

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

E: 27811

EINDÄMMUNG DER KOSTEN FÜR DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG  
IN SYSTEMEN DER SOZIALEN SICHERUNG

Bericht über ein Arbeitsseminar

Wien  
25.-28. Mai 1981

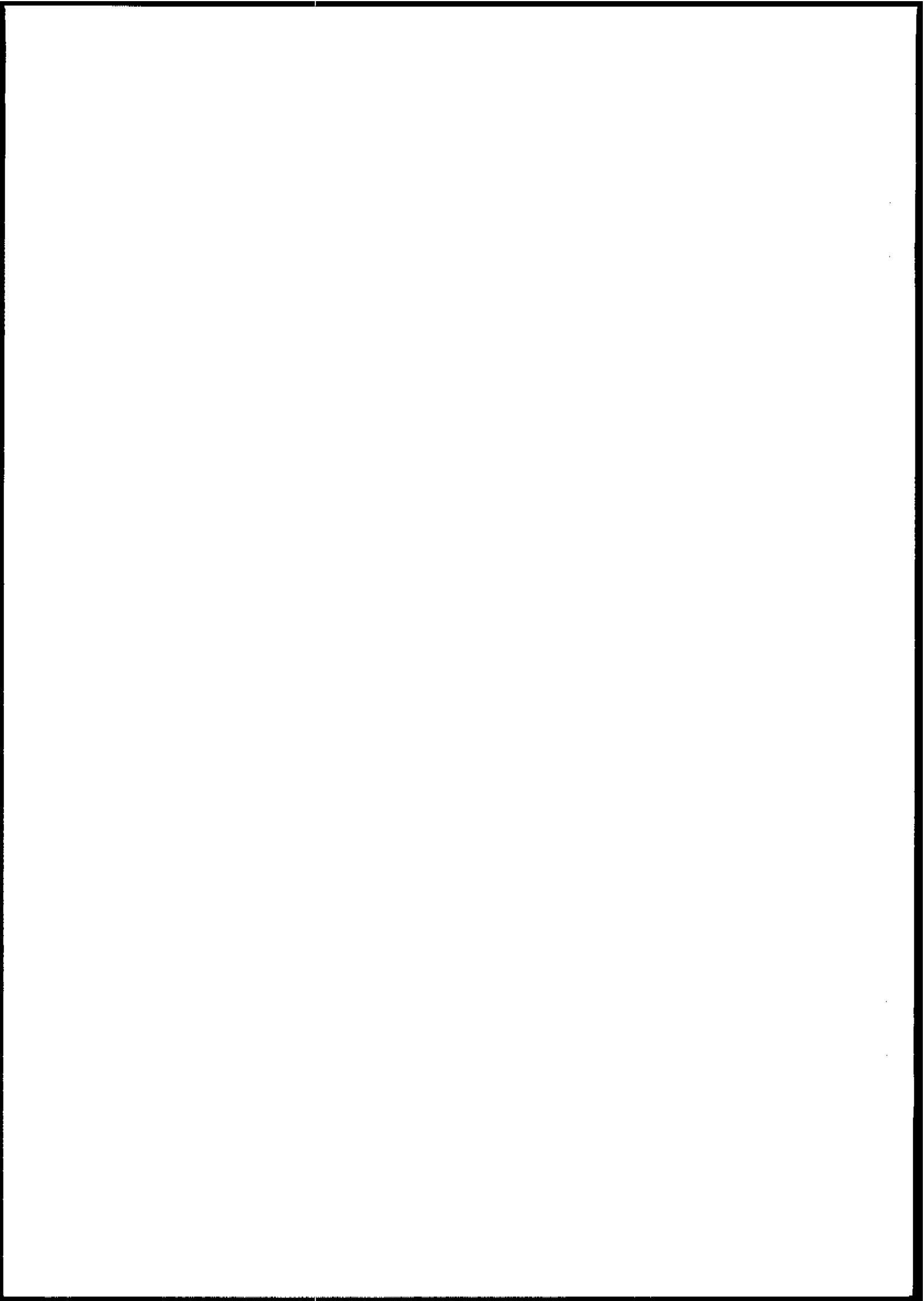
Übersetzung einer Veröffentlichung des Regionalbüros für Europa, die in der Reihe EURO - Berichte und Studien als Nummer 55 mit folgendem Titel erschienen ist: "Control of health care costs in social security systems" (ISBN 92 890 1221 8).

Zur Beachtung

Der vorliegende Bericht stellt keine offizielle Veröffentlichung dar und darf nur mit Genehmigung der Weltgesundheitsorganisation rezensiert, in Kurzfassung oder auszugsweise wiedergegeben bzw. übersetzt werden. Namentlich gezeichnete Beiträge drücken ausschliesslich die Meinung des Verfassers aus.

## INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
1. Einleitung . . . . .	1
2. Übersicht über Kosteneindämmungsmassnahmen . . . . .	1
2.1 Beschränkung der Mittel und Dienstleistungen . . . . .	2
2.2 Qualitätsnormen . . . . .	3
2.3 Haushaltmässige und finanzielle Anreize und Kontrollmassnahmen . . . . .	4
2.4 Informationsrückfluss an die Leistungsträger und Benutzer . . . . .	7
3. Beurteilung von Kosteneindämmungsstrategien . . . . .	8
3.1 Beschränkung der Mittel und Dienstleistungen sowie haushaltmässige und finanzielle Anreize und Kontrollmassnahmen . . . . .	8
3.2 Informationsrückfluss an die Leistungsträger und Benutzer . . . . .	13
3.3 Qualitätsnormen . . . . .	15
4. Bewertung von Kosteneindämmungsmassnahmen . . . . .	18
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen . . . . .	18
5.1 Schlussfolgerungen . . . . .	18
5.2 Empfehlungen . . . . .	20
Anhang: Teilnehmerverzeichnis . . . . .	22



## 1. Einleitung

Das WGO-Regionalbüro für Europa hielt vom 25. bis 28. Mai 1981 in Zusammenarbeit mit der Regierung Österreichs und dem Zentralverband der österreichischen Sozialversicherungsfonds in Wien ein Arbeitsseminar über die Eindämmung der Kosten für die Gesundheitsversorgung in Systemen der sozialen Sicherheit ab. An der Tagung nahmen 27 Berater auf Zeit aus 14 Ländern teil, darunter je ein Repräsentant der Internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit und des Internationalen Arbeitsamtes.

Dr. R. Brooks wurde zum Vorsitzenden gewählt, Dr. S.R. Engleman zum Berichterstatter.

Die Tagung wurde von Dr. A. Krassnigg, Sektionschef für Volksgesundheit im österreichischen Ministerium für Gesundheit und Umweltschutz, eröffnet, der auf die grosse Bedeutung einer wirtschaftlichen Vorgehensweise im Gesundheitssektor hinwies.

Dr. H. Zöllner, Referent für Gesundheitsökonomie am WGO-Regionalbüro für Europa, gab einen einführenden Bericht zur Vorgeschichte dieser Tagung, deren Zusammenhang mit dem Ziel der WGO, Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 zu erreichen, er näher erläuterte. Zwar sei bereits wertvolle Arbeit auf dem Gebiet der Kosteneindämmung geleistet worden, doch den vom Arbeitsseminar zu erörternden Problemen sei bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden, nämlich Mittel- und Dienstleistungseinschränkungen, Qualitätsnormen, haushaltmässigen und finanziellen Anreizen und Kontrollmassnahmen sowie dem Informationsrückfluss an die Leistungsträger und Benutzer.

## 2. Übersicht über Kosteneindämmungsmassnahmen

Spezifische Strategien zur Kosteneindämmung müssen aus der Einschätzung der einzelnen kostenwirksamen Faktoren abgeleitet werden. Da die Gesundheitsversorgungssysteme jedoch sehr komplex sind, müssen sowohl die einzelnen Ursachen des Kostenwachstums als auch die entsprechenden Kosteneindämmungsstrategien in einem genügend weitgespannten Rahmen geprüft werden, damit alle möglichen Weiterungen und Reaktionen auf derartige Strategien soweit wie möglich im voraus abgeschätzt werden können. Für die Zwecke dieser Tagung wurden die Ursachen des Kostenwachstums in die folgenden vier grossen Gruppen gegliedert:

1. Ein grösseres Angebot an Sachmitteln und Dienstleistungen erzeugt an sich schon eine grössere Nachfrage.
2. Der Druck zu fortwährenden Qualitätsverbesserungen (der bisweilen nur ein Druck zur Einführung der neuesten Technik ist) hat steigende Durchschnittskosten zur Folge.
3. Viele Gesundheitsversorgungssysteme sind durch das Fehlen jeder wirksamen Haushaltüberwachung gekennzeichnet und/oder geben den Leistungsträgern entweder gar keine oder kontraproduktive Anreize zur Kostenüberwachung.
4. Fehlendes Kostenbewusstsein sowohl bei den Leistungsträgern als auch bei den Benutzern. Verschärfend wirken hier beispielsweise der demographische Trend zu einer immer älter werdenden Bevölkerung wie auch epidemiologische Trends wie die Zunahme der chronisch-degenerativen Krankheiten. Oft wird der Sektor der Gesundheitsversorgung auch isoliert von den übrigen Gesellschaftssektoren betrachtet, die durch ihre Aktivitäten zur Verschlechterung der Gesundheit beitragen, z.B. durch Verschmutzung, Arbeitslosigkeit usw., und es besteht eine Tendenz, dass soziale Probleme, deren Ursprung ausserhalb des Gesundheitsversorgungssektors liegt, auf die Gesundheitsdienste abgeschoben werden.

Im Lichte dieser Klassifikation der Ursachen wurden die Probleme der Kosteneindämmung unter den folgenden vier Gesichtspunkten erörtert:

- a) Beschränkung der Mittel und Dienstleistungen
- b) Qualitätsnormen
- c) Haushaltmässige und finanzielle Anreize und Kontrollmassnahmen
- d) Informationsrückfluss an die Leistungsträger und Benutzer.

## 2.1 Beschränkung der Mittel und Dienstleistungen

Die Organisationsform und die Finanzierungsart des Gesundheitsversorgungssystems bestimmen weitgehend das Vorgehen und die Methoden zur Kosteneindämmung in der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Ländern. Das Vereinigte Königreich kennt beispielsweise ein zentralisiertes System der sozialen Wohlfahrt, den Nationalen Gesundheitsdienst (NHS). Dies erlaubt eine strikte staatliche Kontrolle der Ressourcen, die dem Krankenhaussektor und dem gemeindenahen Betreuungssektor des Nationalen Gesundheitsdienstes zur Verfügung gestellt werden. Seit 1976 ist für diese Sektoren des NHS eine Haushalt- bzw. Ausgabenbegrenzung festgelegt worden. In Ungarn, dessen Gesundheitsversorgung man ein staatliches Planungssystem nennen kann, werden die realen Kostensteigerungen vom Gesundheitsministerium nach Verhandlungen mit den medizinischen Instituten und der Ärztevereinigung festgesetzt. Auch Griechenland kennt eine strikte Kontrolle der Krankenhausbudgets in Form einer staatlichen Planung. Die folgenden Abschnitte werden zeigen, dass keines der auf der Tagung vertretenen übrigen Länder über ein Gesundheitsversorgungssystem verfügt, das eine so weitgehende Kontrolle über die gesamten Ressourcen erlaubt, die für das Gesundheitsversorgungssystem oder seine wichtigsten Sektoren aufgewendet werden.

In Kanada liegt die staatliche Krankenversicherung in den Händen der zehn Provinzen, wobei rund die Hälfte der Kosten von der Bundesregierung über ein "örtliches Wohlfahrtssystem" getragen wird. Im Bestreben, die Kosten einzudämmen, begrenzte die Bundesregierung im Jahre 1977 die Höhe ihrer Beitragssteigerungen auf die Wachstumsrate des Bruttosozialprodukts; alle darüber hinausgehenden Kosten mussten von den Provinzen übernommen werden. (Die Provinz Quebec hat ebenfalls Massnahmen zur Kosteneindämmung getroffen, darunter eine 2,5prozentige Herabsetzung der globalen Wachstumsrate der Krankenhauskosten.) Ein weiteres Land, das eine Art "örtliches Wohlfahrtssystem" kennt, ist Schweden, wo die Provinzräte den grössten Teil der Haushaltsmittel für die Gesundheitsversorgung selbst beschaffen und relativ unabhängig sind. Der zunehmende Kostendruck in der Gesundheitsversorgung führte im Jahr 1978 zu einem freiwilligen Abkommen zwischen der schwedischen Regierung und der Vereinigung der Provinzräte, wonach das mengenmässige Wachstum der Gesundheitsdienste auf 3,3 Prozent begrenzt wurde.

Die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland kann als liberales, auf Vereinbarungen durch Verhandlungen beruhendes System bezeichnet werden. Eine grosse Zahl von Krankenkassen bietet rund 90 Prozent der Bevölkerung Versicherungsschutz. Diese Kassen sind halböffentliche Institutionen, die von Vertretern der Versicherungsnehmer und der Arbeitgeber gemeinsam kontrolliert werden. Die Krankenkassen verwalten zusammen mit den Ärzten den ambulanten Betreuungssektor, während die Bundesländer für die Planung und Verwaltung der Krankenhäuser zuständig sind. Da Kapitalinvestitionen steuerbegünstigt sind, ist eine Kontrolle der Anwendung moderner medizintechnischer Verfahren möglich. Aus ähnlichen Gründen kann die Medizintechnik auch in den Niederlanden, die ebenfalls ein liberales, auf Konsens beruhendes System kennen, kontrolliert werden.

Auch Österreich kann zur Gruppe der Länder mit einem liberalen, auf Konsens beruhendem System gezählt werden, wo indirekte Ausgabenbegrenzen im Krankenhaussektor dadurch implizit wirksam werden, dass die Krankenhäuser zwar ihre Haushalte überschreiten können, dafür aber beim Signer (in der Regel einer staatlichen Stelle) um Deckung ersuchen müssen. Da man weiss, dass das Niveau der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen gleich hoch ist wie das Niveau der angebotenen Dienste, wird nur eine begrenzte Zahl von Ärzten von den Sozialversicherungskassen unter Vertrag genommen. Der herrschende Ärzteüberschuss hat indessen auch zu einer Zunahme der Zahl von praktizierenden Vertragsärzten geführt. Die einzige weitere quantitative Kontrollmassnahme ergibt sich aus der Tarifgestaltung im Rahmen des Systems der Vergütung nach Einzelleistungen.

Im liberalen, aber zentralisierten Gesundheitssystem Frankreichs hat man bereits Erfahrungen mit vielfältigen Kosteneindämmungsmassnahmen gesammelt. So wurde etwa im Krankenhaussektor eine signifikante mengenmässige Kontrolle der eingesetzten Ressourcen durchgeführt. Im Jahre 1972 wurde eine "Hospitalisierungskarte" aufgestellt, die sowohl den Ist- als auch den Sollzustand bezüglich der Pro-Kopf-Bettenquoten, der Verteilung kostspieliger Geräte und Sachmittel und anderer Faktoren zeigte. 1979 waren die wichtigsten Ziele erreicht, und das Gesundheitsministerium begann, die Investitionen und den Ausbau von Krankenhäusern einzuschränken. Die Planung des Systems umfasst heute beispielsweise auch die Aufhebung von Krankenhausbetten oder die Schliessung von Abteilungen dort, wo unausgenützte Kapazitäten vorhanden sind. Ferner wurden Betten zur Akutbetreuung in Langzeitpflegeplätze umgewandelt. In Übereinstimmung mit dem allgemeinen Konzept zur Überwachung der eingesetzten Ressourcen unterliegt auch der Zugang zu den medizinischen Fakultäten einem Numerus clausus.

