*Health*BASKET:
Kurzfassung und Empfehlungen zur Politik

*Health*BASKET – Health Benefits and Service Costs in Europe – ist ein von der EU-Kommission gefördertes Projekt im Rahmen des 6. Forschungsrahmenprogramms (Grant: SP21-CT-2004-501588). Mit dem Projekt wurde im April 2004 begonnen und es wurde im März 2007 abgeschlossen. Geleitet wurde das Projekt von der European Health Management Association (EHMA). Die wissenschaftliche Koordination von *Health*BASKET wurde von Prof. Reinhard Busse von der Fakultät Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin übernommen.

Projektpartner

- ***Projektkoordination:*** European Health Management Association, Dublin, Irland (EHMA)
- ***Wissenschaftliche Leitung:*** Die Fakultät Management im Gesundheitswesen, (Forschung und Management des Gesundheitswesens in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation - WHO), Technische Universität Berlin, Deutschland (TUB)
- CERGAS, Universität Bocconi, Mailand, Italien (BOC)
- Centre for Health Economics, York Universität, GB (CHE)
- Danish Institute for Health Services Research, Kopenhagen, Dänemark (DSI)
- Ecole Nationale de la Santé, Rennes, Frankreich (ENSP)
- Institute for Health Policy & Management, Erasmus Universität, Rotterdam, Niederlande (iBMG)
- Jagiellonian Universität, Krakau, Polen (JUMC)
- Semmelweis Universität, Budapest, Ungarn (SEM)
- Research Centre for Economics and Health, Pompeu i Fabra Universität, Barcelona, Spanien (CRES)

Gegenstand und Hintergrund

Seit den Kohll/Decker-Urteilen des Europäischen Gerichtshofs ist es eindeutig, dass die Gesundheitswesen der einzelnen Länder nicht länger isoliert von dem anderer EU-Mitgliedsstaaten funktionieren können. Es wechseln immer mehr Patienten von einem Mitgliedsstaat in einen anderen, teilweise aus privaten Gründen, teilweise aufgrund von Bestimmungen der Gesundheitsministerien oder Krankenkassen.

Die Mitgliedsstaaten sind sich weitgehend darüber einig, dass das „finanzielle Gleichgewicht“ der nationalen Gesundheitssysteme in der EU nicht durch die Bewegung von Patienten unterminiert werden darf.

Eine Grundvoraussetzung, um das finanzielle Überleben zu sichern, ist die Verfügbarkeit detaillierter Informationen zu den verschiedenen Gesundheitsleistungen in den unterschiedlichen Mitgliedsstaaten, zudem ist es wichtig zu wissen, wie diese definiert werden, wie oft sie auf bestimmte Patienten angewandt werden, wie hoch die Kosten sind und welche Preise dafür bezahlt werden. Mit diesen Informationen können sowohl die Mitgliedsstaaten als auch die EU-Kommission eine einheitliche Politik formulieren, um die Patientenbewegungen so festzulegen, dass die finanzielle Überlebensfähigkeit vorhandener Gesundheitssysteme sowie die geschätzten Prinzipien der Allgemeingültigkeit, Gleichheit und Zugänglichkeit nicht bedroht werden. Wenn die Patienten außerdem von den auf dem Binnenmarkt der EU gebotenen Möglichkeiten profitieren

sollen, müssen sie zudem wissen, welche Gesundheitsleistungen zu welchen Kosten anderswo angeboten werden.

Zuvor wurden Kostenvergleiche für das Gesundheitswesen normalerweise auf Gesamtebene durchgeführt und Variationen auf Makroebene identifiziert, z. B. in Kaufkraftparität pro Kopf, als Prozentwert des BIP, Verteilung der Ausgaben pro Sektor. Dies lag daran, dass eine Analyse der Kosten von individuellen Gesundheitsleistungen – die Mikroebene – aufgrund der begrenzten Vergleichbarkeit von Daten problematisch ist. Wenn individuelle Kostendaten erhältlich sind, war es für gewöhnlich nicht klar, ob die Differenzen auf

1. Differenzen der tatsächlich gelieferten Gesundheitsleistungen,
2. unterschiedlichen Definitionen darüber, welche Kostenkategorien in den Kosten- bzw. Preisberechnungen enthalten sind oder
3. tatsächlichen Unterschieden der Kosten pro Dienst beruhen.

Der erste Aspekt betrifft die grundsätzliche Definition von „Gesundheitsleistung“, die sich von Land zu Land (und auch innerhalb eines Landes) unterscheiden kann. In diesem Sinne können Kostenunterschiede Unterschiede zwischen den gelieferten Gesundheitsleistungen widerspiegeln (z. B. hinsichtlich der Verwendung teurer Technologien) oder einfach die Definition der Gesundheitsleistungen (z. B. ob Anästhesie im „operativen Eingriff“ enthalten ist oder separat gerechnet wird). Jedoch betrifft selbst für eine vergleichbare Gesundheitsleistung das zweite Problem die unterschiedlichen Faktoren, die in der Kostenberechnung enthalten sein können (ob z. B. die Investitionskosten enthalten sind). Beobachtete Kostenunterschiede könnten wiederum anhand der Art der Kostenberechnung erläutert werden. Der dritte wichtige Kernpunkt bezieht sich auf die Unterschiede in den Vorleistungspreisen. Dies ist insbesondere für Kosten für das Personal (z. B. Zeit für Ärzte und Krankenpflege) relevant.

Projektziele

Das Projekt *Health*BASKET hat zwei Ziele: die Berücksichtigung von Problemen der Politik und Methodik. Das Projekt hat sich mit beiden Anforderungen klar und eindeutig beschäftigt, indem es das Augenmerk speziell auf den Gesundheitsleistungskorb gerichtet und Methoden zur Beurteilung von Kosten und Preisen einzelner Gesundheitsleistungen in den EU-Mitgliedsstaaten geprüft und entwickelt hat. Das Projekt unterstützt eine zusammenhängendere Vision der Politik, indem es einen innovativen Ansatz zur Kostenanalyse auf Mikroebene entwickelt und geprüft hat, die international vergleichbar ist, und indem es Kostenunterschiede zwischen Mitgliedsstaaten unter Verwendung einer Auswahl von stationären und ambulanten Gesundheitsleistungen beurteilte.

