEIL I – Öffentliche Gesundheit ("Public Health") in der EU	11
Öffentliche Gesundheit – Länger leben, besser leben	12
EU-Gesundheitspolitik	13
Rechtsgrundlage und Zuständigkeiten	13
Politische Ziele	14
Finanzierung	15
Öffentliche Gesundheit in den EU-Mitgliedstaaten	16
Prävention und Schutz	17
Zugang zur Gesundheitsversorgung	23
Qualität der Gesundheitsdienstleistungen	26
Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste	29
Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte	34
TEIL II – Überblick über die Arbeit der ORKB	38
Einleitung	39
Prüfungsmethodik	39
Prüfungszeitraum	39
Prävention und Schutz	42
Prüfungsziele	42
Wichtigste Prüfungsfeststellungen	42
Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen	43
Prüfungsziele	43
Wichtigste Prüfungsfeststellungen	44

Qualität der Gesundheitsdienstleistungen	45
Prüfungsziele	45
Wichtigste Prüfungsfeststellungen	45
Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste	47
Prüfungsziele	47
Wichtigste Prüfungsfeststellungen	47
Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte	48
Prüfungsziele	48
Wichtigste Prüfungsfeststellungen	48
Weiterverfolgung der Prüfungen	49
TEIL III – Berichte der ORKB auf einen Blick	50
Prävention und Schutz	51
Belgien – Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof	52
Die flämische Politik zur Gesundheitsvorsorge – Bewertung der politischen Leistung	52
Frankreich – Cour des comptes	57
Prävention von therapieassoziierten Infektionen: die nächsten Schritte	57
Polen – Najwyższa Izba Kontroli (NIK)	61
Prävention und Behandlung von Typ-2-Diabetes	61
Slowenien – Računsko Sodišče Republike Slovenije	66
Bekämpfung von Adipositas bei Kindern	66
Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen	70
Deutschland – Bundesrechnungshof	71
Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden	71
Litauen – Valstybės Kontrolė	75
Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen und Patientenorientierung	75
Malta – National Audit Office	80
Die Funktion des Allgemeinmediziners – Rückgrat der medizinischen Grundversorgung	80

Portugal – Tribunal de Contas	85
Zugang der Bürgerinnen und Bürger zur Gesundheitsversorgung im Nationalen Gesundheitsdienst Portugals	85
Rumänien – Curtea de Conturi a României	90
Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen	90
Europäische Union – Europäischer Rechnungshof	94
EU-Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung zwar ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich	94
Qualität der Gesundheitsdienstleistungen	98
Dänemark – Rigsrevisionen	99
Bericht über Unterschiede der Qualität der Gesundheitsversorgung in dänischen Krankenhäusern	99
Irland – Office of the Comptroller and Auditor General	103
Verwaltung elektiver ambulanter Operationen	103
Österreich – Rechnungshof	108
Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	108
Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste	113
Bulgarien – Сметна палата на Република България	114
Elektronische Gesundheitsdienste	114
Estland – Riigikontroll	119
Staatliche Maßnahmen zur Umsetzung des elektronischen Gesundheitssystems	119
Lettland – Valsts Kontrole	124
Ist das Projekt für elektronische Gesundheitsdienste in Lettland ein Schritt in die richtige Richtung?	124
Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte	129
Finnland – Valtiontalouden Tarkastusvirasto	130
Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben	130

Griechenland – Ελεγκτικό Συνέδριο	135
Horizontale thematische Prüfung zu den staatlichen Zahlungsrückständen mit Blick auf Krankenhäuser, die nationale Organisation für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY) und eine regionale Gesundheitsverwaltung	135
Italien – Corte dei conti	139
Umsetzung des außerordentlichen Programms zur Gebäuderenovierung und technologischen Modernisierung der Immobilien im Eigentum der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen	139
Luxemburg – Cour des comptes	143
Öffentliche Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser	143
Slowakei – Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	148
Öffentliche Finanzen und Eigentum von Gesundheitseinrichtungen	148
Spanien – Tribunal de Cuentas	153
Verwaltung und Kontrolle der pharmazeutischen Leistungen durch das allgemeine spanische Versicherungssystem auf Gegenseitigkeit für Staatsbeamte (MUFACE)	153
Tschechische Republik – Nejvyšší kontrolní úřad	158
Von ausgewählten Krankenhäusern für die Kostenerstattung aufgewendete Mittel	158
Ungarn – Állami Számvevőszék	162
Zusammenfassende Analyse der bei Prüfungen von Krankenhäusern gesammelten Erfahrungen	162
Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten	165
Akronyme und Abkürzungen	185
Glossar	187

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Kontaktausschuss der Präsidenten der Obersten Rechnungskontrollbehörden (ORKB) der Europäischen Union bietet ein Forum, um Themen von gemeinsamem Interesse im Zusammenhang mit der öffentlichen Finanzkontrolle in der EU und ihren Mitgliedstaaten zu diskutieren und anzugehen. Durch die Stärkung des Dialogs und der Zusammenarbeit zwischen seinen Mitgliedern leistet der Kontaktausschuss einen Beitrag zu einer wirksamen externen Prüfung der politischen Maßnahmen und Programme der EU. Dies trägt auch dazu bei, die Rechenschaftspflicht in der EU und ihren Mitgliedstaaten zu stärken und das Finanzmanagement der EU und die verantwortungsvolle Verwaltung zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger der Union zu verbessern.

Im Jahr 2017 beschlossen wir auf unserer Jahrestagung in Luxemburg, zusätzliche Anstrengungen zu unternehmen, um die jüngsten Prüfungsarbeiten der Obersten Rechnungskontrollbehörden der EU in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Ein Jahr später, 2018, veröffentlichten wir ein erstes Prüfungskompendium, in dem die Arbeit der Obersten Rechnungskontrollbehörden der EU im Bereich der Jugendarbeitslosigkeit und der beruflichen Eingliederung junger Menschen in einem einzigen Dokument dargelegt wird. Angesichts des Erfolgs dieses ersten Kompendiums beschloss der Kontaktausschuss, diese Tätigkeit fortzusetzen und zusätzliche Themen von allgemeinem Interesse zu behandeln. Deshalb freuen wir uns, nunmehr ein zweites Prüfungskompendium vorlegen zu können, dessen Fokus auf unseren jüngsten Prüfungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und damit verbundenen Aspekten liegt.

In den vergangenen Jahrzehnten waren die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der EU mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, wie etwa einem kontinuierlichen Kostenanstieg und einer alternden Bevölkerung sowie der wachsenden grenzüberschreitenden Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe innerhalb der Europäischen Union. Daher erfordert die öffentliche Gesundheit koordinierte Bemühungen der EU und aller Mitgliedstaaten, und das Thema wird zweifellos über Generationen hinweg einen wichtigen Platz auf der politischen Agenda beanspruchen.

In der Europäischen Union fällt die öffentliche Gesundheit weitestgehend in die Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten. Die EU unterstützt vornehmlich Anstrengungen auf nationaler Ebene und konzentriert sich dabei insbesondere auf die Ergänzung oder Koordinierung von Maßnahmen der Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Aus unionsweiter Perspektive ist die öffentliche Gesundheit somit ein komplexer Prüfungsbereich.

Das vorliegende Kompendium bietet eine allgemeine Einführung in die öffentliche Gesundheit und die Rolle der EU und ihrer Mitgliedstaaten in diesem Politikbereich sowie einen Überblick über ausgewählte Prüfungen der Obersten Rechnungskontrollbehörden der EU seit 2014, einschließlich einer Zusammenfassung ihrer Arbeit. Um weitere Informationen zu diesen Prüfungen zu erhalten, wenden Sie sich bitte an die betreffende ORKB.

Wir hoffen, dass das Prüfungskompendium für Sie eine nützliche Informationsquelle darstellt.



Klaus-Heiner Lehne

Präsident des Europäischen Rechnungshofs
Vorsitzender des Kontaktausschusses und Leiter des Projekts

Zusammenfassung

I Öffentliche Gesundheit ("Public Health") ist das Fachgebiet, das sich mit der Verhütung von Krankheiten und der Verlängerung des Lebens beschäftigt. Sie wirkt sich täglich auf das Leben der Menschen in der ganzen Welt aus und hat daher ihren Platz auf der politischen Agenda einer jeden modernen Gesellschaft, und dies wird auch über Generationen hinweg so bleiben.

II In der Europäischen Union fällt die öffentliche Gesundheit größtenteils in die Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten. Folglich gibt es zwischen den Gesundheitssystemen der einzelnen EU-Mitgliedstaaten große Unterschiede. Die EU unterstützt Anstrengungen auf nationaler Ebene und konzentriert sich dabei insbesondere auf die Ergänzung oder Koordinierung von Maßnahmen der Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

III Aus unionsweiter Perspektive stellt die öffentliche Gesundheit somit einen komplexen Prüfungsbereich dar. Allerdings haben die Obersten Rechnungskontrollbehörden der EU angesichts der Bedeutung, die der öffentlichen Gesundheit zukommt, zahlreiche Prüfungen zu Themen in diesem Bereich durchgeführt.

IV Der erste Teil dieses Kompendiums bietet einen allgemeinen Überblick über die öffentliche Gesundheit in der EU, ihre Rechtsgrundlage, ihre Hauptziele und die damit verbundenen Zuständigkeiten. Außerdem werden darin die wichtigsten Herausforderungen veranschaulicht, mit denen die EU und ihre Mitgliedstaaten derzeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit konfrontiert sind.

V Der zweite Teil dieses Kompendiums enthält eine Zusammenfassung der Ergebnisse ausgewählter Prüfungen, die von den ORKB von 23 Mitgliedstaaten, die zu dieser Publikation beigetragen haben (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik und Ungarn), und dem Europäischen Rechnungshof in den letzten fünf Jahren durchgeführt wurden. Diese ausgewählten Prüfungen betrafen wichtige Aspekte der öffentlichen Gesundheit, und zwar Präventivmaßnahmen, den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und deren Qualität, den Einsatz neuer Technologien und die finanzielle Tragfähigkeit öffentlicher Gesundheitsdienstleistungen.

VI Der dritte Teil dieses Kompendiums enthält detaillierte Informationsblätter über ausgewählte Prüfungen, die von den ORKB der 23 Mitgliedstaaten und dem Europäischen Rechnungshof durchgeführt wurden.

TEIL I – Öffentliche Gesundheit ("Public Health") in der EU

Öffentliche Gesundheit – Länger leben, besser leben

1 Gesundheit spielt nicht nur in jeder modernen Gesellschaft insgesamt eine bedeutende Rolle, sondern auch für jeden Einzelnen von uns. Im Hinblick auf die Bestimmung der Lebensqualität ist sie ein wesentlicher Faktor – wenn nicht sogar der wesentlichste.

2 Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist "Public Health" **die Wissenschaft, mittels organisierter Anstrengungen einer Gesellschaft Krankheiten zu vermeiden, das Leben zu verlängern und die Gesundheit zu fördern**¹. Sie umfasst sämtliche Tätigkeiten zur Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.

3 Gesundheit ist nicht nur ein Wert an sich, sondern auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor. In Europa gehört die öffentliche Gesundheit, wie in fast allen Industrieländern, zu den größten und am schnellsten wachsenden Ausgabenbereichen. Angehörige der Gesundheits- und Pflegeberufe machen rund 8 % aller Arbeitskräfte in der EU aus².

4 In den letzten Jahrzehnten sahen sich die europäischen Gesundheitssysteme einer Reihe von Herausforderungen gegenüber. Die Alterung der Bevölkerung führte zu einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und einer stärkeren Konzentration auf die Langzeitpflege. Die Bereitstellung innovativer und wirksamerer Gesundheitstechnologien und Behandlungen trug dazu bei, die Bedingungen für die medizinische Versorgung in vielen Bereichen zu verbessern, begünstigte in einigen Fällen aber auch einen Kostenanstieg im Gesundheitswesen. Gleichzeitig sind die finanziellen Mittel begrenzt.

5 Die öffentlichen Gesundheitssysteme müssen daher nicht nur finanziell tragfähig, sondern auch widerstandsfähig sein: Sie müssen sich wirksam an ein sich ständig wandelndes Umfeld anpassen und gleichzeitig die Möglichkeiten der modernen Technologie ausschöpfen.

¹ "The science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society." Acheson, 1988; WHO.

² OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/EU, Brüssel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

6 In der EU gibt es eine wachsende Interaktion zwischen den nationalen Gesundheitssystemen, und die grenzüberschreitende Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe innerhalb der Union nimmt zu. Die Zukunft der öffentlichen Gesundheit wird daher von der EU und allen Mitgliedstaaten koordinierte Bemühungen erfordern, um dem gemeinsamen Leitsatz "Länger leben, besser leben" Gestalt zu verleihen.

EU-Gesundheitspolitik

Rechtsgrundlage und Zuständigkeiten

7 Mit dem **Vertrag von Maastricht** wurde das Thema Gesundheit auf die europäische Agenda gesetzt: "Die Gemeinschaft leistet durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und erforderlichenfalls durch Unterstützung ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus"³. Er ebnete den Weg zu einer besseren Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsversorgung in Bereichen wie:

- Verbesserung der Gesundheit der Unionsbürgerinnen und -bürger,
- Modernisierung der Infrastruktur im Gesundheitswesen,
- Verbesserung der Effizienz der Gesundheitssysteme.

8 Im **Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)** wird die Bedeutung der Gesundheitspolitik bekräftigt, indem es in Artikel 168 heißt: "Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt".

9 Gemäß AEUV liegt die **Hauptverantwortung** für den Gesundheitsschutz und insbesondere für die Gesundheitssysteme **bei den Mitgliedstaaten**, und die Maßnahmen der EU sollten "[...] die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung" wahren.

³ Vertrag von Maastricht (1992), Artikel 129.

10 Die zentrale **Rolle der EU** besteht somit darin, die Maßnahmen der Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu unterstützen, zu ergänzen oder zu koordinieren. Diese Maßnahmen sollten insbesondere "[...] auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet" sein⁴.

11 Innerhalb der Europäischen Kommission ist die **GD SANTE** für die Gesamtkoordinierung und Umsetzung der Gesundheitsstrategie zuständig. Sie unterstützt die Maßnahmen der Mitgliedstaaten durch

- Legislativvorschläge,
- die Bereitstellung von Fördermitteln,
- die Koordinierung und Erleichterung des Austauschs bewährter Verfahren zwischen EU-Ländern und Gesundheitsexperten,
- gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Politische Ziele

12 Im Gesundheitsprogramm 2014-2020⁵ sind folgende **strategische Ziele der EU-Gesundheitspolitik** festgelegt:

- **Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheiten und Förderung einer gesunden Lebensführung** durch "Einbeziehung von Gesundheitsfragen in alle Politikbereiche";
- Schutz der Unionsbürgerinnen und -bürger vor schwerwiegenden **grenzübergreifenden Gesundheitsgefahren**;
- Beitrag zu innovativen, effizienten und nachhaltigen **Gesundheitssystemen**;
- Erleichterung des Zugangs zu **besserer und sichererer Gesundheitsversorgung** für die Unionsbürgerinnen und -bürger.

⁴ Artikel 168 Absatz 1 unter Titel XIV AEUV.

⁵ Verordnung (EU) Nr. 282/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014–2020) und zur Aufhebung des Beschlusses Nr. 1350/2007/EG.

13 Die **spezifischen Prioritäten** der Kommission **für den Zeitraum 2016-2020** im Bereich der öffentlichen Gesundheit sind unter anderem eine bessere Kosteneffizienz, die Abwehr aufkommender globaler Gefahren wie Antibiotikaresistenz, die Bekämpfung der Risikofaktoren nicht übertragbarer Krankheiten und die Förderung der Impfung.

14 Unter dem **nächsten Mehrjährigen Finanzrahmen** für den Zeitraum 2021-2027 wird das EU-Gesundheitsprogramm durch den Europäischen Sozialfonds Plus (ESF+) abgedeckt. Im derzeit vorliegenden Vorschlag sind die folgenden allgemein gehaltenen Ziele festgelegt: Krisenvorsorge, Stärkung der Gesundheitssysteme, Unterstützung der EU-Rechtsvorschriften im Gesundheitsbereich und integrierte Arbeit in Bezug auf Europäische Referenznetzwerke (ERN), Bewertung von Gesundheitstechnologien und Umsetzung von bewährten Verfahren und Innovation im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Finanzierung

15 Die Gesundheitspolitik der EU kann aus verschiedenen Instrumenten finanziert werden. Das wichtigste Instrument, das ausschließlich auf den Bereich Gesundheit zugeschnitten ist, ist das **EU-Gesundheitsprogramm** mit einer Mittelausstattung von rund 450 Millionen Euro für den Zeitraum 2014-2020. Es dient zur Finanzierung von Initiativen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitssicherheit und Gesundheitsinformationen.

16 Weitere Instrumente, mit denen ebenfalls gesundheitsbezogene Tätigkeiten finanziert werden können, sind

- das Forschungsprogramm **Horizont 2020**, mit dem Projekte in Bereichen wie Biotechnologie und Medizintechnik unterstützt werden;
- die **EU-Kohäsionspolitik**, durch die Investitionen im Bereich Gesundheit in den Ländern und Regionen der EU gefördert werden;
- der **Europäische Fonds für strategische Investitionen**.

Öffentliche Gesundheit in den EU-Mitgliedstaaten

17 Auch wenn sich die Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten auf gemeinsame Werte stützen – insbesondere auf Gleichbehandlung, universeller Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität und Solidarität⁶ – sind die Unterschiede zwischen ihnen groß.

18 Grundlegende Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen bestehen hinsichtlich der Art ihrer Finanzierung und Bereitstellung. Innerhalb der EU kann zwischen drei Finanzierungsmethoden unterschieden werden⁷:

- Das "**Beveridge-Modell**" ist ein steuerfinanziertes öffentliches Gesundheitssystem, das in der Regel die gesamte Bevölkerung einschließt und vom Wohnsitz oder der Staatsangehörigkeit abhängt.
- Im "**Sozialversicherungssystem**" oder "Bismarck-Modell" wird die Gesundheitsversorgung aus üblicherweise von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu leistenden Beiträgen zu einer gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.
- Kennzeichnend für das "**gemischte Modell**" ist die private Finanzierung aus freiwilligen Versicherungen oder in Form von Zahlungen aus der eigenen Tasche.

19 Im Jahr 2016 startete die Kommission in Zusammenarbeit mit der OECD die Initiative "State of Health in the EU", die darauf abzielt, die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen. Im Rahmen dieser Initiative veröffentlichte die Kommission 2018 die "**Health at a Glance**"-Analyse, die Vergleichsdaten aus allen Mitgliedstaaten zur Leistungsfähigkeit ihrer jeweiligen Gesundheitssysteme liefert.

20 Im Fokus der Analyse stehen Aspekte wie Präventivmaßnahmen, Zugang zu Gesundheitssystemen und ihre Wirksamkeit sowie finanzielle Tragfähigkeit. Die wichtigsten Schlussfolgerungen des Berichts sind in **Abbildung 1** zusammengefasst.

⁶ Schlussfolgerungen des Rates zu den gemeinsamen Werten und Prinzipien in den Gesundheitssystemen der Europäischen Union (ABl. C 146 vom 22.6.2006).

⁷ Europäischer Ausschuss der Regionen: Die Verwaltung der Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten.

Abbildung 1 – Warum intelligentere Investitionen in Gesundheit erforderlich sind



Quelle: Europäische Kommission, *State of Health in the EU*, Informationsblatt zum Bericht *Health at a Glance: Europe 2018* (OECD, Europäische Kommission).

Prävention und Schutz

21 Die Prävention von Krankheiten umfasst Maßnahmen, mit denen die Belastung durch Krankheiten und die damit verbundenen Risikofaktoren gemindert werden sollen⁸.

22 Sie lässt sich in folgende Kategorien einteilen:

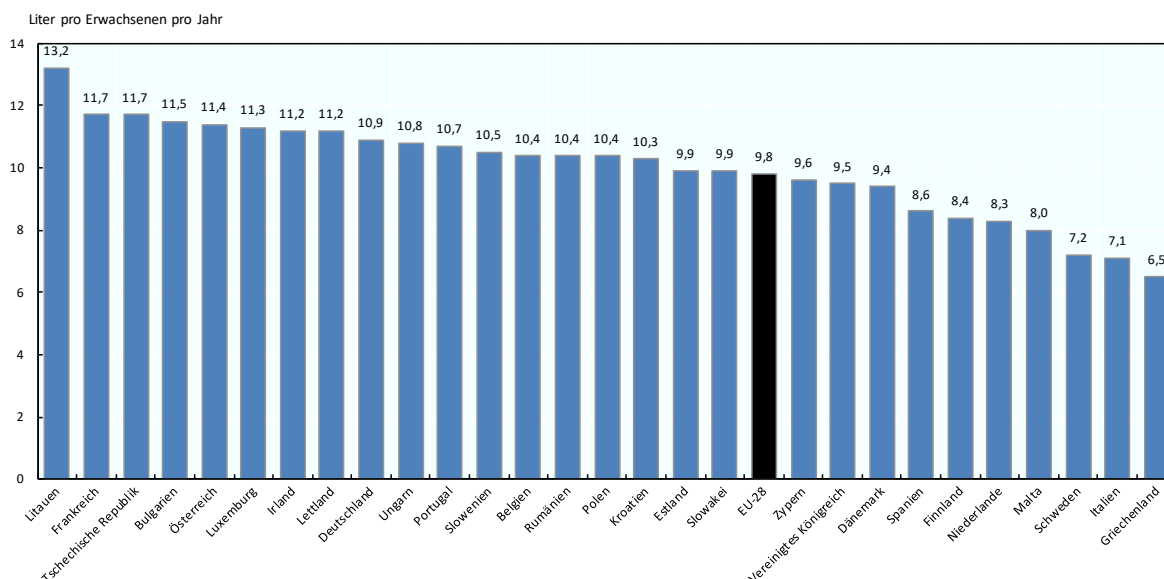
- Primärprävention zielt darauf ab, Krankheiten zu verhüten, bevor sie auftreten.
- Sekundärprävention ist die Früherkennung einer Krankheit.
- Ziel der Tertiärprävention ist es, die Auswirkungen einer Krankheit zu verringern.

⁸ WHO, 2017.

23 Schätzungen zufolge **starben** im Jahr 2016 **790 000 Menschen in der EU vorzeitig** an den Folgen von Nikotin- und Alkoholkonsum, ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel⁹; durch eine stärkere Konzentration auf Gesundheitsförderung und Prävention hätten diese Todesfälle möglicherweise vermieden werden können.

24 Insbesondere nicht übertragbare Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Alzheimer oder Diabetes) machen einen hohen Anteil an den vorzeitigen Todesfällen aus und führen zu höheren Gesundheitsausgaben. Diese Todesfälle lassen sich oft verhindern, indem die wichtigsten Risikofaktoren, die ihnen als Ursache zugrunde liegen (z. B. Umweltverschmutzung, Rauchen, Mangel an körperlicher Aktivität oder Alkoholkonsum), reduziert werden (siehe **Abbildungen 2, 3 und 4**). Dies gilt insbesondere für die EU, die nach wie vor die Region mit dem höchsten Alkoholkonsum weltweit ist. Europäer konsumieren etwa 10 Liter Alkohol pro Jahr. Außerdem rauchen rund 20 % der Erwachsenen in der EU täglich.

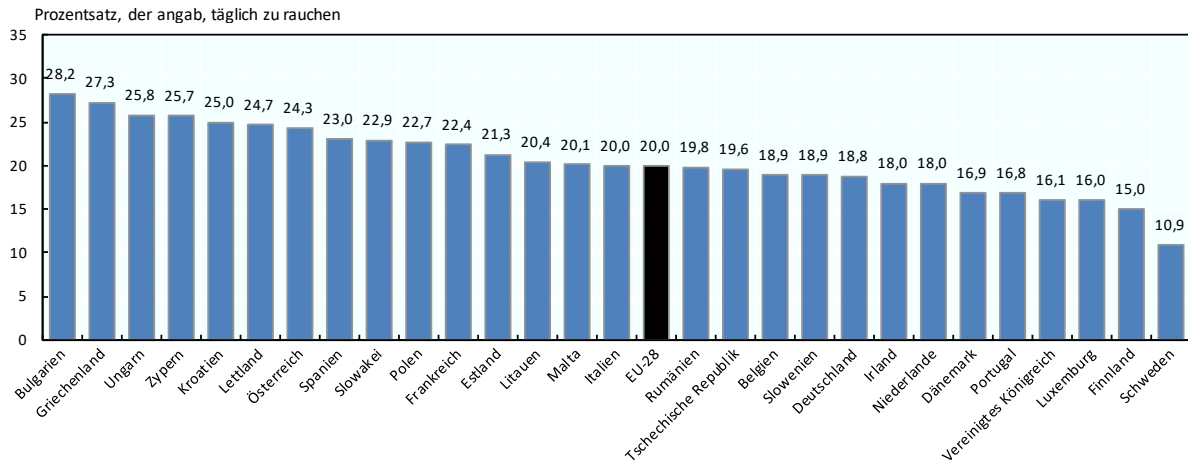
Abbildung 2 – Gesamtalkoholkonsum bei Erwachsenen (2016 oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD Gesundheitsstatistiken.

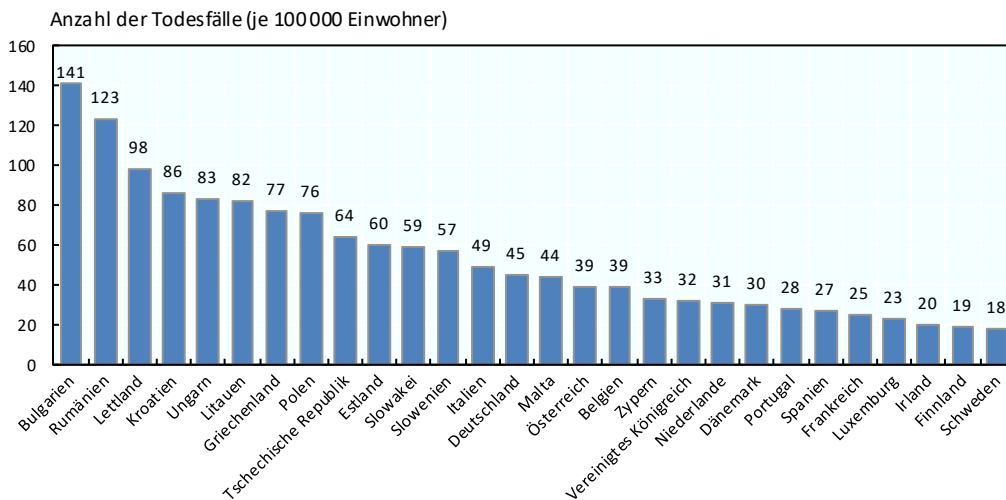
⁹ OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/EU, Brüssel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Abbildung 3 – Anteil der täglichen Raucher bei Erwachsenen (2016 oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD Gesundheitsstatistiken.

Abbildung 4 – Todesfälle aufgrund der kombinierten Auswirkungen der Innen- und Außenluftverschmutzung (je 100 000 Einwohner, 2016)



Quelle: World Health Statistics (WHO).

25 Prävention ist nicht nur wichtig, um Menschenleben zu retten, sondern auch, um **Geld** zu sparen – zumindest langfristig. Dennoch entfallen auf die Prävention derzeit **nur etwa 3 %** der gesamten Gesundheitsausgaben¹⁰.

¹⁰ OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/EU, Brüssel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

26 Prävention ist auch ein Bereich, der in den meisten – wenn nicht in allen – Mitgliedstaaten durch **erhebliche Ungleichheiten** gekennzeichnet ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass einer Person Gesundheitspräventionsmaßnahmen zugutekommen, korreliert stark mit ihrem Bildungsstand und/oder ihrem sozioökonomischen Status, was an folgenden Beispielen deutlich wird:

- Zwanzig Prozent der Erwachsenen mit einem niedrigeren Bildungsniveau sind adipös gegenüber zwölf Prozent der Erwachsenen mit einem höheren Bildungsniveau.
- Erwachsene mit geringerem Einkommen erreichen mit geringerer Wahrscheinlichkeit das empfohlene Ziel von 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche und neigen eher dazu, regelmäßig zu rauchen.

27 Um die Anzahl vorzeitiger Todesfälle zu verringern und den Menschen ein längeres Leben bei guter Gesundheit zu ermöglichen, muss der Schwerpunkt **von der Heilung von Krankheiten auf ihre Prävention verlagert werden**.

28 Aus diesem Grund hat die EU in den letzten Jahren mehrere Initiativen auf den Weg gebracht, deren besonderer Schwerpunkt auf der Prävention liegt (siehe **Kasten 1**).

Kasten 1

EU-Initiativen im Bereich der Gesundheitsprävention

Prävention durch Information

Hauptziel der Gesundheitspräventionsmaßnahmen der EU ist die Bereitstellung ausreichender einschlägiger Informationen, um Verbrauchern die Möglichkeit zu geben, fundierte Entscheidungen zu treffen.

Zur Bekämpfung von **Adipositas** hat die Europäische Kommission im Jahr 2007 das Weißbuch "Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa" angenommen und eine Reihe spezifischer Initiativen in diesem Bereich ergriffen. Mit einer dieser Initiativen wurde der Rechtsrahmen für nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben (z. B. "fettarm" oder "Kalzium für gesunde Knochen und Zähne") festgelegt. Faktisch verboten wurden damit nährwert- oder gesundheitsbezogene Angaben auf Lebensmitteletiketten oder in der Lebensmittelwerbung, die nicht klar, genau oder wissenschaftlich belegt waren (Verordnung (EG) Nr. 1924/2006¹¹).

Darüber hinaus veröffentlichte die Kommission einen Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter¹², der Vorschläge zu den wichtigsten Aktionsbereichen und zu einem möglichen Instrumentarium zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bis 2020 enthält.

Mit der EU-Richtlinie über Tabakerzeugnisse aus dem Jahr 2014¹³ wurde ein gesundheitsbezogener Warnhinweis zu **Tabak** und verwandten Erzeugnissen verpflichtend eingeführt, und es wurden sämtliche Werbeelemente oder irreführenden Elemente auf Verpackungen verboten.

¹¹ Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Dezember 2006 über nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel.

¹² EU-Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014-2020, 24. Februar 2014 [aktualisiert am 12. März und 28. Juli 2014].

¹³ Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG.

29 Auf allgemeinerer Ebene richtete die Europäische Kommission im Jahr 2018 eine Lenkungsgruppe für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Management von nicht übertragbaren Krankheiten ein, um die Länder dabei zu unterstützen, die Gesundheitsziele der Ziele für nachhaltige Entwicklung zu erreichen, insbesondere das Ziel "Gesundheit und Wohlergehen". Die Lenkungsgruppe berät die Kommission im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und stellt ihr entsprechendes Fachwissen zur Verfügung.

30 Die Mitgliedstaaten ergriffen verschiedene Maßnahmen, um die wichtigsten Risikofaktoren für die Gesundheit anzugehen:

- Um das **Rauchen** einzudämmen, wurden Maßnahmen wie Sensibilisierungskampagnen, Besteuerung zur Erhöhung der Preise, Rechtsvorschriften zur Einführung rauchfreier Zonen und Werbebeschränkungen ergriffen.
- Um die mit dem **Alkoholkonsum** verbundenen Risiken zu verringern, schränkten viele Mitgliedstaaten den Zugang Jugendlicher zu alkoholischen Erzeugnissen ein, nahmen Preiserhöhungen vor und führten strengere Werbevorschriften ein. Alle EU-Mitgliedstaaten legten Höchstwerte für die Blutalkoholkonzentration von Autofahrerinnen und Autofahrern fest.
- **Adipositas** – eine wachsende Zahl von Mitgliedstaaten hat Maßnahmen ergriffen, um eine gesunde Lebensweise zu fördern und dadurch **Adipositas** bei ihren Bürgerinnen und Bürgern vorzubeugen oder zu verringern. Eine dieser Maßnahmen bestand darin, bessere Informationen zum Thema Ernährung bereitzustellen, damit die Bürgerinnen und Bürger sich für eine gesunde Lebensweise entscheiden können, z. B. in Bezug auf die Kennzeichnung von Lebensmitteln oder Werbebeschränkungen für Lebensmittel, die sich an Kinder richten.
- Die meisten Mitgliedstaaten beteiligen sich zudem an Maßnahmen zur Verringerung der **Luftverschmutzung**, da in der EU immer noch jährlich 400 000 Menschen an den Folgen verschmutzter Luft sterben¹⁴.

¹⁴ Siehe [Sonderbericht Nr. 23/2018](#) des Hofes "Luftverschmutzung: Unsere Gesundheit ist nach wie vor nicht hinreichend geschützt".

Zugang zur Gesundheitsversorgung

31 Der universelle Zugang zur Gesundheitsversorgung ist definiert als die **rechtzeitige Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen am richtigen Ort und zu erschwinglichen Kosten**. Sie ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Gleichbehandlung im Gesundheitsbereich.

32 Das Recht auf Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von hoher Qualität ist in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (Artikel 35) verankert und stellt daher einen der Leitgrundsätze der Gesundheitssysteme in der EU dar. Außerdem gehört es zu den Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen (Ziel 3).

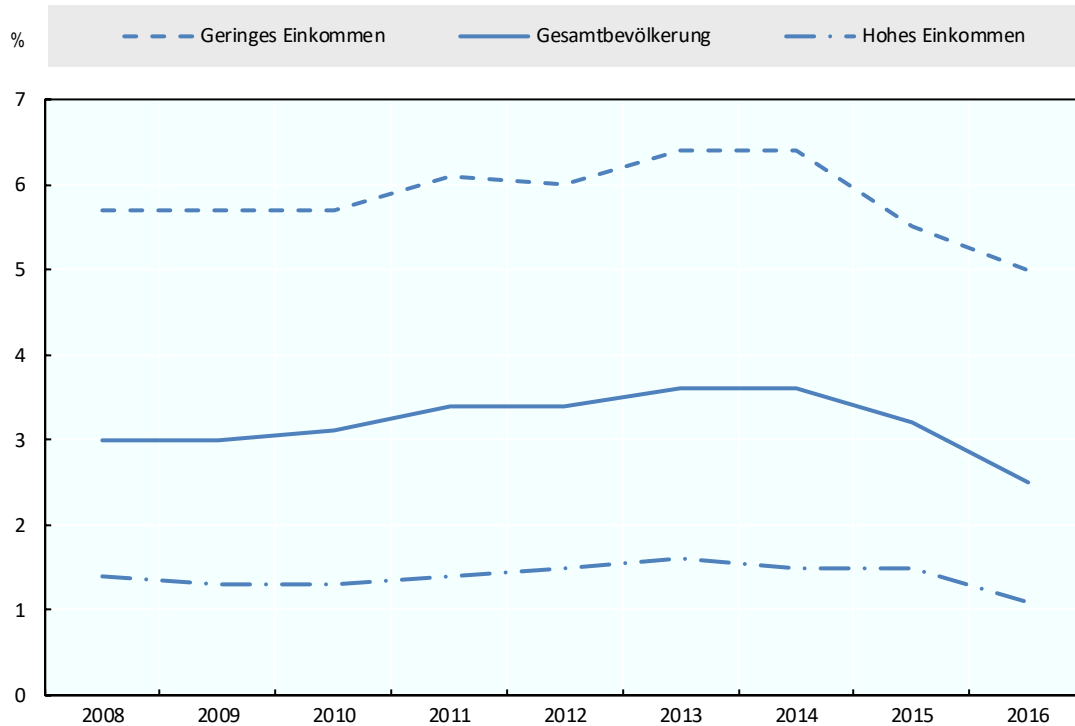
33 Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird in der Regel mit Hilfe des Indikators "Anzahl der Personen, die einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung angeben" gemessen. Der Bedarf an medizinischer Versorgung ist ungedeckt, wenn die angeforderten Dienste nicht rechtzeitig, nicht am richtigen Ort oder, im Fall von zumindest teilweise privat finanzierten Gesundheitssystemen, zu erschwinglichen Kosten verfügbar sind.

34 Insgesamt ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung in der EU gewährleistet. In den meisten Mitgliedstaaten hat die überwiegende Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger (deutlich über 90 %) keinen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung angegeben, und der Anteil der Personen, die einen ungedeckten Bedarf angeben, ist in den letzten zehn Jahren weiter zurückgegangen (siehe **Abbildungen 5 und 6**).

35 Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist jedoch nicht gleichmäßig verteilt, und es gibt **nach wie vor Ungleichheiten** zwischen verschiedenen Ländern, aber auch zwischen Regionen und verschiedenen Einkommensgruppen in den einzelnen Ländern:

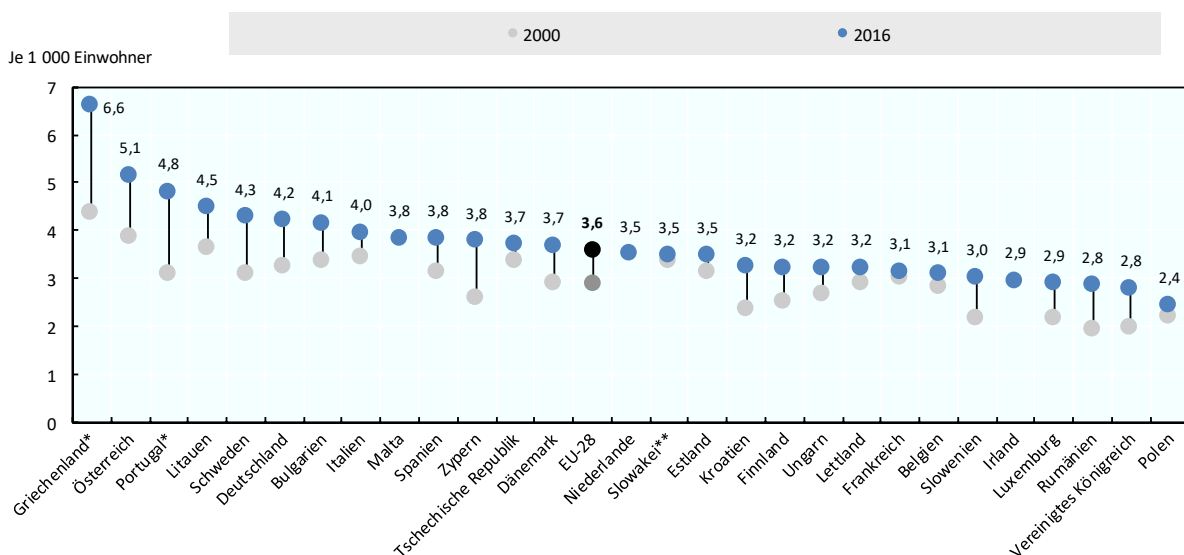
- Lücken in der Gesundheitsversorgung bestehen weiterhin in Estland und Griechenland, wo mehr als 10 % der Bürgerinnen und Bürger im Jahr 2016 einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung angaben.
- Die Wahrscheinlichkeit eines ungedeckten Bedarfs an medizinischer Versorgung ist bei Haushalten mit niedrigem Einkommen fünfmal höher.
- Ländliche und abgelegene Gebiete sind häufig durch einen Mangel an Allgemeinmedizinern gekennzeichnet, und in vielen EU-Mitgliedstaaten erhöhten sich in den letzten Jahren die Wartezeiten für Operationen, bei denen es sich nicht um Notfälle handelte.