Schliesslich ist auch das von den privaten Gesundheitsdienstorganisationen der Vereinigten Staaten gewählte Vorgehen zu erwähnen. Diese Organisationen, die als Health Maintenance Organizations (HMO) bezeichnet werden, bieten ihren Mitgliedern ein umfassendes Spektrum medizinischer Dienste gegen Prämienvorauszahlung an. Diese Programme erfassen jedoch nur einen ganz kleinen Teil der gesamten Bevölkerung.

## 2.2 Qualitätsnormen

In den auf der Tagung vertretenen Ländern hat man bisher nur relativ wenige Erfahrungen mit ausgesprochenen Qualitätsnormen gesammelt, ausgenommen auf dem Gebiet der Pharmazeutika, deren Anwendung in den meisten Ländern einer mehr oder weniger strengen Kontrolle unterliegt. Der bisher umfassendste Ansatz zur Einführung von Qualitätsnormen wurde nach den vorliegenden Berichten in den Vereinigten Staaten gemacht, und zwar mit Hilfe der Professional Standards Review Organizations (PSRO, Organisationen zur Überprüfung der Standesnormen). Obwohl ihre Tätigkeit auf Programme von Medicare, Medicaid und solche zum Schutze der Gesundheit von Mutter und Kind beschränkt ist, arbeiten zur Zeit 205 PSRO in 50 Bundesstaaten. Man hofft ferner, dass die PSRO neben ihrem Ziel der Qualitätsverbesserung auch zu einem besseren Kostenbewusstsein Anstoss geben werden. Mitglieder der PSRO sind ausschliesslich Ärzte, die gesetzlich dazu verpflichtet sind, "professionell entwickelte Pflege-, Diagnose- und Behandlungsnormen ... als wichtigste Punkte für die Auswertung und Überprüfung anzuwenden".

In Österreich enthalten sämtliche Verträge mit Ärzten eine Klausel, dass die Behandlung innerhalb der normalen Grenzen erfolgen muss, die auf der allgemein üblichen Praxis beruhen. Die Ärzte können für ihre Behandlungen, z.B. für die Zahl der durchgeführten Röntgenuntersuchungen, zur Rechenschaft gezogen werden. In den Niederlanden wird zur Zeit der Versuch gemacht, eine medizinische Rechnungsprüfung einzuführen, die Effizienz und Qualität miteinander verbindet. Zur Zeit sind die Informationen auf rein prozessorientierte Massnahmen wie Sicherheit, Hygiene, Zahl der diensttuenden Nachtschwestern usw. beschränkt. In Israel hat die Frühphase zum Aufbau einer Qualitätskontrolle begonnen. Dieses Programm soll Prozess- und Ergebnisprüfungen in Krankenhäusern wie auch in ambulanten klinischen Diensten umfassen, einschliesslich medizinischer Aufzeichnungen, durch Kassenärzte der Krankenversicherung und einer Überprüfung des ärztlichen Verordnungsverhaltens, die sich nicht nur auf die Quantität beschränkt.

In Frankreich gibt es nur in grossen Krankenhäusern Qualitätskontrollsysteme; dort werden sie auch als Instrument zur Kosteneindämmung verwendet. Sie stehen unter der Kontrolle der Ärzteschaft. In Frankreich sind derzeit auch Forschungen zur Messung verschiedener Parameter wie der medizinischen Wirksamkeit, des mit bestimmten Verfahren verbundenen Risikos, der Verfügbarkeit und Zugangsmöglichkeit sowie des Komforts der Patienten im Gange. Im Vereinigten Königreich besteht kein globales Qualitätskontrollsystem, doch gibt es solche in bestimmten kleinen Gebieten. Ein Beispiel dafür ist die im Laufe der vergangenen 15 Jahre durchgeführte vertrauliche Untersuchung über die Müttersterblichkeit, wo jeder Todesfall von einer Gruppe beigezogener Experten überprüft wurde. Eine neuere Untersuchung ähnlicher Art, wenn auch weniger weit bis in die Einzelheiten analysiert, ist die Untersuchung über die Perinatalsterblichkeit. Ferner sind im Vereinigten Königreich zur Zeit Versuche über die Schaffung von Planstellen für Krankenhauskliniker im Gange. Obwohl dafür in erster Linie Kostenerwägungen ausschlaggebend sind, ist eine Bewertung der Betreuungsqualität ein notwendiger Bestandteil solcher Versuche. Was das Vereinigte Königreich betrifft, waren die Tagungsteilnehmer schliesslich der Ansicht, dass auch in den Versuchen, den verschiedenen Regionen Ressourcen entsprechend den Gesundheitsbedürfnissen ihrer Bevölkerung zuzuteilen, eine Qualitätskontrollmassnahme zu sehen ist.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht ein umfassendes Wirtschaftlichkeitsüberwachungssystem, das gemeinsam von den Krankenkassen und den berufsständischen Organisationen verwaltet wird und alle in der ambulanten Betreuung tätigen Ärzte beaufsichtigt; dadurch gewinnt man sehr ausführliche Informationen über die von jedem Arzt angewendeten Behandlungsmethoden. Die gewonnenen Daten werden dann mit den Daten einer gleichartigen Kontrollgruppe in derselben Region verglichen, worauf Ärzte, deren Kosten bzw. Zahl von Behandlungen bedeutend über dem Durchschnitt liegen, ermittelt und von einem gemeinsamen Ausschuss überprüft werden, der Strafen aussprechen kann, wenn der Arzt nach Meinung des Ausschusses verschwenderisch gehandelt hat. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es auch ein System, um die Richtigkeit von Laboruntersuchungsergebnissen zu überprüfen. Laboratorien, deren Ergebnisse ausserhalb einer akzeptierten Bandbreite liegen, erhalten keine finanziellen Beihilfen mehr. In Schweden gibt es schliesslich einen Ausschuss für die Verantwortlichkeit des Arztes, der dem staatlichen Gesundheits- und Wohlfahrtsamt angegliedert ist und disziplinarische Gewalt hat, von der jedoch selten Gebrauch gemacht wird.

### 2.3 Haushaltmässige und finanzielle Anreize und Kontrollmassnahmen

Das Ziel haushaltmässiger und finanzieller Anreize und Kontrollmassnahmen kann sowohl der Umfang als auch der Preis der Gesundheitsversorgung sein. Ein Beispiel für die direkte Beeinflussung des Leistungsumfanges der Gesundheitsdienste liefert das vom Kupa Holim Health Insurance Fund in Israel gewählte Konzept, das der versicherten Bevölkerung, zu der 77 Prozent der Gesamtbevölkerung des Landes zählen, eine umfassende Gesundheitsversorgung bietet. Dieser Fonds besitzt, erbaut und betreibt Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung und beschäftigt Ärzte, Pflegefachkräfte, paramedizinisches, administratives, Lehr- und Forschungspersonal, die hauptamtlich angestellt und besoldet werden. Die Einrichtungen des Fonds werden auf regionaler Grundlage organisiert, wobei jeder Region entsprechend der Grösse und der Altersstruktur ihrer Bevölkerung eine bestimmte Zahl von Bettentagen zugeteilt wird. Der regionale Medizinaldirektor verhandelt dann seinerseits mit den Krankenhäusern der Region über ihre Zuteilung von Bettentagen. Er ist ferner dafür verantwortlich, die Bereitstellung der gemeindenahen Dienste zu gewährleisten, was teilweise Einfluss darauf hat, welche Art von Krankenhausdiensten er in der Region geleistet sehen möchte. Bei der Zuteilung von Bettentagen an die Krankenhäuser, die auf dem Verhandlungsweg vereinbart wird, achtet der regionale Medizinaldirektor insbesondere darauf, wie kostspielig die Krankenhäuser im Vergleich mit dem nationalen Durchschnitt sind. Wenn ein Krankenhaus dem Wunsch des regionalen Medizinaldirektors, entweder Form und Struktur oder die Kosten seiner Dienstleistungen zu ändern, nicht nachkommt, kann er die Patienten einem anderen Krankenhaus zuweisen. Damit gewährleistet dieses System in gewissem Grad eine direkte Kontrolle über den Umfang der Dienstleistungen, beeinflusst indirekt die Kosten und erlaubt eine simultane Planung des gemeindenahen Sektors und des Krankenhausesektors.

Zu den übrigen Kosteneindämmungsmassnahmen dieses Fonds zählen Beschränkungen des Ressourceneinsatzes an Kapital und Arbeit. Im Bereich der Arzneimittel gibt es verschiedene Formen der Kosteneindämmung. Die Haushalte der Bezirke werden nach der Grösse der Bevölkerung und dem prozentualen Anteil der über 45jährigen festgelegt. Die Krankenhausbetten sind in eine niedrige, eine mittlere und eine hohe Kostenkategorie eingeteilt, und die Arzneimittelbudgets der Krankenhäuser widerspiegeln die Bettenzahl jeder Kategorie, unabhängig vom Grad der Bettenbelegung. Darüber hinaus gibt es Gesundheitserziehungsprogramme für die Öffentlichkeit, während für Ärzte Lehrgänge über Arzneimittelverordnung eingeführt wurden. Der Fonds hat ferner eine bestimmte Zahl von Betten aufgehoben und neue Betten für die Tagesbetreuung geschaffen. Schliesslich hat das Planungssystem des Fonds die Entwicklung im Sektor der Primärversorgung verstärkt vorangetrieben.

Im liberalen, auf Konsens beruhenden Gesundheitsversorgungssystem der Niederlande spielte der Staat bis vor kurzem nur eine geringe Rolle in den Bemühungen zur Kosteneindämmung durch Verwendung haushaltmässiger und finanzieller Anreize und Kontrollmassnahmen; durch ein Gesetz vom Jahr 1980 wurde nun aber ein neues Zentralbüro zur Festsetzung der Gebühren für die Gesundheitsversorgung geschaffen, insbesondere der Gebühren für Krankenhäuser, Allgemeinärzte und Fachärzte. (Fachärzte werden nach Einzelleistungen bezahlt, Allgemeinärzte werden pro Patient pauschal entschädigt.) Da die Krankenhäuser durch eine Tagespauschale entschädigt werden, erhalten sie einen Anreiz zur Maximierung der Zahl von Bettentagen. Die Sozialversicherungskassen richten ihre Anstrengungen darauf, Menge und Umfang der Dienstleistungen unter Kontrolle zu bringen. Traditionell orientierte sich die Kosteneindämmung in den Niederlanden bisher stets an den erbrachten Leistungen, während sie sich heute immer stärker nach dem Einsatz und Aufwand an Ressourcen ausrichtet. Die Anwendung medizintechnischer Verfahren wird überwacht, und man versucht auch andere Aufwendungen zu beschränken, u.a. für paramedizinisches Personal. Erwogen wird auch die Förderung der ambulanten Behandlung und die Verbesserung der Einrichtungen für Allgemeinpraktiker. 1981 wurde ein Gesetz über die Planung der Gesundheitsversorgung verabschiedet, das die Aufstellung von Regionalplänen vorschreibt und vielleicht die regionale Haushaltplanung fördern wird. Ein Experiment, das vor kurzem in drei Krankenhäusern begann und über das Verhandlungen sowohl mit Krankenkassen als auch privaten Versicherungsgesellschaften geführt wurden, soll für die Krankenhäuser Haushaltpläne für eine Dreijährperiode aufstellen, die auf dem früheren Dienstleistungsumfang und den Inflationserwartungen beruhen. Bei höheren Inflationsraten werden die Haushaltpläne aufgestockt. Um zu verhindern, dass die Krankenhäuser Patienten, die eine kostspielige Behandlung benötigen, in andere Krankenhäuser abschieben, wurde ein Überwachungssystem eingerichtet.

In der Bundesrepublik Deutschland folgte auf eine kurze Periode der freiwilligen Kosteneindämmung Mitte der siebziger Jahre der Erlass eines Bundesgesetzes über die Kosteneindämmung in der Krankenversicherung im Jahre 1977. Zu seinen wichtigsten Bestimmungen zählen die Schaffung einer nationalen Institution für eine "konzertierte Aktion im Rahmen des Gesundheitsversorgungssystems" unter Einschluss sämtlicher Interessengruppen, ferner die Festsetzung der Gesamthöhe der Vergütungsleistungen an ausserhalb der Krankenhäuser tätige Ärzte und Zahnärzte, die im voraus erfolgt, wenn nötig mit obligatorischer Schlichtung, sowie die Festsetzung der Gesamtausgaben für Arzneimittel auf dem Verhandlungswege. Neben Bemühungen zur Kontrolle des Einkommens der nicht im

Krankenhaussektor tätigen Ärzte werden zur Zeit neue Methoden zur Kosteneindämmung erprobt, wobei der Arzt nicht nur als Verursacher direkter Kosten betrachtet wird, sondern auch als Träger von Entscheidungen, die die Kosten in anderen Sektoren des Systems beeinflussen. Im Rahmen eines in Bayern laufenden Versuchs wurde eine Reihe von Vertragsbestimmungen über wirtschaftliche Anreize für Ärzte in einem Vertrag zwischen verschiedenen Krankenkassen und der Bayerischen Vereinigung frei praktizierender Ärzte aufgenommen. Diese Anreize sollen das Verhalten des Arztes in der Weise beeinflussen, dass sowohl die Zahl der Krankenseinweisungen als auch die Ausgaben für Pharmazeutika und Physiotherapie sinken und die Zahl der ärztlichen Krankheitszeugnisse und/oder die Krankentaggelder eingeschränkt werden. Ein entscheidendes Merkmal dieses Vertrags ist indessen die Tatsache, dass der einzelne Arzt keinen direkten Anreiz erhält, sich in der erwünschten Weise zu verhalten. Grundlage des Anreizsystems ist vielmehr die Leistung der Ärzte in ganz Bayern. Der einzelne Arzt hat nur dann einen Nutzen, wenn die Gesamtleistung aller seiner Kollegen die Verwirklichung der gesetzten Ziele erlaubt. Der einzige direkt auf den Arzt ausgeübte Druck, sein Verhalten zu ändern, besteht daher in "gütlichem Zureden".

Im Krankenhaussektor, der von den Bundesländern geplant und verwaltet wird und sich erheblich vom Sektor der ambulanten Betreuung unterscheidet, hat der Kostendruck zu verschiedenen Gesetzesvorlagen der Bundesregierung im Jahre 1981 geführt, u.a. den folgenden:

- a) eine Herabsetzung der Zahl unausgenützter Krankenhausbetten (gegenwärtig 50 000) durch das Angebot von Beihilfen für die Neuverwendung dieser Betten für andere Zwecke wie z.B. die Langzeitbetreuung,
- b) bessere Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern bei der Verwendung kostspieliger technischer Geräte,
- c) Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen über den Tagessatz der Krankenhäuser, wobei die Bundesländer wenn nötig als Schlichtungsstelle tätig werden,
- d) die gemeinsame Überwachung des Wirtschaftsgebarens der Krankenhäuser durch die Krankenkassen und die Krankenhäuser selbst,
- e) die Anpassung der Tagessätze je nach der Art des Falles (freiwillig),
- f) Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern auf Bundesebene über empfohlene Personal/Betten-Quoten und
- g) Einschränkung ambulanter Einrichtungen in Krankenhäusern.

Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Gesetzesvorschläge Massnahmen zur Kontrolle sowohl von Umfang und Preis der Dienstleistungen als auch deren Inanspruchnahme umfassen. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass das in der Bundesrepublik Deutschland herrschende System der Vergütung nach Einzelleistungen gelegentlich dazu benutzt wurde, die Aktivität in bestimmten Sektoren durch eine entsprechende Gebührenregelung zu stimulieren oder einzuschränken.

