

Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung?

von Uwe K. Preusker*

ABSTRACT

Priorisierung und darauf aufbauende Rationierung sind in den Gesundheitssystemen Nordeuropas alltägliche Normalität. Sie haben nach breiter gesellschaftlicher Diskussion in allen nordeuropäischen Staaten Eingang in die gesetzlichen Bestimmungen für die Gesundheitssysteme gefunden. Es wird zwischen horizontaler Priorisierung auf der politischen Ebene und vertikaler oder klinischer Priorisierung auf der Ebene der Versorgung des einzelnen Patienten unterschieden. Für die vertikale Priorisierung existieren konkrete Hilfsmittel in Form von Fragebögen mit entsprechenden Bewertungsskalen. Doch trotz gesetzlicher Verankerung und entsprechend breiter gesellschaftlicher Diskussion sind die konkreten Auswirkungen auf die tatsächliche Versorgung der Patienten nicht unumstritten, wie jüngste Beispiele aus Schweden zeigen.

Schlüsselworte: Priorisierung, Rationierung, Nordeuropa, Schweden, Dänemark, Finnland, Norwegen, Gesundheitsversorgung, Menschenwürde, Bedarf

In the nordic health care systems, prioritisation and subsequent rationing is nothing special. In all states in Northern Europe there is a legal basis for such prioritisation in the health care systems. The discussion about prioritisation is divided between horizontal prioritisation on the political level and vertical or clinical prioritisation on the level of care for individual patients. A vertical prioritisation is achieved by means of concrete tools such as questionnaires with evaluation scales. But even if there is a legal foundation and a broad discussion about prioritisation has taken place in the societies, recent examples from Sweden show that the actual effects on health care are controversial.

Keywords: Prioritisation, rationing, Northern Europe, Sweden, Denmark, Finland, Norway, health care, human rights, needs

1. Gesellschaftlich-politischer Hintergrund der Priorisierung in den nordeuropäischen Gesundheitssystemen

Die nordeuropäischen Länder beschäftigen sich bereits seit rund 15 Jahren mit dem Thema der Rationierung im Gesundheitswesen. Dabei lautet der Leitbegriff, unter dem die gesellschaftliche und politische Diskussion in Nordeuropa geführt wird, allerdings „Priorisierung“ oder Festlegung von Prioritäten mit einer den festgelegten Prioritäten folgenden Ressourcenverteilung auf der politischen wie der individuellen Ebene.

Priorisierung, so definiert Peter Garphenby in der Schriftenreihe des „Prioriterings Centrum“, beinhaltet dabei die „bewusste Wahl, bei der erwogene Alternativen nach bewusst gewählten Kriterien in eine Rangordnung gesetzt werden“ (Garphenby 2003). Rationierung bedeutet nach seiner Definition dagegen, dass „ein Versor-

gungsbedarf nicht optimal erfüllt“ wird. Allerdings fügt Garphenby hinzu, dass aus Priorisierungsmaßnahmen eine Rationierung entstehen könne, insbesondere in Form der zeitlichen Rationierung durch Bildung von Wartelisten (vgl. Garphenby 2003, 4f.). Diese Form der Priorisierung mit der Folge der zeitlichen Rationierung, also dem Zuweisen eines einzelnen Patienten auf eine Warteliste, ist in Nordeuropa die heute weitaus am häufigsten anzutreffende Situation (siehe unten unter 3.).

Die öffentliche gesellschaftliche und politische Debatte über die Notwendigkeit von Priorisierungen begann in Nordeuropa mit einem Beschluss des norwegischen Parlaments (Storting) im Jahr 1987. Seinerzeit legte der Storting erstmals gesetzlich fest, dass bestimmte medizinische Maßnahmen priorisiert werden müssen. Im Jahr 1997 erfolgte dann eine erneute Überprüfung der Priorisierungspraxis durch eine vom norwegischen Parlament eingesetzte Arbeitsgruppe, die zu rechtlichen Präzisierungen der Vorschriften

*Dr. rer. pol. Uwe K. Preusker
Preusker Health Care Ltd OY, Vestrantie 112,

FIN-01750 Vantaa · Tel.: (00358) (09) 27 69 26 10 ·
Fax: (00358) (09) 27 69 26 11 · E-Mail: uwe.preusker@phc.fi

Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung?

zur Priorisierung im norwegischen Gesundheitswesen führten (vgl. *Prioritering på ny, 1997*).

