EUR/ICP/CARE 94 05/MT02
aug15
ORIGINAL: ENGLISCH

WHO-/IGSF-WORKSHOP: ZUR BEURTEILUNG DER PRODUKTIVITÄT, EFFIZIENZ, EFFEKTIVITÄT UND QUALITÄT VON GESUNDHEITSSYSTEMEN

Bericht über eine WHO-/IGSF-Tagung

Kiel, 22. – 25. November 1994

1995

EUR/GFA-Ziel 27

ZUSAMMENFASSUNG

Bei einem vom WHO-Regionalbüro für Europa und dem Institut für Gesundheitssystemforschung (IGSF) in Kiel, Deutschland, veranstalteten Workshop wurden die Konzepte Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Systemen der Gesundheitsversorgung in ihrem Zusammenhang mit den Begriffen Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Inputs und Kosten analysiert. Es wurde schon oft der Versuch unternommen, diese Parameter zu beurteilen, bis jetzt wurde jedoch noch kein befriedigendes System entwickelt. Dennoch sollten Veränderungen in der Praxis der Gesundheitsversorgung verfolgt werden, um so feststellen zu können, ob die gesteckten Ziele erreicht wurden. Nach eingehenden Erörterungen und umfassender Gruppenarbeit, in die auch Rollenspiele eingingen, gelangte man zu dem Schluß, daß im WHO-Regionalbüro für Europa eine „Wissensbank" Gesundheitssysteme eingerichtet werden müßte. Der dafür erforderliche Indikatorsatz muß präzise sein, um aktuelle und genaue Informationen erbringen zu können. Man würde ein Indikatorglossar benötigen, damit alle Mitgliedstaaten ihre Berichte nach den gleichen Regeln abfassen. Zu den wichtigsten Elementen würden gehören: Gesundheitszustand von Patienten/Bürgern und Risikofaktoren, Finanzierung der Gesundheitssysteme, personelle und materielle Ressourcen sowie die Zufriedenheit von Patienten/Bürgern und Leistungserbringern. Das WHO-Regionalbüro für Europa könnte als Clearingstelle für wirtschaftliche Informationen dienen, Leitlinien für Kosten-Wirksamkeitsstudien ausarbeiten, Indikatorstandards und -normen erarbeiten, regelmäßige Länderberichte abfassen, das Schwergewicht auf die Verwendung der Daten legen, ein „Grundpaket" von Indikatoren für die Evalution von Gesundheitssystemen zusammenstellen und Indikatoren zur Beurteilung präventiver Gesundheitsdienste und der Qualität der Versorgung entwickeln

Schlüsselwörter

HEALTH SERVICES – trends
QUALITY OF HEALTH CARE
EVALUATION
EUROPE
CCEE
HUNGARY
POLAND

INHALT

EINLEITUNG

Der Workshop hatte 18 Teilnehmer aus 11 europäischen Mitgliedstaaten (Deutschland, Finnland, Frankreich, Kirgisistan, Niederlande, Polen, Russische Föderation, Schweden, Schweiz, Ungarn und Vereinigtes Königreich), außerdem nahmen ein Vertreter des deutschen Gesundheitsministeriums, drei Mitarbeiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung (IGSF) in Kiel sowie 5 Mitarbeiter des WHO-Regionalbüros für Europa daran teil.

Der Workshop wurde von Herrn Ulrich Dietz, Verwaltungsberater des deutschen Gesundheitsministeriums, eröffnet. Professor F. Beske wurde zum Vorsitzenden, Dr. V. Tchernjavskij zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Professor P. Atteslander und Herr F.-M. Niemann wurden zu Berichterstattern bestimmt. Anhang 2 enthält die Teilnehmerliste.

Tagungszweck

In allen Bereichen der mittel- und osteuropäischen Länder (MOE) vollziehen sich tiefgreifende politische und soziale Veränderungen. Die Wirtschaft vieler westeuropäischer Industrieländer leidet unter einer Wirtschaftsrezession, die sie zu drastischer Kostendämpfung und Einschnitten in den herkömmlichen Sozialleistungen zwingt. Die Gesundheitsdienste, die einen Großteil staatlicher Gelder für Sozialleistungen verschlingen, sahen sich dabei im Zentrum des Interesses. Selbst in Ländern, die einen Konjunkturrückgang vermeiden konnten, steigen die Gesundheitskosten schneller als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Deshalb versuchen alle Länder ihre Gesundheitssysteme zu verbessern. Eine Schlüsselfrage ist in dem Zusammenhang, wie man mit den begrenzten zur Verfügung stehenden Mitteln den größten „Zugewinn an Gesundheit" erzielt. In einigen Ländern, vor allem in MOE, macht die Gesundheitsversorgung revolutionäre Veränderungen durch. Andere, insbesondere die alten westlichen Marktwirtschaften, versuchen sich mit gelenkten Märkten, Qualitätsentwicklung, Leistungskauf/"Contracting" usw.

Die Gesundheitsreformen in Europa haben einen gemeinsamen Schwachpunkt. Die Reformziele richten sich auf Gesundheitszustand und verstärkte Effizienz, Wahlfreiheit, Patientenzufriedenheit

und wirtschaftliche Einsparungen, selten aber wird angegeben, wie die Resultate gemessen und beurteilt werden sollen. Die Ursache für dieses Dilemma ist deutlich: Es gibt noch keine guten Indikatoren und Methoden für die Prozeßevaluation. Resultatindikatoren, wie der Gesundheitszustand der Bevölkerung, ändern sich zuweilen nur sehr langsam, weshalb man Indikatoren braucht, die zeigen könnten, in welche Richtung der Prozeß verläuft. Der allgemeine Trend zu Dezentralisierung und weniger staatlicher Lenkung hat die Situation manchmal noch verschlimmert, da unter Umständen nicht mehr ohne weiteres an zentrale Informationen heranzukommen ist.

Das WHO-Regionalbüro für Europa und das IGSF können auf eine lange Tradition regelmäßiger gemeinsamer Workshops zu aktuellen, die europäischen Gesundheitssysteme betreffenden Themen zurückblicken. Bei dem Workshop von 1994 ging es schwerpunktmäßig um die Beurteilung der Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen. Da sich die traditionelleren epidemiologischen Indikatoren, wie z. B. diejenigen, die Fortschritte im Hinblick auf die „Gesundheit für alle" messen sollen, zur Beurteilung der funktionalen Aspekte von Gesundheitssystemen nicht eignen, sollte der Workshop Probleme wie Lebensqualität, Krankheitsprävention, Alterschirurgie, Rehabilitation (u. a. für Senioren) und Patientenwartelisten, Wohlergehen, freie Arztwahl und Patientenzufriedenheit beleuchten. Der Deckungsgrad der Dienste sollte nicht nur bedeuten, daß alle Bevölkerungsgruppen durch eine Krankenversicherung, ein nationales System von Gesundheitsdiensten, private Krankenversicherungen oder eine Kombination dieser Elemente abgesichert sind, sondern auch, daß die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Gruppen gebührende Berücksichtigung finden.