Das Projekt wurde im politikorientierten Forschungsbereich im Rahmen des 6. Forschungsrahmenprogramms der EU durchgeführt, mit dem Zweck *„die Formulierung und Implementierung von Politiken der EU zu unterstützen, indem wissenschaftliche Beiträge zu Politiken geleistet werden, die zielgenau auf Bedürfnisse (nachfrageorientiert) ausgerichtet sind, die verschiedene politische Bereiche der EU einheitlich abdecken und leicht auf Veränderungen der Politik reagieren.* Im speziellen konzentrierte sich die 2. Priorität jenes Forschungsgebiets (*„Gesundheit, Sicherheit und Chancen für EU-Bürger“*) u. a. auf *„die Formulierung einer einheitlicheren Vision der Politik mit klarer Nachweisgrundlage [...], um sich den neuen Herausforderungen einer Ausweitung zu stellen und effektive Antworten auf Probleme hinsichtlich […] der wachsenden Mobilität von Patienten […] und Gesundheitsleistungen zu finden“*. Die Forschung war notwendig, um *„das Verständnis zu vertiefen und die wissenschaftliche Grundlage*

der Politik [...] bezüglich der Entwicklung europäischer Gesundheits- und Pflegeleistungen zu verbessern." Insbesondere wurde *das Projekt entwickelt, um Aufgabe 3 „Vergleich der Gesundheitskosten auf individueller Leistungsstufe innerhalb der Mitgliedsstaaten" anzusprechen, welche folgendermaßen definiert war: „Identifizierung möglicher Methoden zum Vergleich von Kosten und Leistungen, und Abschätzung der Möglichkeit einer zukünftigen Entwicklung von detaillierten Systemen zur Prüfung und Erklärung von Gesundheitskosten, um bessere, kostengünstigere Gesundheitssysteme zu ermöglichen.*

Das Projekt hat sich dieser Probleme auf beschreibende und analytische Art anhand einer Stichprobe von neun Mitgliedsstaaten, die unterschiedliche Gesundheitswesen aufweisen (Dänemark, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Italien, Polen, Spanien, Großbritannien und die Niederlande), angenommen. Außerdem hat sich eine zweite Forschungsachse auf transnationale Vergleichbarkeitsprobleme konzentriert.

Landesspezifische und länderübergreifende Analysen

Die Projektpartner in jedem der neun Länder haben:

- die Definitionen der Leistungen im System gesammelt und beschrieben und die Struktur und den Inhalt der „Leistungskörbe" (sowie, falls vorhanden, die „Kataloge", in denen die Körbe operationalisiert sind) und das Verfahren zur Definition dieser Leistungskörbe und Kataloge analysiert;
- die Möglichkeit zum Aufbau einer europäischen Systematik der Leistungen auf Basis dieser Analyse und anderer relevanter Klassifizierungen untersucht, um einen einheitlichen Code für den Kostenvergleich zu schaffen (Phase I);
- Methoden geprüft, mit denen Kosten und Preise von Gesundheitsleistungen, die in den Körben der unterschiedlichen Länder enthalten sind, beurteilt werden und versucht, das optimale Verfahren zur Kostenanalyse auf Mikroebene mit dem Ziel, internationale Vergleichbarkeit sicherzustellen, zu identifizieren (Phase II).
- Unterschiede im Ressourcenverbrauch (Humankapital, Güter, Kapital usw.) sowie die tatsächlichen Kosten dieser Ressourcen für individuelle Gesundheitsleistungen zwischen und innerhalb der Länder beurteilt, unter Verwendung einer Auswahl von zehn „Fall-Vignetten", die das Bedürfnis einer Krankenpflege in stationären und ambulanten Umgebungen darstellen (Phase III).

Ein Hauptziel der Studie war die Identifizierung der Daten, die erforderlich sind, um aussagekräftige internationale Vergleiche zu ziehen.

Politische Entscheidungsträger wurden an der Forschung durch Workshops und regelmäßige Berichterstattung der Zwischenbilanz beteiligt. Außerdem wurde ein Beratungsausschuss aufgestellt, in dem die Weltgesundheitsorganisation, das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik sowie Gesundheitsdienstleister vertreten sind, um sicherzustellen, dass die potenzielle Auswirkung auf die Entwicklung von Standards sowie die des Gesundheitswesens in der EU eine tatsächliche Wirkung erzielt.

Die drei Projektphasen

Eine eingehende Besprechung der Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerungen der drei Projektphasen würde den Rahmen dieser Kurzfassung sprengen. Folgende umfassende Berichte und Publikationen stehen zur Verfügung:

- Methodik, Länderberichte und ein vergleichender Artikel über **Phase I**, d. h. die Beschreibung und Analyse der Leistungskörbe sowie die Kriterien zu deren Bestimmung usw. sind auf der Webseite des Projekts www.healthbasket.org zu finden. Länderberichte über stationäre Pflege wurden im Dezember 2005 als Zusatz 1 des *European Journal of Health Economics*, Ausgabe 6, publiziert, das kostenlos im Internet erhältlich ist (http://www.springerlink.com/content/t2466855k020/?p=a9dbff4fee024bda8b82350033786e4e&pi=11). Eine überarbeitete Version des vergleichenden Artikels ist als Anlage 1 angehängt.

- Methodik und Länderberichte der **Phase II**, d. h. die Analyse der Methode, mit der Kosten und Preise beurteilt werden, sowie eine schriftliche Bewertung des optimalen Verfahrens sind auf der Webseite des Projekts unter www.healthbasket.org zu finden. Überarbeitete Länderberichte über stationäre Pflege wurden im August 2006 in einer Sonderausgabe (Ausgabe 9, Nr. 3) des *Health Care Management Science* (http://www.springerlink.com/content/v162x3264175/?p=e9b20c7cfc724abab9d866a0d76f5596&pi=2) herausgegeben.

- Methodik, Länderberichte und eine Vergleichsanalyse der **Phase III**, d. h. des landesspezifischen und landesübergreifenden Vergleichs des Ressourcenverbrauchs und der Kosten für die zehn ausgewählten Behandlungsfälle sind auf der Projektwebseite unter www.healthbasket.org erhältlich. Artikel über die spezifische Methodik sowie vergleichende Artikel über die Ergebnisse der landesübergreifenden Fall-Vignetten werden in einem Zusatz des *Health Economics* Ende 2007 veröffentlicht.