Abbildung 5 – Ungedeckter medizinischer Bedarf nach sozioökonomischem Status, in allen EU-Mitgliedstaaten (2008-2016)



Quelle: Eurostat-Datenbank.

Abbildung 6 – Praktizierende Ärzte auf 1 000 Bürger



* Die Daten beziehen sich auf alle Ärzte mit Berufszulassung, was eine starke Überschätzung der Zahl praktizierender Ärzte zur Folge hat (z. B. rund 30 % in Portugal).

** Die Daten umfassen nicht nur Ärzte, die Patienten unmittelbar behandeln, sondern auch Personen, die als Manager, Erzieher, Forscher usw. im Gesundheitswesen tätig sind (wodurch sich die Zahl der Ärzte um weitere 5-10 % erhöht).

Quelle: Health at a Glance: Europe 2018 (OECD, Europäische Kommission).

36 Auf EU-Ebene findet eine regelmäßige Überwachung von Daten über die Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen statt und 2016 setzte die Kommission u. a. in diesem Bereich eine Expertengruppe ein.

37 Die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung fällt jedoch vornehmlich in die **Zuständigkeit der Mitgliedstaaten**. Diese ergriffen eine Reihe von Maßnahmen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern, z. B.¹⁵:

- Stärkung der medizinischen Grundversorgung, einschließlich einer besseren Koordinierung zwischen Grundversorgung und fachärztlicher Versorgung;
- Verbesserung der Gesundheitsversorgung und damit Verringerung der Zahlungen aus der eigenen Tasche;
- höhere Löhne für Beschäftigte im Gesundheitswesen;
- finanzielle Vorteile für Ärzte in Gebieten ohne ausreichende Gesundheitsversorgung, insbesondere in abgelegenen und ländlichen Gebieten.

38 Außerdem wurden spezifische Maßnahmen ergriffen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem anderen EU-Mitgliedstaat zu gewährleisten (siehe **Kasten 2**).

¹⁵ Themenblatt zum Europäischen Semester: Gesundheitssysteme.

Kasten 2

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der EU

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung – welchen Nutzen haben die Unionsbürgerinnen und -bürger?

In der 2011 angenommenen EU-Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ist der Rechtsrahmen für Unionsbürgerinnen und -bürger festgelegt, die Gesundheitsdienste in einem anderen EU-Mitgliedstaat in Anspruch nehmen möchten als dem, in dem sie ihren Wohnsitz haben.

Die Richtlinie gewährt Unionsbürgerinnen und -bürgern, die im Ausland Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen möchten, Zugang zu einer sicheren Gesundheitsversorgung von hoher Qualität in dem anderen EU-Mitgliedstaat; dabei wird ihnen derselbe Betrag erstattet, den sie erhielten, wenn sie sich in ihrem Wohnsitzland behandeln lassen würden.

Außerdem wurden in der gesamten Union nationale Kontaktstellen eingerichtet, um Informationen über die Gesundheitsversorgung in den verschiedenen EU-Mitgliedstaaten und die Bedingungen für die Kostenerstattung bereitzustellen.

Auch wenn kulturelle und geografische Nähe die Patientenmobilität weiterhin stark beeinflusst, stellt die Zusammenarbeit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung einen wichtigen Schritt im Hinblick auf die Ausweitung der europäischen Kooperation im Gesundheitsbereich dar.

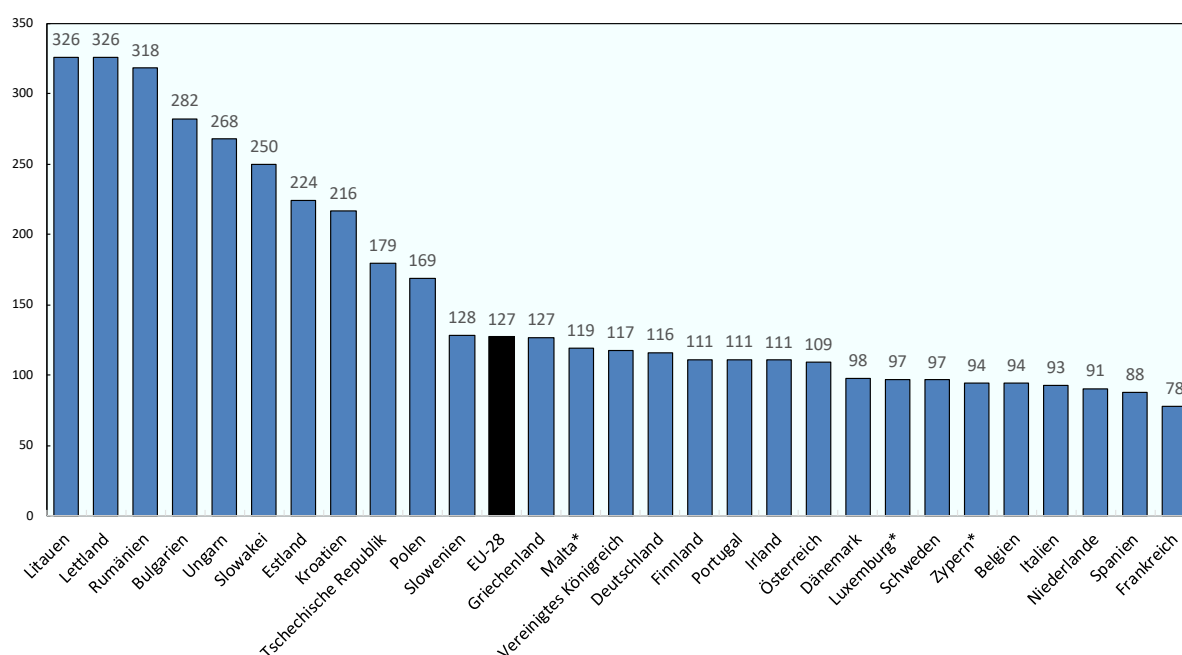
Qualität der Gesundheitsdienstleistungen

39 Gesundheitssysteme von hoher Qualität erreichen ihr übergeordnetes Ziel, die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu erhalten bzw. zu verbessern, auf wirksame Weise. Die Wirksamkeit von Gesundheitssystemen wird häufig auf der Grundlage der Raten vermeidbarer Todesfälle (*amenable mortality rates*) gemessen, d. h. anhand von Sterbefällen, die durch eine rechtzeitige hochwertige Gesundheitsversorgung hätten vermieden werden können. Alternative Indikatoren sind die Lebenserwartung oder "weichere Indikatoren" wie Patientenerfahrungen oder die Lebensqualität nach Genesung von einer Krankheit oder Verletzung.

40 Das Konzept der Rate vermeidbarer Todesfälle ist eng verknüpft mit dem Konzept der vermeidbaren Sterblichkeit (*preventable mortality* – Sterbefälle, die durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen und Prävention vermieden werden könnten). Die vermeidbare

Sterblichkeit und die Rate vermeidbarer Todesfälle ergeben zusammen die Raten der vermeidbaren Sterblichkeit (*avoidable mortality rates*). Im Jahr 2015 starben mehr als 1,2 Millionen Menschen vorzeitig (vor Vollendung des 75. Lebensjahres) aufgrund des Fehlens einer wirksamen Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit, fehlender Präventivmaßnahmen und einer mangelnden Gesundheitsversorgung. Mehr als 570 000 dieser Todesfälle wurden als vermeidbar eingestuft (siehe **Abbildung 7** für die nach Ländern aufgeschlüsselte Rate vermeidbarer Todesfälle).

Abbildung 7 – Rate vermeidbarer Todesfälle (2015)



* Dreijahresdurchschnitt (2013-2015).

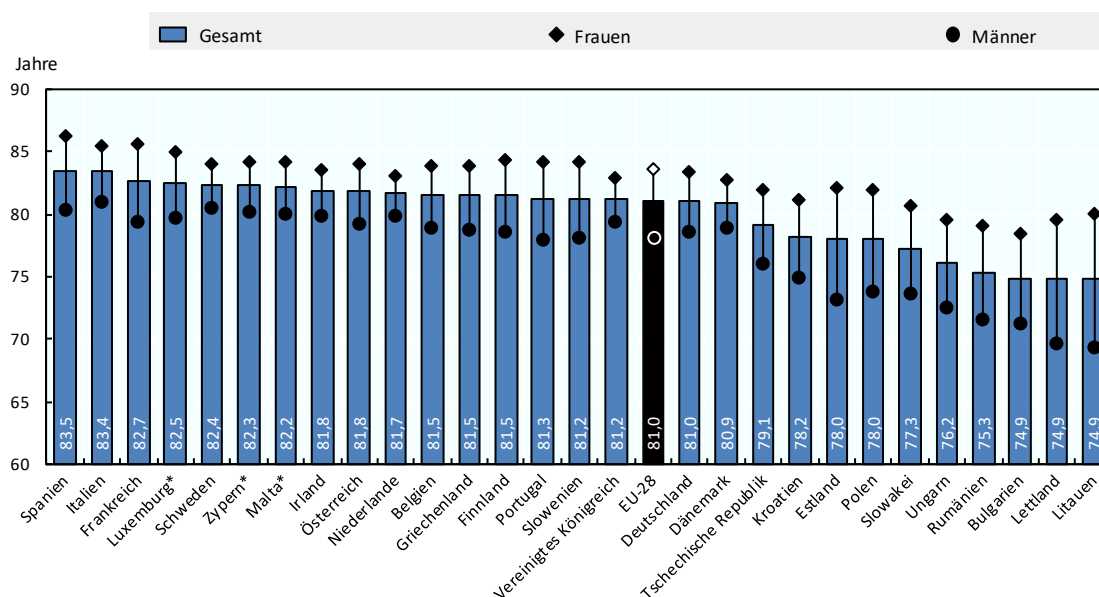
Quelle: OECD Gesundheitsstatistiken 2018.

41 In den letzten zehn Jahren hat sich die **Qualität der Akutversorgung** bei lebensbedrohlichen Erkrankungen EU-weit erheblich verbessert. Zwischen 2005 und 2015 sank die Zahl der Todesfälle nach Krankenhausaufnahmen bei Personen mit akutem Herzinfarkt um 30 % und bei Personen mit Schlaganfall um 20 %. Nach wie vor bestehen jedoch Ungleichheiten zwischen den einzelnen Ländern sowie zwischen verschiedenen Krankenhäusern im selben Land.

42 In der gesamten EU wurden in Bezug auf die **Überlebensraten bei Krebs** erhebliche Fortschritte erzielt, vor allem durch die Einführung von Programmen zur Früherkennung in Kombination mit einer wirksameren und zeitnahen Gesundheitsversorgung.

43 Die **durchschnittliche Lebenserwartung** in der EU beträgt derzeit 81 Jahre (siehe **Abbildung 8**). Wenngleich die Lebenserwartung immer noch steigt, hat sich ihr Anstieg insbesondere in Westeuropa in den letzten Jahren verlangsamt. Die häufigsten Todesursachen in der EU sind nach wie vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, die für mehr als 60 % aller Todesfälle verantwortlich sind.

Abbildung 8 – Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht (2016)



* Dreijahresdurchschnitt (2014-2016).

Quelle: Health at a Glance: Europe 2018 (OECD, Europäische Kommission).

44 Bei der Lebenserwartung gibt es ebenfalls erhebliche Unterschiede, nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch je nach sozioökonomischem Status. Die Lebenserwartung von Menschen mit niedrigem Bildungsniveau ist bei Männern um acht Jahre und bei Frauen um vier Jahre niedriger als bei Menschen mit hohem Bildungsniveau.

45 Die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Wirksamkeit der Gesundheitssysteme stehen **in engem Zusammenhang mit anderen Bereichen der öffentlichen Gesundheit**, insbesondere dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und Prävention. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung erfordern daher einen ganzheitlichen Ansatz.

46 Einige der Maßnahmen, die auf Ebene der Mitgliedstaaten ergriffen wurden, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, sind der Einsatz neuer Technologien, organisatorische Veränderungen bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und allgemein eine stärker integrierte und personalisierte Gesundheitsversorgung.

47 Die Bewertung der Ergebnisse dieser Maßnahmen ist jedoch nach wie vor ein komplexer Vorgang. Obwohl Anstrengungen zur Erhebung von Daten zur Wirksamkeit der Gesundheitssysteme unternommen wurden, liegen über eher qualitative Indikatoren wie Patientenerfahrung oder Lebensqualität nach wie vor nur begrenzte Informationen vor.

48 Die Kommission unterstützte die Entwicklung der Europäischen Gesundheitsindikatoren (EHI). Dabei handelt es sich um eine Reihe von Indikatoren zur Überwachung des Gesundheitszustands der Unionsbürgerinnen und -bürger und der Leistungsfähigkeit der EU-Gesundheitssysteme. Ferner brachte sie in Zusammenarbeit mit der OECD die Reihe "Health at a glance" auf den Weg.

49 Die Kommission setzte außerdem eine Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme ein, um den EU-Ländern ein Forum für den Erfahrungsaustausch in diesem Bereich zu bieten und die nationalen politischen Entscheidungsträger durch die Entwicklung von Instrumenten und Methoden zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme in enger Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen wie der WHO und der OECD zu unterstützen.

Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste

50 Elektronische Gesundheitsdienste (eHealth oder Digital Health) sind definiert als **Instrumente und Dienste, bei denen Informations- und Kommunikationstechnologien zum Einsatz kommen**, um die Prävention, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung im Gesundheitswesen zu verbessern.

51 Neue Technologien bieten enormes Potenzial, wenn es darum geht, Effizienz und Qualität der Prävention und der Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Die wichtigsten Anwendungen neuer Technologien im Gesundheitsbereich sind derzeit:

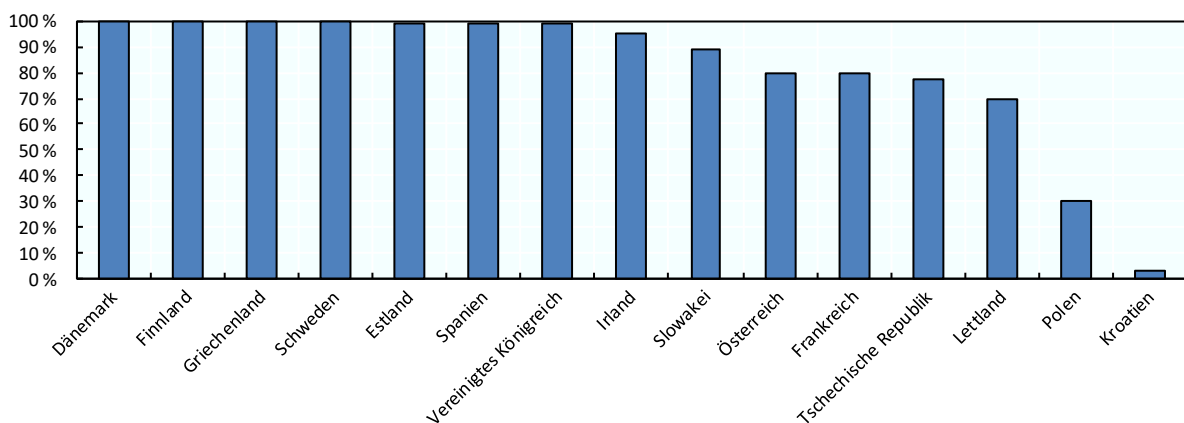
- elektronische Patientenakten, die von verschiedenen Gesundheitsdienstleistern erstellt und von diesen idealerweise gemeinsam genutzt werden;

- elektronische Verschreibung: computergestützte Erstellung, Übermittlung und Archivierung von Verschreibungen;
- Online-Gesundheitsinformationen;
- Bereitstellung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Terminvergabe) über das Internet.

52 Wenngleich neue Technologien im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der gesamten EU vermehrt eingesetzt werden, bestehen nach wie vor Unterschiede je nach Alter und sozioökonomischer Gruppe.

53 Elektronische Patientenakten wurden in vielen Mitgliedstaaten gefördert, und ihre Nutzung nimmt in der gesamten EU zu. Laut einer in 15 Mitgliedstaaten durchgeführten Erhebung haben im Jahr 2016 durchschnittlich 80 % der Hausärzte in diesen Ländern elektronische Patientenakten verwendet (siehe **Abbildung 9**). In den meisten dieser Länder haben die Patienten Zugang zu ihren eigenen Patientenakten und in einigen Ländern können die Patienten zudem die darin enthaltenen Informationen selbst ergänzen oder ändern.

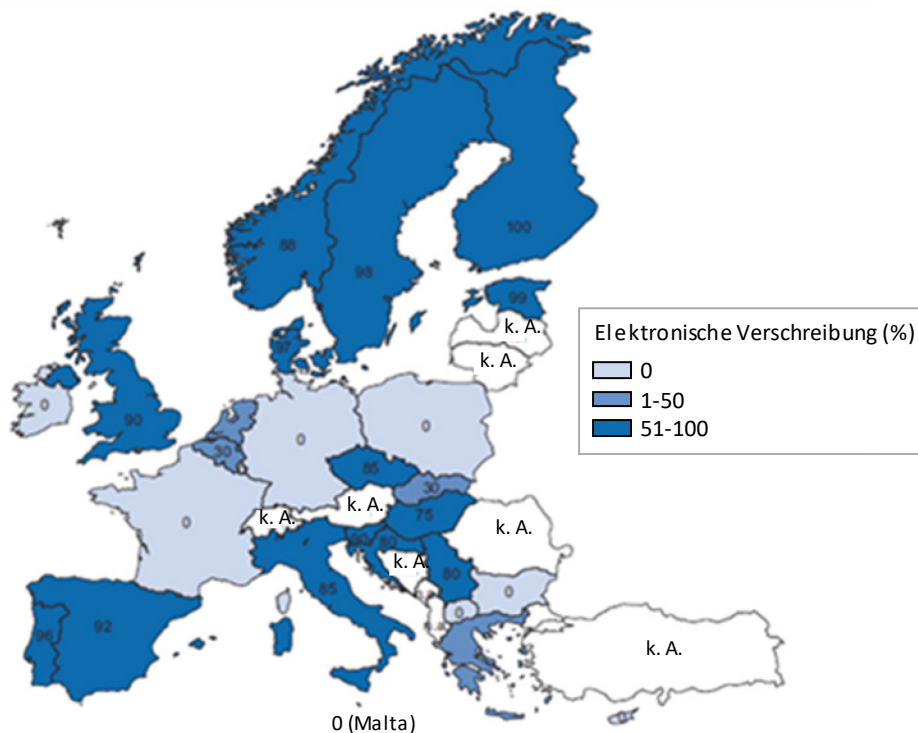
Abbildung 9 – Prozentsatz der Hausärzte, die elektronische Patientenakten verwenden (2016)



Quelle: OECD Survey of Electronic Health Record System Development and Use.

54 In Bezug auf die **elektronische Verschreibung** ergibt sich ein vielfältigeres Bild (siehe **Abbildung 10**): In einigen Ländern wie Finnland, Schweden, Dänemark, Portugal und Spanien beträgt die elektronische Verschreibungsrate nahezu 100 %, während die elektronische Verschreibung in anderen Ländern wie Frankreich oder Deutschland überhaupt nicht eingeführt wurde. Angesichts dessen, dass bis Ende 2021 voraussichtlich 22 EU-Mitgliedstaaten am Austausch von Patientenkurzakt und/oder elektronischen Verschreibungen teilnehmen werden, dürften elektronische Verschreibungen allerdings an Bedeutung gewinnen.

Abbildung 10 – Prozentsatz elektronischer Verschreibungen in Apotheken mit Publikumsverkehr (2018)



Quelle: Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU).

55 Mit der Annahme der **Strategie für einen digitalen Binnenmarkt im Jahr 2015** verstärkte die Europäische Kommission die Nutzung digitaler Technologien in allen Bereichen, einschließlich des Gesundheitswesens, was eine ihrer wichtigsten Prioritäten war.

Abbildung 11 – Digital Health

Digitale Gesundheitsversorgung und Pflege

UMGESTALTUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG UND PFLEGE IM DIGITALEN BINNENMARKT – Nutzung des Potenzials von Daten für eine aufgeklärte Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger und den Aufbau einer gesünderen Gesellschaft

Herausforderungen im europäischen Gesundheitswesen

- ❑ Alternde Bevölkerung und chronische Krankheiten belasten die Gesundheitshaushalte
- ❑ Ungleichheiten bei der Qualität und dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen
- ❑ Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Potenzial digitaler Anwendungen und Daten, die Gesundheit zu verbessern

- ❑ Effiziente und integrierte Gesundheitssysteme
- ❑ Personalisierte Gesundheitsforschung, Diagnostik und Behandlung
- ❑ Prävention und bürgernahe Gesundheitsdienstleistungen

Erwartungen der Unionsbürgerinnen und -bürger

- 90 % ... den Zugriff auf ihre eigenen Gesundheitsdaten (setzt interoperable Daten von hoher Qualität voraus)
- 80 % sind bereit, ... ihre Daten für eine gemeinsame Nutzung zur Verfügung zu stellen (sofern Datenschutz und Sicherheit gewährleistet sind)
- 80 % sind bereit, ... Feedback zur Qualität von Behandlungen zu geben

Unterstützung durch die Europäische Kommission:

1 Sicherer Zugang zu und Austausch von Gesundheitsdaten

Ziel: Bürgerinnen und Bürger greifen in einem sicheren Umfeld auf ihre Gesundheitsdaten zu und Gesundheitsdienstleister (Ärztinnen und Ärzte, Apotheken usw.) können sie EU-weit austauschen

Maßnahmen:

- Die digitale eHealth-Dienstinfrastruktur gewährleistet die Erbringung erster grenzüberschreitender Dienstleistungen (Patientenkurzakte und elektronische Verschreibungen), und die Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden Ländern wird gestärkt
- Vorschläge zur Ausweitung grenzüberschreitender elektronischer Gesundheitsdienstleistungen, z. B. vollständige elektronische Patientenakte
- Mit Blick auf die Interoperabilität bestehender elektronischer Patientenakte in Europa empfohlenes Austauschformat

2 Zusammenführung der Gesundheitsdaten für die Forschung und personalisierte Medizin

Ziel: Gemeinsam genutzte Ressourcen (Daten, Infrastruktur, Fachwissen usw.) ermöglichen eine zielgerichtete und schnellere Forschung, Diagnostik und Behandlung

Maßnahmen:

- Mechanismen für freiwillige Zusammenarbeit in den Bereichen Gesundheitsforschung und klinische Praxis (beginnend mit dem Ziel "eine Million Genome bis 2022")
- Spezifikationen für den sicheren Zugang zu und Austausch von Gesundheitsdaten
- Pilotmaßnahmen für seltene Krankheiten, Infektionskrankheiten und Daten über die Auswirkungen

3 Digitale Instrumente und Daten für eine aufgeklärte Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger und eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung

Ziel: Die Bürgerinnen und Bürger können ihre Gesundheit überwachen, ihren Lebensstil anpassen und mit ihren Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften interagieren (Feedback erhalten und geben)

Maßnahmen:

- Erleichterung der Bereitstellung innovativer digitaler Lösungen für den Gesundheitsbereich, auch durch KMU, mit gemeinsamen Grundsätzen und Zertifizierung
- Unterstützung bei der Deckung der Nachfrage nach innovativen digitalen Lösungen für den Gesundheitsbereich, insbesondere durch Gesundheitsbehörden und -dienstleister, im Wege des Austauschs von Verfahren und technischer Hilfe
- Effizientere Mobilisierung öffentlicher Mittel für innovative digitale Lösungen für den Gesundheitsbereich, einschließlich EU-Finanzierung

Quelle: Europäische Kommission.

56 Im April 2018 veröffentlichte die Kommission eine **Mitteilung über die Ermöglichung der digitalen Umgestaltung der Gesundheitsversorgung und Pflege**, in der drei verschiedene Schwerpunktbereiche genannt werden (siehe **Abbildung 11**):

- **Sicherer Zugang zu Daten und deren gemeinsame Nutzung** Um einen umfassenderen Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu fördern, baut die Kommission eine digitale eHealth-Dienstinfrastruktur auf, die den **Austausch von elektronischen Verschreibungen und Patientenkurzakte** zwischen Gesundheitsdienstleistern ermöglicht. Der erste grenzüberschreitende Austausch begann im Jahr 2019. Längerfristig arbeitet die Kommission an einem europäischen Austauschformat für elektronische Patientenakte, das allen Unionsbürgerinnen und -bürgern zugänglich ist.

- **Vernetzung und Austausch von Gesundheitsdaten** für die Forschung, eine schnellere Diagnose und eine bessere Gesundheit. Die dezentral organisierte europäische digitale eHealth-Dienstinfrastruktur soll eine maßgeschneiderte Diagnostik und Behandlung ermöglichen, den Gesundheitsdiensten dabei helfen, sich so aufzustellen, dass sie besser auf grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren reagieren können, und die Entwicklung und Überwachung von Arzneimitteln verbessern.
- **Stärkung der Handlungskompetenz der Bürgerinnen und Bürger** und der personalisierten Gesundheitsversorgung durch digitale Dienste. Digitale Dienste können die Prävention und Behandlung chronischer Erkrankungen verbessern und bieten Patienten die Möglichkeit, Gesundheitsdienstleistern ein Feedback zu geben.

57 Darüber hinaus spielt die Kommission im Hinblick auf die Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Einsatz moderner Gesundheitstechnologien und die Koordinierung der nationalen Anstrengungen eine wichtige Rolle (siehe **Kasten 3**).

Kasten 3

eHealth-Initiativen

Im Februar 2019 legte die Kommission eine Reihe von Empfehlungen zur Schaffung eines sicheren Systems vor, das den Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu ihren elektronischen Patientenakten in der gesamten EU ermöglicht.

Dieses neue System würde auf bestehenden Initiativen zum Austausch von Patientenakten aufbauen, indem es den Austausch von Labortests, ärztlichen Entlassungsbriefen und Berichten zu medizinischer Bildung gestattet.

Die Vorteile für Unionsbürgerinnen und -bürger sind u. a.:

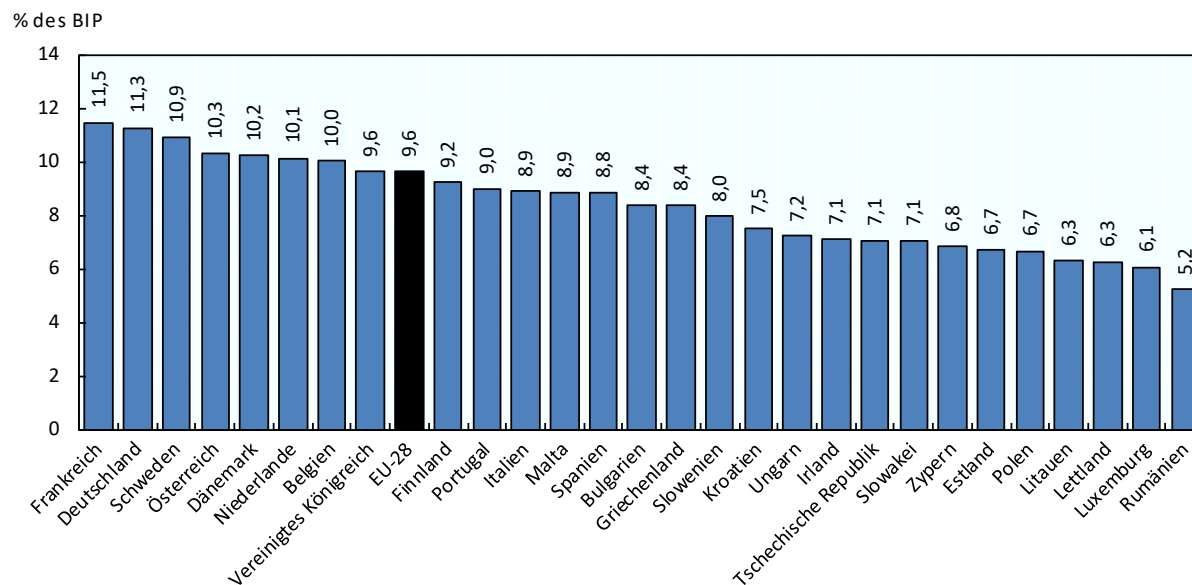
- sofortiger Zugang zu ihren Patientenakten im Ausland, auch in Notfällen;
- höhere Qualität und Kontinuität der Gesundheitsversorgung für Bürgerinnen und Bürger, die ins Ausland ziehen;
- neue Forschungsmöglichkeiten durch die gemeinsame Nutzung von Gesundheitsdaten (vorbehaltlich der Einwilligung des Patienten);
- Effizienzgewinne durch die Vermeidung wiederholter Labor- oder Röntgenuntersuchungen.

Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte

58 Finanzielle Tragfähigkeit ist eine der größten Herausforderungen, mit denen sich die Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit konfrontiert sehen. Mit rund 1,5 Billionen Euro (2016) gehört die Gesundheit zu den größten und am schnellsten wachsenden Ausgabenposten in der EU¹⁶.

59 2017 machten die Gesundheitsausgaben 9,6 % des BIP der EU aus, gegenüber 8,8 % im Jahr 2008, und die Gesundheitsausgaben pro Kopf betragen 2 773 Euro im Jahr 2017 (siehe **Abbildungen 12 und 13**).

Abbildung 12 – Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP (2017)

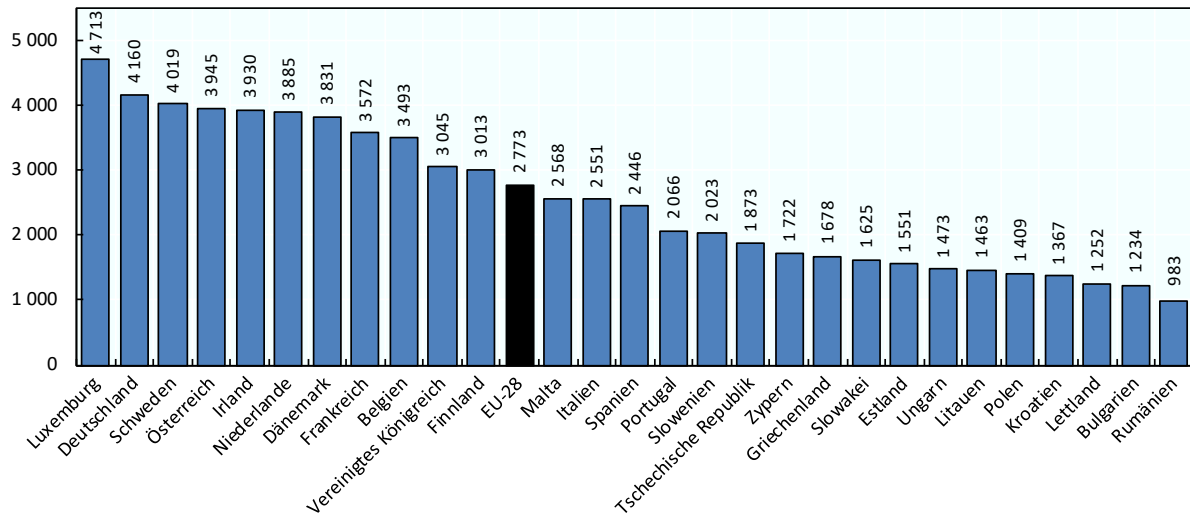


Quelle: OECD Gesundheitsstatistiken 2018.

¹⁶ Themenblatt zum Europäischen Semester: Gesundheitssysteme.

Abbildung 13 – Gesundheitsausgaben pro Kopf (2017)

Euro-Kaufkraftparität



Quelle: OECD Gesundheitsstatistiken.

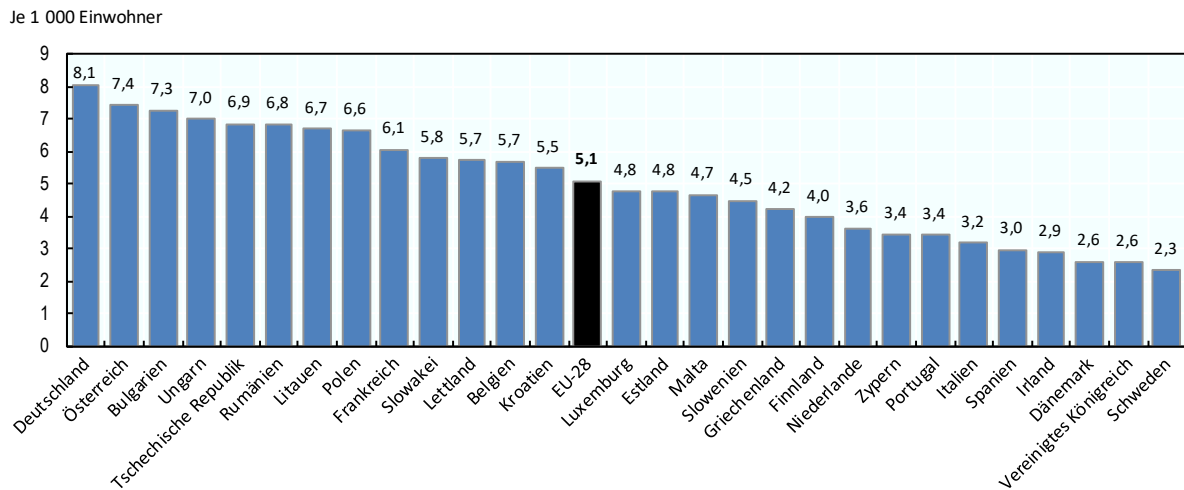
60 Die Gesundheitsausgaben werden voraussichtlich weiter steigen, was vor allem dem **demografischen Wandel** in Kombination mit **höheren Kosten** für neue Technologien in Medizin und Pflege geschuldet ist.

61 Gleichzeitig werden die Gesundheitsausgaben aufgrund begrenzter finanzieller Mittel zunehmend in Frage gestellt. Angesichts der Tatsache, dass in zwei Dritteln der Mitgliedstaaten **mehr als 70 % der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Mitteln finanziert** werden, ist die Tragfähigkeit eines Gesundheitssystems eng mit der wirtschaftlichen Lage des Mitgliedstaats und der EU insgesamt verknüpft.

62 Finanziell tragfähige Gesundheitssysteme müssen zudem auf Einsparpotenzial überprüft werden. Derzeit werden **bis zu 20 % der Gesundheitsausgaben als vermeidbar eingestuft** und könnten daher anderweitig besser verwendet werden¹⁷. Zwei Bereiche, die häufig mit Einsparpotenzial in Verbindung gebracht werden, sind Krankenhäuser (insbesondere die Zahl der Krankenhausbetten (siehe **Abbildung 14**) oder vermeidbare Krankenhausaufenthalte) und Arzneimittel (z. B. nicht optimale Auswahl, Beschaffung und Preisgestaltung).

¹⁷ OECD; *Tackling Wasteful Spending on Health*; Januar 2017.

Abbildung 14 – Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner (2016)



Quelle: OECD Gesundheitsstatistiken.

63 Mit der finanziellen Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme eng verknüpft ist die Frage nach ihrer Widerstandsfähigkeit, welche definiert ist als die Fähigkeit, angemessen auf Veränderungen reagieren zu können. Insbesondere wird der demografische Wandel in einer modernen Gesellschaft nicht nur eine Erweiterung des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen erforderlich machen, sondern auch deren Umgestaltung, da an die Stelle der stationären Akutversorgung eine längerfristige, stärker am Menschen ausgerichtete Gesundheitsversorgung in der Gemeinschaft tritt.

64 Die Europäische Kommission hat wiederholt auf die **Notwendigkeit der Reform der öffentlichen Gesundheitssysteme** hingewiesen, um deren Tragfähigkeit zu gewährleisten und gleichzeitig den universellen Zugang zu Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu erhalten. Sie unterstützt die Mitgliedstaaten bei dieser Arbeit durch Analysen, Leitlinien und Überwachungs- oder Bewertungsinstrumente und spricht Empfehlungen für Reformen im Rahmen des Europäischen Semesters aus.

65 Außerdem setzte die Kommission ein Gremium unabhängiger Experten ein, um Beratung zu Gesundheitsinvestitionen bereitzustellen, und führte eine Reihe von Initiativen ein, um die Wirksamkeit und Widerstandsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme zu stärken und so ihre Tragfähigkeit zu erhöhen. Eine dieser Initiativen ist die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA), ein wissenschaftlicher Ansatz zur Bewertung der Wirksamkeit von Gesundheitstechnologien. Die Mitgliedstaaten arbeiten über ein Netzwerk zusammen¹⁸, um Doppelarbeit auf nationaler Ebene zu reduzieren.

66 Konkret unterstützt die Kommission auch die Bemühungen der Mitgliedstaaten, ihre Initiativen im Bereich Forschung und elektronische Gesundheitsdienste im Hinblick auf Effizienzsteigerungen und Kosteneinsparungen zu koordinieren. Unterstützt wird dies durch EU-Mittel, die hauptsächlich aus dem Programm "Horizont 2020" und den darauf folgenden Forschungsprogrammen finanziert werden.

67 In der gesamten EU unternahmen die Mitgliedstaaten **kontinuierliche Anstrengungen zur Reformierung** ihrer Gesundheitssysteme, um diese nicht nur wirksamer, sondern auch finanziell tragfähig und widerstandsfähig zu machen.

68 Wenngleich in einigen Bereichen bereits Fortschritte erzielt wurden, wie z. B. Einsparungen im Krankenhausbereich, wird dieser Prozess auch in den kommenden Jahren einen Schwerpunkt der öffentlichen Gesundheit bilden.

¹⁸ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

TEIL II – Überblick über die Arbeit der ORKB

Einleitung

69 Dieser Teil des Kompendiums enthält eine Zusammenfassung der Ergebnisse ausgewählter Prüfungen, die von den ORKB der 23 Mitgliedstaaten¹⁹, die zu dieser Publikation beigetragen haben, und dem Europäischen Rechnungshof durchgeführt wurden.

Prüfungsmethodik

70 Die ORKB führen ihre Prüfungen in Übereinstimmung mit den Internationalen Normen für Oberste Rechnungskontrollbehörden und den auf nationaler Ebene entwickelten einschlägigen Anwendungsnormen durch, um die Qualität der Prüfungsarbeit und der Prüfungsberichte zu gewährleisten.

71 Die Prüfungsmethodik und die Prüfungsverfahren wurden ausgewählt und angewandt, um sicherzustellen, dass die Prüfungsaufgaben so wirksam wie möglich ausgeführt werden.

72 Prüfungsnachweise wurden durch Dokumentenanalyse und (statistische) Datenanalyse sowie durch Befragungen von nationalen und regionalen Behörden oder Begünstigten erlangt. Gegebenenfalls wurde dies durch Erhebungen ergänzt, um Stellungnahmen eines größeren und/oder breiter gefächerten Pools von Befragten einzuholen. Weitere verwendete Methoden waren Direktprüfungen, Fallstudien und Benchmarking.