Der Workshop stellte für das WHO-Regionalbüro für Europa einen wichtigen Schritt in der Entwicklung zum europäischen Gesundheitsinformationszentrum dar; aus einer anfänglichen Gesundheitssystem-Datenbank sollte sich allmählich eine umfassendere Wissensbank für Reformen der Gesundheitsversorgung und die Vernetzung mit Mitgliedstaaten und WHO-Kooperationszentren entwickeln, wobei auch deutliche Querverbindungen zu den unter

den Bürgern herrschenden Auffassungen von Gesundheitsversorgung bestehen müssen. Zielsetzung des Workshops war:

- die Überprüfung und Beurteilung der Gesundheitssystem-Datenbank und ihre Weiterentwicklung zu einer interaktiven Gesundheitssystem-Wisensbank (knowledge-base);
- ein Vorschlag für ein „Grundpaket" zur Beurteilung von Gesundheitsreformen im Hinblick auf die Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen und
- die Verankerung der Erkenntnisse in einem Bericht.

Theoretischer Bezugsrahmen

Wirtschaftliche Indikatoren scheinen für die Beurteilung der Resultate von Gesundheitsversorgung nur eine begrenzte Reichweite zu besitzen. Die Länder widmen der Gesundheitsversorgung einen unterschiedlich großen Anteil ihres Bruttoinlandprodukts, wobei einige imstande zu sein scheinen, ihren Bürgern das gleiche Leistungsniveau zu bieten, obwohl sich der pro Kopf der Bevölkerung dafür aufgewendete Betrag erheblich unterscheidet. Das führt dazu, daß das Gesundheitswesen in einigen Ländern als zu teuer bezeichnet werden muß, was wiederum die politische Debatte über Kostendämpfung und Finanzeinschnitte auslöst. Immer noch aber fehlen sinnvolle Parameter zur Beurteilung von Gesundheitssystemen, die einen über ganz allgemeine Punkte hinausreichenden Vergleich ermöglichen würden.

Selbst die reichsten Nationen der Welt können es sich nicht leisten, allen Bürgern alle theoretisch verfügbaren medizinischen Leistungen anzubieten. Ohne eine Rationalisierung der Leistungsproduktion ist man zu einer schmerzhaften Leistungsrationierung gezwungen. Die Gesellschaften müssen sich dem Problem der gerechten Verteilung ihrer Gesundheitsdienste stellen, wobei die Länder, die ihre Ressourcen effizient nutzen, aus diesem Prozeß als Sieger hervorgehen werden. Effizienz und Chancengleichheit sind keine Gegensätze, ganz im Gegenteil, Effizienz ist die Grundvoraussetzung für Chancengleichheit. Üblicherweise nimmt man an, daß

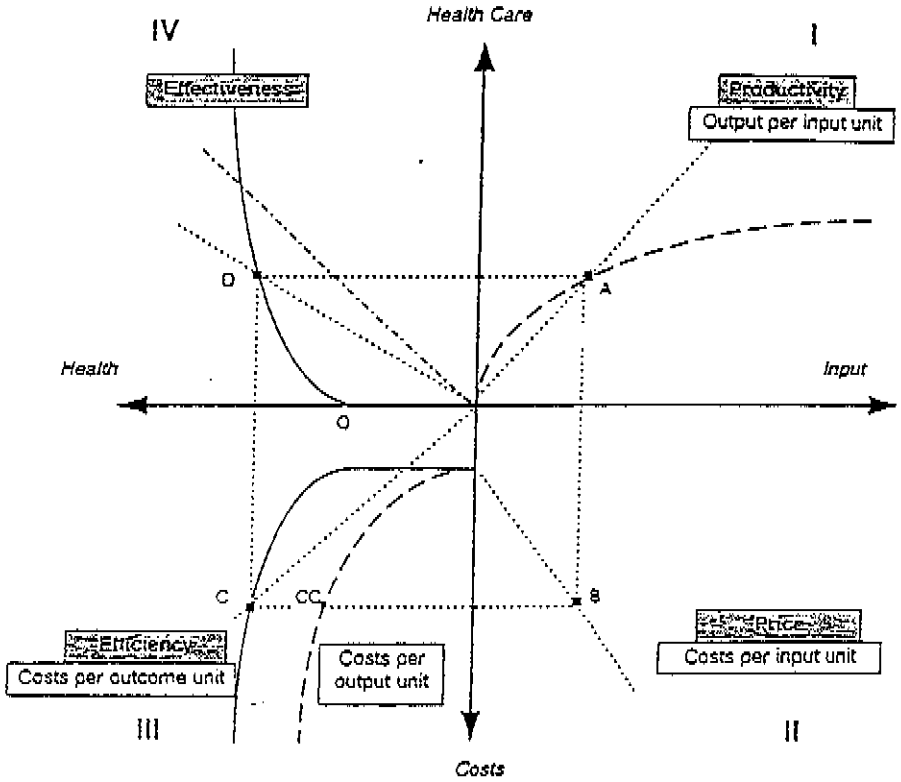
privates Unternehmertum, Wettbewerb und Dezentralisierung automatisch zur Effizienz führen. Die Frage bleibt jedoch, was Effizienz denn eigentlich ist? Paradoxerweise braucht man um so mehr gesellschaftliche Regulierung, je mehr Freiheit man gewährt, wenn man sicherstellen will, daß Leistungen nicht einfach nur produziert werden, sondern auch zu einem Mehr an Gesundheit führen. Das gilt für Länder mit Sozialversicherungssystemen ebenso wie für Staaten mit steuerfinanzierten nationalen Gesundheitssystemen.

Produktivität, Effizienz und Effektivität lassen sich als ein von Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Input und Kosten bestimmtes Feld aus vier Quadranten betrachten (vgl. Abb. 1). Das Streben nach Gesundheit führt dabei zur Nachfrage nach Gesundheitsdiensten. Zunehmende Produktivität bedeutet allerdings noch nicht automatisch mehr Effektivität, die als Qualitätsattribut gesehen werden kann. Außerdem bestimmt sich die Effektivität in ihrem Quadrant auch durch Gesundheitsversorgung als Prozeß und Produkt (Resultat).

Wenn man von Produktivität (den Zusammenhängen zwischen Input und Output) spricht, muß man wissen, was man produziert. Geht es um Effektivität (die Zusammenhänge zwischen Output und Gesundheit), sollte man nur die Gesundheitsdienste finanzieren, die nachweislich eine gesundheitliche Wirkung haben. Bei der Diskussion des Begriffs Effizienz (Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Kosten) schließlich verwechselt man oftmals Effizienz mit Effektivität.