In den folgenden Abschnitten werden die Schlüsselpunkte jeder Projektphase kurz zusammengefasst. Relevante Empfehlungen von allen drei Phasen folgen im letzten Abschnitt dieser Kurzfassung.

Phase I: Leistungskörbe und Entscheidungskriterien

Methodik

Definitionen: Das Projekt definierte „Leistungskorb“ (auch: „Leistungspaket“) als die Gesamtzahl der expliziten oder impliziten Kataloge/Listen/Leistungsgruppen von Gesundheitsleistungen und Gütern, die von öffentlichen/gesetzlichen Programmen abgedeckt werden. Die Begriffe *„Leistungskatalog“* oder „Listen“ sind den Unterkomponenten der Körbe vorbehalten, wenn sie sich in der Bestimmung von Akteuren, Systematik usw. unterscheiden. Hinsichtlich der Grenzen von „Gesundheitsleistungen“ und Gütern (im Gegensatz zu beispielsweise „sozialen“ Leistungen oder gesundheitsrelevanten Aktivitäten der breiten Öffentlichkeit) folgt das Projekt den Beschreibungen im Gesundheitsetat der OECD (d. h. funktionelle Kategorien HC.1 bis HC.6 mit zugehörigen Unterkategorien, s. Tabelle).

HC	**Funktionelle Klassifizierung**
	Private Gesundheitsversorgung und Güter
1	Heilpflege-Dienstleistungen
2	Rehabilitationsleistungen
3	Leistungen für die Langzeitpflege
4	Nebenleistungen des Gesundheitswesens
5	Medizinische Güter, die an ambulante Patienten abgegeben werden
	Kollektive Gesundheitsleistungen
6	Prävention und öffentliche Gesundheitsfürsorge

Landesspezifische Fallstudien wurden unter Berücksichtigung der folgenden Themenblöcke entwickelt, die jeder einen Satz an Forschungsfragen ansprechen.

- Überblick über den Leistungskorb im Land: Auf welcher Ebene werden Leistungsansprüche für welche Gruppen von Gesundheitsleistungen/Gütern reguliert? Für wie viele verschiedene Sektoren des Gesundheitswesens (und/oder wie viele Regionen und/oder wie viele gesetzliche Programme) gibt es verschiedene Aufsichtsbehörden? Welche Rolle spielt die zentrale Regierung in Fällen von Delegation/Dezentralisierung an lokale und/oder selbstregelnde Akteure (z. B. reine Beaufsichtigung des Verfahrens, offizielle Genehmigung der Ergebnisse oder Bedürfnis einer Umsetzung in einen Regierungserlass o. ä.)? Welche Leistungskategorien werden ausgeschlossen (insbes. die Randbereiche, z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, zahnärztliche Versorgung, Rehabilitation)?
- Definitionen von Ansprüchen und Leistungen nach Sektor: Welche Akteure sind für die Definition von Leistungen für jeden Sektor verantwortlich und welche Rolle spielen sie? Sind die Leistungen explizit (d. h. schriftlich), implizit (d. h. übliche Praxis) oder auf beiden Weisen definiert? Ist die Definition der Vorzüge spezifisch oder eher vage? Werden sie positiv oder negativ definiert (d. h. werden die ein- oder ausgeschlossenen Leistungen aufgeführt)? Sind die eingeschlossenen Leistungen einfach Aufzählungen der Verfahren oder Güter oder sind sie mit dem Zustand des Patienten bzw. den Indikationen verknüpft? Wie werden die Leistungen klassifiziert, d. h. sind sie aufgegliedert nach gelieferter Leistung (wie es oft bei ambulanter Pflege in sozialen Krankenkassen oder auch Pharmazeutika der Fall ist) oder individuellen Gütern (z. B. für Pharmazeutika), sind sie pro Zeitperiode fallspezifisch („alle notwendigen Leistungen“ z. B. in der medizinischen Grundversorgung), pro Diagnose fallspezifisch, pro Zeitperiode anbieterspezifisch etc.?

Sind die Definitionen für alle Zahler einheitlich? Andernfalls, gibt es für alle Zahler eine gewisse einheitlich Basis? Wie und von wem wird dieses definiert? Wenn sich die Leistungskataloge unterscheiden, für welche Einheiten ist dies der Fall (z. B. Regionen, Krankenkassen) und wie viele Kataloge gibt es?

- Beschreibung der Leistungskataloge, beteiligten Akteure und Entscheidungskriterien: Wie werden die Leistungen klassifiziert, d. h. sind sie aufgegliedert nach gelieferter Leistung (wie es oft bei ambulanter Pflege in sozialen Krankenkassen der Fall ist) oder individuellen Gütern (z. B. für Pharmazeutika), sind sie pro Zeitperiode fallspezifisch („alle notwendigen Leistungen“ z. B. in der medizinischen Grundversorgung), pro Diagnose fallspezifisch, pro Zeitperiode anbieterspezifisch usw.? „Systematik“ des Leistungskatalogs im Bezug auf die folgenden Faktoren: 1. wie viele Ebenen, d. h. Kapitel, Unterkapitel, individuelle Punkte, 2. Logik, die zur Definition jeder Ebene verwendet wird, Verwendung vorhandener Benennungen, Einschränkung der Leistungen nach Typ oder spezifischer Qualifikation des Anbieters, nach Alter oder Krankheit des Patienten. Wer hat die Entscheidung über den allgemeinen Aufbau des Katalogs getroffen? Wer bestimmt die in jenem Katalog aufgeführten Leistungen? Wer ist verantwortlich für das Setzen der Prioritäten hinsichtlich potenzieller Leistungen? Wie treffen diese Komitees die Entscheidungen? Müssen/können sich die Entscheidungsträger auf die Erfahrung von Außenstehenden (z. B. von HTA-Institutionen) verlassen oder verlassen sie sich darauf? Wie viel davon beruht auf Beweisen? Welche Entscheidungsoptionen liegen vor (d. h. nur „ja“/„nein“ oder Limits von bestimmten geografischen Einheiten oder Anbietern, Patienten, Zeitperioden, Eigenanteil)? Welche Kriterien werden verwendet, um Entscheidungen über einen Ein-/Ausschluss von Leistungen (z. B. Bedarf, Effektivität, Kosten, Kosteneffektivität, Gesamthaushalt) zu treffen? Welches Gewicht wird den einzelnen Kriterien eingeräumt? Werden die Kriterien veröffentlicht? Wie werden die Entscheidungen veröffentlicht? Können diese Entscheidungen vor Gericht angefochten werden? Werden die Entscheidungen regelmäßig neu beurteilt?
- **Diskussion** Hat das Leistungspaket eine Bedeutung oder besteht es lediglich auf dem Papier und die Anbieter handeln freizügiger (d. h. sie liefern Leistungen, die nicht abgedeckt sind) oder strenger? Wie hoch sind die Transaktionskosten der Leistungskataloge? Gibt es ein nationales Bewusstsein über die Leistungskörbe/Kataloge und wird darüber diskutiert? Gibt es neue Reformen, und welche zukünftigen Entwicklungen stehen wahrscheinlich an?