Prüfungszeitraum

73 In einem frühen Stadium ist die Prüfung der Auswirkungen der Strukturmaßnahmen und der Wirkung der Programme oftmals schwierig. Der Schwerpunkt der in diesem Kompendium zusammengefassten Prüfungen lag auf mehrjährigen Programmen, die zwischen 2011 und 2019 durchgeführt wurden.

74 *Table 1* bietet einen Überblick über die wichtigsten Schwerpunktbereiche der Prüfungsarbeit der Obersten Rechnungskontrollbehörden.

¹⁹ Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik und Ungarn.

Tabelle 1 – Überblick über die Prüfungsarbeit der Obersten Rechnungskontrollbehörden der EU, die in diesem Kompendium dargestellt ist

ORKB	Bezeichnung der Prüfung	Schwerpunktbereich				
		Prävention und Schutz	Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen	Qualität der Gesundheitsdienstleistungen	Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste	Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte
Belgien	Die flämische Politik zur Gesundheitsvorsorge – Bewertung der politischen Leistung	✓				
Bulgarien	Elektronische Gesundheitsdienste				✓	
Dänemark	Unterschiede der Qualität der Gesundheitsversorgung in dänischen Krankenhäusern			✓		
Deutschland	Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden		✓			
Estland	Staatliche Maßnahmen zur Umsetzung des elektronische Gesundheitssystems				✓	
Finnland	Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben					✓
Frankreich	Prävention von therapieassoziierten Infektionen	✓				
Griechenland	Prüfung zu den staatlichen Zahlungsrückständen in Bezug auf Krankenhäuser und die Nationale Organisation für Gesundheitsdienstleistungen					✓
Irland	Verwaltung elektiver ambulanter Operationen			✓		
Italien	Umsetzung des außerordentlichen Programms zur Gebäuderenovierung und technologischen Modernisierung der Immobilien im Besitz von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen					✓
Lettland	Ist das Projekt für elektronische Gesundheitsdienste in Lettland ein Schritt in die richtige Richtung?				✓	
Litauen	Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen und Patientenorientierung		✓			

ORKB	Bezeichnung der Prüfung	Schwerpunktbereich				
		Prävention und Schutz	Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen	Qualität der Gesundheitsdienstleistungen	Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste	Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte
Luxemburg	Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser					✓
Malta	Die Funktion des Allgemeinmediziners – Rückgrat der medizinischen Grundversorgung		✓			
Österreich	Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte			✓		
Polen	Prävention und Behandlung von Typ-2-Diabetes	✓				
Portugal	Zugang der Bürgerinnen und Bürger zur Gesundheitsversorgung im Nationalen Gesundheitsdienst Portugals		✓			
Rumänien	Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen		✓			
Slowakei	Öffentliche Finanzen und Eigentum von Gesundheitseinrichtungen					✓
Slowenien	Bekämpfung von Adipositas bei Kindern	✓				
Spanien	Verwaltung und Kontrolle der pharmazeutischen Leistungen durch das allgemeine spanische Versicherungssystem auf Gegenseitigkeit für Staatsbeamte (MUFACE)					✓
Tschechische Republik	Von ausgewählten Krankenhäusern für die Kostenerstattung aufgewendete Mittel					✓
Ungarn	Zusammenfassende Analyse der Prüfungen von Krankenhäusern					✓
Europäischer Rechnungshof	EU-Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung zwar ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich		✓			

Prävention und Schutz

Prüfungsziele

75 Bei vier der in diesem Kompendium aufgeführten Prüfungen lag der Schwerpunkt vor allem auf der Krankheitsprävention und dem Gesundheitsschutz. Diese Prüfungen erstrecken sich auf ein breites Spektrum an Themen, das von der allgemeinen Politik zur Prävention von Krankheiten in Belgien bis zu spezifischen Fragen wie der Prävention von Diabetes (Polen), Adipositas bei Kindern (Slowenien) und therapieassoziierten Infektionen (Frankreich) reicht.

76 Das allgemeine Ziel dieser Prüfungen bestand darin, zu bewerten, ob die verschiedenen Politiken und Folgemaßnahmen gut konzipiert und wirksam waren. Bei einigen Prüfungen wurde besonderes Augenmerk auf Bevölkerungsgruppen gelegt, die von Armut bedroht sind.

Wichtigste Prüfungsfeststellungen

77 Bei allen Prüfungen wurden Mängel in Bezug auf die Gesundheitsvorsorge oder den Gesundheitsschutz festgestellt. Die Prüfung in Belgien ergab beispielsweise, dass die tatsächliche Umsetzung der Gesundheitspolitik je nach betreffendem Gesundheitsziel sehr unterschiedlich war. Die durchführenden Organisationen waren in der Regel nicht besonders ergebnisorientiert und bei der Berichterstattung mangelte es häufig an relevanten Informationen, um die Auswirkungen der finanzierten Maßnahmen bewerten zu können. Schließlich waren viele Kampagnen und Interventionen nicht ausreichend auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen zugeschnitten.

78 In dem Bericht des polnischen Rechnungshofs wurde festgestellt, dass trotz der immer weiter steigenden Zahl an Diabetikern in Polen bislang noch keine nationale Strategie zur Prävention oder Behandlung dieser Erkrankung ausgearbeitet worden war.

79 Die slowenische Prüfung ergab, dass die betreffenden Ministerien und das betreffende Institut tatsächlich zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern beitragen. Eine der ermittelten Schwachstellen bestand jedoch darin, dass die finanzierten Maßnahmen und Tätigkeiten nicht immer alle Kinder erreichten und somit keine Gleichbehandlung gewährleisteten. Insgesamt wurde der systemische Ansatz der allgemeinen Förderung einer gesunden Lebensweise als effizienter eingestuft als die Durchführung spezifischer Projekte.

80 Der französische Rechnungshof bewertete die Umsetzung der Politik zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen in Frankreich als nach wie vor unzureichend. Die Prävalenz von Infektionen ist seit 2006 nicht weiter zurückgegangen, und die externe Berichterstattung über diese Infektionen ist nicht umfassend. Jüngste Entwicklungen wie die Einrichtung von Zentren zur Kontrolle therapieassoziiierter Infektionen werden jedoch als Schritt in die richtige Richtung betrachtet. Nun müssen neue Initiativen ergriffen werden, um diese Politik auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung auszudehnen und die Bedrohung durch Antibiotikaresistenz in vollem Umfang zu berücksichtigen.

Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen

Prüfungsziele

81 Bei sechs der in diesem Kompendium berücksichtigten Prüfungen wurde der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen bewertet. Bei drei von ihnen (Litauen, Portugal und Rumänien) lag das Augenmerk auf dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen, bei einer (Deutschland) lag der Schwerpunkt auf kieferorthopädischen Behandlungen und bei einer (Malta) auf der Rolle von Allgemeinmediziner bei der Gewährleistung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen. Schließlich prüfte der Europäische Rechnungshof, ob die Maßnahmen der EU im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung Vorteile für die Patienten haben.

82 Neben seinem Schwerpunkt auf der Prävention von Typ-2-Diabetes bewertete der polnische Rechnungshof, ob Diabetiker Zugang zu spezialisierten Diensten und Arzneimitteln der neuesten Generation hatten.

83 Die Hauptziele der durchgeführten Prüfungen bestanden darin, zu bewerten, ob der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und fachärztlicher Beratung gewährleistet ist und ob die durchgeführten Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen wirksam waren.

84 Die beiden spezifischeren Prüfungen zielten jeweils darauf ab, einen Überblick über die Kosten und Verfahren für kieferorthopädische Behandlungen zu erhalten (Deutschland) und zu ermitteln, in welchem Maße Allgemeinmediziner den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erleichterten (Malta).

Wichtigste Prüfungsfeststellungen

85 Insgesamt ergaben die Prüfungen, dass Gesundheitsdienstleistungen nicht immer rechtzeitig, am richtigen Ort oder zu erschwinglichen Kosten verfügbar waren.

86 Im Zuge der litauischen Prüfung wurden Mängel bei der Verwaltung und dem Abbau der Wartelisten für Gesundheitsdienstleistungen sowie bei der Planung der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften festgestellt.

87 Zu diesem Ergebnis kam auch die Prüfung des portugiesischen Rechnungshofs, bei der festgestellt wurde, dass sich in den drei Jahren von 2014 bis 2016 die Wartezeiten für fachärztliche Beratung und die Zahl der Patienten auf Wartelisten für Operationen erhöht haben.

88 Der rumänische Rechnungshof gelangte zu dem Schluss, dass die Infrastrukturinvestitionen im Gesundheitswesen das Ziel, den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern, nur teilweise erreicht haben. Die im Bericht beschriebenen wesentlichen Mängel betrafen den adäquaten Einsatz der öffentlichen Mittel, die Koordinierung, die Weiterverfolgung von Investitionen und die Vergabeverfahren.

89 Im Prüfbericht des Bundesrechnungshofes wurde festgestellt, dass der Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen wissenschaftlich nicht belegt war und die Patienten oft zusätzliche kieferorthopädische Leistungen und Behandlungen zahlen mussten.

90 Der Tenor des maltesischen Prüfberichts war positiver, da er in seiner Bewertung zu dem Ergebnis kam, dass der Aufgabenbereich von Allgemeinmediziner*innen im Einklang mit den in der Strategie des Nationalen Gesundheitssystem festgelegten strategischen Maßnahmen steht. Allerdings wurde festgestellt, dass eine weitere Ausweitung des Aufgabenbereichs von Allgemeinmediziner*innen im Sinne einer stärker patientenorientierten Ausrichtung eine Verlagerung der Mittelverteilung erfordern würde.

91 Der Europäische Rechnungshof stellte fest, dass die Kommission die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der Aufklärung über die Patientenrechte bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gut unterstützt hat, wenngleich einige Lücken fortbestehen.

92 Der polnische Rechnungshof kam zu dem Schluss, dass der Zugang zu fachärztlicher Behandlung für Typ-2-Diabetes nicht rechtzeitig am richtigen Ort verfügbar war. Die Wartezeiten für fachärztliche Beratung waren lang, und beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen wurden große regionale Unterschiede ermittelt.

Qualität der Gesundheitsdienstleistungen

Prüfungsziele

93 Drei der in diesem Kompendium thematisierten Prüfungen, die von den Rechnungshöfen Dänemarks, Irlands und Österreichs durchgeführt wurden, befassen sich mit der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen.

94 Bei zwei dieser Prüfungen standen spezifische Qualitätsaspekte in Krankenhäusern im Blickpunkt: Der dänische Rechnungshof bewertete die Qualität der Gesundheitsversorgung in dänischen Krankenhäusern und analysierte etwaige Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern. Der irische Rechnungshof untersuchte die Verwaltung elektiver ambulanter Eingriffe. Er analysierte die Gründe für die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern, um Möglichkeiten zur Erhöhung des Anteils ambulanter Eingriffe sowie etwaige diesbezügliche Hindernisse zu ermitteln. Ferner untersuchte er den Informationsaustausch und ging der Frage nach, inwieweit dieser die Förderung von Ideen für bewährte Verfahren erleichtert.

95 Bei der Prüfung des österreichischen Rechnungshofs wurden die Organisation, ausgewählte Themen und die Transparenz der Qualitätssicherung der Bundesregierung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bewertet.

96 Im Rahmen ihrer Prüfung zum Thema "Prävention von therapieassoziierten Infektionen" analysierte der französische Rechnungshof außerdem Ausmaß und Kosten therapieassoziiierter Infektionen sowie die Rolle von Hygienevorschriften und die korrekte Verschreibung von Antibiotika.

Wichtigste Prüfungsfeststellungen

97 Die Prüfungen ergaben, dass die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen in bestimmten Bereichen unterschiedlich und verbesserungsfähig ist.

98 In dem Bericht über die Qualität der Gesundheitsversorgung in dänischen Krankenhäusern wurden Mängel bei der Behandlung von Patienten und mangelnde Kohärenz bei der Qualität der Versorgung festgestellt. Die Unterschiede der Behandlung wirkten sich auf das Wiederaufnahme- und Sterberisiko der Patienten aus. Viele der Unterschiede konnten jedoch auf Faktoren zurückgeführt werden, die außerhalb der Kontrolle der Krankenhäuser lagen.

99 Der irische Bericht über elektive ambulante Eingriffe gelangte zu ähnlichen Schlussfolgerungen: Trotz allgemeiner Bemühungen, den Anteil ambulanter Eingriffe im Vergleich zur stationären Behandlung zu erhöhen, gab es erhebliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. Mögliche Gründe waren das Fehlen schriftlicher Protokolle und Checklisten für die Auswahl der für eine ambulante Operation in Frage kommenden Patienten und ein fehlendes Monitoring oder fehlende Überprüfung der Zahl der für eine ambulante Operation in Frage kommenden Patienten, vonseiten der höheren Führungsebene.

100 Im österreichischen Bericht über die Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wurden Schwachstellen in Bezug auf die Gültigkeit von Qualitätsleitlinien, Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung sowie standardisierten Diagnose- und Leistungsunterlagen ermittelt. Ferner wurde vorgeschlagen, Möglichkeiten zur Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen zu den Selbstbewertungen der Ärztinnen und Ärzte durch Kontrollen in den Arztpraxen zu prüfen.

101 Der französische Rechnungshof stellte fest, dass die Prävalenz von Infektionen im Zusammenhang mit der stationären Behandlung ab dem Jahr 2006 nicht weiter angestiegen ist. Eine ordnungsgemäße Durchsetzung der Hygienevorschriften und die korrekte Verschreibung von Antibiotika sind in diesem Zusammenhang von wesentlicher Bedeutung. Ein aktiveres Management des Infektionsrisikos erfordert ferner eine bessere Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Regulierung der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen.

Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste

Prüfungsziele

102 Bei drei in diesem Kompendium behandelten Berichten (Bulgarien, Estland und Lettland) liegt der Schwerpunkt auf elektronischen Gesundheitsdiensten und dem Einsatz neuer Technologien im Gesundheitsbereich. In den drei Berichten wird untersucht, ob die Voraussetzungen für die Einführung und Weiterentwicklung elektronischer Gesundheitsdienste erfüllt waren und wirksam umgesetzt wurden. Der lettische Rechnungshof prüfte zudem, ob die elektronischen Gesundheitsdienste ihr Ziel der Förderung einer effizienteren Gesundheitsversorgung erreicht haben.

Wichtigste Prüfungsfeststellungen

103 In allen drei Berichten wurde festgestellt, dass elektronische Gesundheitsdienste zwar als nationale Priorität im Gesundheitsbereich eingestuft wurden, die Umsetzung jedoch hinter den Erwartungen zurückblieb und ihre Ziele nur teilweise erreicht wurden.

104 Zu diesem Ergebnis kam es aus mehreren Gründen. In dem Bericht Bulgariens wurde festgestellt, dass die notwendigen Voraussetzungen für eine wirksame Umsetzung elektronischer Gesundheitsdienste nicht gegeben waren, und zwar das Bestehen eines Regelungsrahmens, eine umfassende Festlegung der Zuständigkeiten und ein wirksames System der Koordinierung und Harmonisierung zwischen den verschiedenen Akteuren. Daher kam es zu Verzögerungen bei der Einführung elektronischer Gesundheitsdienste in Bulgarien, und die ergriffenen Maßnahmen waren nur teilweise wirksam.

105 Der estnische Rechnungshof gelangte in seiner Prüfung ebenfalls zu dem Schluss, dass die Ziele der elektronischen Gesundheitsdienste nicht erreicht wurden, da die digitale Verschreibung die einzige technische Lösung sei, die zum Zeitpunkt der Prüfung aktiv genutzt wurde. Die elektronische Patientenakte und die Bildreferenz waren nur in moderatem Umfang genutzt worden, und die digitale Anmeldung (ein elektronisches Terminbuchungssystem) war nicht eingeführt worden. Weitere Mängel wurden bei der strategischen Planung und Verwaltung der elektronischen Gesundheitsdienste festgestellt, und ihre Umsetzung erfolgte nicht nur verzögert, sondern war auch erheblich teurer als ursprünglich geplant.

106 Der lettische Rechnungshof kam in seinem Bericht zu einer ähnlichen Bewertung, da er ebenfalls Mängel bei der Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste feststellte, vor allem im Hinblick auf die mangelnde Beteiligung der wichtigsten Interessenträger sowie Fragen im Zusammenhang mit der Verwaltung und Überwachung von Projekten. Folglich wurde im Rahmen der lettischen Prüfung das Ziel der elektronischen Gesundheitsdienste als nur teilweise erreicht bewertet.

Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte

Prüfungsziele

107 Bei acht der in diesem Kompendium behandelten Prüfungen wurden die Tragfähigkeit oder andere finanzielle Aspekte der öffentlichen Gesundheit analysiert. Vier dieser Prüfungen (Tschechische Republik, Griechenland, Ungarn und die Slowakei) befassten sich mit Fragen der Regelkonformität, während in den übrigen vier (Finnland, Italien, Luxemburg und Spanien) eher allgemeine Aspekte der finanziellen Tragfähigkeit und des Finanzmanagements behandelt wurden.

108 Die von den vier letztgenannten Prüfungen abgedeckten Bereiche reichten von Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben (Finnland) bis zu öffentlichen Investitionen im Gesundheitswesen (Italien und Luxemburg) und der Wirtschaftlichkeit der Haushaltsführung bei Zahlungen pharmazeutischer Leistungen (Spanien).

Wichtigste Prüfungsfeststellungen

109 Die häufigsten bei den Compliance-Prüfungen festgestellten Probleme waren Mängel bei den Vergabeverfahren sowie bei den internen Kontrollen, dem Finanzmanagement und der Verwaltung überfälliger Verbindlichkeiten.

110 Die finnische Prüfung von Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben ergab, dass das verwendete Modell entwicklungsfähig und die Dokumentation der Methodik verbesserungsfähig sind, und dass zudem keine regelmäßige Veröffentlichung der Prognoseergebnisse erfolgte.

111 Bei der Prüfung des luxemburgischen Rechnungshofs wurden Mängel im Zusammenhang mit der Genehmigung, Koordinierung und Weiterverfolgung größerer Investitionen und der Berichterstattung darüber festgestellt.

112 Ähnliche Probleme wurden vom italienischen Rechnungshof ermittelt, welcher zu dem Schluss kam, dass die Berichterstattung nicht ausreichte, um die Umsetzung der Projekte zu überwachen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die öffentlich-private Partnerschaft nicht effizient genutzt wurde.

113 Laut dem spanischen Bericht ist die Zahlung der pharmazeutischen Leistungen an Apotheken und Krankenhäuser nur teilweise im Einklang mit den geltenden Verordnungen und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit der Haushaltsführung erfolgt.

Weiterverfolgung der Prüfungen

114 Grundsätzlich und im Sinne einer guten Praxis nehmen alle ORKB eine Weiterverfolgung ihrer Empfehlungen vor. Der Ansatz richtet sich nach den internen Vorschriften der jeweiligen ORKB. Die Weiterverfolgung kann in Form einer Nachverfolgung der Umsetzung jeder einzelnen Empfehlung oder im Rahmen einer anderen Prüfungsaufgabe erfolgen.

115 In der Regel fand ein bis drei Jahre nach Ablauf der Frist für die Umsetzung der Empfehlungen im Einklang mit den internen Vorschriften der ORKB eine Weiterverfolgung statt. Einige ORKB verfolgen ihre Prüfungen weiter, ohne sich nach einem bestimmten Zeitplan zu richten.

TEIL III – Berichte der ORKB auf einen Blick

TEIL III – Berichte der ORKB auf einen Blick

51

Prävention und Schutz



Belgien

Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof

Die flämische Politik zur Gesundheitsvorsorge – Bewertung der politischen Leistung

Überblick

116 Im Rahmen der Prüfung des belgischen Rechnungshofs wurde die Leistung der flämischen Politik zur Gesundheitsvorsorge im Zeitraum von 2014 bis Anfang 2015 bewertet.

117 Die Nutzung der Prävention als Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit und zu einem höheren Maß an Wohlergehen in der Bevölkerung ist eines der Ziele der politischen Absichtserklärung des flämischen Ministers für öffentliche Gesundheit. Die flämische Politik zur Gesundheitsvorsorge wurde in Form mehrerer Gesundheitsziele formuliert und von mehreren im Rahmen dieser Politik bezuschussten Organisationen umgesetzt.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

118 Der Bewertung lagen folgende Fragestellungen zugrunde:

- Wurde die Umsetzung der Politik zur Gesundheitsvorsorge gut ausgestaltet und organisiert?
- Ist die Umsetzung der geplanten Präventivstrategie von hoher Qualität?
- Inwieweit wird bei der Umsetzung benachteiligten Bevölkerungsgruppen besondere Aufmerksamkeit geschenkt?

119 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das flämische Ministerium für Wohlfahrt, Gesundheit und Familie und das flämische Amt für Pflege und Gesundheit. Die Bewertung stützte sich hauptsächlich auf Dokumentenanalysen und Befragungen.

Wichtigste Bemerkungen

120 Es wurde festgestellt, dass es in der Praxis je nach Gesundheitsziel erhebliche Unterschiede im Umsetzungsrahmen gab, und bei der Organisation der Feldforschung waren Verbesserungen möglich.

- An einigen Gesundheitszielen war eine Vielzahl von durchführenden Organisationen beteiligt, wobei die Abgrenzung der Aufgaben nicht immer klar war und die Notwendigkeit einer umfassenden Abstimmung und Absprache bestand.
- Für andere Gesundheitsziele waren "vor Ort" kaum Organisationen präsent, so dass die Unterstützung unzureichend war.
- Die Mittelverteilung auf die einzelnen Gesundheitsziele und die durchführenden Organisationen war nicht hinreichend begründet und basierte auf der in der Vergangenheit vorgenommenen Verteilung.

121 Die Auswahl der durchführenden Organisationen im Rahmen eines Aufrufverfahrens führte zu mangelndem Wissensaustausch und verschärfte die Spannungen zwischen den beteiligten Organisationen.

122 Die durchführenden Organisationen gingen bei der Entwicklung der Methodik nicht besonders ergebnisorientiert vor. Ihre Berichterstattung enthielt zu wenige Informationen, um die Auswirkungen ihrer Arbeit bewerten zu können.

123 Schließlich wurde benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt.

Empfehlungen

124 Umsetzungsrahmen

- Die Umsetzungsstruktur für die Suizidprävention sollte gestrafft werden, die Tabak-, Alkohol- und Drogenprävention sollte sich auf klare Vereinbarungen stützen, und bei der Diabetesprävention vor Ort sind weitere Anstrengungen erforderlich.
- Sensibilisierungsinstrumente für Krebsfrüherkennungsprogramme sollten besser koordiniert und auf bisher nicht ausreichend angesprochene Zielgruppen ausgerichtet werden.
- Bei der Unfallprävention sollte der Schwerpunkt stärker auf die Förderung der multidisziplinären Konsultation gelegt werden, indem eine klare Arbeitsmethodik, die Aufgabenteilung sowie Kooperationsvereinbarungen zwischen den verschiedenen Akteuren festgelegt werden.
- Es sollte eine langfristige Vision für körperliche Aktivität entwickelt werden. Es sollte sichergestellt werden, dass die Umsetzung der Methodik für das Gesundheitsziel Ernährung und Bewegung vor Ort unterstützt wird.
- Die Aufteilung der Mittel auf die verschiedenen Gesundheitsziele oder Präventionsthemen sollte klar begründet werden.

125 Umsetzung der Politik zur Gesundheitsvorsorge

- Die Regierung muss die Vor- und Nachteile des Aufrufverfahrens weiterhin gegeneinander abwägen.
- Die Leistungen der Partnerorganisationen in Bezug auf die Entwicklung der Methodik verdienen eine bessere Planung und Überwachung und sollten mit einem Budget verknüpft sein.
- Das flämische Ministerium für öffentliche Gesundheit sollte sich stärker an der Präventionsarbeit auf lokaler und Provinzebene beteiligen.
- Der Abschluss von Verwaltungsvereinbarungen sollte so weit wie möglich mit den Aktionsplänen für die Gesundheitsziele abgestimmt werden.

- Das flämische Amt für Pflege und Gesundheit (Agentschap Zorg en Gezondheid) sollte sicherstellen, dass die tatsächliche Umsetzung mit den im Jahresplan vorgeschlagenen Initiativen in Einklang gebracht werden kann.
- Die Rolle der Zentren für Schülerbetreuung bei der Erreichung der flämischen Gesundheitsziele sollte besser ausgestaltet werden.

126 Lokale Gesundheitsnetzwerke (*samenwerkingsverbanden voor locoregionaal gezondheidsoverleg, Logo's*)

- Die Beziehung zwischen dem flämischen Amt für Pflege und Gesundheit, dem flämischen Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und den lokalen Gesundheitsnetzwerken sollte geklärt und optimiert werden.
- Die Rolle dieser Netzwerke bei der Entwicklung der Methodik sollte überprüft und verbessert werden.
- Die Kohärenz und die Qualität der Informationen im Registrierungssystem sollten verbessert werden.

127 Projekte

- Die flämische Regierung sollte Belege für den Mehrwert von Subventionen zugunsten einer (Partner-) Organisation für Präventionsprojekte liefern.
- Seit mehreren Jahren laufende Projekte sollten im Hinblick auf ihre Integration in den regulären Betrieb der durchführenden Organisation bewertet werden.

128 Benachteiligte Gruppen

- Die flämische Regierung sollte stärker in die Entwicklung von Methoden und Material investieren, mit denen Menschen in Armut wirksam zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen motiviert werden, einschließlich des Aufbaus diesbezüglicher Expertise innerhalb der durchführenden Organisationen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

129 Der Bericht wurde am 23. Februar 2016 auf der Website des belgischen Rechnungshofs in elektronischer Form veröffentlicht und am 8. März 2016 dem Ausschuss für Wohlfahrt, öffentliche Gesundheit und Familie des flämischen Parlaments vorgelegt. Die Weiterverfolgung zu den einzelnen Empfehlungen wird in der Regel in den jährlichen politischen Schreiben des Ministers dargelegt.

Erwartete Auswirkungen

130 Während der Durchführung der Prüfung wurden Gesetzesänderungen eingeführt und eine Reihe von Initiativen ergriffen, mit denen einige der Schwachstellen beseitigt wurden (z. B. Leitlinien für die Entwicklung und Bewertung von Präventionsmethoden).

Im September 2017 wurde ein neues allgemeines Gesundheitsziel in Bezug auf gesunde Ernährung, bewegungsarme Lebensweise, körperliche Aktivität, Tabak, Alkohol und Drogen verabschiedet.



Frankreich Cour des comptes

Prävention von therapieassoziierten Infektionen:
die nächsten Schritte

Überblick

131 Im Rahmen der Prüfung des französischen Rechnungshofs wurde die Prävention von therapieassoziierten Infektionen im Zeitraum 2010-2018 bewertet.

132 Eine Infektion gilt als therapieassoziiert, wenn sie bei der Behandlung eines Patienten durch Angehörige der Gesundheitsberufe, in der ambulanten Gesundheitsversorgung, in einer medizinisch-sozialen Einrichtung oder in einer Gesundheitseinrichtung auftritt (im letzteren Fall wird sie als nosokomial eingestuft). Sie tritt nicht zwingend während der Behandlung selbst auf, sondern kann von 48 Stunden bis zu einem Jahr danach in Erscheinung treten.

133 Seit 30 Jahren besteht in Frankreich eine strukturierte öffentliche Politik zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen, hauptsächlich in Krankenhäusern, und zur Entschädigung der Patienten. Patientenverbände trugen entscheidend dazu bei, diese Politik voranzutreiben, nachdem in den Medien über die Häufung von Infektionen in einigen Gesundheitseinrichtungen berichtet worden war.

134 Durch die umgesetzten Maßnahmen konnte die Prävalenz infizierter Patienten in Krankenhäusern zunächst reduziert und dann bei etwa 5 % (d. h. etwa 470 000 infizierte Patienten pro Jahr) stabilisiert werden. Zwar verursachen therapieassoziierte Infektionen in den meisten Fällen nur vorübergehende Beschwerden, doch sie können auch weitaus schwerwiegendere Folgen haben. Die Prävalenz infizierter Patienten in der ambulanten Gesundheitsversorgung ist jedoch nicht bekannt, und ihre Messung im medizinisch-sozialen Bereich ist noch nicht ausgereift.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

135 Der Bewertung lagen folgende Fragestellungen zugrunde:

- Hauptprüfungsfrage: Worin bestehen die politischen Herausforderungen bei der Prävention von therapieassoziierten Infektionen?
- Mit den folgenden Unterfragen:
 - Wie hoch sind Umfang und Kosten therapieassoziiierter Erkrankungen?
 - Welche Ergebnisse haben die vom französischen Ministerium für Solidarität und Gesundheit und seinen verschiedenen Stellen umgesetzten politischen Maßnahmen gebracht?
 - Wie können Probleme im Zusammenhang mit Antibiotikaresistenz und der Entwicklung des Patienten außerhalb des Krankenhauses berücksichtigt werden?
 - Auf welchen Ebenen des Risikomanagements sollte die Neustrukturierung öffentlicher Maßnahmen gesteuert werden?
 - Wie können die verschiedenen Akteure zur Verantwortung gezogen werden?

136 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das französische Ministerium für Solidarität und Gesundheit, die verschiedenen Stellen, die für die Umsetzung seiner Politik auf nationaler und regionaler Ebene zuständig sind, sowie öffentliche Krankenhäuser.

137 Bei der Bewertung stützte man sich auf Befragungen und Fragebögen, die allen zuständigen Behörden zugesandt wurden.

Wichtigste Bemerkungen

138 Der *Cour des comptes* legte die folgenden Bemerkungen vor:

- In den vergangenen 30 Jahren haben Behörden, Gesundheitseinrichtungen und Angehörige der Gesundheitsberufe eine Politik zur Prävention nosokomialer Infektionen umgesetzt. Ihre Ergebnisse sind nach wie vor unzureichend. Die Prävalenz von Infektionen im Zusammenhang mit stationären Behandlungen ist seit 2006 nicht

weiter zurückgegangen, und die externe Meldung nosokomialer Infektionen ist nicht umfassend. Nun muss ein weiterer Schritt unternommen werden, um diese Politik auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung auszudehnen und die Bedrohung durch Antibiotikaresistenz in vollem Umfang zu berücksichtigen.

- Die in jüngster Zeit erfolgte Einrichtung von Zentren zur Kontrolle therapieassoziiertes Infektionen in allen Regionen sollte die Möglichkeit bieten, zusammen mit Fachkräften im Bereich der ambulanten und sozialen Gesundheitsversorgung Maßnahmen zu entwickeln, und eine bessere Abstimmung mit den regionalen Gesundheitsämtern sicherzustellen. Im Rahmen dieser neuen Organisationsstruktur muss das Ministerium für Solidarität und Gesundheit über das Amt für öffentliche Gesundheit den ihm gebührenden Platz bei der Steuerung und Koordinierung der öffentlichen Maßnahmen einnehmen.
- Angesichts dieser neuen Herausforderungen ist es zudem von wesentlicher Bedeutung, dass alle Beteiligten in die Lage versetzt werden, die Hygienevorschriften und die korrekte Verschreibung von Antibiotika konsequent anzuwenden. Ein aktiveres Management des Infektionsrisikos setzt zudem voraus, dass Qualitätsindikatoren bei der Regulierung der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen besser berücksichtigt und die Entschädigungsregelungen überarbeitet werden, um die Verantwortlichkeit zu stärken.

Empfehlungen

139 Der *Cour des comptes* sprach die folgenden Empfehlungen aus:

- Es sollte eine nationale Erhebung zur Prävalenz therapieassoziiertes Infektionen in der ambulanten Gesundheitsversorgung durchgeführt werden, gegebenenfalls mit einer angepassten Methodik, um die Risikosektoren und die zu entwickelnden Maßnahmen zu erfassen.
- Das Amt für öffentliche Gesundheit (*Santé Publique France*), eine öffentliche Einrichtung unter der Aufsicht des Ministeriums für Solidarität und Gesundheit, sollte ausdrücklich mit der Koordinierung der Aufgaben und der Handlungsinstrumente der Zentren zur Kontrolle therapieassoziiertes Infektionen betraut werden.
- Eine Reihe von Maßnahmen sollte umgesetzt werden, um den Antibiotikaverbrauch zu verringern und die Vergütung, die Privatärzten gezahlt wird, auf der Grundlage von Zielen der öffentlichen Gesundheit anzupassen, um ihre Wirksamkeit zu gewährleisten.

- Die regionalen Gesundheitsämter sollten der Inspektion und Kontrolle von Gesundheitseinrichtungen Vorrang geben und sämtliche operationellen Schlussfolgerungen ziehen, einschließlich der Betriebsunterbrechung.
- Die Kriterien für die Festlegung der Größe und Zusammensetzung der Teams für Arbeitshygiene der Gesundheitseinrichtungen sollten entsprechend der Tätigkeit dieser Einrichtungen und internationaler Empfehlungen überprüft werden. In öffentlichen Krankenhäusern sollten diese Teams im Rahmen regionaler Krankenhausverbände (*groupements hospitaliers de territoire*) zusammengelegt werden.
- Die Aussetzung der Grippe-Impfpflicht für Angehörige der Gesundheitsberufe sollte aufgehoben werden (wiederholte Empfehlung).

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

140 Der Erste Präsident des französischen Rechnungshofs (*Cour des comptes*) legte dem Präsidenten der Französischen Republik am 4. Februar 2019 den Jahresbericht 2019 vor. Anschließend wurde er der Presse vorgestellt und am 6. Februar 2019 in elektronischer Form auf der Website des Rechnungshofs veröffentlicht. Außerdem wurde er am 6. April 2019 der Nationalversammlung und am 7. April 2019 dem Senat vorgestellt.

141 Der *Cour des comptes* widmet der Weiterverfolgung seiner Empfehlungen besondere Aufmerksamkeit. Drei Jahre nach der Veröffentlichung seiner Berichte prüft er, inwieweit seine Empfehlungen umgesetzt wurden und welche tatsächlichen Auswirkungen die umgesetzten Empfehlungen hatten. Ein Überwachungsbericht findet möglicherweise Eingang in den Jahresbericht.

Erwartete Auswirkungen

142 Politische Maßnahmen zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen sind notwendig. In Anbetracht der Zahl betroffener Patienten müssen wirksame Maßnahmen umgesetzt werden, um eine Behandlung in einer möglichst sicheren Umgebung zu gewährleisten.



Polen

Najwyższa Izba Kontroli (NIK)

Prävention und Behandlung von Typ-2-Diabetes

Überblick

143 Bei der Prüfung des polnischen Rechnungshofs wurden die Prävention und die Behandlung von Typ-2-Diabetes im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung für den Zeitraum 2013-2017 und im Rahmen der stationären Gesundheitsversorgung für den Zeitraum 2015-2017 bewertet.

144 Schätzungen zufolge dürfte jeder elfte Bürger in Polen an Diabetes (Typ 1 und Typ 2) erkrankt sein, und die Zahl der von dieser Krankheit betroffenen Patienten steigt jährlich um 2,5 %. Unbehandelt führt Diabetes zu einer Reihe negativer Folgeerscheinungen wie Schlaganfall, Bluthochdruck und amputierten Gliedmaßen (als Komplikation des sogenannten diabetischen Fußsyndroms) und damit zu einer Zunahme der Zahl arbeitsunfähiger Menschen, die Sozialleistungen beziehen.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

145 Der Bewertung lag folgende Hauptprüfungsfrage zugrunde:

- Gewährleistet das Gesundheitssystem, dass Personen, die an Typ-2-Diabetes erkrankt sind oder das Risiko tragen, daran zu erkranken, frühzeitig entdeckt werden, und dass wirksame Behandlungsmethoden für diese Erkrankung angewandt werden?

146 Spezifische Fragen:

- Hat das Gesundheitsministerium eine nationale Gesundheitspolitik zur Diabetesprävention und zur Verbesserung der Gesundheit der von dieser Krankheit betroffenen Personen ausgearbeitet?
- Hat der nationale Gesundheitsfonds die Verfügbarkeit von Diabetes-Diensten und Ressourcen für die Behandlung von Diabetes und der damit verbundenen Komplikationen sichergestellt?
- Haben Gesundheitsdienstleister Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Früherkennung und Behandlung von Typ-2-Diabetes ergriffen?
- Haben sie Typ-2-Diabetes-Patienten einen Zugang zu spezialisierten Diensten zur Verfügung gestellt?
- Haben sie die Methoden zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mit Hilfe der neuesten Generation von Arzneimitteln umgesetzt?

147 Die wichtigste geprüfte Stelle war das Gesundheitsministerium, der Hauptsitz des nationalen Gesundheitsfonds sowie Gesundheitsdienstleister. Die verwendete Methodik umfasste die Überprüfung von Dokumenten, Erhebungen sowie Erläuterungen von Mitarbeitern der geprüften Stellen und anderer Organisationen.

Wichtigste Bemerkungen

148 Diabetes ist als "Zivilisationskrankheit" anerkannt, und die Bekämpfung der Krankheit gehört zu den Prioritäten des Gesundheitsministers, der für die Ausgestaltung der nationalen Gesundheitspolitik zuständig ist. Allerdings wurde keine nationale Strategie zur Diabetesprävention oder zur Behandlung und Pflege von Diabetespatienten ausgearbeitet.

149 Der Gesundheitsminister hat weder den Gesundheitsbedarf in ausreichendem Maße ermittelt noch die Zahl der Diabetologen bestimmt, die zur Versorgung der Erkrankten erforderlich sind. Außerdem hat er die Öffentlichkeit nicht ausreichend für Diabetes sensibilisiert.

150 Allgemein haben polnische Patienten keinen Zugang zu innovativen Behandlungen für Typ-2-Diabetes, da keines der Arzneimittel mit positiven Empfehlungen des Amtes für die Bewertung von Gesundheitstechnologien und Zölle, d. h. Inkretine und Gliflozine, in die Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel aufgenommen wurde.

151 Obwohl der nationale Gesundheitsfonds Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlung von Patienten mit Typ-2-Diabetes ergriffen hat, steigt die Zahl der Patienten auf Wartelisten für Fachkliniken für Diabetologie und Krankenhaustermine sowie die Wartezeit für entsprechende Dienstleistungen. Gleichzeitig ist die Zahl der vom nationalen Gesundheitsfonds beauftragten Dienstleister rückläufig.

152 Das Fehlen angemessener Einträge in Patientenakten legt auch nahe, dass die Ärzteschaft in vielen Fällen die in den Empfehlungen der polnischen Diabetes-Vereinigung dargelegten Grundsätze für die Behandlung von Diabetikern und Patienten mit Typ-2-Diabetes nicht befolgte oder ihre Aufzeichnungen nicht verlässlich waren. In einigen Fällen wurden Empfehlungen der Ärzteschaft von Patienten nicht befolgt. Infolgedessen waren die Behandlungsergebnisse nicht gut genug, und die Kosten für die Behandlung von Typ-2-Diabetes-Komplikationen waren hoch.