Österreich ist als weiteres Land mit einem liberalen, auf Konsens beruhenden System zu bezeichnen. Die verschiedenen Krankenversicherungskassen schliessen ihre Verträge direkt mit den Leistungsträgern ab, d.h. den Ärzten, Krankenhäusern, der pharmazeutischen Industrie usw. Bis 1977 führte jedes Krankenhaus seine eigene Betriebskostenrechnung, und die von den Krankenkassen bezahlten Tagessätze waren je nach Krankenhaus verschieden. Im allgemeinen deckten die Tagessätze jedoch nicht die gesamten Kosten, so dass die Fehlbeträge (oft bis zu 50 Prozent) von der öffentlichen Hand als Eigentümer der Krankenhäuser bezahlt werden mussten, d.h. von der Bundesregierung, den Regierungen der Bundesländer und den Gemeinden. Diese Ordnung sorgt dafür, dass kein Anreiz besteht, die Patienten übermässig lange im Krankenhaus zu behalten, da die Betriebskosten der Krankenhäuser in vollem Umfang garantiert sind und übermässige Kosten in der Öffentlichkeit Unwillen erregen könnten. Ferner wurden auch Akutbetten in Langzeitpflegeplätze umgewandelt. Seit 1977 dürfen die Krankenhäuser ihre Tagessätze jedoch nur um den gleichen Prozentsatz erhöhen, wie die Einkünfte der Krankenkassen im Vorjahr gestiegen sind.

In Frankreich hatten die Krankenhäuser bis 1979 finanziell freie Hand, was ihre Betriebskosten betrifft, und wurden vom Gesundheitsministerium durch eine Tagespauschale entschädigt. 1979 wurde jedoch ein globaler Haushalt eingeführt. Die Zunahme der gesamten jährlichen Betriebskosten durfte die Zuwachsrate des Bruttosozialproduktes nicht übersteigen. Überdies wurde die Anstellung von

Krankenhauspersonal einer Regelung unterstellt, wobei 1979 eine Zuwachsrate von 1 Prozent erlaubt war, während für 1980 ein Nullwachstum vorgeschrieben wurde. (Diese Zahlen sind mit den durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten von 6 Prozent pro Jahr im Zeitraum 1970-1978 zu vergleichen.) Zudem müssen die Krankenhäuser heute bei neuen Investitionen deren potentielle Kosten berücksichtigen, d.h. Haushaltvoranschläge aufstellen, aus denen hervorgeht, wie hohe zusätzliche Kosten ihre Projekte nach sich ziehen werden.

Was die ambulante Versorgung betrifft, befassen sich die Systeme der sozialen Sicherheit mit der Regelung der Gebühren und der Nachfrage. In den siebziger Jahren wurde ein nationales System jährlich ausgehandelter Verträge ("Konventionen") geschaffen. In den Jahren 1971, 1975 und 1980 wurden drei Konventionen unterzeichnet, in denen ein System von "Profilen" der vom einzelnen Arzt durchgeführten Verrichtungen geschaffen (Zahl der Besuche und der verordneten medizinischen Präparate) und das Verfahren zur Festsetzung der Standardgebühren für die üblichen medizinischen Dienstleistungen für das betreffende Jahr festgelegt wurde. Die neueste, 1980 abgeschlossene Konvention setzte eine Norm für den jährlichen Anstieg der Gesamtausgaben für ambulante Dienste, der auf die Höhe der Zuwachsrate des Bruttosozialprodukts begrenzt wurde.

Die Stückpreise für medizinische und insbesondere pharmazeutische Erzeugnisse unterliegen einer zentralen Preisüberwachung. Im Rahmen weiterer Bemühungen zur Kosteneindämmung wurden zwei Experimente in Angriff genommen, einerseits ein nach Fachabteilungen gegliederter Haushalt mit eingebauten finanziellen Anreizen, andererseits die Entwicklung der Kostenberechnung für die einzelnen Komponenten der Krankenhausbetreuung.

Von den Ländern mit liberalen Gesundheitsversorgungssystemen steht die Schweiz mit ihren rund 700 Krankenkassen gegenüber Frankreich am entgegengesetzten Ende des Spektrums. Das System der sozialen Sicherung kommt nur für rund 20 Prozent der Mittel für die medizinische Versorgung auf, der Rest wird durch private Versicherungen und eine Kostenbeteiligung der Patienten aufgebracht. Die Prävalenz der prozentualen Kostenbeteiligung und der unterschiedliche Leistungsumfang der Krankenversicherung sind als die wichtigsten Methoden der Kosteneindämmung in der Schweiz zu betrachten.

Das irische Gesundheitsversorgungssystem lässt sich vielleicht am besten als nationaler Gesundheitsdienst charakterisieren, der ein privates System überlagert. Den Krankenhäusern wird ein auf dem Verhandlungsweg festgelegter Pauschalbetrag als Haushalt zur Verfügung gestellt. Rund 75 Prozent der stationär betreuten Patienten entfallen auf den öffentlichen Sektor, 25 Prozent auf den privaten Sektor. Die Fachärzte werden für Privatpatienten nach Einzelleistungen entschädigt, für Kassenpatienten dagegen in der Regel nach Patiententagen. Dieses letztere System gilt allgemein als unzweckmässig, weshalb in den letzten fünf Jahren versucht wurde, auf dem Verhandlungsweg zu einem neuen System zu kommen. Nach der heutigen Regelung ist jeder Arzt für eine bestimmte Anzahl Krankenhausbetten zuständig und entscheidet damit über die Patientenaufnahmen, die Aufenthaltsdauer usw.

In der kanadischen Provinz Quebec sind eine Reihe finanzielle Kontrollmassnahmen und Zielsetzungen aufgestellt worden. Eine davon bestand darin, den Krankenhausverwaltern ein erreichbares Ziel vorzugeben, das ihre Ausgaben verringern würde. Ein zweites Massnahmenbündel zielt auf die Beseitigung von Ungleichheiten in den Krankenhausbudgets ab, die dadurch entstanden, dass die Haushaltpläne auf historischen Kosten beruhten. Mit Hilfe einer ausgeklügelten statistischen Methode wurden die Krankenhäuser in Gruppen von Kliniken mit unausgenützten Ressourcen und solche mit zu wenig Ressourcen gegliedert und die vorhandenen Mittel zwischen diesen Gruppen neu aufgeteilt. Um Krankenhäuser mit überschüssigen Ressourcen zu veranlassen, in Zukunft nicht ihren gesamten genehmigten Haushalt auszugeben, wurden Anreize sowohl bezüglich der Produktivität als auch des Dienstleistungsumfangs geschaffen. In Quebec wurde schliesslich der Ausbau des Krankenhausesektors teilweise dezentralisiert und der Zuständigkeit der Regionalräte unterstellt. Auf der Ebene des Ministeriums besteht ein formelles Planungssystem zur Behandlung der Anträge der Regionalräte. Um über verschiedene miteinander im Wettbewerb stehende Anträge zu entscheiden, werden verschiedene Indizes in bezug auf umfassende Programme verwendet, z.B. Präventionsprogramme, langfristige Programme usw.

In Kanada wurden auch Erfahrungen mit der Umwandlung von Akutbetten in Langzeitpflegeplätze gesammelt. Wo dies möglich war, wurden ferner Patienten, die lange Reisewege zurückzulegen hatten, in Betreuungshäusern untergebracht und ambulant behandelt. Grosses Gewicht wurde ferner auf die Entwicklung der Primärversorgung als Ersatz für den Krankenhausesektor gelegt, wobei die Kosteneindämmung eines der Hauptziele war.

Im dezentralisierten Wohlfahrtssystem Schwedens gibt es nur wenige spezifische Instrumente zur Kontrolle der gesamten Krankenhauskosten, da alle Defizite von den Provinzräten gedeckt werden. Überdies besteht ein Anreiz, nicht die gesamten bewilligten Mittel auszugeben, da die Krankenhäuser und Gesundheitszentren einen Teil ihrer Haushalteinsparungen einbehalten und für den Kauf von Geräten und Einrichtungen verwenden dürfen.

Im staatlichen Planungssystem Griechenlands wird ein ganz verschiedenes Haushaltsverfahren angewendet. Der Staat stellt detaillierte Haushaltpläne für die Provinzen auf (die in den letzten Jahren äusserst knapp bemessen waren), die den Krankenhäusern sodann äusserst detaillierte, nach einzelnen Ausgabenarten gegliederte Haushaltpläne vorschreiben. Weder die Provinzen noch die einzelnen Krankenhäuser können Mittel von einem Betreuungssektor auf den andern umverteilen. Dadurch wird ein Anreiz geschaffen, alle für einen bestimmten Sektor bewilligten Mittel auszugeben. Falls Engpässe entstehen, können zusätzliche Mittel beantragt werden, was jedoch sehr schwierig und mit Unannehmlichkeiten verbunden ist. Nebenleistungen werden den Patienten in Rechnung gestellt. Seit der Einführung eines Entschädigungssystems durch einen festen Tagessatz ist die Inanspruchnahme von Nebenleistungen zurückgegangen.

Wie bereits erwähnt, besteht im Vereinigten Königreich eine globale Überwachung sämtlicher Ausgaben der Krankenhäuser und des gemeindenahen Sektors. Was die finanziellen Anreize betrifft, wird eine Kosteneindämmung u.a. dadurch angestrebt, dass man den Gesundheitsbehörden erlaubt, 1 Prozent ihrer Einkünfte auf das folgende Jahr zu übertragen, wodurch der Druck geringer wird, sämtliche Einkünfte bis zum Ende des laufenden Jahres auszugeben, selbst wenn dafür kein zwingender Grund besteht. Im Vereinigten Königreich ist auch eine Umverteilung von Kapital- und Einkommensmitteln in beschränktem Ausmass erlaubt, wodurch die Gesundheitsbehörden einen grösseren finanziellen Spielraum erhalten. Ferner bemüht man sich um die Entwicklung eines Kostenbewertungssystems für die Fachabteilungen der Krankenhäuser, vor allem mit dem Ziel, die Finanzplanung und -verwaltung im Krankenhaussektor zu verbessern. Die Einführung der Kostenberechnung nach Fachabteilungen erlaubt überdies Experimente zur Aufstellung gegenseitig vereinbarter Haushaltpläne für klinisch tätige Ärzte (die besoldet sind), die auch Anreize enthalten, diese Haushaltpläne einzuhalten.

Das Vereinigte Königreich verfügt ferner über ein formelles Planungssystem, das u.a. die Aufstellung strategischer Pläne durch die einzelnen Regionen vorsieht, die sodann vom Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit geprüft werden. Als Planungsinstrument wird zur Zeit ein Standard-Programmbudget entwickelt, das eine umfassende Planung und Analyse des Krankenhaussektors wie auch des gemeindenahen Sektors erlauben wird. Schliesslich wird auch die Zahl der neu eintretenden Studenten an den medizinischen Fakultäten streng überwacht.

#### 2.4 Informationsrückfluss an die Leistungsträger und Benutzer

Der Informationsrückfluss ist ein weiterer Bereich, der nach Ansicht der Tagungsteilnehmer relativ schlecht entwickelt ist. Obwohl eine Reihe von Ländern Bemühungen auf diesem Gebiet unternimmt (siehe unten), etwa im Bereich der Qualitätsüberwachung, ist der Informationsrückfluss an die Leistungsträger und Benutzer im allgemeinen eher eine Randerscheinung in der Gesundheitsversorgung. Sie wird jedoch wahrscheinlich an Bedeutung gewinnen. Aus vielen Ländern wird berichtet, dass ein gewisser Informationsrückfluss in Form von Gesundheitserziehungsprogrammen sowie im Bereich der Pharmazentika erfolgt. Der Kürze halber werden im folgenden nur wenige davon genannt, doch wird auf andere weiter hinten verwiesen.

Im Vereinigten Königreich wurde ein detailliertes Informationssystem zur Analyse der Krankenhausaktivitäten entwickelt, das den klinischen Ärzten Informationen liefern soll, die ihnen erlauben, ihre Leistung auf verschiedenen Gebieten mit der ihrer Kollegen zu vergleichen. Die Hauptanstrengung galt hier dem Arzneimittelbereich: Ärzte, die ein ungewöhnliches Verordnungsverhalten zeigten, wurden auf diesen Tatbestand aufmerksam gemacht. Die Ärzte erhalten Informationen über Arzneimittelpreise durch verschiedene Veröffentlichungen wie die "British National Formulary", die Ratschläge über Preise und Wirksamkeit der Arzneimittel enthält und kostenlos versandt wird. Das ebenfalls kostenlose "Drugs and Therapeutics Bulletin" enthält Informationen über die komparative Wirksamkeit verschiedener Arzneimittelgruppen. Ferner befassen sich auch örtliche Ausschüsse mit Fragen der Kostenwirksamkeit und des Verordnungsverhaltens. Der wichtigste Informationsrückfluss an die Benutzer erfolgt im Vereinigten Königreich über das Netz der Community Health Councils (Gemeindegesundheitsräte) in England und Wales und die Local Health Councils (örtliche Gesundheitsräte) in Schottland, deren Aufgabe die Vertretung der Benutzerinteressen im Nationalen Gesundheitsdienst ist. Sie besitzen gewisse Rechte, Zugang zu Informationen der Gesundheitsbehörden zu erhalten, sowie das Recht auf Anhörung über Fragen der Planung, mögliche Änderungen in der Benutzung bestehender Einrichtungen und deren Schliessung. Es gibt auch einen "Ombudsmann für Gesundheitsfragen", doch beschränkt sich seine Zuständigkeit auf Fragen ausserhalb des Bereichs der klinischen Beurteilung.

In Israel sind Experimente über Vorkehrungen im Gang, um den Leistungsträgern Rückmeldungen über die Wirksamkeit der Prävention zukommen zu lassen. Ähnliche Informationen werden auch den Benutzern vermittelt. Dieser Informationsrückfluss hängt entscheidend von zuverlässigen medizinischen Aufzeichnungen ab. Was die Kosten betrifft, wurden die Kosten eines Krankenhaustages in weiten Kreisen der Öffentlichkeit bekanntgemacht. Um zu ermitteln, warum die Benutzer mit den Leistungsleistungen unzufrieden sind, wurde u.a. eine jedermann offenstehende Telefonleitung zu den verantwortlichen Führungskräften eingerichtet. Zudem werden Erhebungen durchgeführt, um abzuschätzen, wie zufrieden die Benutzer mit den verschiedenen Formen der Gesundheitsversorgung sind.

In Finnland erhalten die Ärzte routinemässig genaue Angaben über die Kosten ihrer Arzneimittelverordnungen und auch über die Kosten anderer Behandlungen. Jedes Krankenhaus verfügt über eine Preisliste der empfohlenen Arzneimittel. Sehr kostspielige Behandlungen müssen von einem Facharzt genehmigt werden und können in gewissen Fällen nur an bestimmten Orten durchgeführt werden. Was die Benutzer betrifft, wurden grössere Gesundheitserziehungsprojekte in Angriff genommen.

In der Bundesrepublik Deutschland ist zur Zeit in Bayern ein Experiment im Gange, das in jedem Fall ein sehr beträchtliches Mass an Informationsrückmeldungen an die Leistungsträger gewährleisten wird. Überdies schreiben die neuesten bundesrechtlichen Bestimmungen vor, dass jeder Arzt regelmässig über die Zahl der von ihm ausgestellten Rezepte und die Zahl der Patienten informiert wird, die er an einen Facharzt überwiesen hat. Was die Benutzer betrifft, erhalten sie im Rahmen einer Versuchsordnung derzeit mehr Informationsrückmeldungen. Dies ist Teil einer generellen Politik, den Patienten gesamthaft mehr Feedback zu geben.