Effizienz heißt, die Dinge richtig anpacken. Effektivität heißt, die richtigen Dinge anpacken. Der Ruf nach mehr Ressourcen ist ethisch nicht vertretbar, wenn die vorhandenen Ressourcen nicht effizient genutzt werden. Indikatoren sind insofern problematisch, als sie die Resultate normalerweise viel zu spät anzeigen. Dadurch gerät man in das Dilemma zu meinen, man wüßte, was man tun sollte, während man in Wirklichkeit nicht weiß, was man tut. In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung kann man sich nur schwer auf die Definition von Output einigen. Wie sieht beispielsweise der Produktivitäts-/Effizienzindikator für ein psychiatrisches Krankenhaus oder ein Altenheim aus?

Abb. 1: Produktivität, Effizienz und Effektivität in der Gesundheitsversorgung



Markus Schneider
21.11.1994

Materielle (technische) Innovationen scheinen sehr viel schneller übernommen zu werden als neue Ideenkonzepte. Das Problem der Eigenverantwortlichkeit ist mit dem Konzept der Solidarität verknüpft, wobei nicht alle Menschen in gleichem Maße die Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Handeln besitzen. Fehlende ethische Prinzipien machen es schwer, das Problem einer gerechten Aufteilung der finanziellen Belastung auf die Bürger zu lösen. Die Teilnehmer des Workshops stellten fest, daß die Beurteilung der Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitsversorgung und die Entwicklung brauchbarer Indikatoren kein Selbstzweck seien, sondern eine sinnvolle Diskussion über den letztendlichen Zweck und die Ziele der Gesundheitsversorgung insgesamt in Gang setzen und dazu beitragen sollten, die begrenzten Ressourcen auf die richtigen Prioritäten zu konzentrieren.

Länderdarstellungen

In Ungarn lassen sich drei Epochen oder Revolutionen der Gesundheitsversorgung ausmachen:

- die rasche Ausweitung der wissenschaftlichen Medizin und der Krankenhaustechnologie
- Kostendämpfung und
- Beurteilung und Rechenschaftslegung.

In den MOE-Ländern und den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS) war die erste Revolution von dem Gedanken getragen, die Chancengleichheit zu stärken. Die zweite Revolution brachte die Reform der Gesundheitsversorgung; das war die Ära des marktwirschaftlichen Ansatzes, wonach Gesundheit vom Verhalten der Patienten, Gesundheitsversorgung vom Verhalten der Leistungserbringer und die Kosten vom Verhalten der Finanzträger von Gesundheitsversorgung abhängen. Die dritte Revolution vollzieht sich durch eine wertorientierte Gesellschaft und wird eine Ära des Qualitätsbewußtseins und des ganzheitlichen Herangehens an

Gesundheitsversorgung einläuten. Das Grundprinzip der Gesundheitsversorgung ist dabei zwar der Gedanke der Solidargemeinschaft, der sich jedoch nicht auf Leistungen erstreckt, die entbehrlich, nicht effektiv oder nicht bedarfsgerecht sind.

In der ungarischen Debatte ging es um die Frage eines Grundangebots an gesundheitlichen Leistungen. Dieses Grundangebot muß vier Kriterien gerecht werden. Die Leistungen müssen notwendig, effektiv, effizient sein und über die Eigenverantwortung des einzelnen hinausreichen. Leider ist in Ungarn der Sinn für gesundheitliche Eigenverantwortung äußerst unterentwickelt. Das Land braucht bessere Daten über das Resultat ausgewählter medizinischer Verfahren, über Tätigkeiten und ihre Kosten. Bei der Qualitätsentwicklung versucht sich Ungarn auf Führungskonzepte, Information und Analyse, strategische Qualitätsplanung, das Management der personellen Ressourcen, die Qualitätssicherung von Produkten und Dienstleistungen und die Klientenzufriedenheit zu konzentrieren.

In Polen gibt es ein allgemeines Register über Krankenhausentlassungen. Künftig liefern alle 14 Provinzen ihre Informationen an dieses Register. Die Krankenhäuser schicken ihre Informationen an das medizinische statistische Amt der Provinz, das die Daten an die nationale Stelle für Gesundheitssystem-Management weitergibt. Effizienzanalysen sind mittlerweile auf allen Ebenen möglich, was früher nicht der Fall war. Nur 10% der Entlassungsdaten aus den Provinzen waren analysiert worden. Das Informationsmanagement wird künftig über die nationale Stelle für Gesundheitssystem-Management laufen. Einer Analyse der Effektivität des polnischen Gesundheitswesens stellen sich hauptsächlich folgende Schwierigkeiten in den Weg:

1. fehlender Einfluß der Krankenhausmanager auf therapeutische Entscheidungen,
2. zu starker Einfluß von Spezialisteneliten auf die Ziele und Prioritäten der Effektivitätsbeurteilung,
3. das Fehlen eines einheitlichen Systems klinischer Verfahren und Methoden zur Kostenermittlung,

4. das Fehlen jeglicher Effektivitätsanforderungen auf Provinz- oder Zentralebene im Management der Gesundheitsversorgung,
5. eine unzulängliche Informatikinfrastruktur in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung,
6. mangelndes Verständnis für den Unterschied zwischen Effektivität und Effizienz.

In Schweden verfolgt man mit der Produktivität und Effektivität der Gesundheitsdienste folgende Ziele:

- Vermeidung des Anstiegs von Steuern oder Versicherungsbeiträgen
- angemessene Vergütung des Gesundheitspersonals, einschl. der Ärzte und
- Erhaltung und, hoffentlich, verstärkte Zugänglichkeit der Leistungen sowie eine Verbesserung ihrer Qualität.

Um die Gesundheitsdienste vor dem Zugriff überambitiöser Politiker zu bewahren ist es wichtig, ihre Produktivität und Effektivität zu messen. Zu weit getriebene Kostendämpfung könnte gefährlich sein, und die Messung der Produktivität, Effektivität und Qualität könnte dazu beitragen, die Grenzen abzustecken. Die Definitionen bedürfen weiterer Klärung, und die in der Gesundheitsversorgung Tätigen und die Ärzte müssen besser informiert werden, um Mißverständnisse zu vermeiden.

Den Produktivitätsanstieg der Gesundheitsdienste zu messen, bereitet größere Probleme. Es handelt sich um einen komplexen Prozeß. Die Leistungserbringung geschieht unmittelbar, die Qualität hat viele Eigenschaften, es gibt keine Marktpreise, die Ziele sind komplex und die Input- und Outputdaten unzulänglich. Das sich unmittelbar aufdrängende Problem sind fehlende Outputdaten. Jeder Versuch, die Produktivität kontinuierlich zu messen, kann und muß die Qualitätsattribute einschließen. Die Zusammenhänge zwischen Produktivität und Versorgungsqualität müssen aufgezeigt werden. Außerdem ist der dynamische Charakter der Gesundheitsversorgung

zu berücksichtigen. Ständig wird neue Technik eingeführt, was neue Leistungsmöglichkeiten eröffnet. Wichtig ist es, die Auswirkungen neuer Technik von falschen Anreizen und Mißmanagement zu trennen.