In Schweden begann die intensivere Beschäftigung mit Priorisierungs- und Rationierungsfragen im Gesundheitswesen im Jahr 1992 mit der Einsetzung einer parlamentarischen Priorisierungskommission (Prioriteringsutredningen), der Repräsentanten der fünf größten Parteien des schwedischen Reichstages angehörten. Die Arbeit dieses Ausschusses mündete schließlich 1997 in einem Beschluss des schwedischen Reichstages, in dem Grundprinzipien der Priorisierung festgelegt und konkrete Richtlinien für die Priorisierung im Gesundheitswesen beschlossen wurden (siehe unten unter 2.).

Schweden folgt mit seinem Modell des gesellschaftlichen Diskurses über die grundlegenden Prinzipien einer Priorisierung im Gesundheitswesen den gleichen Grundlinien, die der internationale Priorisierungskongress im Jahr 1996 in Stockholm erarbeitet hat:

- Da niemals alles, was medizinisch möglich ist, auch gesellschaftlich finanziert werden kann, ist Priorisierung unumgänglich.
- Dann aber ist offene Priorisierung der versteckten vorzuziehen, damit möglichst viele Menschen an der Festlegung der Priorisierungsprinzipien beteiligt werden.
- Auf der Makro- und Meso-Ebene – also den Ebenen der Politik und der gesellschaftlichen Einrichtungen und Organisationen – muss über die explizite Priorisierung entschieden werden.
- Der Mikro-Ebene – vor allem dem Verhältnis zwischen Patient und Arzt – ist die implizite Priorisierung vorbehalten, bei der nach professioneller Entscheidungskompetenz, Erfahrung und klinischer Bewertung sowie möglichst nach Behandlungs-Leitlinien auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin entschieden werde, ob und welche Behandlung erforderlich sei.
- Dabei sollte der Patient in wichtigen Fällen die Möglichkeit zur „second opinion“ haben.

Die erste öffentliche Beschäftigung mit dem Thema Priorisierung erfolgte in Finnland im Jahr 1994 mit einer Studie von STAKES, dem finnischen staatlichen Forschungszentrum für das Gesundheits- und Sozialwesen, zu Fragen der Priorisierung in der Medizin unter dem Titel „Von Werten zur Wahl“. Die Studie beruhte auf den Beratungsergebnissen einer Arbeitsgruppe, die STAKES 1992 eingesetzt hatte. Eines der wichtigsten Prinzipien für die Priorisierung sollte danach der Grundsatz „Gleicher Behandlungsbedarf erfordert gleiche Versorgung“ sein. Die weiteren im STAKES-Report festgelegten Kriterien waren:

- Bedarf,
- Dokumentation der Effektivität von Untersuchungs- und Behandlungsformen (Konkret: Eine Behandlung soll nicht begonnen werden, wenn dadurch keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann.),
- Kosteneffektivität.

Als nicht akzeptable Priorisierungs-Kriterien definierte die STAKES-Studie: Alter an sich, Lebensstil, ökonomische Leistungsfähigkeit.

In Dänemark erschien im Jahr 1996 erstmals ein Bericht des Ethischen Rates zur „Priorisierung im Gesundheitswesen“. Er war der Schlusspunkt unter einer öffentlichen Debatte, die 1995 in Gang gesetzt wurde. Der dänische Ethische Rat betont in seinem Report vor allem den Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und präzisiert ihn in drei Begriffen:

- Schwere (Lebensbedrohlichkeit) der Erkrankung,
- zeitliche Notwendigkeit von Behandlung,
- möglicher Zugewinn an Gesundheit durch eine Behandlung.

Als Teilziele für die Priorisierung unterhalb der oben festgelegten Ebene stellt der Rat folgende Aspekte in den Vordergrund:

- soziale und geographische Gleichheit,
- Qualität,
- Kosteneffektivität,
- Demokratie und Verbrauchereinfluss.

(vgl. zum historischen Überblick zur Priorisierung in Nordeuropa *Prioritering på ny, 1997, Kap. 6*, sowie *Preusker, 2001, 46*).