In Frankreich hat man Versuche durchgeführt, um den Patienten ein besseres Wissen über ihre eigenen Krankheiten zu vermitteln. Ferner besteht die Tendenz, dass die Pädiater lieber Hausbesuche machen, als ihre Patienten in der Sprechstunde zu behandeln, damit sie die Mütter über die häuslichen Gefahren und Behandlungsmöglichkeiten aufklären können. In Frankreich hat man auch Versuche unternommen, den Patienten Rechnungen zuzusenden, um sie über die Kosten ihrer Behandlung aufzuklären. Im Bestreben, den Ärzten das Anliegen der Kostenrückmeldung näherzubringen, umfasst der medizinische Studienplan auch Unterricht in Gesundheitsökonomie, wenn auch dafür nur relativ wenig Zeit zur Verfügung steht.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Benutzer im allgemeinen dort Kostenrückmeldungen erhalten, wo man eine private Gesundheitsversorgung oder eine nennenswerte Kostenbeteiligung kennt.

### 3. Beurteilung von Kosteneindämmungsstrategien

In der obenstehenden Übersicht sind die verschiedenen Ansätze und Methoden zur Kosteneindämmung in den auf der Tagung vertretenen Ländern dargestellt worden. Während für die Beschreibung der bestehenden Strategien eine Gliederung in vier verschiedene Gruppen zweckmässig war, lassen sich die Ergebnisse dieser Strategien besser überprüfen, wenn sie mindestens teilweise gesamthaft betrachtet werden. Die Ergebnisse der vorwiegend wirtschaftlich orientierten Strategien, d.h. solcher, die auf eine Angebotsbeschränkung durch Beschränkung der Ressourcen und Dienstleistungen einerseits und durch haushaltmässige und finanzielle Anreize und Kontrollmassnahmen andererseits abzielen, werden daher im folgenden zusammen erörtert werden. Darauf folgt eine Analyse des Informationsrückflusses und der Qualitätsüberwachung. Schliesslich wird die Frage kurz erörtert, welche Art der Bewertung von Kosteneindämmungsstrategien und der Schwierigkeiten ihrer Verwirklichung am zweckmässigsten ist.

#### 3.1 Beschränkung der Mittel und Dienstleistungen sowie haushaltmässige und finanzielle Anreize und Kontrollmassnahmen

Die Teilnehmer waren einstimmig der Ansicht, dass grössere Mittel und vermehrte Dienstleistungen selbst eine zusätzliche Nachfrage erzeugen. Daher sind diejenigen Länder und Gesundheitssysteme, deren Organisation und Finanzierungsmethoden ihnen eine umfassende oder nahezu vollständige Kontrolle der Ressourcen und Dienstleistungen erlaubt, in einer relativ günstigen Lage hinsichtlich der Kosteneindämmung. Zentralisierte Wohlfahrtssysteme und staatliche Planungssysteme verfügen in dieser Hinsicht über die grössten Einflussmöglichkeiten; der Erfolg ihrer Kosteneindämmungsbemühungen wurde denn auch im allgemeinen als besser beurteilt als in den meisten anderen Ländern. Diese Länder waren ferner in der Lage, wenn auch in unterschiedlichem Grad, ihre Gesundheitsversorgungssysteme in umfassender Weise zu bewerten und zu planen. Auch dies verlieh den genannten Systemen zumindest potentiell grosse Vorteile in ihren Kosteneindämmungsbemühungen. (Wie wir noch sehen werden, ist die Unfähigkeit zu einer umfassenden Planung wahrscheinlich in vielen Ländern das grösste Hindernis für ihre verschiedenartigen Bemühungen zur Kosteneindämmung.)

Für ein zweischneidiges Schwert hielt man dagegen finanzielle Kontrollsysteme von nachhaltiger und nachgewiesener Wirksamkeit wie etwa das Ausgabenbegrenzungssystem im Vereinigten Königreich. Dieses war nicht als Finanzplanungssystem für den nationalen Gesundheitsdienst geschaffen worden, sondern es war ein Nebenprodukt des Prozesses der allgemeinen Planung und Überwachung der Staatsausgaben. Vor seiner Einführung beruhte die Planung auf einer mengenmässigen Grundlage, woraus sich die Fähigkeit ergab, die Entwicklung des Systems rational zu planen. Im heutigen System werden staatliche Ausgaben Grenzen für Geldausgaben festgelegt, die automatisch der Inflationsrate angepasst werden. Wenn die Inflation die Schätzungen der Regierung übertrifft, wie dies neulich der Fall war, wird der Ausgabenumfang eingeschränkt. Oft ist es dann unmöglich, die Planungsprioritäten beizubehalten, da die nötigen Mittelleinsparungen nicht richtig eingeplant werden können und oft auf improvisierte Art und Weise erzielt werden müssen. Auf diese Weise werden die enormen Vorteile, über die das System aufgrund seiner Fähigkeit zu einer umfassenden Planung verfügt, durch das Ausgabenbegrenzungssystem ernsthaft in Frage gestellt. Eine wirksame Ausgabenkontrolle wird zwar erreicht, jedoch zum Preis einer Unterminierung des Planungssystems.

Eine direkte Kontrolle der Ressourcenzuteilung ist bisweilen mit anderen Praktiken verbunden, die sich negativ auf die Effizienz auswirken können. So hat sich etwa herausgestellt, dass die streng begrenzten Haushaltpläne für jede einzelne Ausgabenart in den griechischen Krankenhäusern bisweilen Engpässe hervorriefen, die nur unter den grössten Schwierigkeiten zu überwinden waren. Zudem schafft diese Art der Haushaltplanung einen Anreiz, alle genehmigten Mittel für jeden Ausgabenbereich auszugeben, gleichgültig ob diese Ausgaben nötig sind oder nicht. Als positive Anreize zur Kosteneindämmung wurden im Vereinigten Königreich praktizierte Methoden der Haushaltplanung betrachtet, die eine grössere Flexibilität ermöglichen, z.B. dadurch, dass ein geringer Teil der Mittel auf das folgende Jahr übertragen werden kann, oder dass eine begrenzte Mittelverlagerung zwischen Kapital und Einkommensmitteln möglich ist.

Ein Beispiel für die grossen Möglichkeiten zur Kosteneindämmung in einem Versicherungssystem liefert die Krankenversicherung Kupat Holim in Israel. Diese steht zwar am äussersten Rande des Spektrums der Versicherungssysteme, da sie sich auf einen hohen Prozentsatz der gesamten Bevölkerung erstreckt und selbst Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung besitzt, doch hat ihr oben ausführlich beschriebenes, relativ umfassendes Konzept zur Kosteneindämmung einen nicht zu unterschätzenden Erfolg gebracht. Seit der Einführung des Krankenhauplans für die Zuteilung von Bettentagen im Jahre 1976 hat die Zahl der Bettentage in Akutkrankenhäusern um 20 Prozent abgenommen; dieser Rückgang ist signifikant grösser als in anderen israelischen Krankenhäusern im gleichen Zeitraum. Als Gesamtwirkung der verschiedenen angewendeten Kosteneindämmungsstrategien war eine Abnahme der Kosten für die betreute Bevölkerung zu beobachten. Daraus wurde der Schluss gezogen, dass das günstige Ergebnis dieses konzeptionellen Ansatzes zur Kosteneindämmung auf die starke Betonung einer umfassenden Planung und Analyse, die besondere Beachtung des primären Sektors durch die Gesundheitsplaner und die Fähigkeit zur gleichzeitigen Beeinflussung der Kosten und der eingesetzten Ressourcen zurückzuführen ist.

Ein weiteres nichttypisches Versicherungskonzept sind die vorfinanzierten Versicherungssysteme in den Vereinigten Staaten, die ebenfalls nach dem Konzept einer globalen Haushaltplanung arbeiten, die Höhe der Ausgaben aber nicht begrenzen. Die verfügbaren Unterlagen deuten darauf hin, dass mit diesen Versicherungssystemen eine Senkung sowohl des Leistungsumfanges als auch der Kosten möglich war. Die ihr angeschlossenen Bevölkerungsgruppen sind jedoch nicht für die Gesamtbevölkerung charakteristisch, und ihr Versicherungsschutz ist nicht immer so umfassend wie derjenige anderer Krankenversicherungskassen.

Dezentralisierte Wohlfahrtssysteme wie etwa das schwedische System verfügen zwar nur über relativ beschränkte Möglichkeiten für eine wirksame globale Kostenkontrolle, da die Provinzen für die Finanzierung der Gesundheitsdienste eine beherrschende Rolle spielen, doch haben sie nicht mit so vielen Problemen zu kämpfen wie die Krankenversicherungen anderer Länder. Eine nähere Prüfung der schwedischen Kosteneindämmungsstrategien zeigt jedoch sehr anschaulich, dass die Fähigkeit zur Kosteneindämmung weitgehend von denselben Faktoren abhängt, die die Kosteneindämmung auch in den von Versicherungen getragenen Systemen und anderen Arten von Gesundheitsversorgungssystemen beeinflussen. Die in Schweden gesammelten Erfahrungen sollen daher relativ ausführlich erörtert werden, um die nötigen Lehren daraus zu ziehen; anschliessend wird auf ähnliche oder gemeinsame Erscheinungen in anderen Systemen hingewiesen.

Die Kosteneindämmungspolitik Schwedens ist von einer Reihe durchwegs zu verfolgender Züge gekennzeichnet, u.a. eine zentrale, wenn auch indirekte Bewirtschaftung von Baukrediten, ein hochentwickeltes Planungs- und Haushaltplanungssystem auf Provinzebene, das in den vergangenen Jahren darauf ausgerichtet war, Verbesserungen im Primärsektor und im gemeindenahen Sektor auf Kosten des Akutversorgungssektors herbeizuführen (wovon man sich Kostensenkungen versprach), sowie eine vor

kurzweilig geschlossene Vereinbarung zwischen der schwedischen Regierung und der Vereinigung der Provinzräte über eine Begrenzung der Zunahme des Leistungsumfanges auf 3,3 Prozent. Die Bewirtschaftung der Mittel für das Bauwesen hatte wie geplant sehr günstige Rückwirkungen auf den Primärsektor und den gemeindenahen Sektor. Sehr schwer betroffen wurde jedoch der Akutbetreuungssektor: Unter dem Druck der Mittelbeschränkungen in diesem Sektor, gepaart mit dem Trend zur Dezentralisierung, musste das System der Baukreditbewirtschaftung aufgegeben werden, was einen Anstieg des Investitionsanteils der Akutkrankenhäuser von 10 auf 30 bis 35 Prozent zur Folge hatte. Die Teilnehmer zogen daraus den Schluss, dass bei der Anwendung von Kosteneindämmungsmassnahmen grosse Vorsicht am Platze ist, um zu vermeiden, dass sie derart einschneidend angewendet werden, dass ein zu starker Gegendruck entsteht.

Die beabsichtigte Gewichtsverlagerung vom Sektor der Akutkrankenhäuser auf den Primärsektor, von dem man sich eine Kostensenkung versprach, vollzieht sich weit langsamer als geplant. Die Primärversorgung bleibt hinter der geplanten Entwicklung zurück, während die Akutkrankenhäuser ihre Ziele erreicht oder gar übertroffen haben. Zur Erklärung wurden mehrere Gründe angeführt: Die bestehenden Machtverhältnisse und Entscheidungsprozesse dürften die Entwicklung gut bekannter und erprobter Aktivitäten begünstigt haben. Ferner entfällt der Löwenanteil aller Ressourcen für die Gesundheitsdienste auf die Akutkrankenhäuser, die auch in Lehre und Forschung eine beherrschende Rolle spielen. Zudem haben sie leichten Zugang zu den Entscheidungsgremien wie etwa den Provinzräten. Schliesslich haben auch exogene Faktoren, die nichts mit dem Gesundheitsdienst zu tun haben, zu einer Überschreitung der geplanten Kosten im Gesundheitsversorgungssystem geführt, was ebenfalls zu einem relativ raschen Ausgabenwachstum im Krankenhaussektor beigetragen hat, da die meisten Kosten von diesem Sektor getragen werden. Unter den exogenen Faktoren sind die Gesetzgebung sowie Gesamtarbeitsverträge zu nennen, die kürzere Arbeitszeiten für Eltern von Kleinkindern, die Berechtigung für Bildungsurlaub, längeren Jahresurlaub und bessere Arbeitsbedingungen für Überstunden umfassen. Diese Veränderungen der Arbeitsbedingungen haben zusammen bewirkt, dass für die gleiche Arbeit eine grössere Zahl von Arbeitskräften angestellt werden muss. Die meisten dieser zusätzlichen Angestellten wurden in Akutkrankenhäusern benötigt.

Auch der freiwilligen Vereinbarung zwischen den Provinzräten und der Regierung, die Zunahme des Leistungsumfanges auf 3,3 Prozent zu begrenzen, war kein Erfolg beschieden, da das Wachstum des Leistungsumfanges zur Zeit rund 5 Prozent beträgt. Auch hier ist die Quelle dieses umfangmässigen Wachstums ausserhalb des Gesundheitssektors zu suchen. Die Provinzräte räumen der Schaffung von Arbeitsplätzen eine sehr hohe Priorität ein. Obwohl sie an die genannte freiwillige Vereinbarung gebunden sind, hat sich der spürbare Druck zur Verringerung der Arbeitslosigkeit als gewichtiger erwiesen als die Notwendigkeit der Kosteneindämmung.

Unter den von Versicherungen getragenen Systemen, die unterschiedliche Konzepte zur Einschränkung des Leistungsumfanges und der Preise im Gesundheitsversorgungssystem verwenden, hat das zentralisierte System Frankreichs eine wirksame Kontrolle der im Krankenhaussektor eingesetzten Ressourcen einschliesslich der Medizintechnik ermöglicht. Langfristig sind daher günstige Wirkungen auf den Leistungsumfang und damit auch auf die Kosten zu erwarten. Zugleich ist und bleibt aber die Auswirkung der Löhne auf die Krankenhauskosten äusserst wichtig. Da sich die Lohnfestsetzung der Kontrolle der Krankenhäuser entzieht, ist die Fähigkeit zur Kontrolle des Mittelaufwandes sehr wichtig. Einschneidend wirkt sich die gegenwärtige Beschränkung der Anstellung von Krankenhauspersonal aus. Die Kontrolle des Mittelaufwandes ist aber keine ausreichende Strategie zur Kosteneindämmung, und auch im System der Kostenvergütung an die Krankenhäuser sind Änderungen eingetreten. Bis 1979 wurden die Krankenhäuser durch einen pauschalen Tagessatz entschädigt, der staatlich festgesetzt und jährlich erhöht wurde. Doch haben die Krankenhäuser auf die neu festgesetzten Gebühren anscheinend mit einer Erhöhung der Anzahl Bettentage reagiert. Im Jahre 1979 hat die Regierung eine strikte globale Haushaltbeschränkung eingeführt. Der gleichzeitig wirksame starke Druck in Form von Einstellungs- wie auch Haushaltbeschränkungen hat aber die Krankenhäuser anscheinend untragbaren Belastungen ausgesetzt, weshalb jetzt ein neues System ausgearbeitet werden muss. Von neuem betonten daher die Teilnehmer, dass wirksame Kosteneindämmungsstrategien vorsichtig angewendet werden müssen.

In den von Versicherungen getragenen Systemen anderer Länder wurde auch die Einführung neuer Techniken einer Kontrolle unterworfen. Mit Nachdruck schlossen sich die Tagungsteilnehmer einer im französischen Konzept enthaltenen Forderung an, die in den meisten anderen Versicherungssystemen fehlt, nämlich dass die künftigen Kostenfolgen einer bestimmten neuen Technik vor ihrer Einführung abgeschätzt werden müssten.

Die Wirksamkeit von Kontrollmassnahmen im Bereich der Medizintechnik hat sich in den übrigen Ländern als höchst unterschiedlich erwiesen. Von besonderem Interesse war der Nachweis, dass exogene Faktoren die Wirksamkeit solcher Kontrollmassnahmen in hohem Masse bestimmen.