Die Messung der Effektivität gestaltet sich sogar noch schwieriger. Möglicherweise lassen sich Dienste mit positiven gesundheitlichen Auswirkungen herausgreifen, die wirklichen Probleme haben jedoch etwas mit den individuellen und kollektiven Präferenzen der Verbraucher zu tun, was durch die Tatsache bedingt ist, daß die Erbringer von Gesundheitsversorgung nicht daran gewöhnt sind, ihre Patienten als Verbraucher oder Klienten zu betrachten.

In der Russischen Föderation bewegt sich das ehemals staatliche Gesundheitssystem allmählich in Richtung Krankenversicherung, wobei mehr Wert auf Produktivität, Effizienz, Effektivität und Versorgungsqualität gelegt wird. 1994 flossen 1,8% des Bruttoinlandsprodukts in den Gesundheitssektor. Die Verwaltung schluckte über die Hälfte dieser Summe (1% des Bruttoinlandsprodukts). In dieser Situation haben sich die Krankenversicherungsträger zu Fürsprechern der Patienteninteressen gemacht, was besonders wichtig ist, weil sich das gesundheitliche Leistungsangebot nicht gleichmäßig auf die verschiedenen Regionen verteilt. Positiv an der Dezentralisierung ist, daß die Verwaltungsstellen vor Ort die Probleme der Patienten aus größerer Nähe miterleben und mehr Verantwortung tragen. Ein praktisches Problem in der Russischen Föderation ist die Tatsache, daß es für den Gesundheitssektor keine allgemein akzeptierte Terminologie gibt, weshalb man dringend ein russisches Glossar braucht.

Analyseerfahrungen und Pläne für die Beurteilung

Das WHO-Regionalbüro für Europa arbeitet an einer Gesundheitssystem-Wissensbank, die den Informationsbedarf der Länder teilweise decken könnte. Dabei sollte unbedingt zwischen den Begriffen Datenbank und Wissensbank unterschieden werden. Letztere ist deutlich auf einen bestimmten Zweck ausgerichtet. Deshalb müssen sich die benutzten Indikatoren auf gesundheitliche Resultate und die Zusammenhänge zwischen Tätigkeiten, Kosten,

Effekt und Qualität konzentrieren. Da es schwierig ist, aus den verschiedenen Ländern verläßliche und standardisierte Daten zu erhalten, muß die Zahl der Indikatoren unbedingt begrenzt werden, damit man sich auf die Qualität, Validierung und Aktualität der Daten konzentrieren kann. In begrenzten Bereichen wie Mundgesundheit, Diabetesfürsorge und Krankenhausinfektionen hat die WHO beim Monitoring der Versorgungsqualität bereits erhebliche Fortschritte gemacht.

Auf internationaler Ebene haben WHO und Europäische Gemeinschaft an der Errichtung eines Telematiknetzwerks von Gesundheitsindikatoren in mehreren europäischen Ländern, Einrichtungen und Hochschulen für Gesundheitswissenschaften gearbeitet. In diesem CARE I-Projekt wurden die Probleme der Vergleichbarkeit und Aktualität der Daten deutlich sichtbar. Da Informationen über die nicht vergleichbaren Elemente wichtig sind, braucht man dringend eine erläuternde Zusammenstellung der vereinbarten Indikatoren.

Die Regierungen wollen dezentralisieren und sich nur noch auf Kernbereiche konzentrieren, was jedoch einen Kontrollverlust beinhaltet. Bei Dezentralisierungsbeschlüssen muß zugleich auch dafür gesorgt werden, daß ausreichende Mechanismen für die erforderliche Kontrolle, z. B. die Qualitätskontrolle, vorhanden sind. Zuweilen könnten sehr wenige Indikatoren ausreichen. Dafür brauchte man einen Verbund von Stellen, die die Daten liefern könnten. Die Gesundheitsministerien sollten wissen, wer z. B. an die WHO Daten liefert.

Die deutschen Datenbankerfahrungen zeigen, daß die Daten und Analysen tendenziell zu spät kommen, da man die Informationen bereits braucht, wenn Ziele festgelegt werden. Die Wissensbank sollte den Gesundheitspolitikern eigentlich die Antwort auf eine einzige Frage liefern: Was ist zu einer bestimmten Zeit und in einer gegebenen Situation sinnvoll und was wird nicht gebraucht? Mit anderen Worten, vielleicht hat man bereits genügend Daten, was fehlt sind die Interpretationskapazitäten.

Verschiedene Beurteilungskonzepte

Der Analysebedarf richtet sich danach, welche administrative Ebene um die Informationen bittet. Politiker brauchen andere Daten als Manager oder für die regionale Planung Zuständige. Diese einfache Tatsache wird oft außer acht gelassen, wenn man vom Informationsbedarf spricht.

Auf landesweiter Ebene ist die Inputseite, die Zuweisung von Geldern und Personal sowie die Qualität und Ausbildung der Fachkräfte wichtig. Auf der Outputseite müssen das Gesamtvolumen und die allgemeine Qualität verfolgt werden. Normalerweise reicht es aus, die Effektivität anhand der Veränderungen in der allgemeinen Morbidität und Mortalität zu messen. Effizienzindikatoren für die nationale Ebene gibt es bisher jedoch kaum in ausreichendem Maße. In besonders prioritären Problembereichen kann man jedoch mit Kosten-Nutzen-Verhältnissen, Kosten-Nützlichkeits-Verhältnissen und Kosten-Nützlichkeitsanalysen arbeiten.

Auf regionaler Ebene stellt sich als erstes das Problem der Definition einer Region. Im allgemeinen ähnelt der Informationsbedarf hier weitgehend dem auf nationaler Ebene. Wichtig ist, daß die Resultate mit denen ähnlicher Regionen des Landes und mit den nationalen Durchschnittsangaben verglichen werden. Oft sind die Regionen an der Ressourcenzuweisung nicht direkt beteiligt, weshalb die Inputseite der Daten u. U. nicht so wichtig ist. Die Regionen sind jedoch den Verbrauchern und dem örtlichen Management näher, sollten also besonders an der Effizienz und Qualität der Leistungen interessiert sein, vor allem, da sie sich häufig mit Beschwerden abgeben müssen.

Auf institutioneller Ebene (Krankenhäuser, Primärversorgungsdistrikte usw.) unterscheidet man in vielen MOE-/GUS-Ländern nicht zwischen Effizienz und Effektivität. Wichtig auf dieser Ebene ist die Überwachung der Kosten, obwohl viele Leistungserbringer das nicht gern sehen. Da es keine Outputdefinitionen gibt, ist es fast unmöglich, Preiseinheiten zu definieren und zu verfolgen.