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Nach unseren Informationen hat das Projekt *Health*BASKET die erste eingehende Analyse der Leistungskörbe und Leistungskataloge in neun europäischen Ländern erstellt, was eine heterogene Mischung der Gesundheitssysteme bedeutet. Die Landesstudien haben gezeigt, dass die Informationen zu diesem Thema oft schwer zugänglich sind, da sie sehr stark fragmentiert und unsystematisch sind. Die Verwendung eines gemeinsamen Rahmenwerks und Terminologie, um die verschiedenen Gesundheitssysteme auf der Suche nach Leistungskatalogen durchzusehen, hat uns ermöglicht, heterogene Informationen zu sammeln und Vergleiche auf höchster Ebene anzustellen. Die bei unseren Studien befolgte Methodik könnte angewandt werden, um die Gesundheitskörbe und Kataloge in anderen europäischen (oder auch außereuropäischen) Ländern zu erforschen und zu beschreiben.

Die Vergleichsanalyse der Gesundheitsleistungen in den studierten Ländern zeigt auf, dass trotz der Differenzen in finanziellen und organisatorischen Einrichtungen ein klarer Trend zu einer deutlicheren Definition der Leistungskörbe und Leistungskataloge in europäischen Gesundheitssystemen zu erkennen ist. Die Länder, die erst kürzlich neue Gesundheitsreformen eingeführt haben, verfügen über ausdrücklicher definierte Leistungskataloge. Andere Länder mit

älterer Gesetzgebung für die gesundheitliche Versorgung haben, zumindest auf rechtlichem Niveau, eher implizit definierte Leistungskörbe. Bislang jedoch hat kein Land einen einheitlichen Katalog – die Leistungskörbe bestehen aus einem Gemisch an unterschiedlich definierten Listen (Ansprüche, Bezahlung, Leitlinien...).

Obwohl die Ansätze einer Leistungsdefinition sich von Land zu Land deutlich unterscheiden, bestehen nur geringe Unterschiede zwischen den Ländern bei der Analyse der Leistungsansprüche nach Kategorie. Die meisten Länder schließen ähnliche Leistungen aus: plastische Chirurgie, Impfungen zu Reisezwecken und bestimmte unkonventionelle Behandlungen (z. B. Akupunktur). Da die zur Einordnung und Beschreibung von Gesundheitsleistungen (und in einem geringeren Maße von Gütern) angewandte *Systematik* sich von Land zu Land stark unterscheidet – obwohl die meisten dazu tendieren, ambulante Pflege hauptsächlich anhand des Fachgebiets des Arztes und die stationäre Pflege hauptsächlich anhand Diagnose und Eingriff einzuordnen – bleibt es eher unklar, ob die Leistungen, auf die ein Anspruch besteht, die „selben" sind. Im Gegensatz zu dieser unklaren Definition haben die Kliniker eine relativ einheitliche Vorstellung davon, was „Medizin" in den verschiedenen Ländern bedeutet.

Entgegen der allgemein verbreiteten Ansicht, sind Kostendämmung oder Rationalisierung nicht immer die Motivation für die Etablierung eines detaillierten Leistungskorbs. In den beiden Ländern mit regionalisiertem nationalen Gesundheitsdienst ist der Zweck der Definition eines Gesundheitskorbes der, Gleichheit in den Regionen sicherzustellen. Die Übertragung von Gesundheitsdiensten an die autonomen (regionalen) Regierungen hat deutlich gezeigt, dass in allen Regionen ein Mindestmaß an gleichen Gesundheitsleistungen erforderlich ist, um inakzeptable Unterschiede der Gesundheitsleistungsbestimmungen zu vermeiden. Die regionalen Gesundheitsbehörden dürfen jedoch weitere Leistungen hinzufügen, solange sie den Mindestumfang an Leistungen abgedeckt haben.

In den meisten Ländern werden die Aspekte, die einem Entscheidungsfindungsprozess zugrunde liegen, sowie die Gründe für diese Entscheidungen über den Gesundheitskorb nicht transparent und systematisch dokumentiert. Detailliert definierte Leistungskataloge erfordern jedoch klare und transparente Entscheidungskriterien für den Ein- oder Ausschluss von Leistungen. Dies wurde von Entscheidungsträgern erkannt, was anhand der Tatsache deutlich wird, dass Kriterien zur Entscheidungsfindung erwähnt wurden. Die meisten Länder geben offiziell an, dass (Kosten-)Effizienz ein wichtiges Kriterium der Entscheidungsfindung ist. Tiefergehende Nachfragen zeigen jedoch häufig, dass die Formalisierung des Prozesses für viele Gesundheitsfürsorgekategorien immer noch Mängel aufweist und oft auf einen oder wenige Sektoren des Gesundheitswesens beschränkt ist, z. B. auf Pharmazeutika oder medizinische Vorrichtungen und nicht für alle Produkte oder Leistungen verallgemeinert werden kann. Interpretation, Operationalisierung und Anwendung der Kriterien im Entscheidungsfindungsprozess sind immer noch nicht transparent genug.

Phase II: Kostenberechnungen

Methodik

Phase II besteht aus zwei Teilen. Zuerst wurde eine systematische Revision der wissenschaftlichen Literatur über Methoden zur Kostenberechnung durchgeführt mit dem Ziel, die optimalen Verfahren zu identifizieren.