In den nicht ganz unähnlichen Gesundheitsversorgungssystemen der Bundesrepublik Deutschland und der Niederlande kann der Staat die Medizintechnik recht weitgehend kontrollieren, da wie bereits erwähnt in beiden Ländern staatliche Mittel als Investitionsbeihilfen verwendet werden. Trotzdem hat sich die Kontrolle der Medizintechnik in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren im Vergleich mit den Niederlanden als relativ unwirksam erwiesen. Dies liegt daran, dass in der Bundesrepublik Deutschland ein starker Druck seitens der Öffentlichkeit bestand, neue Techniken im grossen Massstab einzuführen und anzuwenden; dieser Druck war stark genug, die staatlichen Kontrollbemühungen unwirksam zu machen. Ein vergleichbarer Druck fehlte dagegen in den Niederlanden.

Ein weiteres schlagendes Beispiel für den grossen Einfluss der öffentlichen Meinung zeigt eine Untersuchung über die Entwicklung der Gesundheitskosten in der Bundesrepublik Deutschland in den siebziger Jahren. Im Zeitraum 1970 bis 1974 stiegen die staatlichen Aufwendungen für das Gesundheitswesen landesweit von 6,4 auf 9,4 Prozent des Bruttosozialprodukts. Die Gründe für diesen Anstieg lagen u.a. in den gestiegenen Erwartungen der Bevölkerung und im Ausbau der Leistungen der miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenversicherungskassen, ferner in den von den Ländern genehmigten Erhöhungen der Krankenhaus-Tagessätze sowie der uneingeschränkte Zuwachs an Gesundheitsversorgungsressourcen aller Art. Die Kostenexplosion und die daraus folgende Entrüstung der Öffentlichkeit und Politisierung des Problems veranlasste die Leistungsträger der Gesundheitsversorgung zu einer freiwilligen Selbstbeschränkung. Die Ärzte beschränkten ihre Honorarerhöhungen, und die Krankenhaus-Tagessätze wurden nur in bescheidenem Ausmass erhöht. In einem einzigen Jahr konnte die Zuwachsrate der gesamten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung von einer weit über der Wachstumsrate des Bruttosozialprodukts liegenden Zahl auf ein darunter liegendes Niveau gedrückt werden.

Die in der Öffentlichkeit herrschende Empörung über die steigenden Gesundheitsversorgungskosten liess dagegen keine langfristige Lösung im Sinne der Kosteneinsparung erwarten, weshalb trotz des kurzfristigen Erfolgs freiwilliger Massnahmen im Jahre 1977 das bereits erwähnte Kostendämpfungsgesetz auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung verabschiedet wurde. Dank dem anhaltend grossen Interesse der Öffentlichkeit an dieser Frage und den Befürchtungen der Leistungsträger, dass vielleicht noch strengere Gesetzesbestimmungen erlassen würden, konnte die Kostenentwicklung wieder recht gut unter Kontrolle gebracht werden, jedoch nur bis 1980. Warum die Massnahmen von da an weniger wirksam waren, hat man mit verschiedenen Gründen zu erklären versucht. Einmal liess das Interesse der Öffentlichkeit an dieser Frage beträchtlich nach, was dazu beigetragen hat, dass die Länder ihre Kontrolle der Erhöhung der Krankenhaus-Tagessätze lockerten. Zum anderen fühlten sich die Ärzte nicht mehr so stark unter dem Zwang, ihren Einkommenszuwachs zu beschränken, während den Krankenkassen die nötige Unterstützung der Öffentlichkeit zur Verstärkung ihrer Verhandlungsposition fehlte. Ebenso wichtig war jedoch, dass im Rahmen der Kosteneindämmungspolitik keine auf die Angebotssseite gerichteten Massnahmen ergriffen wurden. Da die Personalkosten infolge äusserer Faktoren gleichzeitig stiegen, wirkte sich die fehlende Kontrolle der eingesetzten Ressourcen besonders schwerwiegend aus. Diese Schwäche wird in den zuvor erwähnten Gesetzesnovellen auch ausdrücklich erwähnt.

Mehrfach betonten die Teilnehmer die Bedeutung der Planung im allgemeinen sowie die Notwendigkeit einer Integration des Krankenhausesektors und des Primärversorgungssektors. Es wurde jedoch anerkannt, dass die Krankenversicherungen verschiedener Länder wegen der Struktur des bestehenden Systems grosse Schwierigkeiten haben, eine solche Integration zustande zu bringen. Anerkannt wurde auch, dass es wichtig ist, den Leistungsträgern Anreize für ein effizientes Verhalten zu geben. Das oben beschriebene Experiment in Bayern, wo die in der Primärversorgung tätigen Ärzte als Gruppe Anreize erhalten, u.a. die Zahl der Krankenseinweisungen und die Arzneimittelausgaben zu verringern, kann als kreativer Schritt zur Verwirklichung des doppelten Ziels angesehen werden, sowohl die Primärversorgung und die Krankenhausbetreuung zu integrieren als auch den Leistungsträgern Anreize für ein effizienteres Verhalten zu geben. Obwohl dieses Experiment keineswegs als umfassender Versuch zur Planung des Krankenhaus- und des ambulanten Sektors zu bezeichnen ist, wird doch ausdrücklich die Tatsache anerkannt, dass stückwerkartige, unkoordinierte Ansätze zur Kosteneindämmung mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht zum Erfolg führen. Die ersten Ergebnisse dieses Experiments waren vielversprechend, während die neuesten Ergebnisse etwas weniger günstig sind. Es ist vermutlich immer noch zu früh, ein Urteil über dieses Experiment abzugeben.

Ausgiebig erörtert wurde die schwierige Frage, welche Form von Haushaltplanungs- und Finanzierungssystemen am ehesten zu einer Eindämmung sowohl der Preise bzw. Kosten als auch des Leistungsumfangs der Krankenhäuser führt. Dabei wurde der Motivation der Ärzte und Krankenhausverwalter besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Im Gesundheitssystem Österreichs erhalten z.B. die Krankenhäuser anscheinend keinerlei direkten Anreiz, ihre Kosten einzudämmen. Aus den Mitteln der Sozialversicherung erhalten die Krankenhäuser eine Tagespauschale, die nur einen Teil des von den

Bundesländern festgesetzten Betrags deckt, während die Eigentümer der Krankenhäuser für die Differenz aufkommen müssen. Da diese letzteren im allgemeinen öffentliche rechtliche Körperschaften sind, überträgt sich der Druck nach Mitteleinsparungen dann, wenn die Staatsausgaben unter Druck geraten, auch auf die Krankenhäuser. Überdies bietet diese Art der Finanzierung den Krankenhäusern keinerlei Anreiz, die Zahl ihrer Bettentage zu maximieren, da die öffentliche Hand als Eigentümer für Fehlbeträge zwischen den Einkünften der Krankenhäuser aus den Mitteln der Sozialversicherung und ihren Ausgaben aufkommt.

Im schwedischen System scheint relativ wenig Anreiz dafür zu bestehen, dass ein Krankenhaus seinen einmal genehmigten Haushalt auch tatsächlich einhält, da der Provinzrat alle Ausgabenüberschüsse deckt; dennoch sind solche nach den vorliegenden Berichten relativ selten. Dies erklärt sich anscheinend daraus, dass dem Krankenhausverwalter dadurch sehr beträchtliche Unannehmlichkeiten entstehen, was ausreicht, eine sehr starke Motivation zur Einhaltung des genehmigten Haushalts zu schaffen. Eine weitere interessante Erfahrung mit Krankenhausverwaltern wurde in Quebec gemacht, nämlich als Ergebnis des bereits beschriebenen neuen Ressourcenzuteilungsverfahrens, wo Ressourcen von relativ gut gestellten Krankenhäusern auf weniger gut gestellte verlagert wurden. Dadurch wurden zwei Klassen von Krankenhausverwaltern geschaffen, wobei die Verwalter der gut gestellten Krankenhäuser lieber der anderen Gruppe angehören wollten. Wiederum zeigt sich hier, wie wichtig es ist, die Konsequenzen weitreichender Massnahmen im voraus abzuschätzen.

In den Ländern, wo die Krankenhäuser die von den Patienten geleisteten Zahlungen behalten, wäre zu erwarten, dass in Perioden schlechter Belegung ein finanzielles Interesse der Krankenhäuser daran besteht, die Aufenthaltsdauer zu verlängern. Wie berichtet wurde, ist diese Situation in Griechenland tatsächlich eingetreten. Ebenso wäre zu erwarten, dass Krankenhäuser, die mit einem pauschalen Tagessatz entschädigt werden, eine relativ lange Aufenthaltsdauer haben. Dennoch wurde berichtet, dass die Schweiz, die dieses Entschädigungssystem kennt, zu den Ländern mit der kürzesten Aufenthaltsdauer in Europa gehört. Eine für sämtliche Teilnehmer annehmbare Erklärung dieser scheinbaren Anomalie konnte dafür nicht gefunden werden, doch wurde zur Erklärung angeführt, dass die niedrige Aufenthaltsdauer vielleicht das Ergebnis einer grossen Zahl sehr kurzer Krankenhausaufenthalte gewesen sein könnte. Auch aus Irland, wo die Ärzte für Kassenpatienten pauschal, für Privatpatienten dagegen nach Einzelleistungen entschädigt werden, wurde eine sehr kurze Verweildauer gemeldet. Eine Erklärungshypothese ging dahin, dass dieses unterschiedliche Entschädigungssystem die Ärzte dazu veranlasse, die Aufenthaltsdauer von Kassenpatienten einzuschränken, um Bettenplätze für ihre Privatpatienten freizumachen.

Schliesslich waren sich die Teilnehmer darüber einig, dass die Praxis, die Budgets der Krankenhäuser nach ihren bisherigen Aktivitäten zu bemessen, die Krankenhäuser dazu veranlasst, den Grad ihrer Aktivitäten zu maximieren oder mindestens zu steigern. Es wurde festgestellt, dass sogar besoldete Ärzte ein Interesse daran haben, die Betten ständig besetzt zu halten, um aufgrund dieser gesteigerten Aktivität im folgenden Jahr einen grösseren Haushalt zu erhalten, da auch der Bestand an ärztlichem Hilfspersonal und das Ausmass der übrigen ärztlichen Unterstützungsdienste von der Grösse des Gesamthaushalts abhängen.

Viele Teilnehmer waren der Ansicht, dass die bestehenden Konzepte zur Kosteneindämmung den Leistungsträgern zuwenig Anreiz für eine effizientere Ressourcenverwendung bieten, dies sowohl im Krankenhaus- als auch im Primärversorgungssektor. Die in Frankreich und im Vereinigten Königreich laufenden Experimente über klinische Haushaltplanung und Haushaltpläne mit eingebauten finanziellen Anreizen wurden als äusserst wertvoll betrachtet und dürften bei erfolgreichem Verlauf auch auf viele andere Gesundheitsversorgungssysteme anwendbar sein.

Aus verschiedenen Ländern wurde über Massnahmen zur Planung wie auch zur Kontrolle des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitssektor berichtet. Die Teilnehmer befürworteten nachdrücklich derartige Massnahmen in einem Wirtschaftssektor, der ausserordentlich arbeitsintensiv ist und in dem das Angebot seine eigene Nachfrage erzeugt. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die internationale Mobilität der ärztlichen Arbeitskräfte die Planung so ausschlaggebender Faktoren wie der Zahl der eingesetzten Ärzte leicht durchkreuzen kann.

Eine am Ressourceneinsatz orientierte, in vielen der hier untersuchten Gesundheitssysteme erfolgreich angewendete Politik, die nicht durch äussere Einflüsse zum Scheitern gebracht werden kann, besteht in der Umwandlung von Akutbetreuungsbetten in Langzeitpflegeplätze, was mit einer verringerten Betreuungsintensität verbunden ist. Verschiedene Länder berichteten über beträchtliche Einsparungen durch eine solche Neueinteilung, die auf sehr unterschiedliche Verhältnisse anwendbar ist.

Da sich die Tagung in erster Linie mit allgemeinpolitischen Massnahmen zur Kosteneindämmung, nicht so sehr aber mit den Wirkungen bestehender institutioneller Vorkehrungen befasste, wurden die Vor- und Nachteile verschiedener alternativer Entschädigungssysteme wie etwa Honorierung der Ärzte

nach Einzelleistungen, festes Gehalt oder Pauschalentschädigung nur kurz diskutiert. Dennoch entstand eine gewisse Kontroverse über die Frage, ob den Interessen der Kosteneindämmung und einer optimalen Betreuung des Patienten besser gedient sei, wenn das Einkommen des Arztes direkt auf den Umfang der Betreuungsleistung bezogen ist, wie z.B. bei Vergütung nach Einzelleistungen, oder wenn dies nicht der Fall ist, wie etwa dort, wo der Arzt ein festes Gehalt bezieht oder pauschal pro Patient entschädigt wird. Ein Argument ging dahin, dass die Aufhebung der Bindung des Ärzteneinkommens an die Zahl der vom Arzt erbrachten Leistungen vielleicht ein gerechteres Abwägen der Vor- und Nachteile einer Behandlung ganzer Patientengruppen (eine gute Motivation der Ärzte vorausgesetzt) gegenüber einer Vergütung nach Einzelleistungen ermögliche, wo der Arzt unter Druck stehe, dem einzelnen Patienten möglichst grosse Beachtung zu schenken, dies zum Schaden der Kosteneindämmungsziele als Ganzes. Ferner wurde die Meinung vertreten, dass eine vollständige Aufhebung der Bindung des Ärzteneinkommens an die Betreuungsleistungen die Patienten der Sorge enthebe, das Handeln des Arztes könnte von Einkommenserwägungen beeinflusst sein. Es wurde indessen anerkannt, dass die Motivierung der Leistungsträger zu einem effizienten Verhalten in Systemen mit fester Besoldung bisweilen schwierig sein kann. Ebenso wurde die Meinung vertreten, dass ein System der Entschädigung nach Einzelleistungen sowohl die Ärzte als auch die Patienten zu kostenbewusstem Verhalten veranlasse und dass dieses System den Planern Gelegenheit gebe, die relative Höhe der Gebühren so festzusetzen, dass Anreize zur Förderung besonderer Betreuungsarten geschaffen werden, wie etwa der klinischen oder der gemeindenahen Betreuung. Doch sei hier Vorsicht geboten, da die Leistungsträger veranlasst werden könnten, die Patienten an ungeeigneten Betreuungsorten zu belassen, wenn die Höhe der Gebühren nicht sorgfältig festgesetzt werde. Bei fehlender Planung könne das System der Entschädigung nach Einzelleistungen auch zu einer unzweckmässigen Betreuungsstruktur führen. Über die zweckdienlichste Methode zur Leistungsabgeltung war man sich nicht ganz einig, weshalb man die Vermutung äusserte, dass unterschiedliche Strukturen des Gesundheitsversorgungssystems wahrscheinlich auch unterschiedliche Entschädigungsmechanismen erfordern.