Empfehlungen

153 Der NIK sprach die folgenden Empfehlungen aus:

- o Der Gesundheitsminister sollte ein umfassendes landesweites Programm für Maßnahmen zur Prävention, Frühdiagnose und Behandlung von Diabetes ausarbeiten.
- o Der Gesundheitsminister sollte Maßnahmen ergreifen, um eine Schätzung der Zahl der Personen vorzunehmen, die noch keine Diabetesdiagnose erhalten haben und daher noch nicht wissen, dass sie an Diabetes erkrankt sind, Methoden entwickeln, um ihnen geeignete Informationen über Symptome und Auswirkungen der Erkrankung zur Verfügung zu stellen, und sie ermutigen, sich einer angemessenen Diagnostik und Behandlung zu unterziehen.
- o Der Gesundheitsminister sollte seine Bemühungen zur Entwicklung eines Modells zur Personalplanung für medizinische Fachkräfte intensivieren.

- Der Präsident des nationalen Gesundheitsfonds sollte Maßnahmen ergreifen, um den landesweiten Zugang zu Dienstleistungen, die im Rahmen einer umfassenden ambulanten fachärztlichen Betreuung für Diabetes-Patienten erbracht werden, zu gewährleisten und die umfassende Behandlung chronischer Wunden sicherzustellen.
- Gesundheitsdienstleister sollten
 - Diabetes-Patienten so häufig wie von der polnischen Diabetesvereinigung empfohlen Überweisungen für Diagnosetests und fachärztliche Beratung ausstellen;
 - Patienten gemäß den Empfehlungen der polnischen Diabetes-Vereinigung Überweisungen für eine Diabetes-Früherkennung ausstellen;
 - die Empfehlungen der polnischen Diabetes-Vereinigung zur Prävention von Typ-2-Diabetes einhalten;
 - Patientenakten so führen, dass vollständige und zuverlässige Informationen über die Diagnose und Behandlung des Patienten gewährleistet sind.

154 Die öffentlichen Behörden sollten zusammen mit den Gesundheits- und Patientenorganisationen überdies gemeinsame, koordinierte Maßnahmen ergreifen, um eine gesunde Lebensführung, einschließlich Bewegung und Ernährung, zu fördern und dadurch das Auftreten von Typ-2-Diabetes zu reduzieren.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

155 Der Bericht wurde am 26. März 2018 auf der Website des polnischen Rechnungshofs veröffentlicht und den obersten und zentralen nationalen Behörden übermittelt. Es stieß auf großes Medieninteresse und wurde von Gesundheitsexperten ausführlich kommentiert.

156 Als Reaktion auf den Bericht informierte der polnische Gesundheitsminister den Rechnungshof über die ergriffenen Maßnahmen zur Umsetzung der Prüfungsempfehlungen, darunter eine Analyse des Bedarfs und die Ausarbeitung eines Plans für ein neues Gesundheitsprogramm sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Wirksamkeit der Gesundheitsaufklärung und der Krankheitsprävention.

Erwartete Auswirkungen

157 Stärkung des Gesundheitssystems durch Gewährleistung einer wirksameren Überwachung der Prävention und Behandlung von Diabetes, Erhöhung der Wirksamkeit von Diabetes-Schulungen und Koordinierung von Maßnahmen zur Verringerung des Auftretens neuer Diabetesfälle.



Slowenien
Računsko Sodišče Republike Slovenije

Bekämpfung von Adipositas bei Kindern

Überblick

158 Bei der Prüfung des slowenischen Rechnungshofs wurde bewertet, ob die Mechanismen zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern wirksam und effizient waren. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2015-2016.

159 Angesichts alarmierender Statistiken zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern beschloss der Rechnungshof der Republik Slowenien, eine Prüfung zur Bekämpfung von Adipositas von Kindern durchzuführen.

160 Im Jahr 1989 waren 12,5 % der Grundschul Kinder in der Republik Slowenien übergewichtig und 2,35 % adipös. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Schulkinder ist zwar seit 2010 zurückgegangen, jedoch waren die Zahlen im Jahr 2016 noch immer um 43,2 % bzw. 193,6 % höher als im Jahr 1989.

161 Im hohen Maße ausschlaggebend für Probleme mit Übergewicht und Adipositas ist der sozioökonomische Status der Familie und das Engagement jedes Einzelnen. Der Staat kann lediglich politische Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise umsetzen.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

162 Die Bewertung basierte auf der Hauptprüfungsfrage "Tut die Republik Slowenien genug, um Adipositas bei Kindern zu bekämpfen?" und den folgenden Fragen:

- Ist die Planung der Ziele und Maßnahmen zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern angemessen?

- Handeln das Gesundheitsministerium, das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Sport und das nationale Institut für öffentliche Gesundheit im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern effizient?
- Wurden die Ziele zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern erreicht, und ist der Anteil der überernährten und adipösen Kinder rückläufig?

163 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das Gesundheitsministerium, das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Sport und das nationale Institut für öffentliche Gesundheit. Zur Prüfungsmethodik gehörten die Überprüfung von Dokumenten, Websites, Medienberichten und anderen öffentlichen Informationsquellen, Befragungen der geprüften Stellen und anderer Interessenträger sowie eine Datenanalyse.

Wichtigste Bemerkungen

164 Der Rechnungshof kam zu dem Schluss, dass der Staat (Gesundheitsministerium, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Sport und Nationales Institut für öffentliche Gesundheit) eine gesunde Lebensweise von Kindern auf systemischer Ebene (durch die Regulierung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität) und darüber hinaus durch ausgewählte Projekte gefördert hat.

165 Auch wenn sich die Auswirkungen staatlicher Maßnahmen zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern erst im Laufe der Zeit zeigen und nicht unmittelbar messbar sind, hat der Staat nach Ansicht des Rechnungshofs in gewissem Maße zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern beigetragen, was sich indirekt an der Entwicklung der Quote der überernährten und adipösen Kinder ablesen lässt. Dennoch könnte der Staat seine Maßnahmen zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern durch Maßnahmen und Aktivitäten, die alle Kinder erreichen, verbessern und ihre Umsetzung effizienter machen.

166 Der Rechnungshof stellte insbesondere Folgendes fest:

- Die Schulen beteiligen sich an mehreren zusätzlichen Projekten und Programmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise. Allerdings ist die Umsetzung der Projekte im Vergleich zum systemischen Ansatz weniger effizient. Die Projekte sind zeitlich begrenzt, gewährleisten nicht immer eine Gleichbehandlung der Kinder und verursachen zusätzlichen Verwaltungsaufwand und zusätzliche Kosten.

- Das System zur Bereitstellung gesunder Schulmahlzeiten wurde angemessen eingerichtet und gewährleistet die Gleichbehandlung aller Kinder.
- Die Dauer des Sportunterrichts an Grundschulen liegt unter der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation von 180 Minuten pro Woche.

Empfehlungen

167 Dem Gesundheitsministerium wurde empfohlen,

- zu prüfen, was getan werden könnte, um die Übereinstimmung der bereitgestellten Schulmahlzeiten mit den Ernährungsleitlinien zu verbessern;
- die Vorschriften für die Ausstellung von ärztlichen Attesten zu ändern, die ein Fernbleiben vom Sportunterricht oder eine besondere Ernährung rechtfertigen;
- den Bedarf an frühzeitigen Maßnahmen zur Bekämpfung von Adipositas bei Kindern und zur möglichen Behandlung von damit verbundenen Krankheiten zu überprüfen und entsprechende Verfahren festzulegen.

168 Dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Sport wurde empfohlen,

- die Anforderungen an Einrichtungen, die Schulmahlzeiten bereitstellen, zu überprüfen, wie etwa Möglichkeiten zur Vereinfachung und Harmonisierung der Vergabeverfahren zur Beschaffung von Lebensmitteln für Schulmahlzeiten; zu prüfen, ob und von wem regelmäßige Schulungen zu diesem Thema organisiert werden sollten;
- Analysen zur Effizienz und Wirksamkeit der einzelnen Sportprogramme durchzuführen;
- Kosten-Nutzen-Analysen für Projekte für Sensibilisierung und gesunde Ernährung zu entwickeln und Möglichkeiten zur Aufnahme der Projekt- und Programminhalte in regelmäßige Schulungs- und Bildungsprogramme zu prüfen;

- Schulungen zur Bedeutung einer gesunden Lebensweise für Schulpersonal, Kinder und ihre Eltern in Erwägung zu ziehen;
- eine Schulung der Lehrkräfte im Bereich der Gesundheitsförderung zu erwägen;
- eine detaillierte Analyse des Personals und der Ressourcen vorzunehmen, die für die Einführung von fünf Stunden Sportunterricht für alle Kinder erforderlich sind.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

169 Der Bericht wurde den geprüften Stellen vorgelegt und am 11. September 2018 auf der Website des Rechnungshofs der Republik Slowenien veröffentlicht.

Erwartete Auswirkungen

170 Das wichtigste Ergebnis der durchgeführten Prüfung bestand darin, dass die Öffentlichkeit über die aktuelle Situation und die Probleme im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas bei Kindern informiert wurde.

171 Eine mögliche Auswirkung der Prüfung könnte unter anderem die Durchführung von Änderungen und Anpassungen an den Vorschriften sein, insbesondere hinsichtlich des empfohlenen Umfangs des schulischen Sportunterrichts.

TEIL III – Berichte der ORKB auf einen Blick

70

Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen



Deutschland Bundesrechnungshof

Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden

Überblick

172 Im Rahmen der Prüfung des Bundesrechnungshofes wurde der Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen untersucht. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014-2016.

173 Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Zahnschienen) nur erstatten, wenn krankhafte Zahn- oder Kieferfehlstellungen das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen. Die Kosten pro Behandlungsfall haben sich in den vergangenen Jahren ungefähr verdoppelt. Schätzungsweise mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wird kieferorthopädisch behandelt. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrechnungshof, der ein Prüfungsrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung hat, untersucht, wie die Krankenkassen bei kieferorthopädischen Leistungen für ihre Versicherten verfahren.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

174 Ziel der Prüfung war, einen Überblick zu den Kosten und Verfahrensabläufen bei der Genehmigung, Durchführung und Abrechnung kieferorthopädischer Behandlungen durch Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten.

175 Außerdem hat der Bundesrechnungshof untersucht, inwieweit das Bundesministerium für Gesundheit die Wirtschaftlichkeit der Leistungen nachhält.

176 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das Bundesministerium für Gesundheit, ausgewählte Krankenkassen sowie der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen.

177 Die Prüfung stützte sich im Wesentlichen auf die Auswertung von Unterlagen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie von Krankenkassen, Einrichtungen der Patientenberatung sowie der vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung (Verfahren bei kieferorthopädischen Behandlungen, Verträge, Studien zur Kieferorthopädie etc.) und Interviews mit Beschäftigten der vorgenannten Einrichtungen.

Wichtigste Bemerkungen

Nutzen kieferorthopädischer Behandlung wissenschaftlich nicht belegt

178 Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass das Bundesministerium für Gesundheit und die Krankenkassen kaum Einblick hatten, mit welchen kieferorthopädischen Leistungen Patientinnen und Patienten konkret versorgt wurden. Es fehlten bundesweite Daten, z. B. über Art, Dauer und Erfolg der Behandlung, behandelte Altersgruppen, zugrunde liegende Diagnosen sowie die Zahl der abgeschlossenen Fälle und Behandlungsabbrüche. Außerdem fehlte eine darauf aufbauende Bewertung des Nutzens kieferorthopädischer Behandlungen. Mit welchem Ziel und mit welchem Erfolg die Krankenkassen jährlich über eine Milliarde Euro für kieferorthopädische Behandlungen aufwenden, ist deshalb nicht bekannt.

Versicherte zahlen oft zusätzliche Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen

179 Außerdem stellte der Bundesrechnungshof fest, dass Zahnärztinnen und -ärzte häufig zusätzliche Leistungen anboten, die die Versicherten privat bezahlen mussten. Diese sogenannten Selbstzahlerleistungen betrafen überwiegend andere Methoden bei Behandlung, Diagnostik und kieferorthopädischen Apparaturen (z. B. Zahnspangen).

180 Gemäß der Studie einer Krankenkasse vereinbarten drei Viertel der Befragten private Selbstzahlerleistungen mit ihren behandelnden Kieferorthopäden. Bei knapp der Hälfte der Befragten habe der Zuzahlungsbetrag über 1 000 Euro gelegen. Die Krankenkassen wussten meist nicht, welche kieferorthopädische Versorgung mit welchen Selbstzahlerleistungen ihre Versicherten konkret erhalten hatten. Sie erfuhren davon nur in Ausnahmefällen, etwa wenn sich Versicherte über ihre Zahnärztinnen oder -ärzte beschwerten. Auch hier war ungewiss, welche Erfolge damit erzielt wurden.

Empfehlungen

181 Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, die kieferorthopädische Versorgungslage, Behandlungsnotwendigkeiten und -ziele sowie Qualitätsindikatoren und -kontrollen zu erfassen und auszuwerten. Selbstzahlerleistungen sollten dabei einbezogen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit sollte Evaluierungen anstoßen und, soweit notwendig, auf die Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen hinwirken. Welche kieferorthopädischen Leistungen die gesetzliche Krankenversicherung erbringt, muss sich an den Ergebnissen einer solchen Versorgungsforschung orientieren. Sollten Selbstzahlerleistungen den derzeitigen Leistungen der Krankenkassen überlegen sein, wäre zu prüfen, diese in die Versorgung durch die Krankenkassen zu übernehmen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

182 Der Bundesrechnungshof hat seinen Bericht dem Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages im Rahmen seiner jährlichen Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes übermittelt.

183 Der Prüfbericht wurde im April 2018 auf der Webseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht. Die Veröffentlichung wurde durch eine Pressemitteilung begleitet (siehe <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/2017-ergaenzungsband/rede-pressemitteilung/2018-pressemitteilung-03-bemerkungen-2017-ergaenzungsband>, erster Punkt in der Auflistung).

184 Der Bundesrechnungshof wird nachhalten, ob das Bundesministerium für Gesundheit wirksame Maßnahmen ergreift, um auf die Wirtschaftlichkeit von Leistungen der Krankenkassen bei kieferorthopädischen Behandlungen hinzuwirken.

Erwartete Auswirkungen

185 Auf die Empfehlung des Bundesrechnungshofes hat das Bundesministerium für Gesundheit ein wissenschaftliches Gutachten zur Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes über die langfristigen Auswirkungen kieferorthopädischer Behandlungsarten auf die Mundgesundheit beauftragt.

186 Das Bundesministerium wird die von den Gutachtern erarbeiteten Handlungsempfehlungen gemeinsam mit Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Vertragszahnärzte auswerten und das weitere Vorgehen hinsichtlich der Versorgungsforschung und der Nutzenbewertung im kieferorthopädischen Bereich beraten.



Litauen Valstybės Kontrolė

Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen und Patientenorientierung

Überblick

187 Im Rahmen der Prüfung des litauischen Rechnungshofs wurden die Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen und die Patientenorientierung bewertet. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014-2016. Daten aus den Jahren 2017 und 2018 wurden ebenfalls geprüft, sofern sie für die erfolgten Veränderungen relevant waren.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

188 Schwerpunktmäßig wurden die folgenden Aspekte behandelt:

- Verwaltung der Wartezeiten für Gesundheitsdienstleistungen,
- Angemessenheit der Planung für die erforderliche Anzahl von Gesundheitsfachkräften,
- Wirksamkeit des Einsatzes teurer Geräte, die das Eigentum medizinischer Einrichtungen sind,
- Herstellung von Bedingungen, die erforderlich sind, um die Zugänglichkeit der neuesten medizinischen Technologien und die Überprüfung bereits genutzter Technologien sicherzustellen,
- Ermittlung, Bewertung und Verwaltung der Patientenerwartungen.

189 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das Gesundheitsministerium, die staatliche Akkreditierungsbehörde für das Gesundheitswesen und die staatliche Krankenkasse.

190 Außerdem wurden Daten und Informationen von öffentlichen und privaten medizinischen Einrichtungen, Gemeinden, Berufsverbänden von Gesundheitsfachkräften, Patientenverbänden und wissenschaftlichen Einrichtungen erhoben.

191 Die Prüfungsmethodik umfasste die Überprüfung von Dokumenten, Benchmarking, Erhebungen von medizinischen Einrichtungen und Gemeinden, Erhebungen in der Bevölkerung, Befragungen, Datenanalysen und Tests.

Wichtigste Bemerkungen

Unwirksamkeit der Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten für Dienstleistungen

192 Das Gesundheitsministerium verfügte über keine objektiven Informationen über Wartezeiten sowie über die Tendenzen und die zugrunde liegenden Faktoren, die die Planung wirksamer Maßnahmen zu ihrer Verkürzung beeinträchtigten. Das Ministerium hat ferner keine Analyse der Auswirkungen der Maßnahmen auf die Schwankungen bei den Wartezeiten vorgenommen. Die Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten führten nicht zu den gewünschten Ergebnissen, da die wichtigsten Probleme im Zusammenhang mit Patientenströmen, der Funktionsweise des Systems der elektronischen Gesundheitsdienste, der unausgewogenen Fachkräftestruktur im Gesundheitswesen usw. nicht angegangen wurden. Um das Problem mit der Zugänglichkeit von Dienstleistungen zu bewältigen, nutzen 17 % der Patienten kostenpflichtige Dienstleistungen (die Hälfte davon tat dies wegen überlanger Wartezeiten) und 19 % führten eine Selbstbehandlung durch.

Verbesserte Planung der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften notwendig

193 Bei der Planung der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften für Wissenschafts- und Bildungseinrichtungen hat das Ministerium keine Bewertung der Veränderungen in der Dienstleistungsstruktur, der Nachfrage nach diesen Dienstleistungen in den Regionen, der Arbeitsbelastung der Fachkräfte, der Zahl der Ärzte, die ihren Beruf aufgeben, und der Abwanderungsprognosen vorgenommen. Das Ministerium versuchte lediglich, in den Ruhestand eingetretene Ärzte zu ersetzen, ohne jedoch die Nachfrage nach Krankenpflegekräften zu berücksichtigen. Die Zahl der Ärzte lag zwar über dem EU-Durchschnitt, doch in bestimmten Bereichen, wie z. B. der Kardiologie, der Augenheilkunde und der Neurologie, sowie bei Krankenpflegekräften bestand ein Fachkräftemangel, der die Zugänglichkeit der Dienstleistungen beeinträchtigte.

Ineffiziente Nutzung teurer Geräte in medizinischen Einrichtungen und fehlende Anreize für die Bewertung neuer Technologien

194 Die Nutzung von mehr als der Hälfte (59 %) der teuren medizinischen Geräte (Kosten von über 29 000 Euro) war gering, und 7 % der Geräte wurden überhaupt nicht genutzt. Während des Prüfungszeitraums leitete das Ministerium Verfahren zur Beschaffung neuer Produkte ein, versäumte es aber, eine Neuverteilung teurer Geräte in die Wege zu leiten, so dass das Problem der unwirksamen Nutzung verfügbarer Geräte ungelöst blieb.

195 Der Beginn der Bewertung neuer Technologien verlief schleppend (während des Vierjahreszeitraums wurden von medizinischen Einrichtungen und privaten Dienstleistern nur 11 Technologien zur Bewertung vorgelegt), da für den Einsatz neuer zugelassener Gesundheitstechnologien keine Mittel zur Verfügung standen. Nach Einführung neuer Technologien wurden diese häufig nicht bewertet. Dies führte dazu, dass die Behandlung mit den neuesten Technologien nicht für alle Patienten gewährleistet war.

Eine Beteiligung der Patienten an der Entwicklung einer ihren Erwartungen entsprechenden Gesundheitsversorgung fand nicht statt

196 Weder das Ministerium noch die medizinischen Einrichtungen haben Patientenerhebungen eingesetzt, um die Erwartungen der Patienten zu bestimmen. Obwohl die Hälfte der geprüften Gemeinden Daten über medizinische Einrichtungen erhob, wurden diese bei Entscheidungen über die Organisation von Dienstleistungen nicht verwendet. Die Patientenvertretung war fragmentarisch – die Patientenvertreter waren lediglich an 40 % der Arbeitsgruppen beteiligt, die sie für wichtig hielten. Patienten wurden nur unvollständig über ihre Rechte und Pflichten unterrichtet, was mit ein Grund war, dass etwa 20 % der Patienten zu ihren Terminen nicht erschienen, wodurch sich die Wartezeiten weiter verlängerten.

Empfehlungen

197 Um die Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern, die Wartezeiten zu verkürzen und die verfügbaren Ressourcen effizienter einzusetzen, empfahl der Rechnungshof,

- die Nutzung und Zugänglichkeit von Dienstleistungen und Patientenströmen sowie die Auswirkungen von Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten regelmäßig zu überwachen und zu analysieren und die Umsetzung von Maßnahmen auf die Ergebnisse dieser Überwachung und Analyse zu stützen;
- auf der Grundlage der Analyse von Daten ein Nachfrageplanungssystem für alle Gesundheitsfachkräfte zu entwickeln;
- die jährliche Bewertung von Einrichtungen durch die Aufnahme von Nutzungsindikatoren für teure medizinische Geräte auszuweiten;
- das Verfahren für die Finanzierung bewerteter neuer Technologien festzulegen und bereits genutzte Gesundheitstechnologien zu überprüfen und neu zu bewerten.

198 Um die Patientenorientierung des Gesundheitssystems zu verbessern, spricht der Rechnungshof die folgenden Empfehlungen aus:

- Ausweitung und/oder Überarbeitung der Inhalte von Studien zu Patientenprognosen und Erhebungen des Ministeriums und medizinischer Einrichtungen zur Ermittlung der Patientenerwartungen, die dann zur Verbesserung der Organisation der Gesundheitsversorgung herangezogen werden könnten;
- Erweiterung des Inhalts von Informationen, die dazu dienen, die Patienten zur Erfüllung ihrer Pflichten und zur Wahrnehmung ihrer Rechte anzuhalten, und der Mittel zu ihrer Bereitstellung;
- Festlegung von Kriterien für die Einbeziehung von Patientenverbänden in den Entscheidungsprozess der Ausschüsse und Arbeitsgruppen im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

199 Der Prüfbericht wurde den geprüften Stellen, dem parlamentarischen Ausschuss für Rechnungsprüfung, den medizinischen Einrichtungen und der breiten Öffentlichkeit vorgestellt (im Rahmen der Signals 2018, einer internationalen Konferenz, die vom Rechnungshof im Jahr 2018 organisiert wurde).

200 Im Einklang mit den Fristen für die Umsetzung der im Bericht vereinbarten Empfehlungen werden den parlamentarischen Ausschüssen halbjährliche Berichte vorgelegt.

Erwartete Auswirkungen

201 Es ist zu erwarten, dass die Prüfung zu organisatorischen/verfahrenstechnischen Änderungen führt (in den Bereichen Überwachung der Zugänglichkeit von Dienstleistungen, Planung der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften, Bewertung der Nutzung medizinischer Geräte, Ermittlung der Patientenerwartungen und Einbeziehung von Patientenverbänden) sowie zur Überprüfung von Finanzierungsbeschlüssen (aufgrund neuer Technologien).



Malta National Audit Office

Die Funktion des Allgemeinmediziners – Rückgrat der medizinischen Grundversorgung

Überblick

202 Bei der Prüfung des maltesischen Rechnungshofs wurde die Funktion des Allgemeinmediziners und seine Rolle bei der medizinischen Grundversorgung bewertet. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014-2016.

203 In nationalen und EU-Dokumenten wird anerkannt, dass dieser Sektor trotz der im Laufe der Zeit erfolgten erheblichen Ausweitung der medizinischen Grundversorgung nicht in angemessener Weise zu einem Schwerpunkt der Gesundheitsversorgung in Malta gemacht wurde.

204 Der maltesische Rechnungshof hatte die Funktion des Allgemeinmediziners innerhalb der Gesundheitszentren bereits im Jahr 2001 im Rahmen der Leistungsprüfung "Medizinische Grundversorgung – die Funktion des Allgemeinmediziners in Gesundheitszentren" bewertet. Die Prüfung hatte eine sehr hohe Zufriedenheit unter den Nutzern allgemeinmedizinischer Dienstleistungen ergeben. In dem Bericht wurden jedoch Bedenken in Bezug auf verschiedene Aspekte der Dienstleistungserbringung geäußert. Die Probleme bezogen sich in erster Linie auf die Kontinuität der Versorgung durch stärker personalisierte Dienstleistungen, die ungleiche Verteilung der Allgemeinmediziner in den Gesundheitszentren, die Nichtinanspruchnahme eines Terminvergabesystems und die Kosteneffizienz der Dienstleistungen.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

205 Ziel der Prüfung war es, festzustellen, inwieweit

- Maßnahmen im Zusammenhang mit der Funktion des Allgemeinmediziners den Zugang zu damit verknüpften Dienstleistungen ermöglichen und eine angemessene Qualität im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der medizinischen Grundversorgung bieten;

- Organisations- und Verwaltungsstrukturen die Erbringung von Dienstleistungen erleichtern;
- die erbrachten Dienstleistungen kosteneffizient sind.

206 Die wichtigsten geprüften Stellen war das Primary Healthcare Department (Malta), das Gozo General Hospital (Gozo) und die Unfall- und Notfallabteilung des Mater Dei Hospital.

207 Zur Prüfmethode gehörten eine Durchsicht von Unterlagen, die Durchführung teilstrukturierter Befragungen und eine Erhebung sowie Kostenberechnungen für die verschiedenen von Allgemeinmedizinern erbrachten Dienstleistungen. Nicht im Prüfungsumfang enthalten waren nicht allgemeinmedizinische Dienstleistungen, die von verschiedenen Fachärzten in den Gesundheitszentren erbracht werden.

Wichtigste Bemerkungen

208 Die Prüfung ergab deutliche Hinweise darauf, dass die Funktion des Allgemeinmediziners im Einklang mit den in der Strategie für das nationale Gesundheitssystem Maltas festgelegten nationalen strategischen Maßnahmen ausgeübt wurde und die Dienstleistungen weiter ausgebaut und erweitert wurden.

209 Andererseits wurden bei dieser Überprüfung auch einige Probleme angesprochen. In seiner derzeitigen Form würde eine weitere Ausweitung der Funktion des Allgemeinmediziners durch eine Förderung der Patientenorientierung wahrscheinlich nicht ohne eine Verlagerung der Mittelverteilung erfolgen, um den langfristigen sozioökonomischen Vorteilen von Investitionen in die medizinische Grundversorgung besser Rechnung zu tragen. Außerdem wäre es möglich, die Wechselbeziehungen und potenziellen Synergien der Zusammenarbeit zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor noch stärker auszuschöpfen. Durch eine engere Zusammenarbeit mit den Interessenträgern könnte die öffentliche Funktion des Allgemeinmediziners daher stärker dazu beitragen, die medizinische Grundversorgung zum Dreh- und Angelpunkt der nationalen Gesundheitsversorgung zu machen.

Empfehlungen

210 Der maltesische Rechnungshof sprach die folgenden Empfehlungen aus:

- Das Primary Healthcare Department (PHCD) sollte sich stärker darauf konzentrieren, zu bewerten, ob Ausbau und Erweiterung der Funktion des Allgemeinmediziners durch die Ausschöpfung der Komplementarität der von Ärzten im öffentlichen und privaten Sektor erbrachten Dienstleistungen – etwa durch öffentlich-private Partnerschaften und die Vergabe öffentlicher Aufträge – erfolgen kann.
- Es sollte in Betracht gezogen werden, die Mittelzuweisungen im Gesundheitswesen stärker auf die medizinische Grundversorgung zu verlagern.
- Das PHCD wurde ermutigt, die in der nationalen Strategie für das Gesundheitswesen Maltas für den Zeitraum 2014-2020 festgelegten strategischen Maßnahmen und andere Dokumente zu umsetzbaren Projektplänen anzupassen. Dies würde die Festlegung der erforderlichen Ressourcen und des Umsetzungszeitplans nach sich ziehen.
- Die Anstrengungen zur Einführung der Klinik für chronische Krankheiten in allen Gesundheitszentren sollten verstärkt werden. Dadurch würden die Kontinuität der Versorgung und die Grundsätze der Patientenorientierung weiter gefördert und langfristig die Kosteneffizienz der Funktion des Allgemeinmediziners verbessert.
- Das PHCD wurde ermutigt, sich weiter zu bemühen, den Schwerpunkt seiner Dienstleistungen von der Sofortbehandlung auf die Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention zu verlagern. Das PHCD habe die Möglichkeit, auf aktuellen Sensibilisierungskampagnen aufzubauen, indem es die Allgemeinmediziner ermutigt, bei ihren Patientenbesuchen wiederholt auf die Botschaften dieser Kampagnen hinzuweisen.
- Es sollte in Betracht gezogen werden, die strategische, administrative und operative Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitszentren in Malta und Gozo zu stärken. Dies würde eine stärkere Harmonisierung und Anpassung der Dienstleistungen an die Bedürfnisse der Patienten sowie den Erfahrungsaustausch im Bereich der Dienstleistungsentwicklung gewährleisten.
- Die Zugänglichkeit von Finanzmanagementinformationen muss verbessert werden – die Abteilung Finanzen muss noch durch Investitionen in die entsprechende IKT-Infrastruktur unterstützt werden.

- Das PHCD wurde ermutigt, verfügbare IKT wie das System für Klinikpatientenverwaltung besser zu nutzen, um eine genaue Patientenstatistik zu gewährleisten. Diese Informationen würden die strategische Planung und die Kontrolle der Verwaltung von PHCD-Maßnahmen verbessern.
- Die Anstrengungen im Zusammenhang mit der Einführung von elektronischen Verschreibungssystemen bei den *Bereġ* (in Randgebieten gelegene Einrichtungen mit Arzneimittelausgabe, die Leistungen der medizinischen Grundversorgung sowie Krankenpflegeleistungen erbringen) sollten verstärkt werden. Dies war von den entsprechenden Investitionen in IKT abhängig.
- Das PHCD wurde ermutigt, die Koordinierung mit der Unfall- und Notfallabteilung des Mater Dei Hospital zu verbessern, um Fälle von Patienten, die Letzteres unnötigerweise aufsuchen, obwohl sie die erforderliche Versorgung auch von Allgemeinmedizinern auf Ebene der Gesundheitszentren erhalten könnten, auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

211 Der Bericht wurde dem Präsidenten des Repräsentantenhauses von Malta am 27. Juni 2016 vorgestellt, der ihn anschließend dem Repräsentantenhaus vorlegte. Der Bericht wurde auch im Rechnungsprüfungsausschuss erörtert. Nach Übermittlung des oben genannten Berichts an das Europäische Parlament veröffentlichte der maltesische Rechnungshof den Bericht auf seiner Website. Außerdem wurde eine Pressemitteilung herausgegeben, die eine Zusammenfassung der wichtigsten und wesentlichsten Feststellungen und Schlussfolgerungen sowohl in maltesischer als auch in englischer Sprache enthält. Der Rechnungshof leitete Kopien des Berichts an die Medien und andere Interessenträger weiter.

212 2018 führte er eine Weiterverfolgungsprüfung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung durch. Diese Weiterverfolgungsprüfung bestand hauptsächlich in der Durchführung teilstrukturierter Befragungen von Beamten in Schlüsselpositionen im Primary Healthcare Department sowie einer Durchsicht der entsprechenden Unterlagen. Die Weiterverfolgungsprüfung ergab im Allgemeinen, dass das Primary Healthcare Department aktiv mit der Umsetzung der Empfehlungen des Berichts begonnen hatte. Zu diesem Zweck waren zwei Empfehlungen des ursprünglichen Berichts vollständig umgesetzt worden, während in Bezug auf die übrigen acht bereits umfangreiche Arbeiten vorgenommen worden waren.

Erwartete Auswirkungen

213 Die erwarteten langfristigen Auswirkungen des Berichts sind organisatorische und verfahrenstechnische Änderungen, eine Aufstockung der Mittel und der personellen Ressourcen für die Funktion des Allgemeinmediziners und die Stärkung der IT-Infrastruktur. Eine weitere Auswirkung dürften zudem mehr patientenorientierte Dienstleistungen sein, mit stärkerer Ausrichtung auf die Kontinuität der Gesundheitsversorgung und die Erweiterung allgemeinmedizinischer Dienstleistungen. Zu den weiteren langfristigen Auswirkungen zählen die Verringerung der Nachfrage nach sekundärer Gesundheitsversorgung und die Nachfrage bei der Unfall- und Notfallabteilung des Mater-Dei Hospital. Außerdem könnte die medizinische Grundversorgung das Bewusstsein für Lebensentscheidungen fördern und dadurch die Inzidenz chronischer Krankheiten innerhalb der maltesischen Bevölkerung beeinflussen.



Portugal Tribunal de Contas

Zugang der Bürgerinnen und Bürger zur Gesundheitsversorgung im Nationalen Gesundheitsdienst Portugals

Überblick

214 Bei der Prüfung des portugiesischen Rechnungshofs wurde der Zugang der Bürgerinnen und Bürger zur Gesundheitsversorgung im Nationalen Gesundheitsdienst (*Serviço Nacional de Saúde*) Portugals im Zeitraum 2014-2016 bewertet. Beim Zugang der Bürgerinnen und Bürger zur Gesundheitsversorgung im Nationalen Gesundheitsdienst, insbesondere zu Facharzt- und OP-Terminen, gibt es nach wie vor Probleme, insbesondere in Bezug auf die Wartezeiten.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

215 Im Zuge der Prüfung sollte festgestellt werden, ob

- o der Nationale Gesundheitsdienst – in einem medizinisch akzeptablen Zeitraum – die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich des Zugangs zu fachärztlicher Erstberatung im Krankenhaus und Operationsterminen erfüllt;
- o die Verfahren für die Aufnahme und Priorisierung von Patienten in Wartelisten gemäß den geltenden Vorschriften durchgeführt wurden;
- o die Maßnahmen, die das Ministerium ergriffen hat, um Probleme bei der Zugänglichkeit zu beheben, wirksam waren.

216 Die wichtigsten geprüften Stellen waren bestimmte Dienststellen des Gesundheitsministeriums und ausgewählte Krankenhausabteilungen.

217 Die Leistung des Nationalen Gesundheitsdiensts im Hinblick auf Indikatoren des Zugangs zu fachärztlicher Erstberatung im Krankenhaus und Operationen basierte auf:

- o Fachberichten des Gesundheitsministeriums, verschiedener Stellen des Gesundheitsministeriums und der Regulierungsbehörde für das Gesundheitswesen;
- o Analysen der Daten und Informationen der Zentralverwaltung des Gesundheitssystems (*Administração Central do Sistema de Saúde*) über die Aufnahme und Priorisierung von Patienten in Wartelisten für Beratungs- und Operationstermine.

218 Die Bewertung der Qualität der berechneten Indikatoren und der zugrunde liegenden Datensätze erfolgte auf der Grundlage von:

- o Befragungen der Zentralverwaltung des Gesundheitssystems, der regionalen Gesundheitsverwaltung von Lissabon und des Tejo-Tals sowie der Stichprobe der geprüften Krankenhausabteilungen;
- o Informationen und Daten, die bei den geprüften Krankenhausabteilungen erhoben wurden, einschließlich Durchlauftests des Kontrollumfelds und der Verfahren für die Aufnahme und Priorisierung von Patienten in Wartelisten für Arzttermine und Operationen.

Wichtigste Bemerkungen

219 Der *Tribunal de Contas* stellte fest, dass sich der Zugang der Patienten zu fachärztlicher Beratung im Krankenhaus und Operationsterminen im Dreijahreszeitraum von 2014 bis 2016 verschlechtert hat. Die Folge sei ein Anstieg

- o der durchschnittlichen Wartezeit auf eine fachärztliche Erstberatung im Krankenhaus von 115 auf 121 Tage und der Nichteinhaltung der garantierten maximalen Reaktionszeiten von 25 % im Jahr 2014 auf 29 % im Jahr 2016;
- o (i) der Zahl der Patienten auf Wartelisten für Operationen um 27 000 Nutzer (+ 15 %);
ii) der durchschnittlichen Wartezeit bis zur Operation um 11 Tage (+ 13 %);
iii) der Nichteinhaltung der garantierten maximalen Reaktionszeiten von 7,4 % im Jahr 2014 auf 10,9 % im Jahr 2016.

220 Außerdem kam der portugiesische Rechnungshof zu dem Schluss, dass die zentralen Initiativen, die 2016 von der Zentralverwaltung des Gesundheitssystems durchgeführt wurden, um die Wartelisten für fachärztliche Erstberatung in den Krankenhäusern des nationalen Gesundheitsdienstes zu validieren und zu bereinigen, die Beseitigung sehr alter Anträge umfassten, was zur Verzerrung der gemeldeten Leistungsindikatoren führte.

221 Insbesondere wurde festgestellt, dass sich die Wartezeiten für Operationen erhöht haben, da es keine zeitnahe und regelmäßige Ausgabe von Gutscheinen für chirurgische Behandlungen und Überweisungen an Patienten auf Wartelisten gegeben hat, mit denen sie sich in anderen Krankenhäusern mit Reaktionskapazitäten hätten behandeln lassen können.

222 Der *Tribunal de Contas* gelangte zu dem Schluss, dass die Informationen zu den Wartelisten, die von der Zentralverwaltung des Gesundheitssystems öffentlich zugänglich gemacht worden seien, unzuverlässig waren, und zwar nicht nur aufgrund wiederholter Mängel bei der Aufnahme von Krankenhausinformationen in die zentralen Systeme für die Verwaltung des Zugangs zu fachärztlicher Beratung im Krankenhaus und Operationen, sondern auch aufgrund der oben genannten zentralisierten Initiativen.

Empfehlungen

223 Der *Tribunal de Contas* sprach vor dem Hintergrund seiner Prüfungsfeststellungen mehrere Empfehlungen aus. So empfahl er

dem Gesundheitsminister,

- innerhalb der gesetzlichen Fristen Mechanismen zur automatischen Ausgabe von Gutscheinen für chirurgische Behandlungen zu schaffen für Fälle, in denen eine Einhaltung der garantierten maximalen Reaktionszeiten in den Krankenhäusern des nationalen Gesundheitssystems nicht möglich ist, damit der Prozess der Internalisierung chirurgischer Eingriffe in den Nationalen Gesundheitsdienst nicht dazu führt, dass das Recht des Patienten auf eine Behandlung innerhalb eines als medizinisch akzeptabel eingestuften Zeitraums beeinträchtigt wird;

- o eine Stelle außerhalb der Zentralverwaltung des Gesundheitssystems mit der Durchführung regelmäßiger Überprüfungen der Qualität der veröffentlichten Zugangsindikatoren für die fachärztliche Erstberatung im Krankenhaus und Operationstermine zu beauftragen;

dem Verwaltungsrat der Zentralverwaltung des Gesundheitssystems:

- o keine Verwaltungsverfahren einzuführen, die zu künstlichen Kürzungen der Wartelisten und -zeiten führen;
- o Berichte zu erstellen, in denen die festgelegten Kriterien und die Methoden und Ergebnisse erläutert werden, wenn die Datenbanken des zentralisierten Informationssystems zur Verwaltung des Zugangs zu fachärztlicher Beratung im Krankenhaus und Operationsterminen zwecks Fehlerbehebung geändert werden.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

224 Der Bericht wurde den geprüften Stellen und den für sie zuständigen Regierungsmitgliedern übermittelt. Außerdem wurde er auf der Website des *Tribunal de Contas* zusammen mit einer Zusammenfassung von einer Seite veröffentlicht, und die Medien wurden davon in Kenntnis gesetzt.