Im zweiten Schritt wurden ***landesspezifische Fallstudien*** um die folgenden Themenbereiche und Forschungsfragen entwickelt:

- ***Gibt es offizielle Preise oder Gebührenordnungen?*** Welches sind die Haupteigenschaften der von den Gesundheitssektoren strukturierten Preisangabenverordnung im Gesundheitswesen? Welche Zahlungseinheit wird verwendet (d. h. Aggregationsniveau)? Auf welchem Niveau werden Preise festgesetzt oder verhandelt? Kann ein Leistungsanbieter verschiedene Preise/Zahlungen von verschiedenen Beziehern erhalten (Gesundheitsbehörden, Krankenkassen, Regierungen)? Kann ein Bezieher verschiedene Preise für verschiedene Leistungsanbieter zahlen? Welche Faktoren spielen bei der Preisfestlegung eine Rolle? Variieren die Preise je nach nichtwirtschaftlichen Faktoren wie z. B. Sanktionen für das Überschreiten der Anzahl an vereinbarten Leistungen usw.? Wenn ja, wie relevant sind diese Faktoren?

- ***Wie werden die Preise aktualisiert?*** Bestehen feste Aktualisierungsperioden (jährlich, halbjährlich usw.)? Haben Anbieter oder Bezieher die Möglichkeit, eine Preisaktualisierung anzufordern? Wie genau sind die Aktualisierungen? Was ist der Hauptantrieb hinter den Preisaktualisierungen?

- ***Wie werden die Kosten für Leistungen in den Teilnehmerländern festgelegt?*** Welche Einheiten werden zur Quantifizierung des Ressourcenverbrauchs verwendet? Welche Quellen werden zur Bemessung des Ressourcenverbrauchs verwendet? Welche Quellen werden zur Festlegung des Geldwertes einer Einheit verwendet? Wie genau sind Kostenbemessungen? Welche Akteure sind für die Durchführung und/oder Verwendung der Kostenbemessungen verantwortlich?

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Gebührenordnungssysteme gewinnen an Bedeutung. Obwohl diese in Ländern mit sozialer Krankenversicherung seit langem geläufig sind, werden sie nun zunehmend auch in von Steuermitteln finanzierten Systemen verwendet. Inzwischen verwenden die meisten Länder Vergütungsprogramme auf Leistungsbasis für ambulante und stationäre Pflege, wohingegen Programme für Langzeitpflege, Rehabilitation und andere Leistungen fehlen. Da sich die zugrunde liegende Systematik zur Klassifizierung von Leistungen stark von Land zu Land unterscheiden (s. Phase I), können die Preise zwischen den Ländern nicht aussagekräftig verglichen werden.

Es liegt ein klarer Trend zur Verwendung von Mikro-Kostenkalkulationsdaten vor (insbesondere für stationäre Leistungen), um Honorare zu berechnen, die die Realkosten der Anbieter widerspiegeln. Das Problem in den meisten Ländern ist die unzureichende Qualität der Daten, die von den Anbietern zur Verfügung gestellt werden. Dieses Problem wirkte sich auch auf unsere Studie aus. Es liegt ein Trend zur Entwicklung von DRG-Entgeltsystemen (basierend auf „diagnosebezogenen Gruppen“) in Ländern der EU vor. Obwohl fast alle dieser Systeme ihren Ursprung in dem vor 30 Jahren in Yale entwickelten System haben, unterscheidet sich die tatsächliche Umsetzung in den einzelnen europäischen Ländern deutlich. Die Einführung des DRG-Systems in Europa war unkoordiniert, weshalb Gelegenheiten zum gemeinsamen Lernen (zumindest innerhalb Europas) ungenutzt blieben, da sich europäische Länder an außereuropäischen Ländern (z. B. Deutschland an Australien) anstatt an ihren Nachbarländer orientierten.

Die Prüfung hat ergeben, dass es keine einheitlich akzeptierte Berechnungsmethode gibt. Es gibt mehrere anwendbare Methoden zur Schätzung der Kosten (pro Einheit) für eine bestimmte

Leistung. Im Allgemeinen definieren Buchhalter Kosten im Hinblick auf den historischen Wert der ökonomischen Ressourcen, während Volkswirtschaftler ein anderes Kostenkonzept verwenden, das häufig als Opportunitätskostenprinzip bezeichnet wird. Jedoch ist sich die Literatur sowohl für Buchhalter als auch für Volkswirtschaftler einig über die Grundprinzipien der Kostenkalkulation. Die Kostenkalkulation beginnt mit (a) der Bildung eines deutlich definierten Entscheidungsproblems, einschließlich der Ziele einer Kostenkalkulation, deren Perspektive und Zeithorizont als auch (b) der Beschreibung einer bestimmten Leistung (Kostenobjekt). Nachdem eine Leistung genau definiert wurde, teilen sich die Methoden zur Kalkulation dieser Leistung in drei verschiedene Schritte auf: (c) die Identifizierung der Ressourcen, die zur Erbringung der Leistung verwendet werden, (d) die Messung der Ressourcennutzung in natürlichen Einheiten und (e) die Zuordnung eines Geldwertes zu der Ressourcenverwendung. Außerdem gibt es einen Konsens darüber, dass die Ergebnisse anhand einer Sensitivitätsanalyse und statistischer Tests unterstützt werden müssen.

Außerdem ist man sich über die Grundprinzipien einer Kostenumlage einig. Idealerweise sollten Kosten direkt verfolgt werden (d. h. dem Patienten oder Fall zugeteilt), sofern dies aus ökonomischer Sicht möglich ist. Indirekte Kosten (Overhead) sollten den Leistungsbereichen auf Grundlage der tatsächlichen Nutzung oder Ursache und Wirkung zugeteilt werden. Dies kann jedoch ein komplexes Informationssystem und weitere Ressourcen erfordern. In der Praxis verwenden Kalkulationsstudien fünf Ansätze zur Bewertung von Ressourcen. (a) direkte Kostenmessung, (b) Kostenberechnungsmethoden, (c) Standard-Einheitskosten, (d) Gebühren, Honorare und/oder Marktpreise und (e) Schätzungen/Hochrechnungen. Alle haben Vor- und Nachteile.

Die Genauigkeit der Kosteninformationen steht im Konflikt zu den Kosten, die zur Erhaltung dieser Kosteninformationen aufgewendet werden müssen Daher sollten Analysten, sowie politische und zivile Entscheidungsträger in Betracht ziehen, ob die Vorteile einer genaueren und detaillierteren Kosteninformation die zusätzlichen Ausgaben rechtfertigt, die für den Bezug dieser Informationen anfallen.