### 3.2 Informationsrückfluss an die Leistungsträger und Benutzer

Da in den meisten Gesundheitsversorgungssystemen vergleichsweise wenig Erfahrungen auf diesem Gebiet vorliegen, wurden der Wert von Informationsrückmeldungen und deren zweckmässigste Formen auf der Tagung ausführlich erörtert. Was den Feedback an die Benutzer betrifft, wurde die Ansicht vertreten, dass die konventionelle, auf Vorbeugung gerichtete Gesundheitserziehung stärker beachtet werden müsse, und es wurden anschauliche Beispiele für erfolgreiche Gesundheitserziehungskampagnen in verschiedenen Ländern in Bereichen wie Zahnhygiene, körperliche Ertüchtigung, Stillen und Rauchen angeführt. Dagegen wurde indessen eingewendet, dass die Wirksamkeit der verschiedenen Präventionsprogramme noch weit gründlicher erforscht werden müsse. Sodann wurden Reihenuntersuchungsprogramme erörtert und die Notwendigkeit betont, Kostenwirksamkeitsanalysen der vorgeschlagenen Reihenuntersuchungsprogramme und der damit zusammenhängenden Gesundheitserziehungskampagnen durchzuführen. Die Erfahrungen in Schweden, wo sich eine zahnärztliche Reihenuntersuchung von Kindern, verbunden mit einer zahnärztlichen und hygienischen Erziehung, als kostenwirksam erwiesen habe, wurden als Beispiel dafür angeführt, dass eine Komplementarität zwischen Gesundheitserziehung und Reihenuntersuchungen bestehen kann.

Grosse Zustimmung fand die Forderung nach Informationsrückmeldungen an die Benutzer über die Kostenwirksamkeit, insbesondere bezüglich der Prävention. Die in Israel und Finnland durchgeführten Projekte, in deren Rahmen die Benutzer Informationen über die Kostenwirksamkeit erhielten, wurden begrüsst.

Grosses Gewicht wurde darauf gelegt, den Benutzern Kenntnisse zu vermitteln, die ihnen erlauben, die Gesundheitsdienste kostenwirksamer und in vielen Fällen auch effizienter als bisher zu nutzen. So müssten die Patienten beispielsweise lernen, dass das Ziel einer Konsultation des Arztes nicht die Verordnung eines Arzneimittels ist. In Systemen mit freier Arztwahl müssten die Patienten zudem lernen, dass der Allgemeinpraktiker in der Regel die zweckmässigste erste Kontaktstelle ist. Wenn der Patient selbst einen Facharzt aufsuche, werde nur zu oft der falsche gewählt. In manchen Ländern müssten die Patienten auch dazu erzogen werden, die Einrichtungen der Primärversorgung anstelle der Notfalldienste der Krankenhäuser zu benutzen. Dies hätte wahrscheinlich eine bessere und billigere Betreuung zur Folge.

In einigen wenigen Ländern habe man sich bemüht, festzustellen, ob die Benutzer mit der Gesundheitsversorgung unzufrieden sind, und darauf entsprechend zu reagieren, doch seien solche Praktiken anscheinend eher selten. Die israelische Krankenkasse Kupat Holim sei ein Beispiel für einen erfolgreichen Versuch auf diesem Gebiet; dort seien Erhebungen über die Zufriedenheit der Benutzer mit verschiedenen "Paketen" von Betreuungsdiensten durchgeführt worden. Dies habe u.a. zur Folge gehabt, dass eine Sondervergütung für Hausbesuche eingeführt worden sei, die die Ärzte vorher nur ungeru unternommen hätten, die aber bei den Benutzern sehr beliebt seien. Das Ergebnis sei eine grössere Zahl von Hausbesuchen.

Das im Vereinigten Königreich befolgte Konzept, zum Schutz der Verbraucherinteressen Gemeindeggesundheitsräte zu bilden, habe wechselnden Erfolg gehabt. In England sei jedem dieser Räte ein Bezirk mit einer Bevölkerung von durchschnittlich 150 000 bis 200 000 Einwohnern zugeweiht. Diesen Räten sei es bisweilen gelungen, auf die Verteilung neuer Kapitalinvestitionen, die veränderte Inanspruchnahme der Einrichtungen sowie auf Betriebsschliessungen Einfluss zu nehmen, und sie würden als nützliches Ärgernis für die Bürokratie des Nationalen Gesundheitsdienstes betrachtet.

Eine längere Diskussion entspann sich über die Vor- und Nachteile von Informationsrückmeldungen an die Benutzer über die Betreuungskosten. Viele Teilnehmer waren der Ansicht, dass Kosteninformationen an die einzelnen Benutzer nicht erwünscht seien. Es wurden zwei mögliche unerwünschte Reaktionen der Benutzer genannt: Erstens könne sich der einzelne schuldig fühlen, weil er der Gesellschaft so hohe Kosten verursache. Dies sei anscheinend das Ergebnis eines Experiments in Frankreich gewesen, wo man den Patienten Rechnungen zugeschickt habe. Eine zweite Reaktion könne der Entschluss sein, einen möglichst hohen Gegenwert für die geleisteten Beiträge zu erhalten, nämlich mindestens ebensoviel, wie man an Beiträgen bezahlt hat, wenn nicht gar mehr. Dies sei anscheinend das Ergebnis eines Kostenbeteiligungsversuchs verschiedener Sozialversicherungskassen in Österreich gewesen. Man glaube, dass die den Benutzern auf dem Wege der Kostenbeteiligung zugeleiteten Informationen sie veranlassten, kostspieligere Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Statt zur Kosteneindämmung beizutragen, scheine das in Österreich erprobte Konzept eher kostensteigernd zu wirken. Dem stand das Argument gegenüber, dass die in manchen Systemen routinemässige Praxis, die Benutzer über die Kosten zu informieren, auch eine positive Wirkung haben könne, indem sie dem Patienten die Überprüfung seiner Rechnung auf Fehler ermögliche. Fraglich sei dagegen, ob die Benutzer auch dann einen Anreiz dafür hätten, wenn sie keinen ins Gewicht fallenden Teil der Kosten selbst zu tragen hätten. Schliesslich wurde auf das in Israel erprobte Konzept hingewiesen, wo man sich bemühe, das Kostenbewusstsein der Benutzer zu verbessern, dies aber eher auf gesellschaftlicher als auf individueller Grundlage. Der Tageskostensatz der Krankenhäuser werde überall veröffentlicht und sei, wie ausgeführt wurde, bereits ins Bewusstsein der gebildeten Kreise der Bevölkerung gedrungen. Diese Tatsache könne in der Folge auch das Kostenbewusstsein der Leistungsträger beeinflussen.

Wie zuvor erwähnt, betreffen die meisten Informationsrückmeldungen an die Leistungsträger Arzneimittel. In manchen Ländern erhalten sämtliche praktischen Ärzte Informationen über ihr Verordnungsverhalten, in anderen Ländern dagegen nur diejenigen, die Arzneimittel im Übermass verordnen. Eine interessante Frage in diesem Zusammenhang ist, ob die Bekanntgabe von Informationen über ihr Verordnungsverhalten Ärzte, die nur wenig Arzneimittel verordnen, veranlassen würde, mehr Rezepte auszustellen. Aus zahlreichen Ländern wurde über verschiedene Massnahmen berichtet, die Ärzte über die Arzneimittelkosten aufzuklären. Eine solche Aufklärung wurde von den Tagungsteilnehmern als ausserordentlich wichtig für die Kosteneindämmung eingeschätzt.

Mit wenigen Ausnahmen wie etwa Finnland, wo die Kosten teurer Behandlungen den Leistungsträgern mitgeteilt werden, erhalten diese meist keine oder keine ausreichenden Kosteninformationen über die von ihnen durchgeführten Behandlungen, abgesehen von den Arzneimittelkosten. Da der Anstoss für die meisten Entscheidungen, die zum Verbrauch von Gesundheitsversorgungsressourcen führen, von den Ärzten ausgeht, war man einstimmig der Meinung, dass Kostenrückmeldungen an die Ärzte diesen einen weiten Spielraum für die Kosteneindämmung geben. Um dem Arzt eine richtige Einschätzung der grossen Bedeutung der Erhaltung knapper Ressourcen zu ermöglichen, wurde empfohlen, Grundlehrgänge über Gesundheitsökonomie für Ärzte durchzuführen und diese durch ihre Arbeitgeber zur Teilnahme an solchen Lehrgängen anzuhalten. Auch den Medizinstudenten sollte ein grundlegendes Verständnis der Gesundheitsökonomie vermittelt werden. Es wurde eingeräumt, dass die Gesundheitsökonomie und die Gesundheitsökonomie von den Ärzten bisher mit Misstrauen betrachtet werden, da sie eine Einmischung in ihre klinische Entscheidungsfreiheit befürchten. Man war aber der Ansicht, dass die Schranken zwischen diesen beiden Gruppen am besten durch Förderung vermehrter Kontakte zwischen ihnen beseitigt werden könnten. Sowohl die Ökonomen als auch die Ärzte könnten daraus Nutzen ziehen, einen Einblick in die Arbeitsmethoden und in die Sprache des anderen zu gewinnen.

Informationsrückmeldungen an die Leistungsträger über die Kostenwirksamkeit in anderen Bereichen als dem der Arzneimittel sind äusserst spärlich. Dies ist hauptsächlich auf das Fehlen wissenschaftlicher Unterlagen über die Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit zahlreicher medizinischer und chirurgischer Behandlungen zurückzuführen. Die Tagungsteilnehmer waren sich einig, dass die Forschung über Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit hohe Priorität geniessen sollte, da weit grössere Anstrengungen auf diesem Gebiet einen enormen potentiellen Nutzen versprechen. Doch wurde anerkannt, dass diese Forschung auf zahlreichen Gebieten der Medizin auf Schwierigkeiten stösst.

Was die Informationsrückmeldung an Leistungsträger betrifft, wurde ferner angeregt, von den Ärzten eine periodische Erneuerung ihrer Approbation zu verlangen, deren Erteilung von einer angemessenen Weiterbildung abhängig gemacht würde.

Eine letzte Frage betrifft Informationsrückmeldungen an Krankenhausleiter, -verwalter und -planer. Daten über die Krankenhausaktivität, wie sie u.a. im Vereinigten Königreich gesammelt wurden, haben sich als wertvolles Planungs- und Führungsinstrument im Krankenhaussektor erwiesen, doch müssen die Informationssysteme noch verbessert werden. Viele der bestehenden Systeme sind offensichtlich für Buchhaltungs- und Rechnungsprüfungszwecke geplant worden. Zur Zeit werden in verschiedenen Ländern neue Systeme mit Schwerpunkt auf Patienten und Spezialitäten ausgearbeitet, die mit der Zeit eine weit rationellere Planungsgrundlage abgeben dürften. Der Primärsektor wurde bisher jedoch meist vernachlässigt, und bis zum Aufbau ausreichender Informationssysteme in beiden Sektoren wird es noch an der für eine wirksame Kosteneindämmung nötigen Zusammenarbeit und Koordination zwischen diesen Sektoren fehlen. Derartige Systeme an sich werden jedoch nicht zur Kosteneindämmung beitragen, weshalb sie, wie die Tagungsteilnehmer betonten, entsprechend den Bedürfnissen der Leistungsträger und der Planer aufgebaut sein und von diesen benutzt werden müssen, sollen sie nicht das Schicksal vieler bestehender Informationssysteme erleiden, unbeachtet zu bleiben oder nur in sehr begrenztem Grade benutzt zu werden.

Es wurde bezweifelt, ob die Krankenhausverwalter und -leiter fähig sind, von den ihnen zur Verfügung stehenden Informationen bestmöglichen Gebrauch zu machen. Man war der Meinung, dass bessere Ausbildungsprogramme nötig seien, um diesen Gruppen das besondere Wissen und die Fertigkeiten zu vermitteln, die ihre Stellung erfordert. In einigen Ländern gibt es förmliche Ausbildungsprogramme und sogar Sonderschulen für Krankenhausverwalter und -leiter, während diesen in anderen Ländern wenig oder gar keine Ausbildungsmöglichkeiten geboten werden.

Selbstverständlich ist der Gesundheitssektor nicht von der übrigen Gesellschaft isoliert, und die vorherrschenden gesellschaftlichen Strömungen spiegeln sich stets in der Gesundheit wider. Zur Verknüpfung des Gesundheitssektors mit dem industriellen Sektor, der die Quelle gesundheitlicher Schadwirkungen wie z.B. der Verschmutzung ist, sind bessere Informations- und Rückmeldungssysteme erforderlich.

### 3.3 Qualitätsnormen

In der Diskussion über die Beziehung zwischen Betreuungsqualität und Kosteneindämmung wurden viele bereits früher erörterte Themen wieder aufgegriffen, was dazu beitrug, eine umfassendere Sicht dieser Probleme zu gewinnen. Man war sich darüber klar, dass die Zusammenhänge zwischen Betreuungsqualität und Kosteneindämmung wegen des multidimensionalen Charakters dieser Beziehung notwendigerweise komplexer Natur sein müssen. Dies wird daraus deutlich, dass der Begriff der Qualität in der Gesundheitsversorgung unterschiedliche Aspekte hat, nämlich die medizinische Wirksamkeit, das medizinische Risiko, uneingeschränkter und für alle gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung, Komfort (kurze Wartezeiten, Vermeiden unnötiger Schmerzen, Fähigkeit zur raschen Wiederaufnahme der Arbeit), sowie der Gegenwert für die bezahlten Geldbeträge (Opportunitätskosten). Je nach dem zur Diskussion stehenden Problem wurden diese unterschiedlichen Aspekte verschieden stark gewichtet.

Sämtliche Teilnehmer hielten gewisse Normen oder Standards zur Gewährleistung einer angemessenen Betreuungsqualität für unerlässlich. Zwei Arten von Normen wurden für nötig gehalten: erstens Normen zum Schutz der Patienten vor übertriebenen Sparbemühungen. Darunter fallen auch Normen, die gewährleisten sollen, dass jeder Patient an dem für ihn am besten geeigneten Ort betreut wird. Um sicherzustellen, dass die Wahl des Betreuungsorts nicht zum Schaden des Patienten durch Kostendenken oder andere Überlegungen beeinflusst wird, müssen Kosteneindämmungsstrategien ausgearbeitet werden, die eine Ressourcenverlagerung von einem Sektor der Gesundheitsversorgung zum andern erleichtern. Zweitens sind Normen erforderlich, um den Patienten und die Gesellschaft vor der medizinisch unnötigen Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen zu schützen. Wirksame Normen dieser Art könnten sowohl die Qualität verbessern als auch zugleich kosteneindämmend wirken.

Das Hauptproblem beim Aufstellen und Durchsetzen von Normen besteht darin, dass zu diesem Zweck gerade das Fachwissen der Ärzte erforderlich ist, die jedoch wenig Neigung zeigen, sich an dieser Arbeit zu beteiligen. Die Interessengemeinschaft zwischen den Ärzten wirkt mit wenigen Ausnahmen dahin, den einzelnen Arzt von jeder Bewertung der Arbeit seiner Berufskollegen abzuschrecken. Eine wichtige Ausnahme von dieser allgemeinen Regel war die Bildung von Organisationen zur Überprüfung der Standesnormen (PSRO) zur Qualitätsüberwachung in den Vereinigten Staaten. Diese hatten jedoch nur sehr begrenzten Erfolg, da die Kriterien für "gute Betreuungsqualität"

ausserordentlich liberal gewählt wurden. Da in den Vereinigten Staaten jedoch besondere Umstände vorliegen, was Rechtsverfahren gegen Ärzte betrifft, lassen sich aus diesen Erfahrungen nur wenige direkte Schlussfolgerungen für die Gesundheitsversorgungssysteme in Europa ziehen, obwohl man ohne Zweifel etwas daraus lernen kann.

Man war sich darüber einig, dass der einzig wirksame Weg zur Qualitätssicherung in einer Form von externer Ärzteaufsicht besteht. Es wurde vorgeschlagen, eine neue Laufbahn für den Beruf eines Ärzteaufsichtsbeamten zu schaffen, der hohes Ansehen geniessen und eine hohe Besoldung erhalten müsste. Dafür wäre eine zweckdienliche Laufbahnstruktur erforderlich, und eine unabhängige Ausübung des Arztberufes würde ausgeschlossen.