225 Nach der Veröffentlichung wurden der Präsident des *Tribunal de Contas* und der Gesundheitsminister in einer parlamentarischen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss der Nationalversammlung angehört.

226 Um den endgültigen Vorgaben des Berichts zu entsprechen, erstatteten die Behörden, an die die Empfehlungen gerichtet waren, innerhalb von drei Monaten über die von ihnen ergriffenen Maßnahmen Bericht. Im Anschluss daran fand zudem ein Informationsaustausch statt. Die aufgrund der Empfehlungen ergriffenen Maßnahmen wurden im September 2018 analysiert, wobei man zu dem Ergebnis kam, dass 20 der 47 ausgesprochenen Empfehlungen (43 %) umgesetzt und 21 weitere Empfehlungen (45 %) teilweise umgesetzt wurden. Dazu gehörten

- Durchführungsverfahren für die Qualifizierung von Daten über den Zugang zu fachärztlicher Erstberatung und Operationsterminen, um sicherzustellen, dass die Arbeiten zur Behebung von Fehlern in den derzeitigen Informationssystemen standardisiert, transparenter gestaltet und einfacher überprüft werden können;
- die Vergabe öffentlicher Dienstleistungsaufträge, um sicherzustellen, dass die Ausstellung von Gutscheinen für chirurgische Behandlungen an Patienten auf Wartelisten ununterbrochen und zeitnah erfolgt.

Erwartete Auswirkungen

227 Änderungen der operationellen und Kontrollverfahren für die Verwaltung der Wartelisten für Krankenhaustermine und Operationen; die Förderung der Rechenschaftspflicht in Bezug auf die effiziente Verwaltung der Wartelisten, die Einhaltung der maximalen Reaktionszeiten und die Transparenz der Verfahren.



Rumänien

Curtea de Conturi a României

Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen

Überblick

228 Der rumänische Rechnungshof bewertete die Verwendung der für die Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur zugewiesenen Mittel. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2011-2015.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

229 Die wichtigste geprüfte Stelle war das Gesundheitsministerium.

230 Die Prüfungsmethodik umfasste die Prüfung bestehender Unterlagen des Ministeriums im Zusammenhang mit dem Prüfungsgegenstand, direkte Beobachtungen, Fragebögen und Befragungen der Mitarbeiter der geprüften Stelle.

Wichtigste Bemerkungen

231 Der rumänische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Das Gesundheitsministerium legte keine angemessenen Belege für die zur Finanzierung von Investitionen in das Gesundheitssystem erforderlichen Mittel vor.
- Das Gesundheitsministerium hat die Durchführung der Investitionen durch die Fachabteilungen nicht effizient koordiniert, was sowohl auf Ebene des Ministeriums selbst als auch auf Ebene der nachgeordneten Gesundheitsstellen eine mangelhafte Verwaltung zur Folge hatte, mit dem Ergebnis, dass in 19 Jahren nur zwei wichtige Investitionsziele erreicht wurden.
- Die Installation der erworbenen medizinischen Geräte verzögerte sich um 90 bis 800 Tage.

- Die Finanzierungsanträge für Investitionen, die dem Ministerium von den öffentlichen Gesundheitsstellen vorgelegt werden, einschließlich der Gründe für die Ablehnung der Finanzierung von Investitionen, wurden nicht zentral erfasst.
- Die Grundsätze der Sparsamkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit wurden nicht eingehalten. Die Gesundheitsstellen erwarben Bildgebungsdienstleistungen von externen Dienstleistern, während sie selbst über Geräte verfügen, mit denen sie diese Dienstleistungen erbringen könnten.
- Die Zuweisung von Investitionsmitteln erfolgt überwiegend im zweiten Halbjahr des Haushaltsjahres. Mitunter wurden die Vergabeverfahren nicht innerhalb des Haushaltsjahres abgeschlossen, was zum Verlust von Finanzmitteln führte.
- Eine zentrale öffentliche Beschaffung medizinischer Geräte existiert nicht. Die Beschaffungen erfolgten dezentral durch die jeweilige Gesundheitsstelle, was unterschiedliche Einkaufspreise zur Folge hatte.
- Das Gesundheitsministerium hat weder materielle Indikatoren noch Effizienzindikatoren festgelegt, um die Verwirklichung von Investitionen, die Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur, die Bereitstellung medizinischer Geräte für Gesundheitseinrichtungen oder den Erfüllungsgrad etablierter Indikatoren nachzuverfolgen. Eine regelmäßige Analyse von materiellen Indikatoren und Effizienzindikatoren wurde nicht durchgeführt.
- Es fehlte an Kenntnis der tatsächlichen Situation der medizinischen Einrichtungen in Bezug auf medizinische Geräte mit hoher Leistung (CT, MRT, Angiografen, Linearbeschleuniger).
- Das Gesundheitsministerium hat keine Kontrollen geplant und durchgeführt, um die Verwendung der für den Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur zugewiesenen Mittel zu überprüfen.

Empfehlungen

232 Der rumänische Rechnungshof gab die Empfehlung,

- für die Finanzierung von Investitionsausgaben/Vermögenstransfers angemessene Ressourcen aufzubauen, die auf eine effiziente Nutzung zugewiesener Mittel abzielen;
- eine ständige Überwachung der Mittelverwendung durch die Gesundheitsstellen einzurichten, Verfahren zur Festlegung eines verbindlichen Rahmens für nachgeordnete Stellen zur fristgerechten Meldung nicht in Anspruch genommener Beträge einzurichten;
- eine angemessene Finanzierung der genehmigten Investitionen und Maßnahmen sicherzustellen, mit denen spezialisierte Unterstützung für nachgeordnete Stellen bereitgestellt werden soll;
- sich in nachhaltiger Weise an den Arbeiten der Gesundheitsreferate zu beteiligen und den Schwerpunkt auf die zeitnahe Durchführung und Beauftragung der Investitionen zu legen;
- regelmäßige Überprüfungen der Investitionstätigkeit zu veranlassen, um den Stand der Durchführung zu bewerten;
- einen realen Datensatz der Anträge der Gesundheitsreferate auf Finanzierung von Investitionen zu erstellen, um ihn als Informationsquelle bei der Auswahl der Empfängerstellen zu nutzen und die Investitionen anhand objektiver Kriterien zu priorisieren;
- zumindest für Hochleistungsgeräte zentrale Beschaffungsmaßnahmen zu analysieren und Maßnahmen zur Gewährleistung einer effizienten Verwendung öffentlicher Mittel zu entwickeln;
- eine Reihe von materiellen Indikatoren und Effizienzindikatoren einzuführen, um den Ausbau der Infrastruktur des Gesundheitssystems zu überwachen;
- Möglichkeiten für die Fertigstellung, die Umsetzung und den Betrieb des Hochleistungsrechnungssystems und die Nutzung der Durchführbarkeitsvorstudien und -studien, der Leitfäden zur Architektur und der erworbenen und nicht genutzten technischen Projekte zu analysieren;

- die Gesundheitsreferate während des gesamten Prozesses der Ausschöpfung nicht rückzahlbarer Mittel zu koordinieren und zu überwachen, um die Ausschöpfungsquote zu erhöhen;
- alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Ex-ante-Konditionalitäten zu erreichen und die im Rahmen des operationellen Regionalprogramms 2014-2020 bereitgestellte nicht rückzahlbare Finanzierung freizugeben;
- alle erforderlichen Schritte zu unternehmen, um Zugang zu den von der EU im Rahmen des operationellen Regionalprogramms bereitgestellten Mitteln und den im Rahmen des Darlehensvertrags mit der Internationalen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung bereitgestellten Mitteln zu erhalten und sie auf effiziente Weise zu verwenden;
- die Datenbank für die nationale Gesundheitsinfrastruktur umzusetzen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

233 Der Bericht wurde in Form einer Zusammenfassung dem rumänischen Ratsvorsitz, der rumänischen Regierung, der Abgeordnetenversammlung, dem Senat, der Rumänischen Akademie, der Akademie der Medizinwissenschaften, den Fachausschüssen des rumänischen Parlaments, einigen Ministerien und der nationalen Krankenversicherung vorgelegt. Im Juli 2017 wurde er in Form einer Zusammenfassung auf der Website des rumänischen Rechnungshofs veröffentlicht.

234 Im Oktober 2018 wurde ein Weiterverfolungsbericht erstellt, in dem das Gesundheitsministerium aufgefordert wurde, Schritte zur Umsetzung der vom Rechnungshof geforderten Maßnahmen einzuleiten.

Erwartete Auswirkungen

235 Ermittlung der besten Ergebnisse, die bei der Umsetzung der geforderten Maßnahmen erzielt wurden, sowie der Ursachen, die der Nichterreichung der vorgeschlagenen Ziele zugrunde lagen.



Europäische Union Europäischer Rechnungshof

EU-Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung zwar ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich

Überblick

236 Der Europäische Rechnungshof (EuRH) bewertete, ob die Maßnahmen der EU im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung die erwarteten Vorteile für die Patienten brachten. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2008-2018.

237 Die im Jahr 2011 angenommene EU-Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung hat zum Ziel, eine sichere und hochwertige medizinische Versorgung im EU-Ausland zu gewährleisten und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Kostenerstattung bei im Ausland anfallenden Behandlungskosten gemäß denselben Bedingungen wie im Heimatland erfolgt. Sie stellt ferner darauf ab, eine engere Zusammenarbeit bei elektronischen Gesundheitsdiensten (eHealth), den grenzüberschreitenden Austausch von Patientendaten und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für seltene Krankheiten durch den Aufbau Europäischer Referenznetzwerke (ERN) zu fördern.

238 Die Prüfer untersuchten, ob die Europäische Kommission die Umsetzung der Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten gut überwacht und Mitgliedstaaten bei der Aufklärung von Patienten über ihre diesbezüglichen Rechte entsprechend angeleitet hat. Außerdem bewerteten sie den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten und überprüften die wesentlichen Maßnahmen der EU im Bereich seltener Krankheiten.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

239 Die Hauptprüfungsfrage lautete: Bringen die Maßnahmen der EU im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung Vorteile für die Patienten?

240 Der Hof untersuchte ferner, ob

- die Kommission die Umsetzung der EU-Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten gut überwacht hat;
- die beim grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten bislang erzielten Ergebnisse den Erwartungen entsprachen;
- die Maßnahmen der EU in Bezug auf seltene Krankheiten den Anstrengungen der Mitgliedstaaten zur Erleichterung des Zugangs von Patienten zur Gesundheitsversorgung einen Mehrwert verleihen.

Die wichtigste geprüfte Stelle war die Europäische Kommission.

241 Die Prüfungsmethodik umfasste Befragungen von Vertretern der Kommission und der für die Umsetzung der Richtlinie zuständigen Behörden von fünf Mitgliedstaaten (Dänemark, Italien, Litauen, Niederlande und Schweden). Darüber hinaus wurde eine Erhebung unter Vertretern aller Mitgliedstaaten in der Expertengruppe für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sowie unter Vertretern des Netzwerks für elektronische Gesundheitsdienste durchgeführt. Ferner wurden EU-finanzierte Projekte bewertet und Experten konsultiert.

Wichtigste Bemerkungen

242 Der Hof legte die folgenden Bemerkungen vor:

Umsetzung der EU-Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

- Die Kommission hat die Umsetzung der genannten EU-Richtlinie in nationales Recht und ihre praktische Anwendung in den Mitgliedstaaten gut überwacht.
- Außerdem unterstützte sie die Mitgliedstaaten dabei, die Patienten besser über ihre Rechte auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu informieren, wenngleich noch immer einige Lücken vorhanden sind.

Grenzüberschreitender Austausch von Gesundheitsdaten

- Die Kommission hat weder die potenzielle Anzahl der Nutzer noch die Kosteneffizienz des grenzüberschreitenden Austauschs von Gesundheitsdaten angemessen bewertet.
- Die Prognosen für den Umfang des grenzüberschreitenden Austauschs von Gesundheitsdaten sind zu optimistisch ausgefallen. Zum Zeitpunkt der Prüfung – November 2018 – waren die Mitgliedstaaten gerade erst dabei, mit dem elektronischen Austausch der Gesundheitsdaten von Patienten zu beginnen.

Europäische Referenznetzwerke

- Die ERN für seltene Krankheiten stellen eine ehrgeizige Neuerung dar, die von Ärzten, Gesundheitsdienstleistern und Patienten breite Unterstützung erhält.
- Der Prozess der Einführung der ERN weist Mängel auf, und die Netzwerke sehen sich im Hinblick auf ihre finanzielle Tragfähigkeit erheblichen Herausforderungen gegenüber.

Empfehlungen

243 Der Hof empfiehlt der Kommission,

- mehr Unterstützung für Nationale Kontaktstellen zu leisten, damit diese Patienten sich besser über ihr Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung informieren können;
- sich besser für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten vorzubereiten;
- die Unterstützung der ERN und ihr Management zu verbessern, um den Zugang von Patienten, die an einer seltenen Krankheit leiden, zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

244 Der Europäische Rechnungshof stellt seine Sonderberichte dem Europäischen Parlament und dem Rat der EU sowie anderen betroffenen Parteien wie nationalen Parlamenten, Wirtschaftsakteuren und Vertretern der Zivilgesellschaft vor.

245 Der Bericht wurde zusammen mit einer Pressemitteilung am 4. Juni 2019 auf der Website des Hofes in 23 EU-Sprachen veröffentlicht.

246 Standardmäßig wird drei Jahre nach seiner Veröffentlichung vom Hof ein Weiterverfolungsbericht erstellt.

Erwartete Auswirkungen

247 Der Hof erwartet die folgenden Auswirkungen:

- o klarere Informationen für EU-Patienten über ihre Rechte auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung;
- o Bereitstellung von Informationen über die ERN für seltene Krankheiten auf den Websites der Nationalen Kontaktstellen;
- o eine Bewertung der Praxis und der Kosteneffizienz des grenzüberschreitenden Austauschs von Gesundheitsdaten und der Frage, ob er einen sinnvollen Beitrag für die nationalen Gesundheitssysteme leistet;
- o EU-Maßnahmen im Bereich der seltenen Krankheiten und der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erleichtern den Zugang von Patienten mit seltenen Krankheiten zu schnelleren Diagnosen und angemessener Behandlung;
- o Bewertung der Ergebnisse der EU-Strategie für seltene Krankheiten;
- o unter Gewährleistung der Tragfähigkeit der ERN wird jede künftige EU-Finanzierung für die Netzwerke im Rahmen der einfacheren Struktur verwaltet, wodurch sich ihr Verwaltungsaufwand verringert.

Qualität der Gesundheitsdienstleistungen



Dänemark Rigsrevisionen

Bericht über Unterschiede der Qualität der Gesundheitsversorgung in dänischen Krankenhäusern

Überblick

248 Die Prüfung des dänischen Rechnungshofs zielte auf eine Auswertung potenzieller Unterschiede der Qualität der Gesundheitsversorgung in dänischen Krankenhäusern ab. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2007-2016.

249 Das dänische Gesundheitsgesetz sieht vor, dass alle Patienten einen einfachen und gleichen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung haben. Im Rahmen verschiedener Initiativen haben das Gesundheitsministerium und die Regionen ihr Augenmerk auf Unterschiede bei der Qualität der Gesundheitsversorgung gelegt. Seit 2012 führen die dänischen klinischen Register (RKKP) ein Monitoring der Daten zur Qualität der Gesundheitsversorgung durch. Mit diesem Programm wird überwacht, ob die Patienten eine Gesundheitsversorgung erhalten, die mit den Leitlinien für die klinische Praxis übereinstimmt. So wird Wissen über die Qualität der Gesundheitsversorgung in den Regionen sowie über Unterschiede zwischen den Regionen und Krankenhäusern gesammelt.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

250 Im Fokus der Prüfung standen die Qualität und die Unterschiede der Gesundheitsversorgung im Bereich von vier üblichen Krankheiten: Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Schlaganfall und Hüftfrakturen. Diese Krankheiten wurden für die Studie ausgewählt, da sie eine große Zahl von Patienten betreffen und in den meisten Krankenhäusern des Landes behandelt werden. Ziel war die Beantwortung der folgenden Fragen:

- Haben das Gesundheitsministerium und die Regionen Rahmen geschaffen, mit denen in angemessener Weise sichergestellt wird, dass alle Patienten einen gleichen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern haben, und die es den

Regionen und Krankenhäusern ermöglichen, Unterschiede bei der Qualität der Gesundheitsversorgung zwischen Krankenhäusern zu ermitteln und unbegründete Unterschiede zu verringern?

- Gibt es mit Blick auf das Ausmaß, in dem die in den Krankenhäusern geleistete Gesundheitsversorgung für Patienten mit Herzinsuffizienz, COPD, Schlaganfall oder Hüftfrakturen mit allen relevanten Prozessindikatoren (Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung) im Einklang steht, unbegründete Unterschiede?

251 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das dänische Gesundheitsministerium und die fünf dänischen Regionen. (Gesundheitsdienstleistungen gehören zu den zentralen Aufgaben der dänischen Regionen.)

252 Die Prüfung wurde im Wege von Aktenprüfungen, Befragungen und einer Registeranalyse durchgeführt.

Wichtigste Bemerkungen

253 Der dänische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Die vom Rechnungshof durchgeführte Analyse zeigte, dass bei einer erheblichen Zahl von Patienten mit Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder Hüftfrakturen nicht das vollständige Programm der empfohlenen Behandlung angewendet wurde. Darüber hinaus ergab die Analyse bei allen vier Krankheiten mangelnde Einheitlichkeit bei der Behandlungsqualität. Diese Unterschiede konnten nicht durch bewusste professionelle Entscheidungen, die den Umständen oder den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten selbst gerecht wurden, erklärt werden.
- Die Analyse ergab, dass sich die Unterschiede in der Behandlung auf das anschließende Wiederaufnahme- oder Sterberisiko der Patienten auswirkten. Die Registeranalyse deutete außerdem darauf hin, dass die meisten Unterschiede im Zusammenhang mit Wiederaufnahmen oder Sterbefällen auf Faktoren zurückgeführt werden konnten, die außerhalb der Kontrolle der Krankenhäuser lagen.

- Die Registeranalyse zeigte, dass die Patienten mit den schlechtesten Prognosen eine Gesundheitsversorgung erhielten, die mit allen relevanten Prozessindikatoren (Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung) weniger im Einklang stand als die Gesundheitsversorgung, die die Patienten mit den besten Prognosen erhielten. Dies traf auf alle vier Krankheitsbereiche zu.
- Der Registeranalyse zufolge hatten Qualitätsunterschiede bei der Gesundheitsversorgung demnach bei drei der vier Krankheiten potenziell Auswirkungen auf das anschließende Wiederaufnahme- oder Sterberisiko der Patienten mit den schlechtesten Prognosen.
- Die Studie zeigte, dass das Ministerium und die Regionen regionale Unterschiede bei der Qualität der Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern und deren Ursachen weiterverfolgten. Die Qualitätssicherung war jedoch nicht organisiert worden und es gab keine Weiterverfolgung mit einem spezifischen Fokus auf der Frage, ob Patienten mit ähnlichem Bedarf im Bereich der Gesundheitsversorgung unter unterschiedlichen Umständen dieselbe hochwertige Gesundheitsversorgung erhalten hatten. Dies bedeutete, dass dem Ministerium und den Regionen keine Daten über Unterschiede bei der Qualität der den Patienten unter unterschiedlichen Umständen bereitgestellten Gesundheitsversorgung vorlagen und dass sie nicht wussten, wie sich potenzielle Unterschiede auf das Wiederaufnahme- oder Sterberisiko der Patienten auswirken könnten.

Empfehlungen

254 Der dänische Rechnungshof empfahl dem Gesundheitsministerium und den Regionen, regelmäßig auszuwerten, ob von einer nicht im Einklang mit allen relevanten Prozessindikatoren geleisteten Gesundheitsversorgung nur Patienten mit bestimmten Merkmalen betroffen waren. Diese Informationen könnten die Grundlage für Schritte zur Steigerung der Qualität der Gesundheitsversorgung für diese Patienten bilden und so zum Ziel des Ministeriums und der Regionen beitragen, allen Patienten eine Gesundheitsversorgung in gleichbleibend hoher Qualität zu bieten.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

255 Der Bericht wurde dem Rechnungsprüfungsausschuss vorgestellt, der seine eigenen Anmerkungen hinzufügte, bevor er den Gesundheitsminister um Antwort ersuchte.

256 Der Bericht ist online öffentlich zugänglich, und der Rechnungsprüfungsausschuss stand Journalisten für Fragen zur Verfügung.

257 Da der Bericht erst vor relativ kurzer Zeit erschien (im Januar 2019), wartet der dänische Rechnungshof derzeit noch auf die Stellungnahme des Ministers. Der Rechnungshof wird den Bericht aufmerksam weiterverfolgen, bis zufriedenstellende Maßnahmen umgesetzt werden.

Erwartete Auswirkungen

258 Es ist noch zu früh, um die Auswirkungen des Berichts ermitteln zu können.



Irland

Office of the Comptroller and Auditor General

Verwaltung elektiver ambulanter Operationen

Überblick

259 Im Rahmen dieser Prüfung bewertete der irische Rechnungshof die Fortschritte bei der Umstellung von der stationären zur ambulanten Behandlung. Bei der Prüfung sollten die Faktoren ermittelt werden, die die Umstellung erleichtern oder behindern, und es sollte bewertet werden, ob es Möglichkeiten gab, den Einsatz ambulanter Operationen auszuweiten. Prüfungsgegenstand waren die ambulanten Operationen in öffentlichen Akutkrankenhäusern in Irland im Zeitraum 2006-2012.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

260 Im Mittelpunkt der Prüfung stand eine Hauptfrage: Besteht Potenzial, die Fälle stationärer Behandlung zu verringern, indem sichergestellt wird, dass diese Fälle – sofern aus medizinischer Sicht angemessen – ambulant behandelt werden?

261 Vor dem Hintergrund dieser Hauptfrage wurde im Rahmen der Prüfung untersucht, ob

- o der staatliche Gesundheitsdienst (*Health Service Executive, HSE*) die Gründe für Unterschiede zwischen den Krankenhäusern analysiert hatte, um Verbesserungsmöglichkeiten zu ermitteln;
- o Hindernisse für die Verbesserung der Quoten der ambulanten Operationen ermittelt und beseitigt worden waren;
- o die Verfahren der Krankenhäuser/des staatlichen Gesundheitsdiensts den Informationsaustausch erleichterten, um Ideen für bewährte Verfahren zu sammeln.

Die wichtigsten geprüften Stellen waren der staatliche Gesundheitsdienst und das Gesundheitsministerium.

Die Bewertung beruhte in erster Linie auf der Erhebung von Daten zu ambulanten Operationen, Befragungen von Mitarbeitern in Schlüsselpositionen und einer Umfrage, die an alle öffentlichen Akutkrankenhäuser des staatlichen Gesundheitsdiensts verschickt wurde. Sie wurde in Zusammenarbeit mit zwei im Vereinigten Königreich ansässigen medizinischen Beratern (einem Anästhesisten und einem Neurochirurgen) durchgeführt.

Wichtigste Bemerkungen

262 Der irische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Der Anteil der gemeldeten elektiven Operationen, die ambulant erfolgten, nahm zwischen 2006 und 2012 stetig zu. Der Umfang der in öffentlichen Akutkrankenhäusern vorgenommenen elektiven Operationen nahm um 26 % zu, während der Anteil der ambulanten elektiven Operationen im selben Zeitraum von 55 % auf 69 % stieg.
- Es gab mit Blick auf diese Entwicklung beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern, was darauf hindeutet, dass der Anteil ambulanter Behandlungen in einigen Krankenhäusern noch erheblich gesteigert werden kann.
- Der Umfang der in öffentlichen Akutkrankenhäusern vorgenommenen elektiven ambulanten Operationen, für die keine Zielvorgabe galt, nahm im Zeitraum 2006-2012 zu, ohne dass es zu einer entsprechenden Veränderung der Anzahl der stationär vorgenommenen Eingriffe, für die keine Zielvorgabe galt, kam. Dies kann bedeuten, dass eine zunehmende Anzahl kleinerer chirurgischer Eingriffe auf der Grundlage von Krankenhausaufnahmen durchgeführt wird.
- Die Kriterien, nach denen Ärzte entscheiden, ob Patienten ambulant oder stationär behandelt werden sollen, sind unter Umständen nicht klar oder einheitlich, da schriftliche Protokolle und Checklisten fehlen. Möglicherweise kann das Management nicht beurteilen, auf welche Gründe die Einschätzung zurückgeht, eine ambulante Operation sei für die Patienten nicht geeignet.
- Ein fehlendes Monitoring oder fehlende Überprüfungen der Zahl der Patienten, für die eine ambulante Operation als ungeeignet eingestuft wird, durch die höhere Führungsebene kann den Krankenhäusern die Analyse erschweren, an welcher Stelle der Anteil ambulanter Operationen für einzelne Ärzte oder Fachbereiche gering ist und welche Gründe es dafür gibt.

- Beurteilungen im Vorfeld von Operationen werden in einem erheblichen Anteil der Krankenhäuser nicht routinemäßig durchgeführt, obwohl sie wichtig sind, um die Faktoren zu ermitteln, aufgrund deren ambulante Operationen für einzelne Patienten ungeeignet sind. Weniger als die Hälfte der untersuchten Krankenhäuser überwacht den Anteil der programmierten ambulanten Eingriffe, die abgesagt wurden.
- Krankenpflegekräfte sind für nur 50 % der Entlassungen zuständig, obwohl angemessen ausgebildete Krankenpflegekräfte die Ärzte in gewissem Maß entlasten könnten. Patienten, die ambulant operiert wurden, erhalten bei ihrer Entlassung nur wenige schriftliche Informationen.

Empfehlungen

263 Der irische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Der staatliche Gesundheitsdienst sollte den Anteil der ambulanten Operationen nach Krankenhaus, Eingriff und Fachbereich überwachen, um zu ermitteln, in welchen Bereichen mit häufig vorgenommenen Verfahren der Anteil ambulanter Fälle gering ist, und seine Anstrengungen auf eine Verbesserung der Leistung in diesen Fällen konzentrieren. Die Krankenhäuser sollten für jeden Arzt spezifische Zielvorgaben für den Anteil der ambulanten Operationen festlegen. Bei der Analyse der Leistungsbewertungen der von den Ärzten vorgenommenen chirurgischen Eingriffe sollte der Anteil der ambulanten Operationen berücksichtigt werden.
- Um bei den elektiven Eingriffen den ambulant vorgenommenen Anteil zu optimieren, sollte der staatliche Gesundheitsdienst angemessene separate Zielvorgaben für die einzelnen chirurgischen Eingriffe festlegen. Die für die einzelnen Eingriffe festgelegten allgemeinen Zielvorgaben für ambulante Behandlungen sollten auf der Leistung der Krankenhäuser mit Spitzenwerten basieren, während für die Krankenhäuser, die sich bereits in der Spitzengruppe befinden, ehrgeizigere Zielvorgaben gesetzt werden könnten.
- Um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser für alle elektiven Eingriffe ihr Augenmerk auf die Steigerung des Anteils der ambulanten Operationen legen, sollte der staatliche Gesundheitsdienst die Anzahl der Eingriffe erhöhen, für die er Zielvorgaben bezüglich der Quoten ambulanter Behandlung festlegt.

- Der staatliche Gesundheitsdienst sollte die derzeit als ambulante Operationen eingestuften Fälle überwachen, um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser chirurgische Eingriffe unter den am besten geeigneten Umständen zu den geringsten Kosten in die Wege leiten.
- Alle Krankenhäuser sollten örtlich vereinbarte Protokolle und Checklisten einführen, in denen klare Kriterien festgelegt sind, auf die die Ärzte bei der Auswahl der für ambulante Eingriffe geeigneten Patienten zurückgreifen. Der staatliche Gesundheitsdienst sollte diesen Prozess überwachen, um sicherzustellen, dass die verschiedenen Krankenhäuser einen einheitlichen Ansatz verfolgen.
- Um Bereiche zu ermitteln, in denen der Anteil ambulanter Eingriffe gering ist, sollte das Krankenhausmanagement den Anteil der ambulanten Eingriffe für die einzelnen Ärzte und jeden Fachbereich überwachen. Der staatliche Gesundheitsdienst sollte von den Krankenhäusern die Bestätigung einholen, dass niedrige Anteile bei ambulanten Eingriffen mit den betroffenen klinischen Teams regelmäßig diskutiert werden.
- Die Krankenhäuser sollten sicherstellen, dass es im Vorfeld von Operationen Beurteilungsverfahren gibt, um Patienten, die für ambulante Eingriffe nicht infrage kommen, bereits zu diesem Zeitpunkt zu ermitteln.
- Die Krankenhäuser sollten sicherstellen, dass die ambulant behandelten Patienten bei ihrer Entlassung angemessene schriftliche Informationen erhalten. Die schriftlichen Informationen sollten klar, umfassend und in den relevanten Sprachen verfügbar sein. Der staatliche Gesundheitsdienst sollte den Krankenhäusern bei der Bereitstellung dieser Informationen behilflich sein.
- Im Idealfall sollte die Beurteilung, ob Patienten entlassen werden können, anhand festgelegter Kriterien von Krankenpflegekräften vorgenommen werden.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

264 Dieser Bericht wurde dem Rechnungsprüfungsausschuss (*Public Accounts Committee*) des irischen Parlaments vorgestellt. Er wurde am 19. August 2014 auf der Website des irischen *Office of the Comptroller and Auditor General* veröffentlicht. Die Veröffentlichung ging mit einer Pressemitteilung einher. Der staatliche Gesundheitsdienst hat sich bereit erklärt, die Prüfungsempfehlungen umzusetzen. Es bleibt abzuwarten, wie sich dies auf Effizienz und Kosten der elektiven Operationen oder auf die Qualität der Dienstleistungen für die Patienten auswirken wird.

Erwartete Auswirkungen

265 Möglichkeiten für den staatlichen Gesundheitsdienst, bei elektiven ambulanten Eingriffen in operativer und finanzieller Hinsicht Effizienzgewinne zu erzielen.



Österreich Rechnungshof

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen
und Ärzte

Überblick

266 Ziel der Prüfung des Rechnungshofs Österreich war es, die Organisation, ausgewählte Inhalte und die Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich zu beurteilen. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2013-2016.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

267 Schwerpunktmäßig wurden die folgenden Aspekte behandelt:

- o rechtliche und fachliche Grundlagen der Qualitätssicherung, inkl. Ziele und Nutzen der Qualitätsarbeit;
- o Organisation der Qualitätsarbeit, inkl. Akteure, Strukturen und Aktivitäten;
- o Beurteilung der für die Qualitätsarbeit eingesetzten Ressourcen und Gebarung;
- o Beurteilung ausgewählter Schwerpunkte der Qualitätsarbeit – Qualitätssicherungsverfahren, Qualitätsmanagementsysteme und Qualitätsmessung im ambulanten Bereich;
- o Qualitätsberichterstattung.

268 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (zum Zeitpunkt der Prüfung: Gesundheitsministerium), die Österreichische Ärztekammer und die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed).

269 Die Prüfungsmethode umfasste eine Beurteilung österreichischer und internationaler Studien, Prüfungsgespräche mit Bediensteten der wichtigsten geprüften Stellen sowie eine Analyse der Prüfungsnachweise einschließlich Zielfeststellungsanalysen.

Wichtigste Bemerkungen

270 Zwischen dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und dem Jahr 2012 veröffentlichte das Gesundheitsministerium drei für den niedergelassenen Bereich relevante Qualitätsstandards in Form von Bundesqualitätsleitlinien. Da deren Gültigkeit zeitlich begrenzt war und das Gesundheitsministerium nicht rechtzeitig für Nachfolgeregelungen gesorgt hatte, waren zumindest zwei davon im Jahr 2017 bereits ausgelaufen.

271 Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde beschlossen, für den niedergelassenen Bereich eine Ergebnisqualitätsmessung einzuführen. Eine solche bundesweit einheitliche Messung der Behandlungsqualität wurde für den ambulanten Bereich bisher allerdings weder entwickelt noch umgesetzt. Deshalb hatten Patientinnen und Patienten nach wie vor keine Möglichkeit, sich auf einer neutralen Plattform des Bundes über die Behandlungsqualität zu informieren.

272 Ferner stellte der Rechnungshof Österreich fest, dass Bund, Länder und Sozialversicherungsträger auch bei der standardisierten Diagnose- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich säumig waren, obwohl sich die Zielsteuerungspartner bereits im Zuge der Gesundheitsreform 2005 darauf geeinigt hatten und ein Pilotprojekt die technische Durchführung bestätigt hatte.

273 Zwar sollte die Qualitätssicherung im Interesse der Allgemeinheit ausgeübt werden, doch hatte der Bund diese Aufgabe der Österreichischen Ärztekammer, die als Landesvertretung die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte zu wahren hat, übertragen. Vor diesem Hintergrund führte die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) im Auftrag der Ärztekammer die Qualitätssicherungsaufgaben aus. Die ÖQMed war jedoch als Tochtergesellschaft der Österreichischen Ärztekammer sowohl organisatorisch als auch finanziell eng mit dieser verflochten.

274 Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beurteilten – gemäß Ärztegesetz alle fünf Jahre – die Qualität ihrer Ordination selbst. Dies geschah durch Ausfüllen von Evaluierungsfragebögen der ÖQMed. Die ausgegebenen Evaluierungsfragebögen enthielten ausschließlich Entscheidungsfragen (Antwortmöglichkeiten ja/nein/trifft nicht zu). Ihre optische und inhaltliche Gestaltung legte eine Bestätigung zur Einhaltung der Qualitätsstandards nahe.

275 Von jenen Ärztinnen und Ärzten, die 2012 bis 2016 solche Evaluierungsfragebögen ausfüllten, gaben 97 % an, die abgefragten Kriterien vollständig zu erfüllen. Bei den stichprobenartig von der ÖQMed kontrollierten Ordinationen wurde jedoch in rund 18 Prozent der Fälle zumindest ein Mangel festgestellt. Allerdings lag die Wahrscheinlichkeit eines Ordinationsbesuchs aus Sicht einer Ärztin oder eines Arztes nur bei 7 % und statistisch gesehen war eine Ordination von diesen stichprobenartigen Kontrollen nur alle 70 Jahre betroffen.

Empfehlungen

276 Zu den Empfehlungen des Rechnungshofs Österreich zählten

an das Gesundheitsministerium gerichtete Empfehlungen:

- Qualitätsstandards mit verpflichtenden Kriterien bzw. Vorgaben wären ehebaldig zu entwickeln und deren Einhaltung sicherzustellen, um damit das vom Gesetzgeber mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz verfolgte Ziel umzusetzen.
- Es wären ehestens Nachfolgeregelungen für die ausgelaufenen Bundesqualitätsleitlinien zu erarbeiten. Künftig wäre bei der Veröffentlichung von Qualitätsstandards klarzustellen, ob deren Anwendung verbindlich oder nur empfohlen ist.
- Der Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK) wäre ein Beschlussantrag zur Priorisierung und bundesweiten Ausrollung weiterer integrierter Versorgungsprogramme vorzulegen und in der Folge die zügige Entwicklung und Implementierung dieser Programme sicherzustellen.

- Auf eine Umsetzung des in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erneuerten Bekenntnisses zu einer Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich auf Grundlage des beschlossenen Konzepts innerhalb der Zielsteuerungsperiode 2017-2021 wäre hinzuwirken.
- Auf eine ehebaldige gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosendokumentation wäre hinzuwirken.
- Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung wären zu entwickeln.
- In künftigen Qualitätsberichten wären sowohl die Mängelquote bei der Selbstbewertung durch die Ärztinnen und Ärzte als auch jene bei der Validitätsprüfung durch die Qualitätssicherungsbeauftragten auszuweisen und einander gegenüberzustellen. Darüber hinaus wäre die Entwicklung der Abweichungen zu beobachten und es wären Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben, etwa in Form von Informations- und Beratungsangeboten, zu setzen.

an das Gesundheitsministerium und die Österreichische Ärztekammer gerichtete Empfehlungen:

- Die Antwortmöglichkeiten in den Fragebögen zur Selbstevaluierung wären neutraler zu gestalten.
- Möglichkeiten zur Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen wären zu prüfen. So könnte etwa zur Sicherstellung der geforderten Qualität und im Sinne eines Beratungsansatzes bei Ordinationsneugründungen eine Validitätsprüfung verbindlich vorgeschrieben werden. Der dafür entstehende zusätzliche Aufwand könnte mit der Einhebung eines Beitrags von den am Verfahren Beteiligten bedeckt werden.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

277 Der Rechnungshof Österreich übermittelte den Bericht im Juli 2018 dem Österreichischen Parlament, der Gesundheitsministerin und dem Bundeskanzler (und veröffentlichte ihn zeitgleich auf seiner Website). Der Rechnungshofausschuss im Parlament behandelte den Bericht im November 2018, das Plenum des Parlaments im Januar 2019. Der Rechnungshof Österreich plant für das Jahr 2019 ein Nachfrageverfahren bezüglich des Stands der Umsetzung der Empfehlungen. Die Ergebnisse sollen Ende 2019 auf seiner Website veröffentlicht werden. Je nach Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens kann eine Follow-up-Überprüfung mit Einschau vor Ort und eigenem Bericht durchgeführt werden.

Erwartete Auswirkungen

278 Die Prüfung sollte zur Ergebnisqualitätsmessung beitragen, indem der Rechnungshof die bereits gesetzten Aktivitäten und ihre Wirksamkeit beurteilte. Zum zeitlichen Aspekt der Prüfung ist zu sagen, dass das Prüfungsergebnis organisatorische und prozedurale Veränderungen anstoßen kann und zu einem zielgerichteten und adäquaten Einsatz der öffentlichen Mittel und Ressourcen in Zeiten budgetärer Restriktionen beitragen kann.