Im allgemeinen kümmert man sich nicht um den Informationsbedarf der Bevölkerung. Sie sollte aber genug wissen, um im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung wohlüberlegte Entscheidungen treffen zu können. Sonst ist es unsinnig, von freier Wahl zu

sprechen. Wichtig ist es, Kriterien dafür aufzustellen, was ein gutes Krankenhaus und einen guten Arzt ausmacht. Nur anhand relevanter Daten kann man eine öffentliche Debatte führen und die Patienten zu verantwortlichen Verbrauchern von Gesundheitsversorgung erziehen. Allerdings ist diese Offenheit für die Leistungerbringer sehr neu und sogar furchteinflößend.

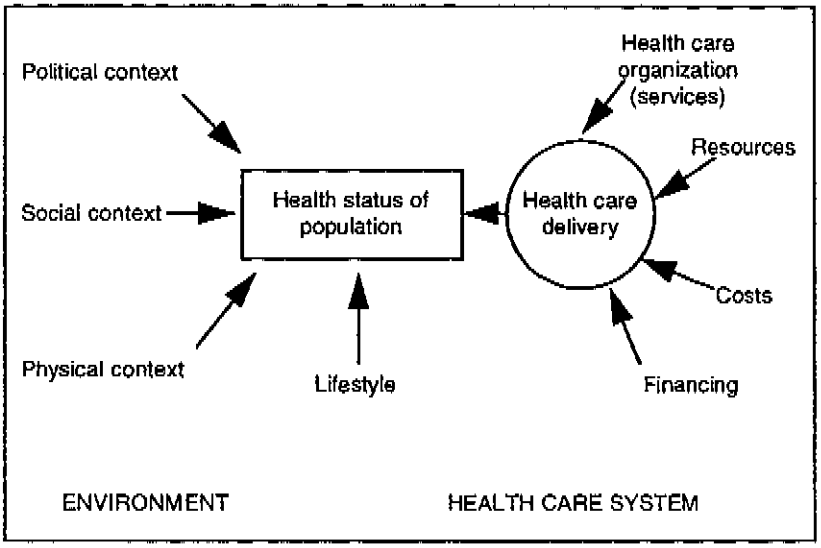
Es ist also wichtig, daß man zwischen dem Informationsbedarf verschiedener Zielgruppen und Ebenen unterscheidet. Nicht was gut zu wissen, sondern was zu wissen notwendig ist, sollte das Kriterium sein, und diesen Schritt muß man erst noch vollziehen. Das Fall-Mix-Konzept (das Zusammenlegen bestimmter Indikatoren) könnte für die Evaluierung von Outputs brauchbar sein, wobei man allerdings leicht in Konflikt mit nationalen Datenschutzgesetzen geraten kann.

Die Suche nach besseren Indikatoren

Wichtig ist es, die Faktoren zu ermitteln und zu messen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen (Abb. 2).

Je nach Gesundheitssystem und den Bedingungen, unter denen die Beurteilung stattfinden soll, stößt man u. U. auf unterschiedliche Ansichten zu Indikatoren der Gesundheitsversorgung. Im großen und ganzen lassen sich die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region in versicherungsbasierte Systeme (Bismarck), steuerbasierte Systeme (Beveridge) und Systeme einteilen, die von Zentralverwaltung und Staatsbesitz (Semaschko) auf eine Versicherungsgrundlage (Bismarck) umgestellt werden. Die aus den verschiedenen Systemen kommenden Teilnehmer hoben die Aspekte hervor, die sie für ihre Gegebenheiten als wichtig erachteten. Die Erkenntnisse der einzelnen Teilnehmergruppen beschränkten sich jedoch in keiner Weise ausschließlich auf ein System. Anhang 1 enthält die Zusammenfassung der Gruppenansichten zu potentiellen Indikatoren.

Abb. 2: Den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussende Faktoren



Die Bismarckgruppe (Teilnehmer aus Deutschland, Frankreich und den Niederlanden) wollte sich der Problematik aus dem Blickwinkel der Anomie[1] nähern, d. h. einem allgemeinen Verfall gültiger

[1]In einer anomischen Situation klaffen die von der Gesellschaft selbst gezüchteten Erwartungen und die Möglichkeiten, ihnen gerecht werden zu können, auseinander: Versprechen werden nicht eingelöst. Kennzeichnend für diese Situation ist vor allem die Spannung, die sich darauf zurückführen läßt, daß zwischen den eigenen Anstrengungen, Fähigkeiten und Erwartungen einerseits und den damit erzielten Ergebnissen andererseits kein Gleichgewicht besteht. Das Ergebnis ist ein Gefühl der Entfremdung und Resignation. Anomie ist kein

Regeln und Normen, der zu Orientierungsverlust führt. Zu anomischen Situationen kommt es in Zeiten beschleunigter gesellschaftlicher Veränderungen. Die plötzliche Veränderung oder Reform etablierter sozialer Institutionen, vor allem im Gesundheitswesen, können zu Anomie führen. Einige Indikatoren in Anhang 1 sind Beispiele für anomische Situationen in Gesundheitssystemen. Entscheidend ist, daß Anomiesymptome möglichst früh erkannt werden, damit man nach Ursachen und Abhilfemöglichkeiten suchen kann, bevor es zu einer Verringerung der Effektivität und zum Fehlfunktionieren der Gesundheitsversorgung kommt.

Als wichtigen, allerdings schwierigen Punkt ermittelte die Gruppe die Frage, wie Lebensqualität zu messen ist. Bisher hat man versucht, die Lebensqualität indirekt durch die Beurteilung der Behandlungsformen oder der ärztlichen Versorgung zu messen. Die Frage lautete mit anderen Worten, ob die zur Wiederherstellung von Gesundheit gedachten Leistungen aktuell, bedarfsgerecht und erfolgreich sind. Die Lebensqualität als bestehende, positive Befindlichkeit zu messen, ist zumindest vom gesundheitlichen Blickwinkel her schwierig. Viele neue soziologische Indikatoren ließen sich vom Anomieaspekt aus als Frühwarnsignale für das Gesundheitssystem betrachten.

Die Produktivität von Gesundheitssystemen wird normalerweise am Grad der Inanspruchnahme gemessen, was allerdings allgemein bekannte Nachteile hat. Das Produkt ist eher kulturabhängig als bezeichnend für tatsächliche Unterschiede. Außerdem sollte man Produktivität anhand der Patientenzufriedenheit überprüfen. Eine Meßmöglichkeit wäre z. B. zu untersuchen, wie oft die Bürger ihren Hausarzt wechseln.