Wie stark der Gedanke, dass Priorisierungen im Gesundheitswesen unausweichlich sind, in den nordeuropäischen Gesellschaften verankert ist, macht das schwedische „Prioriterings-Centrum“ (<http://e.lio.se/prioriteringscentrum/>) exemplarisch deutlich. Dabei handelt es sich um eine Einrichtung, die seit Anfang 2001 existiert und gemeinsam vom schwedischen Staat, den Provinziallandtagen und den Kommunen finanziert wird. Konkrete Aufgaben des in Linköping angesiedelten „PrioriteringsCenter“ sind:

- Aufbau einer Referenzdatenbasis zu Priorisierungs-Themen,
- Übersichten über Material zur Priorisierung schaffen,
- Aktuelle Projekte zur Priorisierung in Schweden zu dokumentieren,
- grundlegende Entwicklungsarbeit für Priorisierung im Gesundheitswesen zu betreiben,
- Forschungs- und Entwicklungsarbeit zur Priorisierung im Gesundheitswesen zu initiieren und zu unterstützen sowie
- Informationen über die Aktivitäten des Zentrums in schriftlicher und elektronischer Form sowohl für die Bürger wie für Fachkreise anzubieten.

Der Grundansatz, dass Priorisierung notwendig ist, geht dabei mit der Überzeugung einher, dass jede Art von Priorisierung offen und auf einer für die Gesellschaft und den Einzelnen nachvollziehbaren Grundlage erfolgen muss. Die Einrichtung eines eigenen Zentrums für Priorisierungsfragen dokumentiert dies nachdrücklich.

■ 2. Gesetzliche Voraussetzungen für Priorisierungen – das Beispiel Schweden

In allen nordeuropäischen Staaten ist die öffentliche Diskussion über die Notwendigkeit von Priorisierungen im Gesundheitswesen eingemündet in konkrete Vorgaben und Beschlüsse der jewei-

ligen Parlamente. Ursachen hierfür sind einerseits die unbegrenzten gesundheitlichen Bedürfnisse der Bürger und der medizinisch-technische Fortschritt sowie andererseits die begrenzten Ressourcen, die für die Befriedigung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehen. Aus den parlamentarischen Vorgaben sind wiederum konkrete Handlungsanweisungen entwickelt worden, wie und auf welcher Ebene die Verteilung der Ressourcen erfolgen soll: Zwischen verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung auf der politischen Ebene (national, regional und lokal), auf der Leitungsebene von Gesundheitseinrichtungen (zum Beispiel Verteilung von Ressourcen zwischen einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses) – als horizontale Priorisierung bezeichnet – sowie für die konkrete individuelle Priorisierung von Patienten und ihren Erkrankungen durch medizinisches Fachpersonal – vertikale oder auch klinische Priorisierung genannt. Die sich ähnelnden rechtlichen Voraussetzungen und Grundlagen für die Priorisierung in den nordeuropäischen Ländern sollen nachfolgend anhand des konkreten Beispiels Schweden verdeutlicht werden.

Mit seinem grundlegenden Beschluss vom März 1997 zur Priorisierung im Gesundheitswesen verabschiedete der schwedische Reichstag nicht nur Richtlinien und ethische Grundprinzipien zur Priorisierung, sondern änderte auch das schwedische Gesetz über die Gesundheits- und Krankenversorgung (*Hälsa- och Sjukvårdslag – HSL 1982-2003*). Die entschiedenen Veränderungen fanden in den Paragraphen 2, 2a und 28 statt. So wurden im § 2 folgende neue Sätze 2 und 3 angefügt:

- „Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.“
(Übersetzung: Versorgung soll mit Respekt vor dem gleichen Wert aller Menschen und vor der Würde des einzelnen Menschen gewährt werden. Derjenige, der den größten Bedarf an Gesundheits- und Krankenversorgung hat, soll Vorrang haben.)

Neu eingefügt wurde folgender Abschnitt in § 2a HSL:

- „Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.“
(Übersetzung: Jeder Patient, der sich an die Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung wendet, soll, wenn es nicht offenbar unnötig ist, schnellstens eine medizinische Beurteilung seines Gesundheitszustandes erhalten.)

Mit diesen drei Zusätzen verankerte der schwedische Reichstag zwei der drei Grundprinzipien zur Priorisierung, die er in seinem Beschluss festgehalten hatte, im Gesetz: das Prinzip der Menschenwürde sowie das Bedarfs- beziehungsweise Solidaritätsprinzip. Das dritte im Reichstagsbeschluss verankerte Prin-

zip ist das der Kosteneffektivität. Dieses findet in § 28 HSL seinen konkreten rechtlichen Niederschlag:

- „Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.“
(Übersetzung: Die Leitung der Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung soll so organisiert sein, dass sie hoher Patientensicherheit und guter Qualität der Versorgung dient sowie die Kosteneffektivität fördert.)