TEIL III – Berichte der ORKB auf einen Blick

113

Neue Technologien und elektronische Gesundheitsdienste



Bulgarien

Сметна палата на Република

България

Elektronische Gesundheitsdienste

Überblick

279 Der bulgarische Rechnungshof untersuchte im Zuge seiner Prüfung, ob die elektronischen Gesundheitsdienste in Bulgarien wirksam entwickelt worden waren. Geprüft wurde der Zeitraum 1. Januar 2012 bis 30. Juni 2016.

280 Bulgarien begann im Jahr 2006 mit der Einführung elektronischer Gesundheitsdienste; diese werden in den Strategien und Plänen der Regierung als Priorität bezeichnet. Bis 2016 wurde noch kein angemessenes Gesundheitsinformationssystem angewendet, das erstens die für die Entscheidungsfindung erforderlichen Informationen lieferte und zweitens den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten ermöglichte.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

281 Die Hauptprüfungsfrage lautete: "Sind die elektronischen Gesundheitsdienste in Bulgarien wirksam entwickelt worden?"

282 Vor dem Hintergrund dieser Hauptfrage untersuchte der Rechnungshof zwei Teilfragen:

- Wurden die Voraussetzungen für die Einführung und Entwicklung elektronischer Gesundheitsdienste geschaffen?
- Wurden die Ziele erreicht, den elektronischen Gesundheitsdienst aufzubauen und zu entwickeln?

283 Zu den wichtigsten geprüften Stellen gehörten das Gesundheitsministerium, die nationale Krankenkasse (*National Health Insurance Fund, NHIF*) und das nationale Zentrum für öffentliche Gesundheit und Analysen (*National Center of Public Health and Analysis, NCPHA*).

284 Um die Prüfungsziele zu erreichen, wurden Standardverfahren zum Einholen und zur Analyse der Daten verwendet. Dazu gehörten Aktenprüfungen, Befragungen von Beamten des Gesundheitsministeriums, des NCPHA und der NHIF sowie Fallstudien.

285 Die Genauigkeit und Integrität der elektronischen Patientenakten wurde mithilfe des "Testkauf"-Tools bewertet. Der bulgarische Rechnungshof ergriff besondere Maßnahmen, um die privaten Daten der Teilnehmer zu schützen. Die Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger sowie ihr Grad der Sensibilisierung wurden mithilfe öffentlicher Meinungsumfragen gemessen, die von einer spezialisierten Agentur durchgeführt wurden.

Wichtigste Bemerkungen

286 Die erforderlichen Voraussetzungen für die wirksame Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste waren nicht geschaffen worden:

- Es gab keinen rechtlichen Rahmen für die elektronischen Gesundheitsdienste und dessen Komponenten.
- Bei der operativen Planung und der Aufteilung der strategischen Ziele, Maßnahmen und Tätigkeiten gab es Mängel auf der Ebene des Gesundheitsministeriums, des NCPHA und der NHIF.
- Die elektronischen Gesundheitsdienste wurden in einem Kontext sehr häufiger struktureller und personeller Veränderungen – sowohl auf der Ebene der höheren Führungskräfte als auch auf der Ebene des Fachpersonals – eingerichtet, was sich äußerst negativ auf die Rückverfolgbarkeit der Prozesse und die Erreichung der Ziele auswirkte.

- Die Zuständigkeiten für die Einführung der elektronischen Gesundheitsdienste wurden nicht umfassend und angemessen genug aufgeteilt.
- Zwischen den Einrichtungen war kein wirksames System für die Koordinierung und Harmonisierung der Maßnahmen, Projekte und Vergabeverfahren geschaffen worden, was dazu führte, dass öffentliche Mittel auf ineffiziente Weise verausgabt wurden und die strategischen Prioritäten nur mit Verzögerung erreicht wurden.

287 Bei der Einführung elektronischer Gesundheitsdienste kam es innerhalb des geprüften Zeitraums in Bulgarien zu Verzögerungen, und die Maßnahmen der Einrichtungen konnten aus den folgenden Gründen als unwirksam betrachtet werden:

- Der Aufbau des Systems stützte sich auf kein klares Konzept und es gab keinen Plan mit Blick auf die erforderlichen finanziellen Ressourcen; es kam zur Verdoppelung von Funktionen und Projekten anderer Einrichtungen usw.
- Mit Stand vom 30. Juni 2016 waren weder nationale Standards für Gesundheitsinformationen noch medizinische Unterlagen entwickelt und genehmigt worden, die eine elektronische Verarbeitung und den elektronischen Austausch von medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen ermöglicht hätten.
- Ein angemessenes integriertes Gesundheitsinformationssystem war noch nicht vorhanden.
- Die Informationssysteme und Register des Gesundheitswesens waren nicht integriert, und der Datenaustausch in Echtzeit zwischen ihnen war noch nicht umgesetzt.
- Nahezu 10 Jahre, nachdem erklärt worden war, der Bedarf an elektronischen Überweisungen, Verschreibungen und weiterer Software für den Datenaustausch in Echtzeit sei strategisch prioritär zu behandeln, waren diese Elemente nicht entwickelt worden.
- Mit Stand vom 30. Juni 2016 war keine umfassende elektronische Patientenakte eingerichtet worden, die den Bürgerinnen und Bürgern sowie den Angehörigen der Gesundheitsberufe die erforderlichen Informationen lieferte, um im Verlauf der Diagnose, Behandlung und Rehabilitation angemessene Entscheidungen zu treffen.

- Bis zum Ende des geprüften Zeitraums gab es kein funktionierendes nationales Gesundheitsportal, das die einzige Anlaufstelle für elektronische Gesundheitsdienste darstellte und wichtige Informationen über die Gesundheitsvorsorge, die Gesundheitserziehung usw. lieferte.
- Die Ergebnisse der repräsentativen nationalen Umfrage bestätigten, dass die zur Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste ergriffenen Maßnahmen unwirksam gewesen waren.

Empfehlungen

288 Dem Gesundheitsminister wurden 20 Empfehlungen für Verbesserungen in den folgenden Bereichen unterbreitet:

- rechtlicher Rahmen und Regelung der Zuständigkeiten;
- Gesamtorganisation zur Planung und Umsetzung der Maßnahmen;
- System zur Koordinierung, Überwachung und Überprüfung der Umsetzung.

289 Dem Leiter der NHIF wurden sieben Empfehlungen betreffend den automatischen Datenaustausch in Echtzeit und die Verbesserung der Informationssysteme unterbreitet.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

290 Der Bericht wurde dem Haushalts- und Finanzausschuss und dem Gesundheitsausschuss des bulgarischen Parlaments vorgestellt. Am 28. Juli 2017 wurde der Bericht auf der Website des Rechnungshofs elektronisch veröffentlicht. Die Veröffentlichung ging mit einer Pressemitteilung einher.

291 Außerdem wurde der Prüfungsbericht über verschiedene bulgarische Medienkanäle verbreitet: Zeitungen, bulgarischer nationaler Rundfunk, bulgarisches nationales Fernsehen, Nachrichtenagenturen und elektronische Medien.

292 Im Einklang mit dem üblichen Verfahren wird nach Ablauf der Frist für die Umsetzung der Empfehlungen eine Weiterverfolgung des Berichts vorgenommen.

Erwartete Auswirkungen

293 Die Umsetzung elektronischer Gesundheitsdienste ist ein komplexer und kostspieliger Prozess. Unter Berücksichtigung dieses Aspekts wird erwartet, dass die Prüfung die folgenden Auswirkungen haben wird:

- Verbesserung des regulatorischen Umfelds;
- Entwicklung eines klaren Konzepts für den Aufbau elektronischer Gesundheitsdienste unter Einbeziehung aller Interessenträger;
- bessere Koordinierung, um die Risiken einer ineffizienten Verwendung öffentlicher Mittel zu beseitigen;
- rasches Handeln der zuständigen Einrichtung zur Umsetzung wichtiger öffentlicher Maßnahmen wie elektronische Patientenakten, elektronische Verschreibungen, elektronische Überweisungen, ein nationales Gesundheitsportal und ein nationales Gesundheitsinformationssystem.



Estland Riigikontroll

Staatliche Maßnahmen zur Umsetzung des elektronischen Gesundheitssystems

Überblick

294 Im Zuge der Prüfung des estnischen Rechnungshofs wurde die Umsetzung des landesweiten elektronischen Gesundheitsinformationssystems bewertet.

295 Die ersten Pläne für elektronische Gesundheitsdienste in Estland wurden im Jahr 2004 erarbeitet. Im Jahr 2005 genehmigte die Regierung den Entwicklungsplan 2005-2008 für das Gesundheitsinformationssystem Estlands. Im November 2005 wurde die estnische Stiftung für elektronische Gesundheitsdienste gegründet. Zwar hätte das Gesundheitsinformationssystem bereits ab 2013 voll funktionsfähig sein sollen, doch war die elektronische Patientenakte (die zentrale Datenbank des Gesundheitswesens) zu diesem Zeitpunkt erst zum Teil eingeführt worden, die Gesundheitsdienstleister (als wichtigste Nutzer der elektronischen Gesundheitsdienste) waren unzufrieden mit dem System, und es wurde mehr Geld ausgegeben als ursprünglich geplant.

296 Der Prüfungszeitraum erstreckte sich von 2005-2012; abgedeckt wurden alle seit Gründung der estnischen Stiftung für elektronische Gesundheitsdienste ausgeführten Tätigkeiten.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

297 Die Hauptprüfungsfragen lauteten wie folgt:

- 1) Wurden die mit dem elektronischen Gesundheitsinformationssystem angestrebten Ziele erreicht und wurde es wie geplant umgesetzt? Falls nein, wieso nicht?
- 2) Ermöglichen die Voraussetzungen des derzeitigen elektronischen Gesundheitssystems es, seine Ziele in Zukunft zu erreichen?

298 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das Ministerium für Soziales, die estnische Stiftung für elektronische Gesundheitsdienste, die estnische Krankenkasse und die Behörde für Informationssysteme der Republik Estland (*Information System Authority, ISA*).

299 Die Prüfungsmethodik umfasste die Analyse von Dokumenten und Berichten, eine Umfrage unter rund 200 Ärzten, eine Datenanalyse, die Untersuchung von elektronischen Gesundheitsinformationssystemen (wie deren Funktionalität und Benutzeroberfläche für Ärzte) in Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern sowie Befragungen der geprüften Stellen und Gesundheitsdienstleister.

Wichtigste Bemerkungen

300 Der estnische Rechnungshof stellte fest, dass die Ziele im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienste nicht erreicht worden waren, da

- die Daten im elektronischen Gesundheitssystem trotz der ursprünglichen Pläne nicht für nationale Statistiken, das Führen von Registern oder die Überwachung verwendet werden konnten und von den Ärzten nicht aktiv für Behandlungszwecke genutzt wurden;
- die elektronische Verschreibung die einzige vom Staat geschaffene elektronische Lösung war, die aktiv genutzt wurde;
- die elektronische Patientenakte und die Bildreferenz nur in moderatem Umfang genutzt wurden und die digitale Anmeldung (ein elektronisches Terminbuchungssystem) auch fünf Jahre nach ihrer Fertigstellung nicht intensiv genutzt wurde;
- die elektronischen Gesundheitsdienste keinen strategischen Leiter hatten, der sich für die Interessen des Staates einsetzte, und dies die Umsetzung behinderte;
- die Einführung und Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste erheblich mehr gekostet hatten als geplant und nicht bekannt war, wie viele zusätzliche Mittel noch erforderlich waren;

- die elektronischen Gesundheitsdienste nicht zu Einsparungen bei den Krankenkassen beitrugen oder die Arbeitszeit von Ärzten optimierten,
- den staatlichen Einrichtungen noch kein Nutzen aus den Daten im elektronischen Gesundheitssystem erwuchs, da viele Daten fehlten oder von geringer Qualität waren. Zwar müssen Gesundheitsdienstleister medizinische Akten ins elektronische Gesundheitssystem eingeben, doch erfolgte dies nicht systematisch, und viele Daten wurden überhaupt nicht eingegeben.

301 Der Rechnungshof stellte fest, dass der Grund für den schwachen Start der elektronischen Gesundheitsdienste die ziellose und zufällig wirkende Tätigkeit des Ministeriums für Soziales war, das als strategischer Manager für die Entwicklung und Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste zuständig war. Der Rechnungshof gelangte zu dem Schluss, dass der Erfolg der elektronischen Gesundheitsdienste von der Stärkung der Führungsrolle des Ministeriums für Soziales abhing.

Empfehlungen

302 Der estnische Rechnungshof unterbreitete eine Reihe von Empfehlungen. Die wichtigsten Empfehlungen sind nachstehend aufgeführt:

- Ermittlung der staatlichen Interessen bei der Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste und anschließend Beschreibung der Aufgaben des Ministeriums für Soziales und der estnischen Stiftung für elektronische Gesundheitsdienste bei der Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste;
- Vervollständigung und Umsetzung von Projekten im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienste, mit denen bereits begonnen wurde (insbesondere die digitale Erfassung und die elektronische Patientenakte), bevor die Einrichtung neuer Dienste in Angriff genommen wird;
- sofortige Verpflichtung der Gesundheitsdienstleister, das elektronische Gesundheitsinformationssystem zu nutzen und mit seiner Nutzung erforderlichenfalls eine Zahlung für die Dienste zu verknüpfen;
- Steigerung der Benutzerfreundlichkeit der elektronischen Gesundheitsdienste in Zusammenarbeit mit der estnischen Stiftung für elektronische Gesundheitsdienste.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

303 Der Bericht wurde den geprüften Stellen, dem Ausschuss für soziale Angelegenheiten und dem für die Kontrolle des Staatshaushalts zuständigen Ausschuss des Parlaments vorgestellt.

304 Der Bericht wurde auf der Website des Rechnungshofs veröffentlicht. Die Veröffentlichung ging mit einer Pressemitteilung einher. Am Tag vor der Veröffentlichung fand ein Pressebriefing in den Räumlichkeiten des Rechnungshofs statt.

305 Am 10. Februar 2014 tagte der für die Kontrolle des Staatshaushalts zuständige Ausschuss des Parlaments in öffentlicher Sitzung, an der die wichtigsten Interessenträger des elektronischen Gesundheitssystems und der Rechnungshof teilnahmen. Die Sitzung wurde live auf der Website des Parlaments und einem wichtigen Nachrichtenportal übertragen. Darüber hinaus verfasste der Rechnungshof einen Artikel über die wichtigsten Prüfungsfeststellungen, der in einer der großen Tageszeitungen veröffentlicht wurde.

306 Zwischen April und September 2019 wurde die Weiterverfolgung des Prüfungsberichts vorgenommen. Dabei wurde festgestellt, dass bei der Entwicklung des elektronischen Gesundheitssystems in den letzten fünf Jahren erhebliche Fortschritte erreicht wurden. Zusätzlich zur elektronischen Verschreibung wurden das elektronische Bild und das Patientenportal umgesetzt. Außerdem wurde im August 2019 die landesweite digitale Buchung von Arztterminen eingeführt. Nach wie vor gibt es jedoch mehrere erhebliche Engpässe. Beispielsweise wurde die Benutzerfreundlichkeit der elektronischen Patientenakte bisher noch nicht verbessert, sodass die Angehörigen der Gesundheitsberufe keinen schnellen Zugang zu allen Informationen haben, die erforderlich sind, um Patienten zeitnah hochwertige Dienste zu bieten. Auch das System elektronischer Rettungsdienste muss verbessert werden, damit sichergestellt ist, dass die Informationen effizient zwischen den Krankenhäusern und Krankenhäusern ausgetauscht werden und die Patienten schnellstmöglich behandelt werden können. Außerdem müssen die statistischen und analytischen Kapazitäten innerhalb des elektronischen Gesundheitssystems zur Qualitätsbewertung der Gesundheitsdienstleistungen verbessert werden.

Erwartete Auswirkungen

307 Es wurde erwartet, dass das Ministerium für Soziales durch die Prüfung dazu veranlasst würde, seiner Aufgabe als strategisch federführende Einrichtung der elektronischen Gesundheitsdienste gerecht zu werden und die Interessen des Staates bei der Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste zu definieren. Wichtig war dabei, dass das Ministerium sicherstellte, die strategische und die finanzielle Planung zu integrieren, da im Rahmen der Prüfung aufgezeigt worden war, dass zum betreffenden Zeitpunkt kein Überblick darüber bestand, wie viel die Fertigstellung und Umsetzung der Projekte im Zusammenhang mit dem elektronischen Gesundheitsdienst kosten würden. Insgesamt wurde erwartet, dass der Prüfungsbericht in der Weise zur Entwicklung des elektronischen Gesundheitssystems beitragen würde, dass sein Potenzial für Gesundheitsdienstleister, Patienten und den Staat in vollem Umfang erreicht würde.



Lettland Valsts Kontrole

Ist das Projekt für elektronische Gesundheitsdienste in Lettland ein Schritt in die richtige Richtung?

Überblick

308 Im Rahmen seiner Prüfung bewertete der lettische Rechnungshof, ob die Tätigkeiten des Gesundheitsministeriums und des nationalen Gesundheitsdiensts wirksam, produktiv und darauf ausgerichtet waren, die mit der Einführung der elektronischen Gesundheitsdienste verbundenen Ziele zu erreichen. Untersucht wurde darüber hinaus, ob die Investitionen in die elektronischen Gesundheitsdienste in Lettland auf sparsame und produktive Weise genutzt wurden. Geprüft wurde der Zeitraum 1. Januar 2007 bis 1. April 2015.

309 Terminiert war die Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste auf Ende 2015. Im Laufe von neun Jahren waren 14,5 Millionen Euro investiert worden, doch standen den Nutzern keine elektronischen Gesundheitsdienste zur Verfügung. In der Zwischenzeit – seit dem 1. Januar 2016 – wurde das Informationssystem für die elektronischen Gesundheitsdienste für alle Gesundheitsdienstleister verpflichtend gemacht (sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Behandlung, für elektronische Buchungen, elektronische Überweisungen für Untersuchungen oder Behandlungen, elektronische Verschreibungen und elektronische Krankschreibungen).

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

310 Die Hauptprüfungsfrage lautete: Wurden die elektronischen Gesundheitsdienste so eingeführt, dass das zugehörige Ziel erreicht wird, ein effizienteres Gesundheitssystem zu fördern?

311 Im Rahmen dieser Hauptfrage untersuchte der Rechnungshof, ob

- das elektronische Gesundheitssystem in der Lage sein würde, Probleme zu lösen und Ziele zu erreichen;
- die Tätigkeiten des nationalen Gesundheitsdiensts bei der Einführung der elektronischen Gesundheitsdienste zweckmäßig zur Zielerreichung beitragen;
- die Informationssicherheit und der Schutz personenbezogener Daten mit dem neu entwickelten Informationssystem für die elektronischen Gesundheitsdienste sichergestellt wurden;
- eine effiziente Überwachung und Kontrolle des Projekts für elektronische Gesundheitsdienste in Lettland eingerichtet worden waren.

312 Bei den wichtigsten geprüften Stellen handelte es sich um das Gesundheitsministerium und die ihm nachgeordnete Einrichtung, den für die Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste zuständigen nationalen Gesundheitsdienst.

313 Die Prüfungsmethode umfasste eine Analyse externer Gesetze und Rechtsvorschriften, eine Bewertung der vom Gesundheitsministerium umgesetzten Politik, eine Auswertung der Einhaltung der Anforderungen zur Datensicherheit und zum Schutz personenbezogener (Patienten-)Daten durch die elektronischen Gesundheitsdienste sowie Umfragen, eine Aktenprüfung und Befragungen von Beamten des Gesundheitsministeriums und des nationalen Gesundheitsdiensts.

Wichtigste Bemerkungen

314 Das vom Gesundheitsministerium durchgeführte Projekt ist ein Schritt in die richtige Richtung, um die wirksame Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Den Patienten wird durch dieses Projekt ermöglicht, eine bessere Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen, da es sie zu einem gesunden Lebensstil aufruft; darüber hinaus wird es für eine umfassendere Begründung der Entscheidungsfindung sorgen, die Dienstleistungen im Gesundheitswesen beschleunigen sowie qualitativ hochwertige und zugängliche Informationen gewährleisten.

315 Dennoch wurde die vom Gesundheitsministerium im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienste erarbeitete Politik nicht im geplanten Umfang und innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens umgesetzt, sodass das Ziel, die Wirksamkeit der Gesundheitsdienste zu steigern, nur teilweise erreicht wurde.

316 Bereits zu Beginn der Umsetzung des Projekts im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienste zeichneten sich erhebliche Mängel (Fehler) ab, d. h. es wurden keine Experten des Gesundheitswesens am Projekt beteiligt, bei der Einrichtung, die das Projekt umsetzte, wurden zahlreiche Änderungen sowie ein unwirksames Projektmanagement festgestellt, und schließlich war das Projekt nicht angemessen überwacht worden.

- Zwar hatte das Gesundheitsministerium ein Planungsdokument für die Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste erstellt, doch war dieses innerhalb eines Zeitraums von neun Jahren (seit 2007) nicht aktualisiert worden und entsprach nicht der Realität.
- Obwohl seit Beginn des Projekts im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienste (seit 2007) neun Jahre vergangen waren und das Gesundheitsministerium 14,5 Millionen Euro in das Projekt investiert hatte, waren mit Stand vom 1. April 2015 das Gesundheitsinformationssystem und die geplanten elektronischen Dienste für Nutzer nicht zugänglich.
- Es bestand die Gefahr, dass das elektronische Gesundheitssystem von der Bevölkerung und den Gesundheitsdienstleistern nicht ausreichend angenommen würde, da es unverständlich und nicht allen potenziellen Nutzern zugänglich war.
- Mit Stand vom 1. April 2015 war das Informationssystem für die elektronischen Gesundheitsdienste mit Blick auf die Datensicherheit und den Schutz personenbezogener Daten nicht einsatzbereit.
- Die Überwachung und die Kontrollen der Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste, die das Gesundheitsministerium durchführte, waren nicht ausreichend wirksam.

Empfehlungen

317 Der lettische Rechnungshof unterbreitete eine Reihe von Empfehlungen. Die wichtigste Empfehlung, die an das Gesundheitsministerium gerichtet war, betraf eine Änderung der Verordnung über das Anfangsdatum der verbindlichen Nutzung der elektronischen Gesundheitsinformationssysteme: Ein Zeitrahmen zur Behebung der festgestellten Mängel sollte vorgegeben und eine angemessene Zeitspanne – mindestens sechs Monate – festgelegt werden, um es den Interessenträgern zu ermöglichen, auf freiwilliger Basis am elektronischen Gesundheitsinformationssystem teilzunehmen.

318 Um den Betrieb des elektronischen Gesundheitsinformationssystems erfolgreich aufnehmen zu können, empfahl der Rechnungshof dem Gesundheitsministerium,

- o alle entwickelten Lösungen im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienste wiederholt gemäß den Anforderungen der technischen Spezifikationen zu testen, um Sicherheit bezüglich des Betriebs des Systems, seiner Kapazität hinsichtlich eines Einsatzes in Verbindung mit anderen Systemen und seiner semantischen Kompatibilität zu erlangen;
- o alle mit der Datensicherheit und dem Schutz der Daten natürlicher Personen verbundenen Schwachstellen und Mängel zu beseitigen;
- o einen Plan für Unternehmen zu entwickeln, an dem alle das elektronische Gesundheitsinformationssystem nutzende Gesundheitsdienstleister beteiligt sind, um die Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern;
- o nach der Einführung des elektronischen Gesundheitsinformationssystems und sobald die Gesundheitsdienstleister in der Lage sind, frei am elektronischen Gesundheitsinformationssystem teilzunehmen, eine gezielte Informationskampagne durchzuführen, um das System bekannt zu machen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

319 Dieser Bericht wurde dem Ausschuss für öffentliche Ausgaben und Rechnungsprüfung des Parlaments vorgestellt. Er wurde am 8. September 2015 auf der Website des lettischen Rechnungshofs veröffentlicht. Die Veröffentlichung ging mit einer Pressekonferenz und einer Pressemitteilung einher.

320 Das Gesundheitsministerium muss den lettischen Rechnungshof im Einklang mit dem vereinbarten Berichterstattungszeitraum über die Umsetzung der Empfehlungen informieren. Sobald er diese Informationen erhalten hat, beurteilt der lettische Rechnungshof die vom Gesundheitsministerium erzielten Fortschritte. Bis 2019 hatte das Gesundheitsministerium 70 % aller Empfehlungen umgesetzt.

Erwartete Auswirkungen

321 Die Prüfung wurde zu einem Zeitpunkt durchgeführt, zu dem das elektronische Gesundheitsinformationssystem noch nicht verbindlich war und sich noch in der Umsetzungsphase befand. Daher wurde erwartet, dass alle Prüfungsempfehlungen zu einer Verbesserung seiner Umsetzung beitragen und letztlich sicherstellen würden, dass es von allen Interessenträgern erfolgreich genutzt würde, um die Gesundheitsdienstleistungen auf wirksamere Weise zur Verfügung zu stellen. Ab 2016 wurden das elektronische Gesundheitsinformationssystem und die elektronischen Dienste den Nutzern schrittweise zur Verfügung gestellt. Den Statistiken zufolge handelt es sich bei den meistgenutzten elektronischen Gesundheitsdiensten um die elektronische Krankschreibung und die elektronische Verschreibung: Im Jahr 2018 wurden 1 Million elektronische Krankschreibungen und 11,7 Millionen elektronische Verschreibungen ausgestellt.

TEIL III – Berichte der ORKB auf einen Blick

129

Finanzielle Tragfähigkeit und sonstige finanzielle Aspekte



Finnland

Valtiontalouden Tarkastusvirasto

Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben

Überblick

322 Im Rahmen der Prüfung des finnischen Rechnungshofs wurde die Zuverlässigkeit der Trendprognosen für die Sozialversicherungsausgaben beurteilt. Diese Prognosen dienen als Grundlage für politische Entscheidungen und Schätzungen bezüglich der wirtschaftlichen Tragfähigkeit.

323 Den Schwerpunkt der Prüfung bildete die Verwendung des makroökonomischen Modells für Prognosen der Sozialversicherungsausgaben. Das Modell wurde in den Jahren 2007-2009 neu definiert, und die Prüfung betraf in erster Linie den Zeitraum nach 2010. Sie erstreckte sich auf die langfristigen Trendprognosen für die Sozialversicherungsausgaben, die als Grundlage für sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungen herangezogen werden. Einige Trendprognosen wurden vom Ministerium für Soziales und Gesundheit anhand des Modells für die Analyse der Sozialausgaben (SOME-Modell) erstellt.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

324 Die Hauptprüfungsfrage lautete: Wie zuverlässig sind die Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben, die als Grundlage für politische Entscheidungen und Schätzungen bezüglich der wirtschaftlichen Tragfähigkeit dienen?

325 Im Rahmen dieser Hauptfrage stellte der finnische Rechnungshof die folgenden Teilfragen:

- 1) Welche Art von Trendprognosen oder Vorausschätzungen für die Sozialversicherungsausgaben wird zum Zweck der Entscheidungsfindung erstellt?
 - a) Welches sind die Hauptunterschiede zwischen ihnen?
 - b) Wie werden sie in den Entscheidungsprozessen eingesetzt?
 - c) Welche Rolle spielt die von *Statistics Finland* erstellte Bevölkerungsprognose im Rahmen dieser Prognosen?
 - d) Wie arbeiten die Behörden, die diese Prognosen erstellen, mit den Behörden zusammen, die diese Prognosen verwenden?
- 2) Ist das Ministerium für Soziales und Gesundheit in der Lage, das Modell nach Bedarf weiterzuentwickeln?
 - a) Wie flexibel ist das Modell mit Blick auf seine Entwicklung?
 - b) Verfügt das Ministerium über ausreichende Ressourcen und Fachkenntnisse, um das Modell weiterzuentwickeln?
- 3) Beruht die Politikgestaltung auf offenen und transparenten Methoden mit Blick auf die Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben?
 - a) Wie werden die Modelle und die zugrunde liegenden Annahmen dokumentiert?
 - b) Werden systematisch auf Annahmen beruhende Sensitivitätsanalysen durchgeführt und veröffentlicht?

326 Die wichtigsten geprüften Stellen waren das Ministerium für Soziales und Gesundheit und das Finanzministerium.

327 Die Einholung von Nachweisen erfolgte im Wege einer Bewertung der Transparenz und Methodik der Trendprognosen im Ministerium für Soziales und Gesundheit, von Befragungen von Experten im Ministerium für Soziales und Gesundheit und im Finanzministerium sowie in einigen anderen Einrichtungen, die Trendprognosen erstellen (Sozialversicherungsanstalt Finnlands (Kela) und Zentralanstalt für die Rentenversicherung (ETK)), durch Benchmarking und Analyse der im Ministerium für Soziales und Gesundheit verwendeten SOME-Modell-Methoden mithilfe der für die in der Kela und der ETK verwendeten Methoden für Trendprognosen.

Wichtigste Bemerkungen

328 Der finnische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Wie festgestellt wurde, handelte es sich beim SOME-Modell um das umfassendste Modell, das bei der Erstellung langfristiger Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben eingesetzt wurde. Der Rechnungsführungsrahmen war klar strukturiert und bildete eine gute Grundlage für weitere Entwicklungen.
- Die Beschreibung des Modells und das technische Handbuch waren umfassend und detailliert. Die Beschreibung war jedoch noch nicht aktualisiert worden, obwohl seit seiner Einführung eine Reihe von Änderungen in das Modell eingearbeitet worden waren.
- Es bestand Bedarf an fortgeschritteneren Versionen des Modells. Beispielsweise entstand durch die Sozial- und Gesundheitsreform (SOTE-Reform) ein Bedarf an Trendprognosen für die Sozialversicherungsausgaben in einzelnen SOTE-Regionen.
- Das SOME-Modell spielte eine zentrale Rolle für die Schätzungen des Finanzministeriums zur Tragfähigkeitslücke, da es als Grundlage für die Schätzungen der altersbedingten Ausgaben diente. Die Trendprognosen für die altersbedingten Ausgaben wurden auf inoffizieller Basis gemeinsam vom Ministerium für Soziales und Gesundheit und dem Finanzministerium erstellt. Im Rahmen dieses Kooperationsprozesses blieb unklar, wie die Zuständigkeiten aufgeteilt waren, wobei jedoch das Finanzministerium die letzte Verantwortung für die Schätzung der Tragfähigkeitslücke trug. Die Beschreibung der Methode, auf die zur Schätzung der Tragfähigkeitslücke bei den altersbedingten Ausgaben zurückgegriffen wurde, war allgemein gehalten und durch einen Mangel an Transparenz gekennzeichnet.

- Mithilfe des SOME-Modells erstellte Szenarien oder Sensitivitätsanalysen wurden nicht regelmäßig veröffentlicht. Die systematische Veröffentlichung der Feststellungen würde die Grundlage für einen Dialog zwischen Experten bilden, zu einer größeren Offenheit und Transparenz der Politikgestaltung im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie der vom Finanzministerium erstellten Schätzungen der Tragfähigkeitslücke führen und eine Weiterentwicklung des Modells erleichtern.
- Die für das SOME-Modell zugewiesenen Ressourcen eigneten sich nicht unbedingt, um es nachfragegerecht und in einer Weise weiterzuentwickeln, die eine systematische Analyse der Feststellungen ermöglichen würde.

Empfehlungen

329 Der finnische Rechnungshof sprach die folgenden Empfehlungen aus:

- Das Ministerium für Soziales und Gesundheit sollte sicherstellen, dass das technische Handbuch des SOME-Modells aktualisiert wird. Die Berichte über die mithilfe des SOME-Modells erstellten Berechnungen der Szenarien, die Sensitivitätsanalysen enthalten, sollten ebenfalls regelmäßig veröffentlicht werden.
- Bei der Entwicklung des SOME-Modells sollte das Ministerium für Soziales und Gesundheit den neuen Informationsbedarf berücksichtigen, der sich aus der SOTE-Reform ergibt. Das Ministerium sollte für die Weiterentwicklung und die regelmäßigen Analysen angemessene Ressourcen zuweisen und eine ausreichende Zusammenarbeit auf Expertenebene mit anderen Organisationen sicherstellen, die Trendprognosen für Sozialversicherungsausgaben erstellen und Informationen dafür liefern.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Ministerium für Soziales und Gesundheit und dem Finanzministerium bei der Schätzung der Tragfähigkeitslücke zwecks Ermittlung altersbedingter Ausgaben sollte auf transparente Weise beschrieben werden. Das Finanzministerium sollte eine eingehende und transparente Beschreibung der im Rahmen der Schätzung der Tragfähigkeitslücke verwendeten Methodik erstellen und bei der regelmäßigen Berichterstattung über die Schätzung der Tragfähigkeitslücke eine Sensitivitätsanalyse verwenden, beispielsweise im Zusammenhang mit Trends der Sozialversicherungsausgaben.
- Die auf dem Modell beruhende Analyse könnte auch im Rahmen der kurzfristigen politischen Planung stärker zum Einsatz kommen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

330 Der Bericht wurde den geprüften Stellen und dem Rechnungsprüfungsausschuss des Parlaments vorgestellt und am 16. Januar 2017 auf der Website des finnischen Rechnungshofs veröffentlicht. Die Veröffentlichung ging mit einer Pressemitteilung einher.

331 Das Weiterverfolgungsverfahren wurde wie geplant im Herbst 2018 mithilfe eines an die geprüften Stellen gerichteten Fragebogens durchgeführt. Der Weiterverfolungsbericht wurde auf der Website des finnischen Rechnungshofs veröffentlicht.

Erwartete Auswirkungen

332 Es wurde erwartet, dass das für das SOME-Modell zuständige Ministerium für Soziales und Gesundheit Anstrengungen unternehmen würde, das Modell zu entwickeln, die Methode zu dokumentieren und die Prognoseergebnisse systematisch zu veröffentlichen. Darüber hinaus wurde erwartet, dass das Finanzministerium in diesem Zusammenhang die Transparenz der Methodik zur Schätzung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit und der Nutzung des SOME-Modells steigern würde.



Griechenland Ελεγκτικό Συνέδριο

Horizontale thematische Prüfung zu den staatlichen Zahlungsrückständen mit Blick auf Krankenhäuser, die nationale Organisation für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY) und eine regionale Gesundheitsverwaltung

Überblick

333 Der griechische Rechnungshof bewertete die Akkumulierung der Zahlungsrückstände des Staates.

334 Geprüft wurde der Zeitraum 31. Dezember 2016 bis 30. September 2017.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

335 Die Hauptprüfungsfragen lauteten wie folgt:

- Wurden die Finanzmittel des Europäischen Stabilitätsmechanismus zur Begleichung von Zahlungsrückständen für den vorgesehenen Zweck verwendet?
- Wieso häufen sich weiterhin Rückstände an?

336 Die wichtigsten geprüften Stellen waren sechs Krankenhäuser, die nationale Organisation für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY) und die erste Gesundheitsverwaltung der Region Attika.

337 Nachweise wurden in erster Linie mithilfe von Befragungen, Schreiben zur Sachverhaltsklärung an Dritte (Anbieter), unangekündigte Vor-Ort-Kontrollen der Lieferung von Waren und Dienstleistungen, Aktenprüfungen sowie eine Überprüfung der Rechtmäßigkeit und Ordnungsmäßigkeit der Unterlagen und Verfahren eingeholt.

Wichtigste Bemerkungen

Überfällige Verbindlichkeiten – Zahlungsrückstände

338 Die Prüfung ergab

- o Unregelmäßigkeiten bei der Alterung der Zahlungsrückstände sowie unvollständige Beleg- oder Zahlungsdokumente zu den Lieferungen und Dienstleistungen;
- o fehlende Mechanismen zur Überwachung der Zahlung von Zinsen und finanziellen Sanktionen und fehlende Aufzeichnungen über den Stand von Gerichtsverfahren;
- o eine erhebliche Zahl von Verbindlichkeiten, die nicht oder fälschlicherweise im Register für Mittelbindungen erfasst worden waren oder die nicht in den IT-Systemen erfasst waren;
- o ein Versagen von IT-Systemen, spezifische aggregierte und analytische Berichte über Verrechnungen zu exportieren.

Programm zur Begleichung von Zahlungsrückständen

339 Der griechische Rechnungshof ermittelte

- o Fälle der Nichteinhaltung der First-In-First-Out-Regel (FIFO-Regel) und der Fristen für die Begleichung von Verbindlichkeiten, Abweichungen zwischen den überprüften Unterlagen und Mängel beim Zahlungsverfahren. Die Feststellungen in Bezug auf die Zuverlässigkeit der Daten und der Berichterstattungssysteme betrafen in erster Linie das System zur Erfassung von Verbindlichkeiten;
- o Abweichungen zwischen den Berichterstattungssystemen.

340 Ein weiterer Schwerpunkt der Prüfung lag auf der Ermittlung von Quellen neuer Zahlungsrückstände. Folgendes wurde festgestellt:

- o Fehlende Liquidität, die auf unrealistische Haushaltspläne zurückgeführt wurde, Auferlegung von Ausgabenobergrenzen durch den Europäischen Stabilitätsmechanismus, Verzögerungen bei der Anwendung von Rabatt- und Rückforderungsmechanismen, Verzögerungen bei der Einnahmenerhebung sowie ein Rückgang der relevanten Forderungen im Rahmen spezifischer Regelungen.

- Wegen der Komplexität (und in einigen Fällen der Unbestimmtheit) des Rechtsrahmens für Vergabeverfahren wurden Ausschreibungsverfahren nicht immer abgeschlossen (dies war das Ergebnis des hohen Verwaltungsaufwands und des restriktiven Rechtsrahmens, die zu zahllosen Verpflichtungen und Verzögerungen bei den Rückzahlungen aufgrund rechtlicher Probleme führten), und für die Begleichung von Zahlungsrückständen waren zahlreiche Belegunterlagen erforderlich.
- Die Bewertung der Ergebnisse des Programms zur Begleichung von Zahlungsrückständen ergab, dass das Programm nicht ausgereift genug war und dass die Selbstfinanzierungsregel – d. h. die Zahlung der eigenen Verbindlichkeiten der Einrichtungen mit ihren eigenen Mitteln – nicht eingehalten worden war.