Einigkeit bestand auch darüber, dass die Normen, die dem angehenden Arzt während seiner Berufsausbildung vorgegeben werden, von grösster Bedeutung sind, da sie sowohl die Ausbildungskosten als auch die langfristige Einstellung der Kliniker zu ihrem Beruf bestimmen. Diese Normen unterliegen aber vollständig der Kontrolle der Landesverbände selbst. Die von diesen Gremien gesetzten Ziele müssten auch das Ziel der Kosteneindämmung umfassen, und die Landesorganisationen dürften kein Monopol der Kontrolle über Qualitätsnormen erhalten. Eng damit verbunden ist nach Ansicht der Tagungsteilnehmer die Notwendigkeit, die Ärzte und die Gesellschaft als Ganzes davon zu überzeugen, dass medizinische Verfahren, die sehr hohe Kosten verursachen und nur einer sehr kleinen Zahl von Patienten zugute kommen, als qualitativ schlecht und nicht etwa als hochwertig einzustufen sind.

Einig war man sich auch darüber, dass der Aspekt der Gerechtigkeit im Zusammenhang mit der Betreuungsqualität berücksichtigt werden muss. Grosse Zustimmung fand das im Vereinigten Königreich gewählte Ressourcenzuteilungsverfahren, wonach den einzelnen Regionen Mittel nach Massgabe einer Formel zugewiesen werden, die eine Anpassung der Ressourcen an die Gesundheitsbedürfnisse der regionalen Bevölkerung zum Ziel hat. Diese Formel weist zwar noch Mängel auf, doch bemühe man sich um Verbesserungen; zu begrüssen sei jedenfalls, dass darin das Bemühen um Gerechtigkeit zum Ausdruck kommt.

Nicht ausreichend gewürdigt werde in den meisten Ländern die Rolle des Patienten bei der Gewährleistung bedarfsgerechter Qualitätsnormen. Zwar wurde anerkannt, dass die Patienten im allgemeinen medizinisch nicht sachkundig sind und in der Regel eine Symptombehandlung auf Kosten von Therapie und Betreuung wünschen. Andererseits weiss der Patient am besten Bescheid über sein eigenes Leiden und sollte daher nicht von der Qualitätsüberprüfung ausgeschlossen werden. Zudem sind die fehlgeleiteten Behandlungswünsche der Patienten weitgehend darauf zurückzuführen, dass sie nicht oder nicht ausreichend informiert werden. Gesamthaft betrachtet war man der Ansicht, dass die Öffentlichkeit viel umfassender über die medizinische Versorgung aufgeklärt und die ärztliche Kunst dringend entmystifiziert werden muss. In einer französischen Studie über Diabetes-Patienten wurde über ein Beispiel für den potentiellen Nutzen eines derartigen Vorgehens berichtet. Es wurde gezeigt, dass Patienten, die über ihre Krankheit aufgeklärt wurden, langfristig geringere Kosten verursachten als eine vergleichbare Kontrollgruppe.

Das zweite wichtige Hindernis für Fortschritte auf dem Gebiet der Qualität ist neben dem generell zu beobachtenden Mangel an Normen zur Qualitätsüberwachung das Fehlen von Informationen über die Wirksamkeit der Behandlungen. Mit Ausnahme des Arzneimittelsektors gibt es nur eine relativ begrenzte Zahl von Studien über die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden. Dennoch sind in verschiedenen Ländern Normen und Standards über Ressourceneinsatz und Prozesse aufgestellt worden oder werden zur Zeit ausgearbeitet; auf einige der letzteren wurde bereits früher verwiesen. Die Schwierigkeit besteht natürlich darin, dass der Zusammenhang zwischen den eingesetzten Mitteln und den Ergebnissen nicht immer bekannt ist. In den Niederlanden wird beispielsweise der Versuch gemacht, eine medizinische Rechnungsprüfung einzuführen, die Qualität und Wirksamkeit miteinander verbinden wird. Zur Zeit beschränkt sich die Information auf Prozesse. Einige Teilnehmer bezweifelten, ob dies wirklich als Qualitätsüberwachung zu betrachten sei.

Was die Merkmale der Beziehung zwischen Qualitätsnormen und Kosteneindämmung betrifft, stimmten sämtliche Teilnehmer der allgemeinen Hypothese zu, dass unter einer guten oder der "besten" Betreuung nicht die kostspieligste oder technisch aufwendigste Behandlung zu verstehen ist. In vielen Fällen trifft gerade das Gegenteil zu. Wie wir oben gesehen haben, kann die Gewährleistung der Betreuungsqualität auch bedeuten, dass weniger Behandlungsverfahren durchgeführt werden, woraus sich eine Einsparung von Betreuungsressourcen ergibt. Gewisse vorbeugende Massnahmen können die Qualität ebenfalls verbessern und zugleich die Kosten senken. Ausser Zweifel steht, dass eine Qualitätsverbesserung zur Eindämmung der Kosten führen kann. Einige Teilnehmer wollten aber noch weiter gehen und diese Beziehung so weit verallgemeinern, dass eine Qualitätsverbesserung immer mit

einer Kosteneindämmung verbunden ist. Diese von einigen teilnehmenden Ärzten vertretene Ansicht wurde von anderen Teilnehmern heftig bestritten, insbesondere von den Ökonomen. Die darauf folgende Debatte war für beide Gruppen von hohem erzieherischem Wert, zumal beide Gruppen lernten, die Fachsprache der anderen Gruppe besser zu verstehen.

Die Vertreter der Meinung, dass eine bessere Qualität höhere Kosten nach sich ziehen könne, gaben zu bedenken, dass eine Art der Qualitätsverbesserung, nämlich durch Risikoverminderung, häufig im Widerstreit mit der Kosteneindämmung stehe. Als Beispiel wurden Sicherheitsvorkehrungen in Gebäuden und an technischen Geräten genannt. Zusätzliche Aufwendungen für die Sicherheit könnten zwar die Qualität verbessern, würden jedoch grössere statt geringere Kosten verursachen. Da es voraussichtlich unmöglich ist, die Risiken auf Null zu reduzieren, könnte man auch mehr Geld für zusätzliches Personal, die neuesten Geräte oder irgendeine andere risikosenkende Massnahme ausgeben. Davon wären vielleicht Qualitätsverbesserungen im engsten Sinn zu erwarten, aller Voraussicht nach jedoch keine Kosteneinsparungen, sondern Kostensteigerungen.

Die Ökonomen bezogen in ihre Überlegungen auch den Begriff der Opportunitäts- oder Alternativkosten ein, d.h. die Möglichkeit, die zusätzlichen Ressourcen, die für eine bestimmte Art der Qualitätsverbesserung eingesetzt werden, statt dessen auf eine andere nützliche Art zu verwenden. Als Beispiel dafür wurden die Erfahrungen mit den PSKO in den Vereinigten Staaten genannt. Solange der Arzt mit dem von ihm gewählten Verfahren einen positiven Beitrag zur Gesundheit leistet, gleichgültig welcher Grössenordnung, wurde die Qualität als annehmbar beurteilt, und höhere Kosten konnten auf diese vom Arzt gewählten Verfahren zurückgeführt werden. Die Kosten einer Verbesserung wären wahrscheinlich sehr hoch gewesen. Wenn die Gesellschaft als Ganzes diese Ressourcen lieber auf andere Weise verwendet und dadurch vielleicht weit grössere Qualitätsverbesserungen erzielt hätte, hätte sie keine Möglichkeit dazu.

Durch weitere Beiträge der ärztlichen Teilnehmer konnte dieser Konflikt gelöst werden. Offenbar lag ihren Überlegungen implizit das Modell zugrunde, dass für einen bestimmten Patienten eine Wahl zwischen verschiedenen Behandlungsmethoden mit unterschiedlichen Kosten möglich ist. Die Wahl einer relativ weniger kostspieligen Methode wäre mit einem relativ grösseren Risiko von Komplikationen verbunden als die Wahl einer kostspieligeren Methode. Umgekehrt ginge die Wahl einer relativ kostspieligeren Behandlungsmethode nicht nur mit einer höheren Betreuungsqualität einher, sondern würde auch zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Komplikationen und einem geringeren Bedarf nach zusätzlicher medizinischer Versorgung führen. Da die letztere kostspielig ist, lasse sich die Wahl der kostspieligeren Behandlungsmethode daher mit der Kosteneindämmung vereinbaren, zumal damit die Wahrscheinlichkeit einer höheren Betreuungsqualität verbunden ist. In der Fachsprache der Ökonomen lag dem Standpunkt der Ärzte die Annahme zugrunde, dass die Ergebnisse einer Kosten/Nutzen-Analyse darauf hindeuten, dass die Wahl eines qualitativ besseren Behandlungsverfahrens (auf lange Sicht) zu niedrigeren Gesamtkosten führt.

Die Frage der Risikoverringerung im Zusammenhang mit der Qualität spielt nicht nur eine Rolle im Hinblick auf den möglichen Konflikt mit der Kosteneindämmung, sondern kann auch in Widerstreit mit humanitären Erwägungen geraten. Als Beispiel dafür wurde der Fall angeführt, wo eine Entbindung zu Hause gewünscht wurde, obwohl bekannt war, dass die Risiken geringfügig höher sind als bei einer Entbindung im Krankenhaus. Man war der Ansicht, dass die Qualität nicht unbedingt erfordert, dass man dem Ort mit dem geringsten Risiko immer den Vorzug gibt. Das Risiko müsse gegen alle anderen Überlegungen abgewogen werden, die dazu führen, dass einzelne Frauen eine Entbindung zu Hause vorziehen, die von ihrem Gesichtspunkt aus die höchste Qualität ergibt. Natürlich ist das Risiko selbst wiederum in hohem Masse von der gewählten Strategie, der Planung und den Entscheidungen über die Ressourcenzuteilung abhängig. Langfristig liegt wahrscheinlich die beste Lösung solcher Konflikte darin, Mittel für die Verringerung dieser Risiken aufzuwenden und einen entsprechenden Dienst dafür zu planen. Wohl hängt der Risikograd in solchen Fällen neben dem Mittelaufwand von vielen weiteren Faktoren ab, doch zeigen Beispiele wie etwa die hohe Quote von Hausgeburten in den Niederlanden, dass eine sehr signifikante Risikoverringerung möglich ist.

Schliesslich wurde die Qualität auch im Hinblick auf den Betreuungsort diskutiert, und zwar ausdrücklich unter Einbezug von Kostenüberlegungen. Wo eine gemeindenahere Betreuung möglich ist, hielt man sie für qualitativ meist besser und zudem weniger kostspielig als die Betreuung im Krankenhaussektor. Es wurde aber eingewendet, dass Qualität und Kosten manchmal zu eng definiert würden. Insbesondere würden die auf Familienangehörige entfallenden Kosten allzu häufig nicht berücksichtigt. Wo eine Hausbetreuung empfohlen werde, würden die von der Betreuungsperson zu tragenden Kosten oft nicht berücksichtigt, die in der Regel eine Frau ist. In den Entscheidungen über Qualität oder irgendeinen anderen Aspekt der Gesundheitsversorgung müssten sämtliche Kosten sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Gesundheitsversorgungssystems berücksichtigt werden.

#### 4. Bewertung von Kosteneindämmungsmaßnahmen

Das bisher Gesagte enthält nur die allernotwendigsten Elemente einer Bewertung der Strategien und Massnahmen zur Eindämmung der steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung in einer ganzen Reihe von Ländern. In einem Bericht dieser Art wäre eine vollständigere Bewertung schwierig, wenn nicht gar unmöglich. In der Tat wäre eine gründliche Bewertung der internationalen Erfahrungen auf dem Gebiet der Kosteneindämmung unter allen Umständen äusserst schwierig. Die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitsversorgungssysteme wie auch die unterschiedlichen Strategien und Massnahmen, die unter bestimmten Bedingungen gute, unter anderen dagegen schlechte Ergebnisse zeitigen, stehen einem einfachen methodischen Ansatz zur Bewertung entgegen. Darüber hinaus fehlt es an einer kohärenten Methodik, die ausreichende Anhaltspunkte für die Aufstellung annehmbarer Kriterien und Massstäbe böte, anhand deren die erzielten Fortschritte bei der Verwirklichung der verschiedenen Ziele gemessen werden könnte. Die Tatsache, dass vielfältige und oft sogar miteinander im Wettbewerb stehende Zielsetzungen vorhanden sind, kompliziert und erschwert jede sinnvolle und nützliche Bewertung noch mehr.

Indessen hat man gewisse Lehren gezogen, die zu einer besseren Bewertung beitragen können. In erster Linie muss die Bewertung umfassend sein. Alle Sektoren des Gesundheitsversorgungssystems müssen darin eingeschlossen sein, und die Gesichtspunkte sowohl der Leistungsträger als auch der Benutzer müssen dabei berücksichtigt werden. Die Kosteneindämmung muss im weitesten Sinn verstanden werden und darf sich nicht nur auf die Gesundheitsversorgungssysteme beschränken, sondern muss auch die verschiedenen Faktoren umfassen, die einen Einfluss auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung ausüben und ihren Ursprung ausserhalb solcher Systeme haben. Dazu zählen nicht nur externe wirtschaftliche Einflüsse und die öffentliche Meinung, sondern auch Umwelteinflüsse wie etwa die Verschmutzung.

Es hat sich gezeigt, dass der Bewertungsprozess mit Hilfe bestimmter von den Ökonomen bevorzugter analytischer Methoden wie der Kostenwirksamkeitsanalyse und der Kosten-Nutzen-Analyse verbessert werden kann. Solche Techniken sollten zweifellos zum Instrumentarium jeder umfassenden Bewertung gehören. Dennoch wird das Wissen einer Vielzahl von Fachbereichen notwendig sein, um eine zweckdienliche Methodologie zur Untersuchung der verschiedenen Fragen und Probleme im Umkreis der Kosteneindämmung auszuarbeiten. Ein interdisziplinäres Vorgehen scheint eine unerlässliche Voraussetzung für die Entwicklung einer solchen Methodologie zu sein.

Schliesslich, und dies ist von entscheidender Bedeutung, muss jeder Bewertungsversuch systematisch sein. Nur auf den Einzelfall abgestimmte Vorgehensweisen versprechen wenig Erfolg für die Erschliessung neuen Wissens.

#### 5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

##### 5.1 Schlussfolgerungen

Mit dem Kostenwachstum in der Gesundheitsversorgung der entwickelten Länder, die durch ganz unterschiedliche Strukturen ihrer Gesundheitsversorgung gekennzeichnet sind, ging die Notwendigkeit einher, kohärente Kosteneindämmungsstrategien für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Diese unterschiedlichen Strukturen haben nicht verhindert, dass man in allen diesen Ländern weitgehend die gleiche Erfahrung machte, dass nämlich die Kosten der Gesundheitsversorgung unaufhaltsam stiegen. Schon früh haben Versuche zur Ermittlung der wichtigsten Ursachen des Kostenwachstums gezeigt, dass das Wachstum der Gesundheitsdienste selbst dabei eine entscheidende Rolle spielt. Je mehr die Gesundheitsdienste wuchsen, um so stärker wurden sie in Anspruch genommen. Auch die zentrale Rolle der Leistungsträger selbst, insbesondere der Ärzte, wurde als entscheidende Ursache jeder weiteren Drehung der Kostenspirale betrachtet. Daher wird sowohl expliziten als auch impliziten Anreizen für die Ärzte eine entscheidende Rolle zugeschrieben, da solche Anreize einer der Mechanismen für die Kosteneindämmung in der Gesundheitsversorgung sind. Die Ermittlung dieser und anderer kausaler Schlüsselfaktoren hat in einer grossen Zahl von Ländern zur Erprobung von Strategien und Massnahmen zur Kosteneindämmung geführt.