Die Empfehlungen der aktuellen methodologischen Leitlinien sind unterschiedlich – zum Teil aufgrund einer Nichteinhaltung grundlegender ökonomischer und buchhaltungstechnischer Konzepte. Zum Beispiel widersprechen sich die Leitlinien (a) hinsichtlich der besten Methode, um der Ressourcenverwendung einschließlich Anlagegegenständen einen Geldwert zuzuordnen, (b) hinsichtlich der empfohlenen Perspektive der Studie (d. h. ob gesellschaftlich – die Kosten aller Bezahler werden berücksichtigt – oder ob der Schwerpunkt auf Drittparteibezahlern liegt) (c) hinsichtlich der angemessenen Messungs- und Bewertungsmethode der formlosen Pflegerzeit, (d) hinsichtlich der Messung und Bewertung von Produktivitätsausfall und/oder (e) hinsichtlich der Kosten, die durch eine längere Lebensdauer entstehen. Darüber hinaus gibt es keinen Konsens in der Literatur hinsichtlich der besten Methode, um in der Praxis alle Kosten der Unterstützungszentren auf Einsatzzentren (d. h. die, in denen die Patienten behandelt werden und die normalerweise eine Kostenerstattung erhalten) umzulegen. Auch die Literatur ist sich nicht darüber einig, wie man am besten mit Unsicherheitsfaktoren umgeht.

Die aktuellen Leitlinien geben nicht genügend Auskunft im Bezug auf die beste Methode zur Auswahl von Anbietern (Stellen) für den Kostenvergleich und wie mit fehlenden Daten umgegangen werden soll. Derzeitige Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Top-Down-Methode nützlich und relativ genau sein kann in Fällen, in denen vermarktete Gesundheitstechnologien (Pharmazeutika, medizinische Vorrichtungen und andere medizinische Konsumgüter) für einen Großteil der Ressourcenverwendung verantwortlich sind. In diesen Fällen kann eine Bottom-Up-

Methode (Mikro-Kostenkalkulation) ähnliche Resultate erzielen. Dieser Ansatz ist jedoch teurer und zeitaufwendiger. Andererseits ist die Bottom-Up-Methode möglicherweise genauer in den Fällen, in denen das Leistungsangebot auf komplexen organisatorischen Anordnungen beruht (die Mischung der Einsatzleistung kann sich stark unterscheiden) und in denen die Kosten für das Personalwesen und das Overhead einen großen Teil der Gesamtkosten ausmachen.

Phase III: Empirische Kostenanalyse und internationaler Vergleich

Methodik

Die Ziele dieser Phase lauteten:

- Identifizierung und Entwicklung einer Methodik für den Kostenvergleich
- Beurteilung, ob Preise eine gute Schätzung der Kosten einzelner Leistungen darstellen
- Erforschung der Gründe, denen die Variationen der Kosten für einzelne Leistungen zugrunde liegen sind

Gemäß dem Projektplan wurden zehn „Behandlungsbedürfnisse/Gründe für den Kontakt" ausgewählt, weshalb die Patienten sich für die ausgewählte Behandlung entschieden haben. Die Fall-Vignetten stellten „typische Patienten" dar, einschließlich Alter, Geschlecht und relevanter Komorbidität. Vignetten wurden sowohl für ambulante als auch stationäre Patienten entwickelt, mit Grundversicherung oder Zweitversicherung, in elektiven und Notfallbehandlungen. Es wurde ein Fragebogen erstellt, der eine genaue Dokumentation der Leistungen ermöglichte, die ein Patient mit ähnlichen Eigenschaften wie in der Vignette beschrieben erhalten haben könnte bzw. erhalten hat sowie die leistungsbezogenen Kosten.

Kasten: Überblick über die zehn Vignetten

Vignette 1	Appendektomie; männlich, Alter zwischen 14 und 25, stationär, Notfall
Vignette 2	normale Entbindung; weiblich Alter zwischen 25 und 34, stationär, elektiv
Vignette 3	Hüftoperation; weiblich Alter zwischen 65 und 75, stationär, elektiv
Vignette 4	Katarakt; männlich, Alter zwischen 70 und 75, ambulant, elektiv
Vignette 5	Schlaganfall; weiblich, Alter zwischen 60 und 70, stationär, Notfall
Vignette 6	Akuter Myokardinfarkt; männlich, Alter zwischen 50 und 60, stationär, Notfall
Vignette 7	Husten; männlich, Alter ~2, ambulant, Notfall
Vignette 8	Kolonoskopie; männlich, Alter zwischen 55 und 70, ambulant, elektiv
Vignette 9	Zahnfüllung; Kind, Alter ~12, ambulant, Notfall
Vignette 10	Physiotherapie; männlich, Alter zwischen 25 und 35, ambulant, elektiv

Für jedes Land wurden Daten einer Stichprobe von mindestens fünf repräsentativen Gesundheitsdienstleistern in jeder Situation gemäß der Fall-Vignetten gesammelt (d. h. mindestens fünf Krankenhäuser, fünf allgemeinmedizinischen Arztpraxen usw.) Bezüglich der Fall-Vignetten für stationäre Situationen wurden untypische Gesundheitsdienstleister deren Kostenstrukturen sich von denen, die normalerweise die Leistung erbringen würden unterscheiden (z. B. Krankenhäuser zur tertiären Pflege, wenn der Dienst hauptsächlich in normalen Krankenhäusern durchgeführt wird), von der Stichprobe ausgeschlossen. Die Partner wurden gebeten, „allgemeine Akutkrankenhäuser" mit ca. 200 bis 400 Betten zu verwenden, es sei denn dieses würde die tatsächliche Dienstleistungsorganisation nicht widerspiegeln.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die entwickelte Methodik – d. h. die Verwendung von „Fall-Vignetten“ – erwies sich als durchführbar und wurde gut angenommen, weshalb realistische und gültige Ergebnisse erzielt werden konnten. Da dieser Ansatz nicht auf echten sondern virtuellen „standardisierten“ Patienten aufgebaut ist, ist er empfindlich im Bezug Unterschiede in Behandlungsmustern und kann für Vergleiche zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern und Ländern angewandt werden. Klinikpersonal sowie Buchhalter, die im Allgemeinen Schätzungen für die meisten Aktivitäten abgeben konnten, brachten den Forschern großes Verständnis und starke Teilnahmebereitschaft entgegen. Die ausgewählte Methode repräsentiert eine gute Triangulation zwischen qualitativen und quantitativen Methoden und stellt einen effizienten Ansatz sowohl für europäische Gemeinschaftsprojekte als auch für Vergleiche innerhalb eines Landes dar.