Empfehlungen

341 Der griechische Rechnungshof empfiehlt,

- die IT-Systeme und die zugehörige Systemunterstützung für die ordentlichen Haushalte zu modernisieren;
- diese Systeme zu nutzen, um alle erforderlichen Berichte automatisch zu extrahieren;
- das Register für Mittelbindungen automatisch zu aktualisieren; spezifische Änderungen und Verbesserungen des Registers vorzunehmen, um die Rechtmäßigkeit und Ordnungsmäßigkeit der Erfassung und Begleichung von Verbindlichkeiten und Zahlungsrückständen sicherzustellen;
- bei der Begleichung von Verbindlichkeiten die FIFO-Methode anzuwenden und einen automatischen Abgleich der Zahlungen mit älteren Rechnungen vorzunehmen;
- dafür zu sorgen, dass die nationale zentrale Beschaffungsstelle für das öffentliche Gesundheitswesen in vollem Umfang einsatzfähig wird;
- Produktionsprotokolle für die einzelnen medizinischen Verfahren, interne Kontrollen der administrativen Vergabe- und Zahlungsverfahren, eine einheitliche Kodifizierung und Klassifizierung, einheitliche technische Spezifikationen, gemeinsame Barcodes und Register für Verbrauchsmaterialien, Material und medizinische Ausrüstung einzuführen;
- die Verwaltung der Bestände zu verbessern;

- die Bewertung der Angebote im Rahmen der Vergabeverfahren zu beschleunigen;
- in allen Krankenhäusern ein gemeinsames IT-System zu konsolidieren und anzunehmen;
- Indikatoren, zentrale Leistungsindikatoren (KPI), Benchmarks, die Kostenrechnung und ein System der periodengerechten Rechnungsführung zu verwenden;
- den Rückforderungsmechanismus für Gesundheitsdienstleister zeitnah anzuwenden;
- realistische Haushaltspläne zu entwickeln;
- eine interne Geschäftsordnung, interne Kontrollen je Verfahren und ein internes Prüfungshandbuch einzuführen;
- das Risikoanalyseverfahren in Krankenhäusern zu verbessern; die Angemessenheit des Personalbestands und die Zuweisung des Personals zu verbessern;
- die Abrechnungs- und Zahlungsverfahren zu beschleunigen;
- die staatlichen Subventionen monatlich auszuzahlen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

342 Alle acht Berichte wurden dem Parlament im Oktober 2018 in einer gemeinsamen Sitzung der ständigen parlamentarischen Ausschüsse für Wirtschaft und Soziales vorgestellt. Sie wurden auf der Website des griechischen Rechnungshofs veröffentlicht. Die genannte Präsentation wurde vom Fernsehsender des Parlaments übertragen.

343 Es wurde geplant, die Weiterverfolgung innerhalb eines Jahres durchzuführen.

Erwartete Auswirkungen

344 Ziel der horizontalen Prüfung war es, die Ursachen für die gesamtstaatlichen Zahlungsrückstände zu ermitteln und die Regierung bei der Entwicklung von Strategien zur Bewältigung dieses Problems zu unterstützen sowie die notwendigen Reformen zu institutionalisieren, um zu verhindern, dass weitere Zahlungsrückstände entstehen.



Italien Corte dei conti

Umsetzung des außerordentlichen Programms zur Gebäuderenovierung und technologischen Modernisierung der Immobilien im Eigentum der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen

Überblick

345 Im Zuge der Prüfung des italienischen Rechnungshofs wurde das außerordentliche Programm zur Gebäuderenovierung und technologischen Modernisierung der öffentlichen Immobilien im Eigentum der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bewertet.

346 Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2012-2016.

347 Das Programm zur Renovierung und technologischen Modernisierung von Gebäuden wurde mit dem Gesetz Nr. 67/88 verabschiedet, und die erste Phase wurde im Jahr 1996 abgeschlossen. Der italienische Rechnungshof hatte bereits im Mai 2011 eine Prüfung durchgeführt und einen Bericht vorgelegt.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

348 Die Hauptprüfungsfrage lautete:

- Ist es möglich, ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen dem nationalen Interesse an der Stabilität der Finanzen und den Prioritäten und Erfordernissen in den Bereichen Gesundheit und Gebäudesicherheit herzustellen?

349 Die wichtigste geprüfte Stelle war das Gesundheitsministerium.

350 Die Bewertung erfolgte anhand von Nachweisen, die im Wege von Informationsersuchen und der Anforderung von Unterlagen vom für die Umsetzung des Infrastrukturinvestitionsprogramms zuständigen Gesundheitsministerium (Generaldirektion Gesundheitsplanung) eingeholt wurden.

Wichtigste Bemerkungen

351 Der italienische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- o Das Gesundheitsministerium hatte das im Gesetzesdekret Nr. 228/2011 vorgesehene **mehrfährige Planungsdokument** noch nicht erstellt.
- o Mithilfe der so genannten "MexA"-Methodik war keine tatsächliche Evaluierung der Wirksamkeit der Interventionen möglich.
- o Der Jahresbericht über den Fortschritt der Arbeiten, den die Regionen dem Gesundheitsministerium vorlegen, wurde als für die Überwachung der Umsetzung von Projekten unzureichend angesehen. Das von den Regionen einmal jährlich übermittelte Dokument zum Stand der Arbeiten wird seinem Zweck nicht gerecht, da es die tatsächliche Entwicklung nicht angemessen aufzeigt.
- o Die öffentlich-private Partnerschaft wurde nicht effizient genutzt, und private Mittel waren knapp.

Empfehlungen

352 Der italienische Rechnungshof sprach die folgenden Empfehlungen aus:

- o Das Gesundheitsministerium sollte das mehrjährige Planungsdokument gemäß dem Gesetzesdekret Nr. 228/2011 annehmen;
- o die "MexA"-Methodik sollte sowohl eine strategische Kontrolle als auch Wirtschaftlichkeitsprüfungen ermöglichen. Die Bewertung öffentlicher Investitionen sollte Teil eines Managementkontrollsystems sein, das sowohl die Festlegung von Zielen als auch die Bewertung der erzielten Ergebnisse umfasst.

353 Darüber hinaus sollte eine öffentlich-private Partnerschaft entwickelt werden, um Folgendes zu ermöglichen:

- Beziehungen und Verbindungen zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor;
- bessere Sichtbarkeit des Projekts, um den privaten Partner umfassend am Entscheidungsprozess zu beteiligen;
- ein angemesseneres Risikomanagement in Verbindung mit Projekten.

354 Außerdem sollte das Ministerium private Unternehmen favorisieren, die langfristige Investitionen anstreben und in der Lage sind, Projekte in der Anfangsphase zu finanzieren.

355 Es ist von grundlegender Bedeutung, die Erhebung von administrativen und Rechnungsführungsdaten zu den mit der Programmumsetzung verbundenen Managementprozessen neu zu organisieren und zu verbessern.

356 Das Gesundheitsministerium sollte Kenntnis von allen Initiativen örtlicher Einrichtungen haben, die mit nationalen oder europäischen Mitteln finanziert werden. Außerdem sollte es eine Datenbank einrichten, um die zur Verbesserung der Planung und Optimierung der Investitionen erforderlichen Informationen zusammenzutragen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

Vorstellung des Berichts:

357 Der Bericht wurde dem Parlament, dem Wirtschafts- und Finanzministerium, dem Gesundheitsministerium sowie den Regionen Venetien, Emilia-Romagna und Kalabrien vorgestellt.

358 Am 9. April 2018 wurde er auf der Website des italienischen Rechnungshofs veröffentlicht.

Erwartete Auswirkungen

359 Der italienische Rechnungshof erwartet die folgenden Auswirkungen:

- o Änderungen der Rechtsvorschriften zur Erleichterung der Renovierung und technologischen Modernisierung der Grundstücke und Gebäude im Besitz der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen;
- o bessere Evaluierung der von den geprüften Stellen hervorgehobenen kritischen Punkte, um neue Lösungen zu entwickeln;
- o Schwerpunktlegung auf die Sicherheit von Gebäuden insbesondere im Zusammenhang mit Materialien zum Erdbebenschutz und zur Brandbekämpfung.



Luxemburg

Cour des comptes

Öffentliche Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser

Überblick

360 Der luxemburgische Rechnungshof bewertete die öffentliche Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser im Zeitraum 2011-2017.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

361 Ziel der Prüfung war festzustellen, ob den Anforderungen der großherzoglichen Verordnung zur Festlegung der Mustervereinbarung mit den Krankenhäusern betreffend die staatliche Beteiligung an Investitionen in Krankenhäuser entsprochen worden war. Außerdem analysierte der Rechnungshof Wirksamkeit und Kohärenz der Inspektionsmechanismen des Gesundheitsministeriums zur Validierung der von Krankenhäusern eingereichten Erstattungsanträge.

362 Bei den wichtigsten geprüften Stellen handelte es sich um das Ministerium für Gesundheit und eine Stichprobe von Empfängern staatlicher Beteiligung.

363 Zur Prüfungsmethode gehörten Befragungen der geprüften Stellen und eine Analyse der vorgelegten Dokumente.

Wichtigste Bemerkungen

Staatliche Beteiligung an der Finanzierung von Modernisierung, Renovierung oder Bau von Krankenhäusern

364 Das Ministerium für Gesundheit legte keinen Jahresabschluss vor, in dem die Kosten der gesetzlich genehmigten Projekte und die tatsächlichen Investitionskosten verglichen wurden, einschließlich Begründungen für etwaige Kostenüberschreitungen über die gesetzlichen Steigerungen hinaus.

Gesetze und andere Rechtsvorschriften

365 Obwohl gesetzlich vorgeschrieben, gab es keine Vereinbarung über die Gewährung von Finanzhilfen für einige Krankenhausprojekte wie z. B. die Erweiterung eines Krankenhauses und die Arbeit an der zentralen Sterilisationsanlage eines anderen Krankenhauses. Außerdem wurden im Rahmen eines Projekts Arbeiten ausgeführt, die zuvor nicht förmlich vom Gesundheitsminister genehmigt wurden.

366 Gesetzlich ist darüber hinaus vorgesehen, dass in einer Verordnung die genauen Modalitäten für die Gewährung einer Finanzhilfe festgelegt sind, beispielsweise mit Blick auf Fristen und Verfahren für die Prüfung von Akten, die Belegunterlagen, die eingereicht werden müssen, sowie die Notwendigkeit und der Umfang einer Bedarfsanalyse und einer Folgenabschätzung. Allerdings war zum Zeitpunkt der Prüfung des Hofes noch keine solche Verordnung verabschiedet worden.

Überwachung von Bau- und/oder Modernisierungsprojekten

367 Für die vier in der Stichprobe enthaltenen Projekte erstellten die Projektmanager regelmäßig Fortschrittsberichte, doch legten sie diese nicht systematisch dem Ministerium vor, wie in der Verordnung vorgesehen.

368 Darüber hinaus stießen die Prüfer auf verschiedene Unstimmigkeiten zwischen der mehrjährigen Planung des Krankenhausinfrastrukturfonds, der als Teil des staatlichen Einnahmen- und Ausgabenhaushalts eingerichtet wurde, und den Überwachungstabellen für die bezuschussten Projekte, die vom Gesundheitsministerium für die einzelnen Krankenhäuser erstellt wurden.

369 Was die Anpassung des Haushalts für Krankenhausinvestitionsprojekte zur Berücksichtigung von Änderungen des Baupreisindexes betrifft, so stellten die Prüfer fest, dass das Ministerium für Gesundheit nicht in der Lage war, das für ein laufendes Projekt verfügbare Budget präzise zu ermitteln oder die Berechnungen der Krankenhäuser zu überprüfen.

Erstattungsanträge

370 Die Prüfer stellten fest, dass erstens Projekte von verschiedenen Einrichtungen genehmigt und bezuschusst wurden; es zweitens an Kontakt zwischen diesen Einrichtungen mangelte; drittens ein einziger Beamter dafür zuständig war, die Erstattungsanträge zu überprüfen.

371 Das Gesetz sieht vor, dass der Regierungskommissar für den Krankenhausbereich für die Prüfung der Vergabe öffentlicher Zuschüsse und der Erstattungsanträge zuständig ist. Zwar wurden seine Befugnisse gestärkt, doch gelangten die Prüfer zu dem Schluss, dass er nicht in der Lage ist, seine Aufgaben vollständig zu erfüllen, da es an ausreichenden personellen Ressourcen mangelt.

372 Außerdem trägt der Staat nach dem Gesetz 80 % der Kosten der Investitionen in bewegliche Güter und Immobilien, die durch vom Gesundheitsminister anerkannte Krankenhäuser getätigt werden. Die Prüfer stellten jedoch fest, dass der Gesundheitsminister bei mehreren Gelegenheiten von dieser Regelung abgewichen war.

373 Was die Bereiche betrifft, die nicht vom Ministerium für Gesundheit bezuschusst werden können, so ist in der Verordnung festgelegt, dass für diejenigen Teile des Projekts, die nicht separat behandelt werden können, die Kosten der nicht bezuschussten Teile am Ende der Arbeiten berechnet werden. Für ein Projekt in der Stichprobe wurden jedoch lediglich die Kosten für die Tiefgarage am Ende des Projekts erneut bewertet. Für ein anderes Projekt wurden die Kosten der nicht bezuschussten Bereiche in der Tat erneut bewertet, doch blieb unklar, ob die betreffende Aufteilung angemessen war, da verschiedene Angaben fehlten.

374 Zwar ist in der Verordnung vorgesehen, dass der Gesundheitsminister einheitliche Förderfähigkeitsregeln für alle Krankenhäuser annehmen kann, doch ist dies nicht geschehen.

Empfehlungen

Staatliche Beteiligung an der Finanzierung von Modernisierung, Renovierung und Bau von Krankenhäusern

375 Das Ministerium für Gesundheit sollte

- die Abgeordnetenkommission in regelmäßigen Abständen über die Fortschritte informieren, die bei den großen öffentlich finanzierten Investitionsprojekten in Krankenhäuser erzielt wurden;
- für staatlich durchgeführte Infrastrukturprojekte ähnliche Verfahren nutzen wie die Abgeordnetenkommission – d. h., dass alle erheblichen Programmänderungen überprüft werden müssen, ein neuer Gesetzentwurf vorgelegt werden muss, wenn Projektausgaben 5 % des genehmigten Betrags überschreiten, und dass für jedes einzelne durch ein Finanzierungsgesetz genehmigte Projekt eine abschließende Aufschlüsselung der Ausgaben vorgelegt werden muss.

Überwachung von Bau- und/oder Modernisierungsprojekten

376 Das Ministerium für Gesundheit sollte

- angeben, welche Informationen es benötigt, und verlangen, dass die Berichte regelmäßig übermittelt werden;
- die Finanzdaten der Projekte im Detail überprüfen und zu diesem Zweck ein einziges Überwachungsinstrument verwenden;
- sein eigenes Instrument für die Berechnung von Haushaltsanpassungen einrichten und die Krankenhäuser regelmäßig über den verbleibenden Haushalt unterrichten.

Erstattungsanträge

377 Die mit der Genehmigung und der Finanzierung von Modernisierungs- und/oder Bauprojekten verbundenen Aufgaben sollten in einem neuen Kompetenzzentrum gebündelt werden, dem Experten der Verwaltung für öffentliche Bauten angehören. Das Ministerium sollte eine Liste der Investitionskosten erstellen, die nicht für Zuschüsse infrage kommen, finanzielle Obergrenzen für bestimmte Ausgabenarten festlegen und die Liste in zukünftige Finanzierungsvereinbarungen aufnehmen. Alle Teile sollten zu Projektende erneut bewertet und eine Aufschlüsselung der tatsächlich angefallenen Kosten vorgelegt werden.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

378 Im Rahmen des kontradiktorischen Verfahrens wurden die Feststellungen und Empfehlungen der geprüften Stelle am 15. November 2018 übermittelt. Der Sonderbericht wurde der Abgeordnetenversammlung am 29. April 2019 vorgestellt und anschließend zusammen mit einer Pressemitteilung auf der Website des Rechnungshofs veröffentlicht.

379 Die Sonderberichte des Rechnungshofs werden von der Kontrollkommission für den Haushaltsvollzug der Abgeordnetenversammlung weiterverfolgt. Die Kommission erstellt einen Bericht über die von den Behörden infolge der Empfehlungen des Rechnungshofs ergriffenen Maßnahmen.

Erwartete Auswirkungen

380 Zu den erwarteten Auswirkungen gehören die Optimierung des Verfahrens der Subventionierung von Investitionen in Krankenhäuser sowie die regelmäßige Unterrichtung der Abgeordnetenversammlung über die Fortschritte bei den wichtigsten staatlich finanzierten Investitionsprojekten in Krankenhäuser.



Slowakei
Najvyšší kontrolný úrad
Slovenskej republiky

Öffentliche Finanzen und Eigentum von
Gesundheitseinrichtungen

Überblick

381 Im Rahmen der Prüfung des slowakischen Rechnungshofs wurde bewertet, inwieweit mit Blick auf die öffentlichen Finanzen und das Eigentum von Gesundheitseinrichtungen die Rechtsvorschriften eingehalten wurden.

382 Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2011-2015. Um die geprüften Fakten objektiv zu bewerten, wurden auch andere Jahre berücksichtigt.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

383 Die Hauptprüfungsfragen lauteten wie folgt:

- War der Haushalt der geprüften Einrichtung realistisch?
- Wurde der Grundsatz des ausgeglichenen Haushalts befolgt?
- Wie finanziell solide waren die einzelnen medizinischen Einrichtungen?
- Wurden die Verbindlichkeiten der geprüften Stellen beglichen?
- Hat die geprüfte Stelle in den Erwerb neuer medizinischer Ausrüstung investiert, und wurden Investitionspläne erstellt?
- Erfolgte die öffentliche Auftragsvergabe auf transparente und diskriminierungsfreie Weise und wurden die Grundsätze der Sparsamkeit und der Effizienz befolgt?
- Gibt es in den einzelnen geprüften Bereichen Unterschiede zwischen den Arten von Gesundheitseinrichtungen (mit Blick auf die Eigentümerschaft)?

384 Die wichtigsten geprüften Stellen waren Krankenhäuser und medizinische Einrichtungen, darunter 22 öffentliche Einrichtungen (14 staatliche und 8 selbstverwaltete Einrichtungen), 10 Einrichtungen, die in andere Arten von Einrichtungen umgewandelt worden waren (Aktiengesellschaften, Kapitalgesellschaften, Organisationen ohne Erwerbszweck) sowie 6 private Einrichtungen.

385 Die Prüfungsmethodik umfasste Aktenprüfungen, Befragungen, ein Benchmarking und die statistische Datenanalyse.

Wichtigste Bemerkungen

386 Zahlreiche Feststellungen betrafen alle Arten von Einrichtungen (staatlich, selbstverwaltet, umgewandelt und privat), doch in einigen Bereichen wichen die Verwaltungskonzepte erheblich voneinander ab.

- Die Aufstellung und Genehmigung von Haushaltsplänen war bei den staatlichen und selbstverwalteten Einrichtungen nicht realistisch, da das wirtschaftliche Ergebnis der vorausgehenden Jahre negativ gewesen war. Die Gründer, die die Haushaltspläne genehmigen und kontrollieren, tragen für die unzureichende Qualität der Haushaltspläne ebenfalls eine gewisse Verantwortung. Bei den umgewandelten und insbesondere bei den privaten Einrichtungen wurde ein besserer Zugang zur Haushaltsführung und zur Vermögensverwaltung festgestellt.
- Es bestand eine direkte Verbindung zwischen der Managementebene, der Kontrolle der Haushaltsmittel und den erzielten wirtschaftlichen Ergebnissen. Im Rahmen der Verwaltung der meisten umgewandelten Gesundheitseinrichtungen und privaten Krankenhäuser wurde ein Profit erzielt (mit Ausnahme eines umgewandelten und eines privaten Krankenhauses).
- Die Kosten der Gesundheitsversorgung stiegen, wurden aber nicht durch die Einnahmen gedeckt. Die geprüften Stellen berichteten über erhebliche wegen unbezahlter Gesundheitsdienstleistungen ausstehende Beträge. Der slowakische Rechnungshof ist der Ansicht, dass die Nichtbegleichung anerkannter Gesundheitsdienstleistungen durch Krankenversicherungsgesellschaften einer der Hauptgründe für die Verschuldung von Krankenhäusern ist.

- Für bis zu einem Drittel des geprüften Zeitraums (2011-2015) wurde ein Anstieg der Mittelbindungen von einem Jahr auf das andere verzeichnet.
- Bei den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wurde nur wenig in den Bereich der Medizintechnik investiert, was zu erhöhten Reparatur- und Wartungskosten führte. Außerdem gab es keinen Investitionsplan.
- Im Bereich der öffentlichen Auftragsvergabe wurden Mängel festgestellt, die die Diskriminierung von Bietern, den Informationsvorteil einiger Bieter, die Verknüpfung der Beschaffung von medizinischer Ausrüstung mit Bauarbeiten, mutmaßliche Preisabsprachen und -überhöhungen betrafen. In privaten Einrichtungen war der Preis der beschafften medizinischen Ausrüstung deutlich niedriger als in Einrichtungen mit einer anderen Form der Eigentümerschaft.
- In staatlichen und selbstverwalteten Gesundheitseinrichtungen wurden mehrere nachteilige Dienstleistungsverträge geschlossen.
- Die mit den elektronischen Gesundheitsdiensten und den diagnosebezogenen Fallgruppen verbundenen Ziele wurden nicht vollständig erreicht.

Empfehlungen

387 Die vom slowakischen Rechnungshof unterbreiteten Empfehlungen zur Behebung der festgestellten Mängel und zur Verbesserung der Verwaltung der öffentlichen Finanzen und Vermögenswerte der Gesundheitseinrichtungen betrafen in erster Linie die Verwaltung und die Prüfung von Ausgaben, die Vereinheitlichung der Berichterstattung und Erfassung zwecks Optimierung der Parameter sowie die Option, medizinische Ausrüstung zentral zu beschaffen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

388 Der Bericht wurde dem Präsidenten der Slowakischen Republik, dem Präsidenten des slowakischen Nationalrats, zwei parlamentarischen Ausschüssen und dem slowakischen Premierminister vorgestellt. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse dem Kartellamt der Slowakischen Republik, dem Aufsichtsamt für das Gesundheitswesen, dem Amt für öffentliches Auftragswesen, dem slowakischen Gesundheitsministerium, der Generalstaatsanwaltschaft der Slowakischen Republik sowie der nationalen Strafverfolgungsbehörde übermittelt. Die Prüfungsergebnisse wurden der Presse sowie Radio- und Fernsehsendern vorgestellt.

389 Gemäß dem slowakischen Rechnungshofgesetz waren die geprüften Krankenhäuser/Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, Maßnahmen zur Behebung der festgestellten Mängel zu ergreifen und sie dem Rechnungshof bis zu einem bestimmten Datum vorzulegen. Die geprüften Einrichtungen haben insgesamt 168 Maßnahmen angenommen; davon entfielen 122 auf öffentliche, 41 auf umgewandelte und fünf auf private Gesundheitseinrichtungen.

390 Entsprechend diesem Gesetz legten die geprüften Stellen dem slowakischen Rechnungshof schriftliche Berichte über den Stand der Umsetzung der Maßnahmen zur Behebung der festgestellten Mängel vor. Ausgehend von den vorgelegten Berichten überwachte der Rechnungshof die Umsetzung der angenommenen Maßnahmen und schlug weitere Verfahren vor (z. B. weitere Überwachung der Umsetzung von Maßnahmen, Prüfung der Umsetzung von Maßnahmen in einer bestimmten geprüften Einrichtung usw.).

Erwartete Auswirkungen

391 Die Prüfungsergebnisse könnten Folgendes bewirken:

- o organisatorische/prozedurale Änderungen im slowakischen Gesundheitsministerium bei der Verwaltung nachgeordneter Organisationen sowie Einrichtung und Genehmigung von Haushalten staatlicher Gesundheitseinrichtungen und deren Beziehungen zu Krankenversicherungsgesellschaften;
- o Überprüfung der Entscheidung, in neue medizinische Geräte zu investieren;
- o Verfahren zur Sicherstellung der zentralen Beschaffung medizinischer Ausrüstung;
- o weitere systemische Änderungen bei der Umsetzung der Gesundheitspolitik.



Spanien
Tribunal de Cuentas

Verwaltung und Kontrolle der pharmazeutischen Leistungen durch das allgemeine spanische Versicherungssystem auf Gegenseitigkeit für Staatsbeamte (MUFACE)

Überblick

392 Im Zuge seiner Prüfung bewertete der spanische Rechnungshof die Verwaltung und Kontrolle der pharmazeutischen Leistungen durch das allgemeine spanische Versicherungssystem auf Gegenseitigkeit für Staatsbeamte (MUFACE). Der geprüfte Zeitraum war das Haushaltsjahr 2015.

393 MUFACE hat zahlreiche Mitglieder mit Anspruch auf pharmazeutische Leistungen, zahlreiche Zahlungen mit hohem Umfang sowie eine große Zahl von Privatunternehmen, die an dem Verfahren beteiligt sind. Außerdem wurden bei den von anderen ähnlichen Einrichtungen, deren Verwaltung bereits zu einem früheren Zeitpunkt analysiert worden war, finanzierten pharmazeutischen Leistungen Unzulänglichkeiten und überhöhte Zahlungen ermittelt.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

394 Im Zuge der Prüfung sollte untersucht werden, ob die pharmazeutischen Leistungen an Apotheken und Krankenhäuser im Einklang mit den geltenden Verordnungen und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit der Haushaltsführung in Rechnung gestellt und bezahlt worden waren.

395 Die spezifischen Ziele bestanden in der Analyse der von MUFACE umgesetzten Verfahren zur Kontrolle der Inrechnungstellung und Zahlung pharmazeutischer Leistungen an Apotheken und Krankenhäuser im Einklang mit den genannten Verordnungen und Grundsätzen sowie in der Bewertung der Frage, ob die Verschreibungen durch MUFACE im Einklang mit der geltenden Verordnung und der mit dem allgemeinen Rat der Apothekerkammern Spaniens unterzeichneten Vereinbarung finanziert wurden.

396 Die wichtigste geprüfte Stelle war MUFACE, eine autonome Einrichtung unter dem Ministerium für Territorialpolitik und öffentlichen Dienst.

397 Die Bewertung wurde unter Rückgriff auf eine Kombination aus Dokumentenüberprüfungen, Befragungen, Stichproben und Datenanalysen durchgeführt, die mit Prüfungsarbeiten vor Ort einhergingen. Datenbanken und Zahlungsunterlagen der Empfänger pharmazeutischer Leistungen wurden analysiert. Darüber hinaus wurden Überprüfungen und Kontrollen der Computeranwendung durchgeführt, die für die Verwaltung der Akten über die pharmazeutischen Leistungen genutzt wird.

Wichtigste Bemerkungen

398 Der spanische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Die von MUFACE festgelegten Kontrollobergrenzen für den Verbrauch psychotroper Arzneimittel waren für alle Wirkstoffe gleich, unabhängig von den Höchstdosen, die von der spanischen Agentur für Arzneimittel und Medizinprodukte für die einzelnen Arzneimitteltypen empfohlen wurden.
- Das Warnsystem zur Begrenzung der Abgabe von Verschreibungsformularen ("talonarios de recetas") an Mitglieder über den normalen Gebrauch von Arzneimitteln hinaus wies mehrere Mängel auf (mangelnde Anweisungen, mangelnde Warnmeldungen zu Mitgliedern, die MUFACE entweder bereits verlassen hatten oder bei denen kein oder übermäßiger Arzneimittelgebrauch festzustellen war).
- Das Zahlungsverfahren für dezentrale pharmazeutische Leistungen entsprach keiner der drei Arten, die im spanischen Haushaltsgesetz Nr. 47/2003 vom 26. November 2003 vorgesehen sind.
- Doppelte Rechnungen in Höhe von 55 998 Euro wurden ermittelt.
- Der Betrag, der am 31. Dezember 2016 noch abzuziehen war, da die Ausgabenobergrenzen für bestimmte Medikamente für das Jahr 2015 überschritten worden waren, belief sich auf 329 988 Euro.

- In den Arzneimitteldossiers zur von MUFACE finanzierten Behandlung von Hepatitis C wurde der entsprechende Preis gezahlt, doch zogen die Krankenhäuser in der Regel den Satz von 7,5 % nicht wie in Artikel 9 des spanischen Königlichen Gesetzesdekrets 8/2010 vorgesehen ab.

Empfehlungen

399 Der spanische Rechnungshof empfahl die folgenden Maßnahmen:

- Stärkung der Kontrollen, regelmäßige Vergleiche zwischen den Datenbanken von MUFACE und der spanischen Steuerbehörde (Überprüfung des Einkommensniveaus) und des nationalen Sozialversicherungsinstituts (Überprüfung der korrekten Mitgliedschaft).
- Förderung der Umsetzung des Systems zur elektronischen ärztlichen Verschreibung, um eine bessere Kontrolle über die Medikamente verschreibenden Ärzte sowie über sonstige Anforderungen bezüglich der Gültigkeit und Abgabe dieser Medikamente zu erhalten.
- Annahme geeigneter Maßnahmen für die korrekte Verwaltung der Verschreibungsformulare, ihre Erstellung und Verteilung sowie für Kontrollen der Vorräte.
- Anpassung der Anweisungen der Regelung für pharmazeutische Leistungen an das tatsächliche Verfahren zur Bearbeitung dieser Leistungen, Behebung der derzeitigen Mängel des Warnsystems für den Arzneimittelverbrauch, Verbesserung und Ausweitung der zu diesem Zweck eingerichteten Kontrollen, Festlegung von Verbrauchsgrenzen je nach Wirkstoff der einzelnen Arzneimittel.
- Festlegung von Maßnahmen zur Rückforderung der an Krankenhäuser für die Finanzierung der Hepatitis-C-Medikamente zu viel gezahlten Beträge und Erlass geeigneter Maßnahmen, damit die Krankenhäuser den 7,5%-Abzug bei der Inrechnungstellung von im Krankenhaus ausgegebenen Arzneimitteln anwenden können.
- Änderung des Verfahrens zur Verwaltung der Zahlung für im Krankenhaus ausgegebene Arzneimittel, das über die Bankkonten von MUFACE durchgeführt wird.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

400 Der vorläufige Berichtsentwurf wurde MUFACE zur Stellungnahme übermittelt. Der endgültige Prüfungsbericht wurde dem parlamentarischen Ausschuss am 16. November 2017 vorgestellt.

401 Der Prüfungsbericht ist seit dem 1. Oktober 2017 auf der Website des spanischen Rechnungshofs verfügbar. Eine Pressemitteilung mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Schlussfolgerungen und Empfehlungen wurde am 16. Oktober 2017 veröffentlicht. Die Entschließung des parlamentarischen Ausschusses mit Datum vom 23. November 2017 wurde am 26. Februar 2018 im staatlichen Amtsblatt veröffentlicht.

402 Eine Weiterverfolgung der Empfehlungen des Berichts wird entweder in Form eines spezifischen Folgeberichts vorgenommen werden oder dann, wenn neue Prüfungsaufgaben ausgeführt werden, die mit dieser Einrichtung zusammenhängen. Bisher wurden noch keine Weiterverfolgungsmaßnahmen ergriffen, da seit der Annahme des Berichts erst wenig Zeit verstrichen ist.

Erwartete Auswirkungen

403 Der Generaldirektor von MUFACE informierte den spanischen Rechnungshof am 27. März 2018 über die Umsetzung mehrerer organisatorischer, prozeduraler und regulatorischer Änderungen:

- Änderung des Krankenversicherungsvertrags;
- Änderung des Beschlusses über Aufgabenübertragungen vom 23. Mai 2012;
- Änderung der MUFACE-spezifischen Rechnungsführungsvorschriften für Ausgaben, Zahlungen, Finanzkontrolle und Buchführung;
- Stärkung von Kontrollen, regelmäßige Gegenkontrollen zu den Datenbanken der Mitglieder insbesondere in Bezug auf Begünstigte und Versicherte;
- geplante Einführung einer spezifischen Computeranwendung für die Verwaltung von Arzneimittelzahlungen im Jahr 2018;

- Maßnahmen zur Rückforderung von zu viel an Krankenhäuser gezahlten Beträgen zur Finanzierung von Hepatitis-C-Medikamenten;
- Umsetzung eines Systems zur elektronischen Verschreibung, Verbesserung der aufdeckenden und präventiven Kontrollen mit Blick auf den übermäßigen Verbrauch von Arzneimitteln, Annahme geeigneter Maßnahmen für die korrekte Verwaltung von Verschreibungsformularen.



Tschechische Republik Nejvyšší kontrolní úřad

Von ausgewählten Krankenhäusern für die
Kostenerstattung aufgewendete Mittel

Überblick

404 Im Rahmen seiner Prüfung bewertete der tschechische Rechnungshof, ob die Rechtsvorschriften von den Universitätskliniken bei der Beschaffung von Material, Gütern und Dienstleistungen und von den Ministerien als Gründer der Krankenhäuser eingehalten wurden. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014-2016.

405 Der Rechnungshof prüfte den umfangreichen Erwerb von Medikamenten und medizinischen Geräten. Außerdem untersuchten die Prüfer die Verpflichtung der Universitätskliniken, Anbieter im Wege öffentlicher Vergabeverfahren auszuwählen, und bewerteten, ob die Ministerien die Verpflichtungen des Gründers im Einklang mit den Rechtsvorschriften erfüllten.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

406 Die Hauptprüfungsfragen waren die folgenden:

- Steht die Beschaffung von Material, Gütern und Dienstleistungen (insbesondere von Medikamenten und medizinischen Geräten) durch Universitätskliniken im Einklang mit den Rechtsvorschriften, und ist sie wirtschaftlich und kosteneffizient?
- Gibt es zwischen den Universitätskliniken erhebliche Unterschiede, was den Einkaufspreis pro Einheit betrifft?
- Werden das Gesundheitsministerium und das Verteidigungsministerium als Gründer der Universitätskliniken ihrer Aufgabe gerecht?

407 Die wichtigsten geprüften Stellen waren die Gründer der Universitätskliniken, d. h. das Gesundheitsministerium, das Verteidigungsministerium sowie die Universitätskliniken Brno (FN Brno) und Motol (FN Motol) und das zentrale Militärkrankenhaus – Universitätsklinik Prag (ÚVN).

408 Die Bewertung wurde auf der Grundlage einer Analyse der erhobenen Nachweise, von Aktenprüfungen, Befragungen und Vergleichen vorgenommen.

Wichtigste Bemerkungen

409 Der tschechische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Die Beschaffung von Material und Gütern erfolgte zweckmäßig, aber nicht immer kosteneffizient oder im Einklang mit den Rechtsvorschriften. Der Erwerb von Dienstleistungen erfolgte nicht immer auf kosteneffiziente Weise oder im Einklang mit den Rechtsvorschriften. In einigen Fällen hielten die Ministerien ihre gesetzmäßigen Verpflichtungen als Gründer nicht ein.
- Die Universitätskliniken erwarben Arzneimittel entweder im Wege von Vergabeverfahren oder direkt von Anbietern. Aufgrund der großen Bandbreite von Arzneimitteln und medizinischen Geräten, der Bestrebungen, die Vitalfunktionen der Patienten zu erhalten, des Vorhandenseins eines einzigen Herstellers auf dem Markt oder eines erfolglosen Ausschreibungsverfahrens war es den Universitätskliniken nicht immer möglich, einen Anbieter entsprechend den Ergebnissen des Vergabeverfahrens auszuwählen. Der Anteil der außerhalb von Ausschreibungsverfahren erworbenen Ausstattung war erheblich, wobei jedoch alle Universitätskliniken (mit Ausnahme der FN Brno) die Gründe angaben, aus denen die Arzneimittel und die medizinische Ausstattung ohne Ausschreibungsverfahren erworben worden waren.
- Die zur Bewertung der Angebote festgelegten Kriterien waren zwischen den Universitätskliniken nicht einheitlich.
- Ein Vergleich der Einkaufspreise pro Einheit zwischen den einzelnen Universitätskliniken anhand einer Prüfungstichprobe derselben Arzneimittel und medizinischen Geräte ergab erhebliche Unterschiede sowohl bei den absoluten Werten als auch bei den prozentualen Anteilen.

- Die Einkaufspreise pro Einheit einer ausgewählten Stichprobe von Arzneimitteln und medizinischen Geräten wichen zwischen den Universitätskliniken erheblich voneinander ab, oft sogar bei Käufen von denselben Anbietern. Diese Preisunterschiede ließen sich in erster Linie auf Preisnachlässe der Anbieter, das Vorhandensein eines einzigen Herstellers, Lieferengpässe der Anbieter, den Erwerb ohne Ausschreibungsverfahren, den Direktvertrieb durch einen einzigen Anbieter, Änderungen bei der Erstattung oder die Markteinführung eines Generikums zurückführen. Dem Rechnungshof zufolge besteht angesichts dieser erheblichen Preisunterschiede die Möglichkeit, die Kosten zu senken.
- Im Bonussystem des Gesundheitswesens waren keine klaren Regeln für den Erwerb von Arzneimitteln und medizinischen Geräten vorgegeben. Das Bonus-Konzept war nicht gesetzlich bestimmt, sondern beruhte lediglich auf den Bedingungen eines bestimmten Vertragsverhältnisses zwischen der Universitätsklinik und dem Anbieter. Die Universitätskliniken folgten bei der Aushandlung und Nutzung der Boni keinem einheitlichen Verfahren. Im Allgemeinen wurden die Bonusverträge von den Kliniken gesondert vom Lieferverhältnis abgeschlossen. Unter Verweis auf das Geschäftsgeheimnis legten die Universitätskliniken im Vertragsregister weder die Bonusverträge noch den Wert der verhandelten Boni offen.
- Die FN Brno hatte gegen die Haushaltsdisziplin verstoßen, da sie im Zuge der Beschaffung von medizinischen Geräten und Abfallentsorgungsdiensten Mittel auf nicht gerechtfertigte Weise einsetzte.
- Die ÚVN hatte ihre Vermögenswerte ineffizient eingesetzt, da sie für 15 Rechnungen für die bereitgestellten Rechtsberatungen keine schlüssigen Nachweise vorlegte.

Empfehlungen

410 Der tschechische Rechnungshof empfiehlt

- den Universitätskliniken, Arzneimittel und medizinische Geräte im Wege von Vergabeverfahren zu beschaffen; dies ist eine rechtliche Verpflichtung und eine Voraussetzung für die sparsame Mittelverwaltung und eine transparente Auswahl der Anbieter;

- dem Gesundheitsministerium und dem Verteidigungsministerium, klare Vorschriften für den Erhalt und die Verwendung von Boni sowie für die Berichterstattung darüber festzulegen;
- den Universitätskliniken, im Rahmen der Vergabeverfahren als Kriterium nicht nur den Preis, sondern angesichts der Art und der Komplexität des Gegenstands des öffentlichen Auftrags auch den Bonus festzulegen, falls ein solcher gewährt werden soll;
- dem Gesundheitsministerium, sich mit den Entwicklungsstrategien zu befassen und sein eigenes Entwicklungskonzept für die direkt verwalteten Organisationen auszuarbeiten;
- dem Gesundheitsministerium und der FN Brno, den Nutzen und die Vorteile des Stiftungsfonds der FN Brno zu bewerten und die Gründe für sein Fortbestehen zu prüfen;
- dem Verteidigungsministerium, das ermittelte Risiko bei der Bereitstellung von Mitteln an das ÚVN anzugehen.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

411 Der Bericht wurde der Regierung am 8. April 2019 vorgelegt.

412 Am 3. September 2018 wurde der Bericht auf der Website des Rechnungshofs veröffentlicht. Der Rechnungshof veröffentlichte diese Prüfungsschlussfolgerung in seinem Bulletin Nr. 4/2018. Die Veröffentlichung ging mit einer Pressemitteilung einher.