Bei der Überprüfung dieser Massnahmen wurde ein weitgefassetes Konzept angewendet, das die Kosteneindämmung nicht als Endziel betrachtet, sondern in einem grösseren Zusammenhang bewertet, der die Qualität ausdrücklich einschliesst.

Anfänglich schien es, dass der Nutzen oder die Wirksamkeit von Strategien zur Beschränkung der Mittel und Dienstleistungen fast vollständig von der Struktur des Systems abhängt, wobei die Gruppe der Versicherungssysteme in einer relativ schwachen Position war, während Wohlfahrtssysteme wie das

des Vereinigten Königreichs eine relativ starke Stellung hatten. Eine nähere Prüfung zeigte jedoch beträchtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherungssystemen und ergab, dass beiden Arten von Systemen gewisse wichtige Faktoren gemeinsam sind; es fragt sich ferner, was für Kriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Kosteneindämmungsstrategien verwendet werden sollen.

Augenfällig war die starke Einwirkung äusserer Einflüsse auf die Gesundheitsversorgungssysteme. So wurde die an sich erfolgreiche französische Politik, eine Kontrolle über die eingesetzten Ressourcen auszuüben, durch steigende Arbeitskosten, über die der Gesundheitssektor keine Kontrolle hatte, weitgehend zum Scheitern gebracht. In der Bundesrepublik Deutschland wurde der Versuch, den kritischen Einsatz technischer Mittel zu kontrollieren, durch den Einfluss der öffentlichen Meinung zunichte gemacht. In Schweden schlugen Abkommen zwischen der Regierung und den Provinzräten zur Eindämmung des wachsenden Leistungsumfangs fehl, da die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit in den Augen der Öffentlichkeit wichtiger war. Positiv ist dagegen die Erfahrung, dass die Leistungsträger in der Bundesrepublik Deutschland aus Furcht, dass der Druck der öffentlichen Meinung zum Erlass strengerer Gesetzesbestimmungen führen werde, den Kostenanstieg freiwillig beschränkten, wenn auch nur vorübergehend.

Sehr wirksame Instrumente zur Kosteneindämmung auf globaler oder nahezu globaler Grundlage wie etwa das System zur Beschränkung der Geldausgaben im Vereinigten Königreich, stellten sich in anderer Hinsicht als mangelhaft heraus, z.B. was ihre Rückwirkungen auf die wirksame Planung der Gesundheitsdienste und auf die Dienstleistungen betrifft, wenn sie zu restriktiv angewendet werden. Nicht ganz so starke, aber dennoch wirksame Mittel zur Kontrolle des Angebots waren etwa die Kontrolle der eingesetzten Ressourcen, wie dies in Frankreich erprobt wurde, und die Umwandlung von Akutbetreuungsbetten in Langzeitpflegeplätze, verbunden mit einer Herabsetzung der Betreuungsdensität, eine Massnahme, die in verschiedenen Ländern getroffen wurde.

Als weitverbreitet und höchst unterschiedlich erwies sich die Verwendung haushaltmässiger und finanzieller Anreize und Kontrollmassnahmen. Die wichtigste generelle Schlussfolgerung aus den Diskussionen zu diesem Thema ist die überragende Bedeutung einer umfassenden Bewertung und Planung des Gesundheitsversorgungssystems. Dazu gehört, dass sämtliche Konsequenzen der Einführung von Kosteneindämmungsmassnahmen für das System als Ganzes im voraus abgeschätzt werden. Es wurden zahlreiche Beispiele für Probleme genannt, die auf das Fehlen einer zweckdienlichen Planung zurückzuführen sind und die das Gesundheitssystem mit unnötigen zusätzlichen Kosten belasteten oder die Betreuungsqualität beeinträchtigten. So fehlt in gewissen Systemen eine Koordinierung zwischen dem primären und dem Krankenhaussektor weitgehend, was sowohl zu unnötiger Doppelarbeit und Ressourcenvergeudung als auch zu unzureichender Nachbehandlung führen kann. Anscheinend besteht die Gefahr, dass Anreize zur Bevorzugung der Primärversorgung gegenüber der Krankenhausversorgung im Primärsektor auch dazu führen können, dass die Patienten zu lange im Primärsektor verbleiben, wenn der in diesem Sektor tätige Arzt allzu grosse Anreize erhält. Ebenso wichtig wie eine richtige Planung ist es, dafür zu sorgen, dass Massnahmen zur Kosteneindämmung nicht mit derartiger Übereifer verfolgt werden, dass das Gesundheitsversorgungssystem wegen des zu grossen Drucks und des Fehlens der nötigen Flexibilität nur noch ungenügend funktioniert.

Ein generelles Kennzeichen der meisten Gesundheitsversorgungssysteme ist nach Ansicht der Arbeitsgruppe das Fehlen eines ausreichenden Informationsrückflusses an die Benutzer der Gesundheitsversorgung. Ein besserer Feedback im Bereich der Gesundheitserziehung und der Vorbeugung hängt zum Teil von einer besseren Erforschung der Wirksamkeit verschiedener Vorbeugungsprogramme ab. Der grösste Mangel hinsichtlich des Informationsrückflusses an die Benutzer ist jedoch das generelle Fehlen von Bemühungen, dem Benutzer mitzuteilen, was die Gesundheitsdienste im einzelnen leisten können und was nicht. Insbesondere sollte die breite Öffentlichkeit über die Grenzen der modernen Technik und der Arzneimittel hinreichend informiert werden. Die Öffentlichkeit muss auch den Nutzen der Primärversorgung und der Selbsthilfe besser verstehen lernen. Auch die Leistungsträger könnten aus einem besseren Informationsrückfluss Nutzen ziehen, insbesondere was die Kosten und die Wirksamkeit der von ihnen verwendeten Behandlungsmethoden betrifft. Für Medizinstudenten und Ärzte wäre ein grundlegendes Verständnis der Gesundheitsökonomie nützlich. Schliesslich könnten Gesundheitsbeamte und Führungskräfte aus einem besseren Feedback und verbesserten Informationssystemen für die Planung und Leitung von Gesundheitsdiensten Nutzen ziehen.

Der Begriff der Qualität in Gesundheitsversorgungssystemen wird als mehrdimensional betrachtet und umfasst folgende fünf Aspekte: erstens die medizinische Wirksamkeit, zweitens das medizinische Risiko, drittens den unbeschränkten und für alle gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, viertens Komfort und fünftens den Gegenwert für die bezahlten Geldbeträge. Bessere Qualität und die Notwendigkeit der Kosteneindämmung stehen nicht notwendigerweise im Widerspruch miteinander. Falls bessere Qualität eine Verminderung unnötiger Behandlungsmethoden, der Mittelverschwendung usw. bedeutet und die Wahl einer bedürfnisgerechteren Technik auf der richtigen Betreuungsebene einschliesst, wird der Bedarf an Dienstleistungen langfristig abnehmen.

Unter anderem wurden folgende Vorschläge zur Qualitätsverbesserung gemacht:

- a) Es sollten zweckmässige Normen zum Schutz der Patienten vor unerwünschten Wirkungen von Kosteneinsparungsbemühungen geschaffen werden, die auch gewährleisten, dass der Patient keine unnötige Behandlung erhält.
- b) Die Patienten sollten stärker am Entscheidungsprozess über ihren möglichen Eintritt in das Gesundheitsversorgungssystem und/oder über ihre Behandlung beteiligt werden, was eine bessere Information und wahrscheinlich auch Erziehung der Patienten voraussetzt.
- c) Normen dürfen nicht ohne Rücksicht auf die dadurch verursachten Kosten aufgestellt werden, und
- d) einzelne Berufsgruppen dürfen nicht über Fragen entscheiden, in denen sie eigene Interessen verfolgen.

## 5.2 Empfehlungen

Die Empfehlungen sind in drei Abschnitte gegliedert, wobei der erste unter der Überschrift "Allgemeine Strategien" die spezifischen Empfehlungen zum Erreichen der Kosteneindämmungsziele im grösseren Zusammenhang der Kosteneindämmung enthält, wie sie auf dieser Tagung erörtert wurde. Die weiteren Empfehlungen unter dem Titel "Erziehung" bzw. "Forschung" sind allgemeinerer Art, wurden aber von sämtlichen Teilnehmern für notwendig gehalten, um den langfristigen Erfolg der Kosteneindämmung ohne Schaden für die Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen.

### Allgemeine Strategien

1. Integrierte Gesundheitsversorgungssysteme mit einer zweckdienlichen Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen dem Primärsektor und dem Krankenhaussektor sollten gefördert werden.
2. Die Weiterentwicklung und Verbesserung von Kosteneindämmungsstrategien sollte in sämtlichen Ländern von einem möglichst umfassenden methodischen Ansatz ausgehen, statt unzusammenhängende Teillösungen anzustreben.
3. Das Gesundheitsversorgungssystem muss zugunsten der primären Gesundheitsversorgung umorientiert werden. Eine umfassendere Bewertung, Planung und Haushaltplanung im Rahmen zweckdienlicher Anreize kann dies erleichtern.
4. Die Wirksamkeit von Ausgabenbegrenzungen und auch aller anderen Kosteneindämmungsmaßnahmen sollte bewertet werden, aber nicht nur hinsichtlich der Ausgabensparnis für das Gesundheitsversorgungssystem, sondern auch hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Wartezeiten, die Betreuungsqualität und die vom Patienten und seinen Angehörigen zu tragenden Kosten.
5. Die Bemühungen zur Kosteneindämmung müssen auch Sektoren ausserhalb des Gesundheitssystems umfassen und auch andere Faktoren wie die Umweltverschmutzung und selbstaufgelegte Risiken einbeziehen.
6. Zahl und Verteilung der in der Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften tätigen Personen sollten besser kontrolliert werden.

### Ausbildung und Erziehung

7. Der Staat und die Organisationen der sozialen Sicherung sollten die Öffentlichkeit darüber aufklären, was die moderne Gesundheitsversorgung zu leisten vermag und was nicht. Die Grenzen eines rein technischen Vorgehens in der Medizin sollten erläutert werden.
8. Die Arbeitgeber von Gesundheitsfachkräften, d.h. Sozialversicherungskassen, staatliche Behörden und Institutionen, sollten den Gesundheitsfachkräften ein grundlegendes Verständnis der Gesundheitsökonomie vermitteln.
9. Medizinstudenten sollten Grundkenntnisse der Gesundheitsökonomie erwerben.
10. Bessere Kontakte zwischen Gesundheitsökonomien und Ärzten sollten gefördert werden, damit jede Gruppe die Gesichtspunkte und die Sprache der anderen besser kennenlernt.
11. Die WHO sollte bei der Entwicklung sachdienlicher Lehrmittel für die obengenannten Zwecke auf nationaler Ebene Hilfe leisten.

Forschung

12. Schwerpunkt der Forschung über die Kosten der Gesundheitsversorgung sollten künftig nicht mehr die Ursachen des Kostenanstiegs sein, sondern die Forschung sollte die Entwicklung und Bewertung von Kosteneindämmungsstrategien zum Ziel haben.
13. Auf die Erforschung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität der medizinischen Versorgung und der Medizintechnik sollte stärkeres Gewicht gelegt werden.
14. Erforscht werden sollten u.a.:
  - a) die Technologiebewertung mit Hilfe eines weitgefassten Systemkonzepts,
  - b) die Konsequenzen verschiedenartiger Methoden der Entschädigung der Leistungsträger und der Krankenhäuser sowie
  - c) Strategien zur Verteilung des Gesundheitspersonals auf die verschiedenen Fachbereiche, Betreuungsebenen und geographischen Gebiete.
15. Der Einfluss der Einstellung der Öffentlichkeit auf die Kosteneindämmung sollte noch gründlicher erforscht werden.
16. Es sollten transnationale Forschungen durchgeführt werden, und die einschlägigen internationalen Organisationen wie der Europarat, die IAO, die ISSA und die WGO sollten bei der Förderung und Koordinierung dieser Forschung eine bedeutende Rolle spielen.

Anhang

TEILNEHMERVERZEICHNIS

BERATER AUF ZEIT

- A. Barr  
Oxford Regional Health Authority, Vereinigtes Königreich
- R. Beattie  
Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (ISSA), Genf, Schweiz
- Dr. F. Bohanzky  
Direktor des Allgemeinen Staatlichen Instituts für medizinische Gutachten, Budapest, Ungarn
- M. Boucher  
Leiter der Abteilung Finanzstudien im Ministerium für soziale Angelegenheiten, Quebec, Kanada
- Dr. A. Brandt  
Abteilung Gesundheitsökonomie, F. Hoffman-La Roche & Co. AG, Basel, Schweiz
- Dr. R. Brooks  
Stellvertretender Generaldirektor der Zentralvereinigung österreichischer Sozialversicherungsfonds, Wien, Österreich (Vorsitzender)
- Professor H. Doron  
Vorsitzender der Kupat-Holim-Krankeversicherung des Israelischen Gewerkschaftsbundes, Tel Aviv, Israel
- Dr. S.R. Engleman  
Ordentlicher Professor für Gesundheitsökonomie, Abteilung für Kommunalmedizin am Usher-Institut, Universität Edinburgh, Vereinigtes Königreich (Berichtersteller)
- Dr. A. Fenton Lewis  
Leitender Medizinalbeamter, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, London, Vereinigtes Königreich
- Dr. U. Geissler  
Direktor des Forschungsinstituts des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg, Bundesrepublik Deutschland
- R.M. Gibson  
Forschungsanalytiker, Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrtsdienste, Verwaltungsstelle für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, Washington D.C., USA
- G. Hedsund  
Haushaltsekretär, Rat der Provinz Malmöhus, Lund, Schweden
- Dr. I. Kakuszi  
Leiter der Abteilung Gesundheit, Sozialdienste und Kultur am Nationalen Planungsbüro, Budapest, Ungarn
- Dr. P. Karli  
Forschungsinstitut für soziale Sicherheit, Finnisches Sozialversicherungsamt, Helsinki, Finnland
- Dr. L. Liaropoulos  
Ministerialberater, Ministerium für Sozialdienste, Athen, Griechenland
- Dr. G. Liebeswar  
Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien, Österreich

Professor B. Majnoni d'Intignano  
soziale Wohlfahrtsdienste von Paris, Frankreich

Dr. W. Meisel  
Bundesministerium für soziale Angelegenheiten, Wien, Österreich

Dr. A.P.W.P. van Montfort  
niederländisches Krankenhausinstitut, Utrecht, Niederlande

Frau C. Moore  
Verwalterin der Finanzabteilung, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, London,  
Vereinigtes Königreich

Dr. C. Perrin  
Abteilung für soziale Sicherheit, Internationales Arbeitsamt, Genf, Schweiz

Professor F.F.H. Rutten  
Stellvertretender Leiter der Abteilung für langfristige Planung, Ministerium für Gesundheit  
und Umweltschutz, Leidschendam, Niederlande

Dr. J. Sabatini  
Forschungslaboratorium für medizinische Ökonomie und Soziologie, medizinische Fakultät A.  
Carrel, Lyon, Frankreich

W. Satzinger  
Institut für medizinische Informatik und Gesundheitssystemforschung des GSF-Forschungszentrums  
(MEDIS), Neuherberg, Bundesrepublik Deutschland

Professor A.D. Tussing  
Institut für Wirtschafts- und Sozialforschung, Dublin, Irland

A. Vreeken  
Leitender Direktor des Instituts für psychiatrische Betreuung, IKS, Rotterdam, Niederlande

Professor R. Wolf  
Dozent für Sozialmedizin am Universitätsinstitut für klinische und experimentelle Pharmako-  
logie, Universität Graz, Österreich

#### WELTGESUNDHEITSORGANISATION

#### WGO-Regionalbüro für Europa

Dr. H. Zöllner  
Referent für Gesundheitsökonomie am Regionalbüro (Tagungssekretär)