Die Beveridge-Gruppe (Teilnehmer aus Dänemark, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich) wollten an die Evaluation mit einem APRV-Indikator (anticipated pathway recovery variance) herangehen, mit dem sich die tatsächlich erfahrene Qualität nach der Abweichung von der erwarteten Qualität messen, d. h. feststellen läßt, ob sie besser, schlechter oder gleich ist.

Die dritte Gruppe (Teilnehmer aus Kirgisistan, Polen, der Russischen Föderation und Ungarn) gelangte zu dem Schluß, daß man Nachfrage und Bedarf differenzieren und die Trends soweit möglich

deutlich machen sollte. Die Entwicklung allgemeiner Qualitätsindikatoren sei zwar schwierig, eine Methode könnte jedoch sein, das Vorhandensein, die Qualität und den Gebrauch von Behandlungsprotokollen oder klinischen Leitlinien zu untersuchen und sie mit den derzeitig herrschenden Bedingungen zu vergleichen.

Die Zufriedenheit von Leistungserbringern und Verbrauchern zu messen, gestaltet sich jedoch schwierig. Ein Indikator könnte die Arzneimittelcompliance und die Beliebtheit alternativer Behandlungsmethoden sein. Wichtig wäre es auch, durch Bevölkerungserhebungen herauszufinden, wie weit verbreitet und wie hoch die Schmiergelder in den Ländern sind, in denen diese Praxis üblich ist. Oft versucht man damit die offiziellen Überweisungswege zu umgehen, weshalb man unbedingt wissen müßte, wie viele Leute ohne eigentliche Überweisung durch das System geschleust werden.

Die Teilnehmer erwähnten, daß in vielen Ländern, in denen ehemals ein Semaschko-System bestanden habe, ein Trend zur Chancenungleichheit bestehe (oder diese sogar Mode geworden sei). Eine Privatversicherung, die es einem ermöglicht, auf das öffentliche System zu verzichten, gilt als Indikator für Sozialprestige und Wohlstand. Viele Leute wollen den Kontakt mit den Armen um jeden Preis vermeiden, gleichgültig, wie gut das öffentliche System auch sein mag. Ein interessanter Indikator wäre die Zahl der Gesundheitsadministratoren und -politiker, die für die Planung des öffentlichen Systems verantwortlich sind, selbst aber eine Privatversicherung abgeschlossen haben.

Folglich sollte sich jedes Land aus der Indikatorenliste in Anhang 1 die Parameter aussuchen, die nach seinen Gegebenheiten am ehesten für vertiefende Untersuchungen geeignet sind und den landesspezifischen Umständen am besten gerecht werden. Für die gesamte Region umfassende Vergleiche muß eine Liste von Kernindikatoren aufgestellt werden.

Unterschiedliche Informationsnutzer - unterschiedlicher Bedarf

Mit einem Rollenspiel überprüften die Workshopteilnehmer die Indikatoren zur Beurteilung der Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen, wobei man sich auf den

Informationsbedarf unterschiedlicher Nutzergruppen konzentrierte. Man ging mit anderen Worten nicht wie üblich vor, indem man alle möglichen Indikatoren auflistete, sondern schnürte statt dessen ein „Mindestpaket" zur Deckung des Informationsbedarfs. Damit wollte man die Validität der früher ausgearbeiteten Indikatoren testen und ein realistisches Bild von den Schwierigkeiten gewinnen, den Bedarf unterschiedlicher Interessengruppen miteinander zu vereinbaren. Dabei stellte sich außerdem heraus, daß bestimmte Gruppen nicht alle Informationen allgemein zugänglich machen wollen, was die Teilnehmer zu bestimmten Schlußfolgerungen führte.

Die Wissensbank sollte interaktiv nutzbar sein. Es sollten Vergleiche zwischen steuerbasierten und versicherungsbasierten Systemen angestellt werden, wobei man klein anfangen und die Reichweite der Untersuchungen später ausdehnen sollte. Grad der Inanspruchnahme, Präventivmaßnahmen, der Gebrauch von Protokollen, Kostenwirksamkeit, Technologieeinsatz und Verbraucherperspektive müssen als Elemente aufgenommen werden. Die Qualität läßt sich anhand bestimmter, als Indikatoren dienender Kernkrankheitsgruppen verfolgen.

Haushaltsbeschränkungen zwingen die Regierungen zu Kosteneinschnitten. Deshalb sollte alle nicht absolut notwendige Informationserhebung eingestellt werden. Die derzeitig vorhandenen Informationssysteme sind allerdings ungenau, nicht bedarfsgerecht, schlecht aufgebaut, unzeitgemäß und nicht umfassend genug. Neue Systeme setzen Investitionen voraus, für die internationale Zusammenarbeit absolut unabdingbar ist.

Die Ärzte sind der Auffassung, daß die bestehenden Profile ihre Anstrengungen, die Zahl der Operationen und den Einsatz moderner Geräte nicht widerspiegeln. Nach Meinung der Zahnärzte sind die prophylaktischen Aspekte der Mundgesundheit wichtig, was sich in den derzeitigen Daten nicht richtig niederschlägt. Die Pflegefachkräfte betonen den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und guter Pflege. Die Ärzte sind daran wiederum nicht so interessiert, da sie den Wert der Pflege nicht immer begreifen. Man braucht Mindestnormen für die Personalausstattung, die auch eingehalten werden müssen, und die Personalzusammensetzung muß laufend

verfolgt werden. Prozeßindikatoren kennzeichnen ebenso wie Resultatindikatoren die Leistungsproduktion besser als Indikatoren des Gesundheitszustands.

Die Wirtschaft könnte die Informationsdienste durchaus finanzieren, ihre Interessen beschränken sich jedoch eindeutig auf ihren eigenen Einflußbereich, die Produktion und den Verkauf von mehr Waren. Wissenschaftliche Institute und Forschungszentren sind zwar eifrig bemühte Partner, tendieren jedoch dazu, den Unterschied zwischen Administrations- und Forschungsbedarf zu vergessen. Administratoren sind möglicherweise mit Ersatzdaten zufrieden, die wissenschaftlichen Ansprüchen u. U. nicht genügen. Die Suche nach exakten Antworten könnte jedoch so viel Zeit in Anspruch nehmen, daß das Problem inzwischen nicht mehr aktuell ist.

Abschließende Bemerkungen

Informationssysteme müssen genau, aktuell und einfach sein. Für den Gebrauch von Informationen und ihre Auswertung muß man sich stark machen, wobei die Politiker daran erinnert werden müssen, daß die Kürzung von Mitteln keine langfristige Lösung darstellt. Gute Informationen ermöglichen eine aufgeklärte Debatte und eine transparente Diskussion. Möglich ist das nur, wenn aktuelle und genaue Daten vorliegen. Morbiditäts- und Mortalitätsdaten sind für die Beurteilung der Qualität eines Gesundheitssystems zu grob. Zur Vervollständigung des Bildes braucht man deshalb Wohlfahrtsindikatoren, Paramater der Patienten-/Bürgerzufriedenheit und Daten über Wartezeiten.

Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität machen eine vielgestaltige und schwierige Problematik aus. Trotzdem wollen die Länder für die Evaluierung eines Sektors, der etwa 10% des Bruttosozialprodukts und einen noch größeren Anteil der öffentlichen Ausgaben ausmacht, nur erstaunlich wenig ausgeben. Man will Standards, die sich jedoch als zweischneidiges Schwert erweisen könnten. Möglicherweise ist es gar nicht machbar, für die gesamte Europäische Region einheitliche Leistungsstandards für den Gesundheitssektor zu entwickeln, weil sich die Länder von ihrer Kultur her und in ihrem Enwicklungsstand stark unterscheiden.

Eine Wissensbank für die Beurteilung von Gesundheitssystemen muß folgende Hauptelemente enthalten:

1. Gesundheitszustand von Patienten/Bürgern oder Risikoindikatorstatus
2. Finanzierung von Systemen der Gesundheitsversorgung
3. personelle und materielle Ressourcen
4. Zufriedenheit von Patienten/Bürgern und Leistungserbringern.

Bei der Auswahl der Indikatoren sollte man sich auf die Aspekte beschränken, die man kennen muß. Außerdem müssen die Funktionen und Interessen der verschiedenen, an der Produktion von Information beteiligten Akteure deutlich gemacht werden.

Wirtschaftswissenschaftler benutzen im allgemeinen den Begriff Bruttosozialprodukt nicht mehr, in Gesundheitssystemen wird er für Finanzzwecke allerdings ständig gebraucht. Andere Parameter können die Veränderungen in Institutionen jedoch besser veranschaulichen und auch ihre Produktivität besser charakterisieren. Solche Indikatoren bilden ein wesentliches Element der Wissensbank, die ein vollständigeres Bild der Realität liefern könnte als quantitative Datenbanken.

Eine wichtige Aufgabe für die WHO besteht darin herauszufinden, wie man verschiedene Gesundheitssysteme evaluieren und miteinander vergleichen könnte. Einerseits müssen dafür die die Daten vergleichbar sein, andererseits aber müssen sie auch die grundlegende kulturelle Individualität der Gesellschaften widerspiegeln.

Entwicklungsprojekte sind nur dann erfolgreich, wenn sie von der Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert werden. Ebenso läßt sich Effizienz von Gesundheitssytemen in verschiedenen Kulturen auf unterschiedliche Weise erzielen. Eine internationale Clearingstelle für in der Planung von Gesundheitssystemen brauchbare Informationen muß die Schlüsselfragen aufgreifen: Welche länderspezifischen Informationen müssen um der Vergleichbarkeit und

Validität der Daten willen aufgenommen und welche können ausgelassen werden? Nach welchen Regeln werden Gesundheitsdaten interpretiert?

Folgende drei Fragen sind in diesem Zusammenhang zu beantworten:

1. Welcher Indikator eignet sich für das angestrebte Ziel?
2. Was wird gemessen und wie?
3. Wie werden die Daten verstanden, warum ist der Indikator geeignet und warum wird er benutzt; kurz, ist der Indikator wirklich brauchbar?

Neu und kennzeichnend für die zukunftsorientierte Wissensbank ist die Tatsache, daß sich Verantwortung für und Darstellung der Information auf die Antworten auf diese drei Fragen gründen müssen. Das macht die Information für den Nutzer verständlich.

Dafür braucht man eine zentrale Koordinationsfunktion. Telematikverbindungen ermöglichen den direkten on-line Datenaustausch, doch für die Standardisierung, Analyse und Weitergabe von Informationen braucht man auch weiterhin eine Organisation wie das WHO-Regionalbüro für Europa. Dabei sollte man besser klein anfangen und auf Erfolgen aufbauen; gute Informationen finden ihren Weg. Das Regionalbüro für Europa könnte in diesem Zusammenhang:

- als Clearingstelle für ökonomische Informationen dienen,
- Leitlinien für Kostenwirksamkeitsstudien ausarbeiten,
- Standards und Normen für Indikatoren aufstellen,
- Indikatoren für die Messung der Versorgungsqualität entwickeln,
- regelmäßige Länderberichte ausarbeiten, in denen Kulturunterschiede besondere Berücksichtigung finden,

- einen Mindestsatz von Indikatoren für die Evaluierung von Gesundheitssystemen zusammenstellen,
- das Schwergewicht auf Gebrauch, Qualität und Schutz der Daten legen,
- Indikatoren für die Evaluierung von präventiven Gesundheitsdiensten entwickeln.

Anhang 1

Potentielle Indikatoren für die Evaluation der Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen

Themenbereich	Indikatoren
1 Politischer/administrativer Inhalt	• Politische Instabilität • Wahlbeteiligung • Aufstände
2. Sozialer Kontext	• Bildungsniveau • Geburtenrate • Durchschnittliche Haushaltsgröße • Scheidungsrate • Arbeitslosenziffer • Selbstmordrate unter Jugendlichen • Verbrechen • Tötungsdelikte • Gefühl der Unsicherheit • Prozentualer Anteil der Alleinlebenden
3. Lebensweise	• Alkoholkonsum/Mißbrauch • Drogenkonsum/Mißbrauch • Tabakkonsum[a]
4. Umwelt	• Verschmutzungsniveau (alle Kategorien) • Bevölkerung • Alterspyramide • Geburtenrate
5. Allgemeiner Gesundheitszustand	• Schädigungsraten • Morbiditätsindikatoren • Erbringung von Gesundheitsversorgung • Bewältigungsstrategien (z. B. bei Demenz)

[a] Aller Tabakgebrauch gilt als Mißbrauch, da Tabak nicht unbedenklich oder angemessen gebraucht werden kann.