Dieser Ansatz weist jedoch einige methodologische Einschränkungen auf. Erstens ist es eine Tatsache, dass einfache Vignetten nicht die klinische Realität genau widerspiegeln. Die relativ kleinen Stichproben von teilnehmenden Gesundheitsdienstleistern und Patienten führen zu großen Konfidenzintervallen in den Schätzungen einiger Länder. Länder, und Dienstleister innerhalb der Länder, unterschieden sich in ihrer Fähigkeit, Daten entsprechend der erforderlichen Methodik zu erstellen. Es wurden zwei wesentliche Strukturunterschiede zwischen den Ländern identifiziert. In einigen Ländern besitzen Krankenhausanbieter nicht ihre Vermögensgegenstände oder die internationalen Buchhaltungsstandards im Bezug auf Kapitalkosten wurden noch nicht vollständig implementiert. Zu den verwaltungstechnischen Unterschieden zwischen den Ländern gehörten: rechtliche Hürden beim Zugriff auf Patientendaten (insbesondere in Großbritannien), unterschiedliche Bereitschaft zur Offenlegung von Daten, Unterschied in der Qualität der Informationssysteme zwischen Ländern und Gesundheitsdienstleistern, eine unterschiedlich große Anzahl der Gesundheitsdienstleister, die Daten für jede Vignette in jedem Land zur Verfügung stellen und der Anzahl der Patienten, die von jedem Dienstleister untersucht werden, Unterschiede in den Buchhaltungsregeln, die zur Zuteilung von indirekten und Overhead-Kosten für die Leistungen angewandt werden.

Die Basisanalyse (die endgültige Analyse wird mit den veröffentlichten Artikeln erhältlich sein) über die Korrelation zwischen Preisen (Erstattung) und Kosten kam zu dem Ergebnis, dass die Preise und Kosten für *normale Entbindungen, Behandlung eines Schlaganfalls* und *Kolonoskopien* im Durchschnitt auf ähnlichem Niveau waren, obwohl auch Sonderfälle zu vermerken waren. Für *Appendektomien, Hüftoperationen, Behandlungen eines Katarakts* und *Herzinfarkts* sind die Preise im Durchschnitt höher als die Kosten, was möglicherweise daran liegt, dass die Fall-Vignetten auf Patienten ohne Komplikationen aufgebaut waren. Für *Zahnfüllungen* scheinen die Preise im Durchschnitt niedriger als die Kosten zu liegen. Es lagen nicht genügend Daten vor, um einen Vergleich der Kosten und Preise für die Behandlung von *Husten* und *Physiotherapie* zu ermöglichen.

Beim Vergleich der Kostenkomponenten nach Vignette konnte festgestellt werden, dass die Gesamtkosten für die Pflege in Ungarn, Polen und Spanien unter dem Durchschnitt der neun Länder lagen. Unterschiede in den Personalkosten scheinen die internationalen Unterschiede für die Vignetten *Husten* und *Zahnfüllung* zu erläutern, wobei Unterschiede in der Behandlungsumgebung für *Kolonskopie* und möglicherweise *Schlaganfall* eine Rolle spielen. Overheads als Anteil der Gesamtkosten variierten stark zwischen sowohl Ländern als auch Vignetten. Die Länge des stationären Aufenthalts trug nur in der Vignette *Schlaganfall* stark zu den Kostenunterschieden zwischen Krankenhäusern bei.

Insgesamt war festzustellen, dass obwohl sich die durchschnittlichen Kosten in den Ländern stark unterschieden, waren die Unterschiede innerhalb eines Landes auch unerwartet groß – in manchen Fällen sogar größer als die Unterschiede zwischen den Ländern. Diese Unterschiede sind zum Teil den unterschiedlichen Buchhaltungsstandards zuzuschreiben, aber auch den Preisen pro Eingabeeinheit und vor allem den großen und anscheinend realen Differenzen in Praktiken (und daher den Differenzen in der aktuellen Deckung der Leistungen). Zu den anderen mitwirkenden Faktoren gehören Datenaufzeichnung, Kostenumlegung auf die Patienten, Wechselkurse, Abgrenzung von Leistungen zu anderen Sektoren usw.

Wichtigste Forschungsergebnisse und Empfehlungen

1. Der internationale Vergleich fördert das Lernen voneinander und die Entwicklung eines optimalen Verfahrens. Jedoch stehen Daten über Leistungen, Kosten und Qualität zurzeit nicht regelmäßig zur Verfügung, um solche Vergleiche anstellen zu können.
2. Bislang haben die Leistungskörbe der EU Mitgliedsstaaten nicht die erforderliche Aufmerksamkeit erhalten. Alle Länder sollten ausdrücklich angeben, welche Leistungen sie erbringen und welche nicht und sollten diese Informationen zur Verfügung stellen.
3. Eine ausführliche Analyse darüber, welche Güter und Leistungen erhältlich sind (und unter welchen Bedingungen, einschließlich Zugriffshürden und Kosten) ist unumgänglich für den Ausschuss, nationale und regionale Regierungsbehörden, Einkäufer des Gesundheitswesens sowie Patienten. Daher sollten die (grundlegenden) Pakete und Kriterien, die zu deren Definition verwendet werden, regelmäßig analysiert, verglichen und besprochen werden. Eine solche Kontrolle der Leistungspakete ermöglicht einen stetigen Informationsfluss beispielsweise darüber, welche neuen Technologien in den verschiedenen Ländern erhältlich sind.
4. Dieses setzt voraus, dass jeder Mitgliedsstaat regelmäßig öffentliche Dokumente erstellt, die einen transparenten Überblick der Gesundheitskörbe und der Kriterien zur Entscheidungsfindung geben. Eine „gemeinsame Sprache“ (oder Systematik: „European Classification of Health Services“), um Unterschiede zu erforschen und zu beschreiben – ob diese auf Präferenzen, Werten, Tradition, Unterschieden in Gesundheitsdienstleistern oder anderem basieren – ist für sowohl für praktische als auch wissenschaftliche Zwecke dringend erforderlich. Ihre Entwicklung sollte in naher Zukunft auf der europäischen Agenda stehen. Die Systematik könnte vielleicht als Erweiterung der OECD-Klassifizierung entwickelt werden; die Nützlichkeit von EN 1828 über Kodiersysteme im Gesundheitswesen und EN 1068 über Kodiersysteme über operative Eingriffe muss noch erforscht werden.
5. In der mittel- bis langfristigen Zukunft sollte die Annahme gemeinsamer Standards auf der europäischen Agenda stehen, um die Einbeziehung von Leistungen in den Körben der EU-Länder zu bestimmen und möglicherweise einen einheitlichen europäischen Leistungskorb (möglicherweise anfänglich auf bestimmte Indikationen beschränkt, die europaweit einen deutlichen Mehrwert darstellen, wie beispielsweise Krankheiten von Waisenkindern) zu erstellen. Politische Entscheidungsträger wären gut daran beraten, sich auf derartige Diskussionen vorzubereiten.
6. Wenn das Interesse der Länder an Kosteneffektivität/Preis-Leistungs-Verhältnis steigt, brauchen sie solide Daten, sowohl über die Kosten als auch über die Effektivität.