413 Der Bericht ist bisher noch nicht weiterverfolgt worden.

Erwartete Auswirkungen

414 Erwartet werden Änderungen der Verfahren der Universitätskliniken sowie von den Ministerien vorgenommene Verbesserungen hinsichtlich der Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere betreffend die Annahme von Regeln für Boni, Vergabeverfahren und die Überwachung des praktischen und wirtschaftlichen Betriebs der Universitätskliniken auf einer kosteneffizienten Basis.



Ungarn
Állami Számvevőszék

Zusammenfassende Analyse der bei Prüfungen
von Krankenhäusern gesammelten Erfahrungen

Überblick

415 In der Analyse des ungarischen Rechnungshofs wurden die Erfahrungen zusammengefasst, die er bei der Prüfung von Krankenhäusern gesammelt hatte.

416 Die Analyse betrifft den Zeitraum 2008-2016.

Vorgehensweise bei der Durchführung der Prüfung

417 Schwerpunktmäßig befasste sich die Analyse mit den folgenden Themen:

- Erfüllung der Aufgaben durch die Leitungsgremien;
- interne Kontrolle der Krankenhäuser;
- Finanzmanagement der Krankenhäuser;
- Vermögensverwaltung der Krankenhäuser;
- Umsetzung des Integritätsansatzes.

418 Zu den wichtigsten geprüften Stellen gehörten 21 Krankenhäuser, das Ministerium für Humanressourcen und das nationale Zentrum für Gesundheitsdienste.

419 Die Methodik umfasste Aktenprüfungen, ein Benchmarking und die (statistische) Datenanalyse.

Wichtigste Bemerkungen

420 Der ungarische Rechnungshof legte die folgenden Bemerkungen vor:

- Die Grundanforderungen für die Verwaltung von Krankenhäusern wurden von den Leitungsgremien festgelegt. Es kam zu Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit den Tätigkeiten des mittleren Leitungsgremiums im Rahmen von öffentlichen Vergabeverfahren und Genehmigungsverfahren. Die Kontrolltätigkeiten der Leitungsgremien führten jedoch nicht zu einer angemessenen Verwaltung der Krankenhäuser.
- Die Leiter der Krankenhäuser sorgten nicht ordnungsgemäß für die Einrichtung und den Betrieb eines geeigneten internen Kontrollsystems.
- Unregelmäßigkeiten beim Finanzmanagement der Krankenhäuser (im Zusammenhang mit Planung, Mittelbewirtschaftung und der Vergabe öffentlicher Aufträge) stellten mit Blick auf die öffentlichen Mittel eine Gefahr für die Transparenz und die Rechenschaftspflicht dar.
- Im Rahmen des Erwerbs, der Installation, der Erfassung und Abschreibung von Vermögenswerten oder der Bestandsaufnahme der Vermögenswerte und Verbindlichkeiten wurden die Anforderungen betreffend die rechtmäßige und transparente Verwaltung staatlicher Vermögenswerte nicht eingehalten.
- Der Integritätsansatz in den Krankenhäusern wurde gestärkt; die Integritätskontrollen waren jedoch nicht vollständig wirksam, was zu Unregelmäßigkeiten beim Finanzmanagement führte.

Empfehlungen

421 Insgesamt wurden 441 Empfehlungen ausgesprochen: 16 wurden dem Minister, 21 dem mittleren Leitungsgremium und 404 den Krankenhausleitern unterbreitet.

422 Die Empfehlungen betrafen die folgenden Bereiche:

- internes Kontrollsystem;
- Finanzmanagement;
- Vermögensverwaltung;
- Tätigkeit der Leitungsgremien.

Veröffentlichung und Weiterverfolgung

423 Die Analyse wurde im April 2019 auf einer Pressekonferenz vorgestellt und auf der Website des ungarischen Rechnungshofs veröffentlicht.

Erwartete Auswirkungen

424 Es wird davon ausgegangen, dass die Ermittlung der risikobehafteten Bereiche Auswirkungen haben wird. Die Analyse könnte dazu führen, dass die Einrichtungen der Einhaltung der Rechtsvorschriften im Rahmen der Verwaltung erhöhtes Augenmerk schenken. Darüber hinaus könnte sie anderen Einrichtungen des Sektors beim soliden Management und beim regulären Betrieb helfen.

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

425 Diese Liste bietet einen Überblick über die Prüfungsarbeiten der EU-ORKB, die ganz oder in Teilen den Bereich der öffentlichen Gesundheit betreffen. Für weitere Informationen zu den betreffenden Prüfungen wenden Sie sich bitte an die betreffende ORKB.

Belgien

- Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [*Flämische Politik zur Gesundheitsvorsorge – Bewertung der politischen Leistung*]

Bulgarien

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [*Wirksamkeit des Gesundheitssystems im psychologischen Bereich, Fertigstellung und Veröffentlichung für 2020 geplant*]
- Електронно здравеопазване (2017) [*Elektronische Gesundheitsdienste, Veröffentlichung 2017*]
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция (2017) [*Tätigkeit des Zentrums für assistierte Reproduktion, Veröffentlichung 2017*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода (2016) [*Compliance-Prüfung zum Finanzmanagement der Exekutivagentur für Arzneimittel, Veröffentlichung 2016*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването (2016) [*Compliance-Prüfung zum Finanzmanagement des Gesundheitsministeriums, Veröffentlichung 2016*]
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 (2016) [*Wirksamkeit der Überwachung der Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsvorsorge*]

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

166

und der medizinischen Nachbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Minderjährige in Bulgarien, Veröffentlichung 2016]

- *Дейност по оказване на спешна медицинска помощ (2015) [Tätigkeit der Rettungsdienste, Veröffentlichung 2015]*
- *Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ (2014) [Verhandlungsmechanismus für die Erbringung von Krankenhausleistungen, Veröffentlichung 2014]*
- *Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ (2014) [Wirtschaftlichkeitsprüfung zu Projekten des Gesundheitsministeriums im Rahmen des OP "Entwicklung der Humanressourcen", Veröffentlichung 2014]*

Dänemark

- *Beretning om lægemiddelanbefalinger (2019) [Bericht über Arzneimittelempfehlungen, Veröffentlichung 2019]*
- *Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (2019) [Bericht über Unterschiede bei der Qualität der Gesundheitsversorgung in dänischen Krankenhäusern, Veröffentlichung 2019]*
- *Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (2018) [Bericht über die Rechtzeitigkeit der Behandlung von Krebspatienten, Veröffentlichung 2018]*
- *Beretning om forløbet for flygtninge med traumer (2018) [Bericht über die Wege von Flüchtlingen mit Traumata, Veröffentlichung 2018]*
- *Beretning om udredningsretten (2018) [Bericht über das Recht der Patienten auf umgehende Untersuchung, Veröffentlichung 2018]*
- *Beretning om Sundhedsplatformen (2018) [Bericht über Gesundheitsplattformen, Veröffentlichung 2018]*
- *Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion(2018) [Bericht über den Verkauf der Impfstoffproduktion des staatlichen Serum-Instituts, Veröffentlichung 2018]*

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

167

- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner (2017) [*Bericht über die Prävention von Krankenhausinfektionen, Veröffentlichung 2017*]
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (2017) [*Bericht über den Schutz von IT-Systemen und Gesundheitsdaten in drei dänischen Regionen, Veröffentlichung 2017*]
- Beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813 (2017) [*Bericht über den von der dänischen Hauptstadtregion eingerichteten medizinischen Telefonberatungsdienst 1813, Veröffentlichung 2017*]
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om resourceforløb (2017) [Bericht über die Daten des Arbeitsministeriums zu Ressourcenprogrammen, Veröffentlichung 2017]
- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade (2016) [*Bericht über die Versorgung von Patienten mit Hirnschäden, Veröffentlichung 2016*]
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse (2016) [*Bericht über die Nebentätigkeit von Krankenhausärzten, Veröffentlichung 2016*] Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (2016) [*Bericht über die Verwaltung der ambulanten Behandlung erwachsener Patienten mit psychischen Erkrankungen durch die dänischen Regionen, Veröffentlichung 2016*]
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser (2015) [*Bericht über den Umgang des Patientenbeauftragten mit die Patientensicherheit betreffenden Ereignissen, Veröffentlichung 2015*]
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA (2015) [*Bericht über Bekämpfung der LA-MRSA durch das Ministerium für Ernährung, Veröffentlichung 2015*]
- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser (2015) [*Bericht über den Einsatz der Personalressourcen in dänischen Krankenhäusern, Veröffentlichung 2015*]
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne (2015) [*Bericht über externe Forschungsmittel in dänischen Krankenhäusern, Veröffentlichung 2015*]
- Beretning om second opinion-ordningen (2014) [*Bericht über die Regelung für eine zweite Stellungnahme, Veröffentlichung 2014*]

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

168

- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (2014) [*Bericht über die Probleme bei der Entwicklung und Umsetzung der elektronischen gemeinsamen Arzneimittelakte, Veröffentlichung 2014*]
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (2014) [*Bericht über die Bemühungen, Personen im Krankenstand bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen, Veröffentlichung 2014*]
- Beretning om kvindekrisecentre (2014) [*Bericht über Frauenhäuser, Veröffentlichung 2014*]
- Beretning om regionernes præhospital indsats (2014) [*Bericht über die medizinische Versorgung der Regionen vor Einlieferung ins Krankenhaus, Veröffentlichung 2014*]

Deutschland

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (6. Mai 2019)
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (18. Januar 2019)
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. August 2018)
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018
- Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017
- Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017
- Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

169

- Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. Juni 2016)
- Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015

Estland

- E-tervise ülevaade (2019) [*Untersuchung der elektronischen Gesundheitsdienste, Veröffentlichung 2019*]
- Erakorraline meditsiin (2018) [*Notfallmedizin, Veröffentlichung 2018*]
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel (2016) [*Staatliche Maßnahmen im Bereich der Gesundheit und der medizinischen Behandlung von Kindern, Veröffentlichung 2016*]
- Riigi tegevus tervishoiu järelvalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) (2015) [*Staatliche Maßnahmen zur Organisation der Überwachung und Qualitätsbewertung im Gesundheitsbereich (Abschluss in Form eines Aufforderungsschreibens), Veröffentlichung 2015*]
- Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel (2015) [*Staatliche Maßnahmen zur Organisation der unabhängigen Krankenpflege, Veröffentlichung 2015*]
- Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014) [*Staatliche Maßnahmen zur Umsetzung der elektronischen Gesundheitsdienste, Veröffentlichung 2014*]

Finnland

- Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*Auswirkungen des Managements auf die Funktionsweise des Notfalldiensts*], Wirtschaftlichkeitsprüfung 2019
- Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*Berücksichtigung der Kinder der Patienten psychiatrischer Gesundheitsdienste für Erwachsene*], Wirtschaftlichkeitsprüfung 2018

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

170

- Sosiaalimenojen kehitysarviot [*Trendprognosen für Ausgaben der Sozialversicherungen*], Analyse 2017
- Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*Prävention psychischer Gesundheitsprobleme bei Kindern und Förderung ihres Wohlergehens durch Gesundheitsdienste in der Schule*], Analyse 2017
- Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Häufignutzer grundlegender Gesundheitsdienste*], Wirtschaftlichkeitsprüfung 2017
- Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*Entwicklung der Arbeitsteilung in der Sozial- und Gesundheitsfürsorge*], Wirtschaftlichkeitsprüfung 2016
- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [*Nutzung technischer Hilfsmittel für häusliche Dienste für ältere Menschen*], Wirtschaftlichkeitsprüfung 2015
- Pienhiukkasten terveysterveys- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [*Berücksichtigung der Auswirkungen von Feinstaub auf Gesundheit und Kosten bei der Ausarbeitung von Strategien*], Wirtschaftlichkeitsprüfung 2015

Frankreich

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2019) [*Bericht über die Umsetzung der Gesetze über die Finanzierung der Sozialversicherung, Veröffentlichung 2019*]
- La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir (2019) [*Strategie zur Prävention therapieassoziierter Infektionen: Weitere Schritte müssen erfolgen, Veröffentlichung 2019*]
- La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 (2019) [*Politik der HIV-Prävention und -Behandlung in Frankreich seit 2010, Veröffentlichung 2019*]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins (2018) [*Bericht über die Umsetzung der Gesetze über die Finanzierung der Sozialversicherung, Oktober 2018, Kapitel VI Bekämpfung von*

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

171

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Prävention und Qualität der Versorgung sollten prioritär behandelt werden, Veröffentlichung 2018]

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser (2018) [*Bericht über die Umsetzung der Gesetze über die Finanzierung der Sozialversicherung, Oktober 2018, Kapitel VII Augenärztliche Versorgung: Kostenübernahme neu zu organisieren, Veröffentlichung 2018]*
- Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé (2018) [*Rolle der Universitätskliniken (CHU) im französischen Gesundheitssystem, Veröffentlichung 2018]*
- L'avenir de l'assurance maladie (2017) [*Zukunft der Krankenversicherung, Veröffentlichung 2017]*
- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (2016) [*Politiken zur Bekämpfung des schädlichen Alkoholkonsums, Veröffentlichung 2016]*

Griechenland

- Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [*Horizontale thematische Prüfung zu den staatlichen Zahlungsrückständen mit Blick auf Krankenhäuser, die nationale Organisation für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY) und eine regionale Gesundheitsverwaltung]* (2018)

Irland

- Managing elective day surgery [*Verwaltung elektiver ambulanter Operationen]* (2014)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

172

Italien

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*Umsetzung des außerordentlichen Programms zur Gebäuderenovierung und technologischen Modernisierung der Immobilien im Eigentum der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen*] (2018)

Lettland

- Cilvēkresursi veselības aprūpē (2019) [*Humanressourcen im Gesundheitswesen (Veröffentlichung 2019)*]
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? (2019) [*Ist Rehabilitation ein integraler Bestandteil des Gesundheitswesens? (Veröffentlichung 2019)*]
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? (2017) [*Kann das ambulante Gesundheitssystem in Lettland verbessert werden? (Veröffentlichung 2017)*]
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? (2016) [*Werden die Vorschriften über die Facharztausbildung im Krankenhaus eingehalten? (Veröffentlichung 2016)*]
- Vai projekts "E-veselība Latvijā" ir solis pareizajā virzienā? (2015) [*Ist das Projekt für elektronische Gesundheitsdienste in Lettland ein Schritt in die richtige Richtung? (Veröffentlichung 2015)*]

Litauen

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra (2014) [*Onkologische Gesundheitsversorgung, Veröffentlichung 2014*]
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse (2015) [*Organisation der Verstärkung von gesundheitspolitischen Maßnahmen in den Gemeinden, Veröffentlichung 2015*]
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas (2016) [*Sicherstellung der Verfügbarkeit erstattungsfähiger Generika, Veröffentlichung 2016*]

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

173

- Viešosios sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas (2017) [*Verwaltung des staatlichen Eigentums, das öffentlichen Gesundheitseinrichtungen übertragen wird, Veröffentlichung 2017*]
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas (2017) [*Entwicklung eines elektronischen Gesundheitssystems, Veröffentlichung 2017*]
- Savižudybių prevencija ir postvencija (2017) [*Suizidprävention und Unterstützung für Hinterbliebene, Veröffentlichung 2017*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas (2018) [*Qualität der persönlichen Gesundheitsversorgung: Sicherheit und Wirksamkeit, Veröffentlichung 2018*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą (2018) [*Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen und Patientenorientierung, Veröffentlichung 2018*]
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas (2019) [*Bewertung des Gesundheitssystems (Landscape-Analyse), Veröffentlichung 2019*]

Luxemburg

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [*Öffentliche Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser*] (2019)

Malta

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2018 – October 2018 [*Weiterverfolgungsprüfung: Weiterverfolgungsberichte des National Audit Office, 2018 – Oktober 2018*]
 - General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [*Die Funktion des Allgemeinmediziners – Rückgrat der medizinischen Grundversorgung*] (Seiten 46-52 des Berichts)
 - An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [*Analyse der Regelung "Apotheke Ihrer Wahl"*] (S. 71-81 des Berichts)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

174

- Performance Audit: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital – July 2018
[Wirtschaftlichkeitsprüfung: Strategischer Überblick über das Mount Carmel Hospital – Juli 2018]
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project – May 2018 [Untersuchung des Projekts Mater Dei Hospital – Mai 2018]
- Performance Audit: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital – November 2017
[Wirtschaftlichkeitsprüfung: Wartezeiten auf ambulante Behandlung im Mater Dei Hospital – November 2017]
- Performance Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2017 – November 2017 [Wirtschaftlichkeitsprüfung: Weiterverfolgungsberichte des National Audit Office, 2017 – November 2017]
 - The Management of Elective Surgery Waiting Lists [Verwaltung der Wartelisten für elektive Operationen] (S. 69-77 des Berichts)
 - The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [Langzeitpflege für ältere Menschen in Heimen im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen mit dem Privatsektor] (S. 78-87 des Berichts)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [Wirtschaftlichkeitsprüfung: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta – September 2016
[Dienstleistungsvereinbarungen zwischen der Regierung und der Richmond Foundation Malta – September 2016]
- Wirtschaftlichkeitsprüfung: The General Practitioner Function – The core of primary health care – June 2016 [Die Funktion des Allgemeinmediziners – Rückgrat der medizinischen Grundversorgung – Juni 2016]
- Information Technology Audit: Mater Dei Hospital – May 2016 [Prüfung der Informationstechnologie: Mater Dei Hospital – Mai 2016]
- Wirtschaftlichkeitsprüfung: Service Agreements between Government and Inspire Foundation – February 2016 [Dienstleistungsvereinbarungen zwischen der Regierung und der Stiftung Inspire – Februar 2016]

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

175

- Performance Audit: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector – April 2015
[Wirtschaftlichkeitsprüfung: Langzeitpflege für ältere Menschen in Heimen im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen mit dem Privatsektor – April 2015]

Österreich

- Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – Reihe BUND 2018/37 (2018)

Polen

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [*Gesundheitssystem in Polen – Sachstand und gewünschte Änderungen (zusammenfassender Bericht)*] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*Verfügbarkeit und Sicherheit erstattungsfähiger medizinischer Leihgeräte*] (2019)
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*Funktionsweise des Systems der Grundbehandlung in Krankenhäusern*] (2019)
- Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [*Sicherstellung der Patientensicherheit während der Antibiotikatherapie in Krankenhäusern*] (2019)
- Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [*Unterstützung von Menschen mit Autismus und Asperger-Syndrom bei der Vorbereitung auf ein unabhängiges Leben*] (2019)
- Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [*Palliativ- und Hospizversorgung*] (2019)
- Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [*Staatlich finanzierte kommunale Selbsthilfezentren für Menschen mit psychischen Störungen*] (2019)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

176

- Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [*Umsetzung der Datenschutzvorschriften durch medizinische Einrichtungen*] (2019)
- Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [*Prävention von Alkohol- und Drogensucht*] (2019)
- Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [*Verfügbarkeit psychiatrischer Behandlung für Kinder und Jugendliche*] (2019)
- Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [*Vorgehensweise des Woiwoden gegen Einrichtungen, die ohne die erforderliche Genehmigung 24-Stunden-Pflege leisten*] (2019)
- Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [*Informationssystem für elektronische Gesundheitsdienste der Woiwodschaft Podlaskie*] (2018)
- Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [*Prävention und Behandlung von Typ-2-Diabetes*] (2018)
- Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [*Bestandsaufnahme des Bedarfs im Gesundheitsbereich*] (2018)
- Żywienie pacjentów w szpitalach [*Patientenernährung in Krankenhäusern*] (2018)
- Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*Funktionsweise der Krankenhausapotheke und der Krankenhausapothekenabteilungen*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*Verfügbarkeit öffentlich finanzierter gynäkologischer und Geburtshilfsdienste in ländlichen Gebieten*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*Prävention und Behandlung von Depressionen*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Gesundheitsfürsorge für Schulkinder und Jugendliche*] (2018)
- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Infektionen in medizinischen Einrichtungen*] (2018)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

177

- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*Schutz der Privatsphäre und Würde der Patienten in Krankenhäusern*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*Sicherheit von Gentests*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*Maßnahmen staatlicher Behörden zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von Arzneimitteln*] (2018)
- Realizacja strategicznego programu badań naukowych "Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych" – STRATEGMED [*Umsetzung des strategischen Forschungsprogramms "Prävention und Behandlung von Zivilisationskrankheiten" – STRATEGMED*] (2018)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*Ausführung der Aufgaben des Nationalen Gesundheitsfonds im Jahr 2017*] (2018)
- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Außergerichtliche Rechtsbehelfe für Patienten*] (2018)
- Finansowanie i realizacja "Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016" w województwie kujawsko-pomorskim [*Finanzierung und Durchführung des Investitionsprogramms für die Entwicklung und Modernisierung von Krankenhäusern in der Woiwodschaft Kujawsko-Pomorskie im Zeitraum 2009-2016*] (2018)
- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*Überwachung des Inverkehrbringens und der Verwendung von Produkten, die anabolische, hormonale, narkotische und psychotrope Stoffe enthalten, sowie verwandter Produkte zur Behandlung von Tieren*] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*Verwendung natürlicher Ausgangsstoffe für Arzneimittel in der Spa-Therapie*] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*Verfügbarkeit und Ergebnisse der Krebsbehandlung*] (2017)
- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Bekämpfung des Verkaufs "legaler Drogen"*] (2017)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

178

- o Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*Durchführung von Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs in der Woiwodschaft Lubelskie*] (2017)
- o Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Präventivbehandlung im Gesundheitssystem*] (2017)
- o Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*Ausführung der Aufgaben des Nationalen Programms zum Schutz der psychischen Gesundheit*] (2017)
- o Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*Verfügbarkeit und Finanzierung von Labordiagnosen*] (2017)
- o Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*Vorbereitung und Umsetzung des Onkologiepakets*] (2017)
- o Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin [*Betreuung von Alzheimer-Patienten und Unterstützung ihrer Familien*] (2017)
- o Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*Präventive Zahnbehandlung für Kinder und Jugendliche in der Woiwodschaft Lubelskie*] (2017)
- o Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*Achtung der Patientenrechte im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*] (2017)
- o Dostępność terapii przeciwbólowej [*Verfügbarkeit schmerzlindernder Therapien*] (2017)
- o Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*Ausführung der Aufgaben des Nationalen Gesundheitsfonds im Jahr 2016*] (2017)
- o Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*Ausführung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Bereitstellung präventiver Gesundheitsuntersuchungen für Mitarbeiter*] (2017)
- o Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Kardiologische Versorgung durch öffentliche und private medizinische Einrichtungen*] (2016)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

179

- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*Fortbildung und berufliche Entwicklung des medizinischen Personals*] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*Erstellung und Austausch von Patientenakten*] (2016)
- Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*Zugang zu Prävention und Behandlung von Atemwegserkrankungen*] (2016)
- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*Durchführung von Gesundheitsprogrammen durch lokale Gebietskörperschaften*] (2016)
- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Perinatale Fürsorge in Entbindungsstationen*] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*Inanspruchnahme externer Dienste durch öffentliche Krankenhäuser*] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*Vorbereitung von Krankenhäusern auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten*] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [*Pränatale Untersuchungen in Polen*] (2016)
- System szczepień ochronnych dzieci [*Impfsystem für Kinder*] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*Umstrukturierung ausgewählter unabhängiger öffentlich finanzierten Gesundheitseinrichtungen*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*Ausführung der im Arzneimittelgesetz festgelegten Aufgaben durch die staatliche Arzneimittelinspektion*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r [*Ausführung der Aufgaben des Nationalen Gesundheitsfonds im Jahr 2015*] (2016)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

180

Portugal

- Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. [*Prüfung der Verbindlichkeiten gegenüber dem portugiesischen Institut für Blut und Transplantation, I.P.*] (2018)
- Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE [*Prüfung der Managementpraxis in den Krankenhäusern CHLN, EPE, und CHS João, EPE*] (2018)
- Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 [*Prüfung der konsolidierten Jahresrechnung des Gesundheitsministeriums – Haushaltsjahre 2015 und 2016*] (2017)
- Auditoria orientada à situação financeira da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [*Prüfung der Finanzlage der SPMS (zentrale Beschaffungs- und IT-Behörde des portugiesischen Gesundheitsministeriums), EPE*] (2017)
- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [*Prüfung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Nationalen Gesundheitsdienst Portugals*] (2017)
- Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto [*Prüfung der zwischen der regionalen Gesundheitsverwaltung Nordportugals, I.P., und Santa Casa da Misericórdia do Porto geschlossenen Vereinbarungen*] (2017)
- Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde [*Prüfung bezüglich der Rechenschaftspflicht von Einrichtungen des Gesundheitsministeriums*] (2017)
- Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 [*Prüfung der Rechnungslegung beim CHLN, EPE — Haushaltsjahr 2014*] (2017)
- Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). [*Prüfung der Ausführung des Managementvertrags des Krankenhauses von Braga im Rahmen einer öffentlich-privaten Partnerschaft*] (2016)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

181

- Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. [*Prüfung der Vergabeverfahren der Gesundheitseinrichtungen im staatlichen Wirtschaftssektor*] (2016)
- Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários [*Weiterverfolgungsprüfung zu den im Prüfbericht enthaltenen Empfehlungen hinsichtlich der Leistung der Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung*] (2016)
- Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE [*Wirtschaftlichkeitsprüfung der Rettungsdienste des Krankenhauszentrums der Algarve, EPE*] (2016)
- Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) [*Weiterverfolgungsprüfung zu den im Prüfbericht enthaltenen Empfehlungen hinsichtlich des Sozialschutzsystems für Arbeitnehmer in öffentlichen Aufgabenbereichen (Bericht Nr. 12/2015 – Abschnitt 2)*] (2016)

Rumänien

- Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [*Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen*] (2017)

Slowakei

- Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [*Öffentliche Finanzen und Eigentum von Gesundheitseinrichtungen*] (2017)

Slowenien

- Obvladovanje debelosti otrok [*Bekämpfung von Adipositas bei Kindern*] (2018)

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

182

Spanien

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 (28/09/2017) [*Prüfung der Verwaltung und Kontrolle der pharmazeutischen Leistungen durch das allgemeine spanische Versicherungssystem auf Gegenseitigkeit für Staatsbeamte (MUFACE), Haushaltsjahr 2015, Veröffentlichung 2017*]
- 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico "Esperanza del Mar", ejercicio 2015 (29/03/2017) [*Prüfung der Verwaltung des Schiffs "Esperanza del Mar" für medizinische und logistische Hilfe, Haushaltsjahr 2015, Veröffentlichung 2017*]
- 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 (23/02/2017) [*Prüfung der Verwaltung und Kontrolle der Arzneimittellieferungen durch das Sozialversicherungsinstitut der Streitkräfte, Haushaltsjahr 2015, Veröffentlichung 2017*]
- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 (26/01/2017) [*Prüfung des Nationalen Zentrums für kardiovaskuläre Forschung Stiftung Carlos III, Haushaltsjahr 2014, Veröffentlichung 2017*]
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico "Juan de la Cosa", ejercicio 2015 (26/01/2017) [*Prüfung der Verwaltung des Schiffs "Juan de la Cosa" für medizinische und logistische Hilfe, Haushaltsjahr 2015, Veröffentlichung 2017*]
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 (19/12/2016) [*Prüfung der wirtschaftlichen Tätigkeit des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung im Arzneimittelbereich, Haushaltsjahre 2014 und 2015, Veröffentlichung 2016*]
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial (22/07/2016) [*Prüfung der Verwaltung und Kontrolle der pharmazeutischen Dienstleistungen durch das allgemeine Versicherungssystem auf Gegenseitigkeit für die Richterschaft, Veröffentlichung 2016*]

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

183

- 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos (26/11/2015) [*Prüfung der Verwaltungs- und Kontrolltätigkeiten der Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten des nationalen Versicherungssystems hinsichtlich der mithilfe externer Ressourcen geleisteten Gesundheitsfürsorge, Veröffentlichung 2015*]

Tschechische Republik

- Nr. 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [*Auf der Grundlage des Gesetzes zugunsten der Militärkrankenkasse der Tschechischen Republik erhobene Mittel*]
- Nr. 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [*Abschließende Jahresrechnung 2017 für die Kapitel des Staatshaushalts, die das Gesundheitsministerium betreffen, Jahresabschluss 2017 des Gesundheitsministeriums, und vom Gesundheitsministerium vorgelegte Daten zur Bewertung des Vollzugs des Staatshaushalts für 2017*]
- Nr. 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [*Staatliche Mittel zur Unterstützung der Entwicklung und Erneuerung der materiell-technischen Grundlagen regionaler Gesundheitsdienste*]
- Nr. 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Von ausgewählten Universitätskliniken verausgabte Mittel zur Deckung der Kosten ihrer Tätigkeiten*]
- Nr. 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [*Eigentum und Mittel des Staates unter der Verwaltung des nationalen Instituts für psychische Gesundheit*]
- Nr. 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [*Eigentum und Mittel des Staates unter der Verwaltung des nationalen Instituts für Gesundheit*]

Liste der von den teilnehmenden EU-ORKB im Bereich der öffentlichen Gesundheit seit 2014 durchgeführten Prüfungsarbeiten

184

- Nr. 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [*Gesundheitsinformationssysteme unter der Verwaltung der organisatorischen Einheiten des Gesundheitsministeriums*]
- Nr. 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Von ausgewählten Krankenhäusern zur Deckung der Kosten ihrer Tätigkeit verausgabte Mittel*]
- Nr. 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [*Eigentum und Mittel des Staates unter der Verwaltung des staatlichen Instituts für Drogenkontrolle*]

Ungarn

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés (2019) [*Zusammenfassende Analyse der bei Prüfungen von Krankenhäusern gesammelten Erfahrungen, Veröffentlichung 2019*]

Europäischer Rechnungshof

- Sonderbericht Nr. 07/2019: EU-Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung zwar ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich (2019)
- Sonderbericht Nr. 28/2016: Der Umgang mit schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren in der EU: Wichtige Schritte wurden unternommen, doch weitere müssen folgen (2016)

Akronyme und Abkürzungen

AEUV: Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union

BIP: Bruttoinlandsprodukt

COPD: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

CT: Computertomographie

DRG: *Diagnostic Related Groups* (diagnosebezogene Fallgruppen)

ECHI: *European Core Health Indicators* (europäische Gesundheitsindikatoren)

EFSI: Europäischer Fonds für strategische Investitionen

EOPYY: nationale griechische Organisation für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen

ERN: Europäisches Referenznetzwerk

ESF+: Europäischer Sozialfonds Plus

ETK: Zentralanstalt für die Rentenversicherung (Finnland)

FN Brno: Universitätsklinik Brno

FN Motol: Universitätsklinik Motol

GD SANTE: Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

HSE: *Health Service Executive* (irischer staatlicher Gesundheitsdienst)

HTA: *Health Technology Assessment* (Bewertung von Gesundheitstechnologien)

IKT: Informations- und Kommunikationstechnologie

ISA: *Information System Authority* (Behörde für Informationssysteme der Republik Estland)

ISSAI: Internationale Prüfungsnorm

KPI: *Key Performance Indicator* (Zentraler Leistungsindikator)

MRT: Magnetresonanztomographie

MUFACE: spanisches Versicherungssystem auf Gegenseitigkeit für Staatsbeamte

MwSt.: Mehrwertsteuer

NCPHA: *National Center of Public Health and Analysis* (bulgarisches nationales Zentrum für öffentliche Gesundheit und Analysen)

NHIF: *National Health Insurance Fund* (bulgarische Krankenkasse)

NIK: Polnischer Rechnungshof

OECD: *Organisation for Economic Cooperation and Development* (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

ÖPP: Öffentlich-private Partnerschaft

ÖQMed: Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin

ORKB: Oberste Rechnungskontrollbehörde

PGEU: *Pharmaceutical Group of the European Union*

PHCD: *Primary Healthcare Department* (Malta)

RKKP: dänische klinische Register

SOME-Modell: Modell für die Analyse der Sozialausgaben

SOTE-Reform: Sozial- und Gesundheitsreform

ÚVN: Zentrales Militärkrankenhaus – Universitätsklinik Prag

UN: Vereinte Nationen

WHO: *World Health Organization* (Weltgesundheitsorganisation)

Glossar

Beveridge-Modell: steuerfinanziertes öffentliches Gesundheitssystem, das in der Regel die gesamte Bevölkerung einschließt und vom Wohnsitz oder der Staatsangehörigkeit abhängt.

Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA): wissenschaftlicher Ansatz zur Evaluierung der Wirksamkeit von Gesundheitstechnologien.

Digitaler Binnenmarkt: In einem digitalen Binnenmarkt ist der freie Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital gewährleistet und können Privatpersonen und Unternehmen unter fairen Wettbewerbsbedingungen und auf der Grundlage hoher Verbraucher- und Datenschutzstandards ungeachtet ihrer Staatsangehörigkeit bzw. ihres Wohn- oder Geschäftssitzes nahtlos Online-Aktivitäten nachgehen und Internetanwendungen nutzen.

Elektronische Gesundheitsdienste: Alle Instrumente und Dienste, bei denen Informations- und Kommunikationstechnologien zum Einsatz kommen, um die Prävention, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung im Gesundheitswesen zu verbessern.

Elektronische Verschreibung: computergestützte Erstellung, Übermittlung und Archivierung von Verschreibungen.

EU-Kohäsionspolitik: Politik zur Stärkung des wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalts innerhalb der Europäischen Union mit dem Ziel, das Entwicklungsgefälle zwischen den Regionen in der EU zu verringern.

EU-Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Richtlinie mit dem Ziel, eine sichere und hochwertige medizinische Versorgung im EU-Ausland zu gewährleisten und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Kostenerstattung bei im Ausland anfallenden Behandlungskosten gemäß denselben Bedingungen wie im Heimatland erfolgt.

Europäische Gesundheitsindikatoren (EHI): Reihe von Indikatoren zur Überwachung des Gesundheitszustands der Unionsbürgerinnen und -bürger und der Leistung der Gesundheitssysteme.

Europäische Referenznetzwerke (ERN): virtuelle Netzwerke von Gesundheitsdienstleistern in ganz Europa. Ihr Ziel ist die Erleichterung der Diskussion über komplexe oder seltene Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme, die einer hochspezialisierten Behandlung und einer Bündelung von Wissen und Ressourcen bedürfen.

Europäischer Fonds für strategische Investitionen (EFSI): Der EFSI ist eine gemeinsame Initiative der EIB-Gruppe – Europäische Investitionsbank und Europäischer Investitionsfonds – und der Europäischen Kommission, die dazu beitragen soll, die derzeitige Investitionslücke in der EU zu schließen. Der EFSI bildet eine der drei Säulen der "Investitionsoffensive für Europa", die Investitionen in strategische Projekte in ganz Europa wiederbeleben soll, um sicherzustellen, dass die Mittel in der Realwirtschaft ankommen.

Europäischer Sozialfonds Plus (ESF+)/Strukturfonds: EU-Fonds, zu denen der Europäische Fonds für regionale Entwicklung (ERDF) und der Europäische Sozialfonds (ESF) gehören. Zusammen mit dem Kohäsionsfonds stellen diese Fonds für die Aktivitäten des Programmplanungszeitraums 2007-2013 (zu Preisen von 2004) 308 Milliarden Euro zur Förderung des regionalen Wachstums und der Schaffung von Arbeitsplätzen bereit.

Europäisches Semester: Rahmenwerk für die Koordinierung der wirtschaftspolitischen Strategien in der Europäischen Union, das es den EU-Mitgliedstaaten ermöglicht, ihre Wirtschafts- und Haushaltspläne zu diskutieren und die Fortschritte zu bestimmten Zeitpunkten im Jahr zu überwachen.

Gemischtes Modell der Krankenversicherung: Krankenversicherungssystem auf der Grundlage privater Finanzierung aus freiwilligen Versicherungen oder Zahlungen aus der eigenen Tasche.

Horizont 2020: Finanzierungsinstrument, mit dem die Innovationsunion umgesetzt werden soll, eine Leitinitiative der Strategie Europa 2020 zur Sicherstellung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der EU.

Logo's: lokale Gesundheitsnetzwerke (Belgien).

Nachhaltige Entwicklung: Gemäß dem der Generalversammlung der Vereinten Nationen vorgelegten "Brundlandt-Bericht" aus dem Jahr 1987 ist nachhaltige Entwicklung eine Entwicklung, die den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können.

Öffentliche Gesundheit (Public Health): "The science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society."

Sozialversicherungssystem (auch "Bismarck-Modell"): Krankenversicherungssystem, in dem die Gesundheitsversorgung durch Pflichtbeiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird.

Therapieassoziierte Infektion: Infektion, die bei der Behandlung eines Patienten durch Angehörige der Gesundheitsberufe in der ambulanten Gesundheitsversorgung, in einer medizinisch-sozialen Einrichtung oder in einer Gesundheitseinrichtung auftritt.

Universeller Zugang zur Gesundheitsversorgung: Rechtzeitige Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen am richtigen Ort und zu erschwinglichen Kosten.

Vermeidbare Sterblichkeit (*preventable mortality*): durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen und Prävention vermeidbare Sterblichkeit.

Vermeidbare Todesfälle (*amenable mortality*): Todesfälle, die durch wirksame und rechtzeitige Gesundheitsleistungen hätten vermieden werden können.

Die EU kontaktieren

Besuch

In der Europäischen Union gibt es Hunderte von „Europe-Direct“-Informationsbüros. Über diesen Link finden Sie ein Informationsbüro in Ihrer Nähe: https://europa.eu/european-union/contact_de

Telefon oder E-Mail

Der Europe-Direct-Dienst beantwortet Ihre Fragen zur Europäischen Union. Kontaktieren Sie Europe Direct

- über die gebührenfreie Rufnummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (manche Telefondienstleister berechnen allerdings Gebühren),
- über die gebührenfreie Rufnummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (manche Telefondienstleister berechnen allerdings Gebühren),
- per E-Mail über: https://europa.eu/european-union/contact_de

Informationen über die EU

Im Internet

Auf dem Europa-Portal finden Sie Informationen über die Europäische Union in allen Amtssprachen: https://europa.eu/european-union/index_de

EU-Veröffentlichungen

Sie können – zum Teil kostenlos – EU-Veröffentlichungen herunterladen oder bestellen unter <https://publications.europa.eu/de/publications>. Wünschen Sie mehrere Exemplare einer kostenlosen Veröffentlichung, wenden Sie sich an Europe Direct oder das Informationsbüro in Ihrer Nähe (siehe https://europa.eu/european-union/contact_de).

EU law and related documents

Informationen zum EU-Recht, darunter alle EU-Rechtsvorschriften seit 1952 in sämtlichen Amtssprachen, finden Sie in EUR-Lex: <https://eur-lex.europa.eu>

Offene Daten der EU

Über ihr Offenes Datenportal (<http://data.europa.eu/euodp/de>) stellt die EU Datensätze zur Verfügung. Die Daten können zu gewerblichen und nichtgewerblichen Zwecken kostenfrei heruntergeladen werden.