6. Bürger/Patienten	• Zahl, Altersverteilung, Verteilung nach Geschlechtern, Art der Beschäftigung, durchschnittliches Einkommen, Bildungsniveau • Untergruppen: Rentner, Arbeitslose, Altersgruppen (0 – 15, 16 – 24, über 64 usw.), Arbeiter, Angestellte, landwirtschaftliche Gruppen, städtische/ländliche Gruppen, Minderheitengruppen • Zufriedenheit von Konsumentengruppen/Leistungserbringern • Gesundheitszustand verschiedener Konsumentengruppen (ausgewählte Mortalität, Morbidität, Inzidenz, Prävalenz) • Einnahmen der Krankenversicherungen (vor allem, wie stark sie hinter den Erwartungen zurückbleiben, d. h. wie viele Arbeitgeber ihre Pflichtbeiträge nicht zahlen) • Ausgaben für Gesundheitsversorgung in verschiedenen Gruppen • Vermiedene Todesfälle durch Behandlung, Operationen • Häufigkeit des Hausarztwechsels
7. Zugang zur Versorgung	• Zugang nach Personenkategorien (Immigranten, Obdachlose) • Zahl/Rate der über 65jährigen in Pflegeheimen • Durchschnittliche Arztbesuche pro Jahr • Durchschnittliche Länge der ärztlichen Konsultation • Prozentualer Anteil derjenigen, die die Dienste nicht in Anspruch nehmen • Prozentualer Anteil derjenigen, die jährlich zum Zahnarzt gehen

7. Zugang zur Versorgung	• Haltung des Personals/der Patienten zur Prävention • Durchschnittliche Länge von Wartezeiten und Wartelisten für ausgewählte häufige Indikationen • Existenz von Ausschlußkriterien für bestimmte Behandlungen (z. B. nach hohem Alter)
8. Resultat	• Anteil der Bevölkerung mit privater Krankenversicherung[b] • Wartezeiten • Prozentualer Anteil der verhütbaren Todesfälle (bei unter 60jährigen)
9. Nachfrage/Bedarf	• Lebensqualitätaspekt (Gesundheitszustand ist ein Element) • Nutzungsraten nach Alter, Sozialschichten usw. • Krankenhauseinweisungen pro Konsultation
10. Ressourcen	• Organisation • Anteil an der Gesamtarbeitskraft • Verteilung der Arbeitskraft • Zusammensetzung der Arbeitskräfte (Ärzte/Pflegende/Techniker usw.) • Primäre Gesundheitsversorgung/Sekundärversorgung • Prävention/Behandlung • Arzneimittelkonsum (anhand einiger Indikatorarzneimittel wie Schlaftabletten, breitspektrige gegenüber schmalspektrigen Antibiotika, psychotrope Substanzen, Schmerzmittel)

[b] In einigen Ländern kann die Praxis der privaten Zusatzversicherung als Zeichen dafür gelten, daß die durch die Pflichtversicherung angebotenen Dienste unbefriedigend sind oder den Bedürfnissen der Bevölkerung nicht entsprechen.

10. Ressourcen	• Investitionen/andere Ausgaben • Zugang von Medizinstudierenden und Pflegeschülern pro Jahr • Curricula medizinischer Fakultäten und Pflegeschulen • Rolle und Zahl der im Gesundheitssektor beschäftigten Sozialarbeiter
11. Kosten	• Gebühren als Anteil der Gesamtkosten • Prozentualer Anteil der Gesamtkosten, der auf über 65jährige entfällt • Finanzierung • Anteil des von der Kostenbeteiligung umfaßten durchschnittlichen Einkommens (in verschiedenen Bevölkerungsgruppen) • Zahl/prozentualer Anteil derjenigen, die nicht imstande sind, die Mindestversicherungsprämie zu zahlen • Prozentualer Anteil der staatlichen Finanzierung zur Deckung des Versicherungsdefizits • Umfang des Versicherungsschwindels
12. Zufriedenheit der Leistungserbringer	• Durchschnittliches Einkommen der Leistungserbringer (im Vergleich zum Durchschnittseinkommen des Landes) • Zahl der Konsultationen verschiedener Gebietsärzte • Ausstehende Forderungen gegenüber den Versicherungen
13. Komplexer Indikator	• Kosten der Gesundheitsversorgung als Anteil des Bruttoinlandsprodukts und in Beziehung zur Patientenzufriedenheit • Durchschnittliche Hausstandsausgaben für Gesundheitsdienste (Direktzahlung).

Anhang 2

TEILNEHMER

Deutschland

Ulrich Dietz
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Frankreich

Agnès Couffinhal
LEGOS, Université de Paris Dauphine

Polen

Dr. Janusz Halik
Stellvertretender Direktor, Nationales Zentrum für Gesundheitssystemmanagement, Warschau

Ukraine

Dr. Boris P. Kryshtopa
Institut für ärztliche Weiterbildung, Kiew

Ungarn

Dr. Andras Javor
Internationaler Gesundheitsberater, Budapest

Berater auf Zeit

Dr. Anders Anell
Leitender Direktor, Schwedisches Institut für Gesundheitsökonomie (IHE), Lund, Schweden

Professor Peter Atteslander
Bellevueweg 29, Port, Schweiz *(Berichterstatter)*

Professor Fritz Beske
Institut für Gesundheitssystemforschung (IGSF), Kiel, Deutschland
(*Vorsitzender*)

Dr. Almaz S. Imanbaev
WHO-Länderbeauftragter, WHO-Informationsstelle für die zentralasiatischen Republiken, c/o Ministerium für Gesundheit, Bischkek, Kirgisistan

Andrew Long
Senior Lecturer, Health Systems Research, Clearing House on the Assessment of Health Outcomes, Nuffield Institute for Health, Leeds, Vereinigtes Königreich

F.-M. Niemann
Institut für Gesundheitssystemforschung (IGSF), Kiel, Deutschland
(*Berichterstatter*)

Pekka Rissanen
Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Wohlfahrt und Gesundheit (STAKES), Helsinki, Finnland

Dr. Pontus Roos
Programmleiter, Schwedisches Institut für Gesundheitsökonomie (IHE), Lund, Schweden

Dr. Markus Schneider
BASYS, Augsburg, Deutschland

Dr. Valerij E. Tchernjavskij
Stellvertretender Direktor, Forschung, MEDSOCECONOMINFORM, Institut für Gesundheitswissenschaften, Russische Föderation
(*Stellv. Vorsitzender*)

Dr. Albert van der Werff
Vrouwgeestweg 20, Woubrugge, Niederlande

Beobachter

Anna-Elisabeth Bongen
Medizinaldirektorin, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes, Gesundheitsamt der Stadt Dortmund, Deutschland

Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann
Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes, Bezirksamt Neukölln, Abteilung Gesundheit, Berlin, Deutschland

Dr. Petra Marxen
Gesundheitspolitik, GLAXO GmbH, Hamburg, Deutschland

Dr. Norbert Schmacke
Präsident, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, Deutschland

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

Gitte Andersen
Sekretärin, Gesundheitswesen

Dr. Lisa Bøge Christensen
Beraterin auf Zeit, Mundgesundheit

Elke Kallab
Verwaltungsassistentin, EUROCARE-Projekt

Knud Thoby
Verwaltungsreferent, Druck

Dr. Mikko Vienonen
Regionalbeauftragter für Management im Gesundheitswesen
(*Sekretär*)

ZIEL 27

RESSOURCEN UND MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN

Bis zum Jahr 2000 sollten die Gesundheitssysteme in allen Mitgliedstaaten kosteneffektiv verwaltet werden, und die Ressourcenzuweisung sollte bedarfsgerecht erfolgen.