Insbesondere der Kostenfaktor wurde bislang vernachlässigt (im Vergleich zur Messung der Ergebnisse) und eine vergleichende Methodik ist bislang nicht verfügbar.

7. Unser Ansatz der Verwendung standardisierter Fall-Vignetten zur Erforschung der Ressourcenverwendung und Kosten erwies sich als realisierbar. Er überwindet viele der methodologischen Probleme, auf die andere Ansätze treffen. In der nahen Zukunft sollte das System der Fall-Vignetten näher erforscht werden. Diese Untersuchung sollte eine Ausweitung auf bereichsübergeifende Pflege (z. B. Akutpflege und Rehabilitation), chronische Pflege (wie z. B. in Disease Management Programmen) und auf Geisteskrankheiten beinhalten sowie auf methodologische Probleme wie zum Beispiel den Versuch, die Zuteilung von Overhead-Kosten vergleichbarer zu machen oder Kaufkraftparitäten speziell für das Gesundheitswesen zu erstellen.

8. Die Voraussetzung eines internationalen Kostenvergleichs ist eine beidseitig akzeptierte methodologische Leitung (Standard-Kalkulationsmethode) sowie eine relativ gute Einhaltung dieser Methode. Jedoch reicht der Konsens über die grundlegenden wissenschaftlichen Prinzipien nicht aus, um eine bedeutungsvolle Vergleichbarkeit sicherzustellen. Eine Standardisierung der wichtigsten und am häufigsten verwendeten Methoden/Verfahren - wie zum Beispiel die Messung der Ressourcenverwendung, Kostenzuteilungsmethoden einschließlich Zuteilungsbasis und -methoden sowie Bewertungsmethoden und die Ausnutzung der Kapazität - ist unumgänglich. Außerdem sollten die allgemeinen Leitlinien detaillierte Anweisungen über die praktische Anwendung dieser Instrumente geben.

9. Die Harmonisierung der Kalkulationsmethoden ist zwar unumgänglich, sie reicht jedoch nicht aus, um eine bedeutende Vergleichbarkeit sicherzustellen. Vielmehr müssen Buchhaltungssysteme auf Dienstleisterebene und auf nationaler Ebene koordiniert und standardisiert werden. Dies wirft jedoch ein ernsthaftes Problem auf: Eine standardisierte „europäische“ Buchhaltungsmethodik im Gesundheitswesen bis hin zur Dienstleisterebene mag zwar gerechtfertigt und „notwendig“ sein, aber die Durchsetzung einer einzigen Methodik steht im Konflikt mit dem Prinzip der Subsidiarität (wie es bei Standards immer der Fall ist). Dies liegt paradoxerweise daran, dass dezentralisiertere politische Bestimmungen und Betriebsmanagementsysteme einheitlichere Daten erfordern.

10. Die *Health*BASKET Projektpartner empfehlen, dass die folgende Option erforscht werden soll, um dieses Problem zu bewältigen: Erstellung eines „Benchmarking Clubs“ aus freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern, die zu gemeinsamen Buchhaltungsstandards zustimmen. Obwohl diese Option viele Vorteile aufweist (z. B. Druck auf nicht-teilnehmende Krankenhäuser zur Beteiligung), müssen auch die methodologischen Einschränkungen verstanden werden, dass z. B. solche Krankenhäuser wahrscheinlich nicht repräsentativ für alle Krankenhäuser in ihrer Region sind.

11. Sobald solche vergleichenden Daten erhältlich sind, müssen europäische Länder wieder ihre Hypothese überdenken, dass ihre jeweiligen Gesundheitssysteme so unterschiedlich angelegt sind, dass die verschiedenen Bestimmungs- und Finanzierungssysteme gerechtfertigt sind. Im Projekt *Health*BASKET stellte sich ansatzweise heraus, dass für viele Indikationen die Unterschiede innerhalb eines Landes größer und bedeutender sind als die internationalen Unterschiede. Dies wirft die Frage auf, ob eine gesamteuropäische Qualitätssicherung und gesamteuropäische Patientenklassifizierungssysteme (z. B. ein Euro-DRG-System) erforscht werden müssen.

Zukünftige Arbeit

Obwohl die Projektpartner ihre eigenen und die von der EU gesteckten Ziele erreicht haben, ist es offensichtlich, dass an diesem Bereich weiterer Arbeitsbedarf vorliegt. Dies bezieht sich auf:

- die Entwicklung einer „europäischen Klassifizierung von Gesundheitsleistungen“;
- eine Ausweitung (der Beschreibung und Analyse der Leistungskörbe sowie der verwendeten Kosten und Preise) auf die anderen Länder der EU.
- die ständige Aktualisierung der Ergebnisse (beide könnten unter der Schirmherrschaft des Ausschusses durchgeführt werden) und
- eine genauere Untersuchung der europäischen DRG-Systeme sowie der zur ambulanten Pflege verwendeten Kataloge usw. mit dem Ziel, Chancen zum Voneinander lernen und zur Kollaboration weiter zu erforschen.

www.healthbasket.org