Der schwedische Reichstag verabschiedete in Konkretisierung der drei ethischen Grundprinzipien und der darauf aufbauenden Gesetzesergänzungen auch eine Priorisierungsordnung, die die Grundlage für die konkrete Priorisierungsarbeit der verschiedenen Ebenen, Gremien und für den konkreten Einzelfall ist. Diese Ordnung umfasst folgende vier Gruppen und Untergruppen:

- Priorisierungsgruppe 1:
 - Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten
 - Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidisierung oder zu vorzeitigem Tod führen
 - Versorgung schwerer chronischer Krankheiten
 - Palliative (lindernde) Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens
 - Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie
- Priorisierungsgruppe 2:
 - Prävention
 - Rehabilitation
- Priorisierungsgruppe 3:
 - Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen
- Priorisierungsgruppe 4:
 - Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden

Die Versorgung der ersten Gruppe hat die höchste Priorität, innerhalb dieser Gruppe hat nach dem Reichstagsbeschluss lediglich die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Erkrankungen Vorrang; die übrigen Untergruppen dieser Gruppe haben untereinander den gleichen Rang. Die zweite und dritte Priorisierungsgruppe sollen in abnehmender Reihenfolge öffentlich finanzierte Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen. Die vierte Priorisierungsgruppe dagegen wurde vom Reichstag als eine Gruppe qualifiziert, für deren Leistungen normalerweise keine öffentlichen Gelder zur Verfügung gestellt werden sollen, sondern deren Leistungen von den Personen, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, selbst bezahlt werden müssen.

Aufbauend auf dieser vom schwedischen Reichstag nach einem mehrjährigen gesellschaftlichen und politischen Diskussionsprozess, der unter Beteiligung aller relevanten betroffenen Gruppen stattgefunden hatte, verabschiedeten rechtlichen und ethischen Basis wird seither in vielen Provinziallandtagen und Re-

Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung?

gionen Schwedens intensiv an der konkreten Umsetzung in Empfehlungen, Richtlinien und Vorschriften zur Priorisierung gearbeitet. Die beiden wohl auch über die Grenzen Schwedens hinaus bekanntesten Beispiele hierfür sind einmal das so genannte Blekinge-Modell, zum anderen die Priorisierungsrichtlinien des Provinziallandtages Västerbottens Län.

Die Richtlinien zur Priorisierung des Provinziallandtages Västerbottens Län (Waldau, 2002) wurden über mehrere Jahre hinweg von der hauptamtlichen Leitung des Provinziallandtages und der Leitungsgruppe für die Gesundheits- und Krankenversorgung in Zusammenarbeit mit einzelnen, in Priorisierungsfragen besonders erfahrenen Vertretern des Gesundheitswesens im Provinziallandtag erarbeitet und im Februar 2003 von der politischen Leitung des Provinziallandtages verabschiedet. Die Richtlinie soll offene Priorisierung innerhalb der Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung sicherstellen und sowohl den politischen Beschlussgremien wie dem einzelnen Mitarbeiter des Gesundheitswesens klare Rahmenvorgaben für solche Beschlüsse an die Hand geben. Darüber hinaus soll sie sicherstellen, dass alle Priorisierungsbeschlüsse überprüfbar sind. Im Hinblick auf die Bürger des Provinziallandtages heißt es dort weiter: „Mit offenen Priorisierungsbeschlüssen, die überprüfbar sind, wird der Bevölkerung die Möglichkeit gegeben, zu beurteilen, ob die Gesundheits- und Krankenversorgung den ethischen Prinzipien folgt und ob Versorgung zu gleichen Bedingungen im Provinziallandtag gegeben wird.“ (Waldau, 2002).

Als Basis der Priorisierung im Provinziallandtag werden die vom schwedischen Reichstag verabschiedete gesetzliche Leitlinie sowie die Priorisierungsordnung mit den vier Priorisierungsgruppen (siehe oben) herangezogen. Konkret wird darüber hinaus als spezifisches Ziel der Priorisierungsarbeit in Västerbottens Län festgeschrieben:

1. Gute Versorgung für die drei letzten Untergruppen innerhalb der Priorisierungsgruppe 1 (schwer chronisch Kranke, Menschen mit herabgesetzter Autonomie, Versorgung in der letzten Phase des Lebens) zu schaffen,
2. die Versorgung effektiver zu gestalten,
3. ein funktionierendes und ethisch gutzuheißendes Rationierungssystem zu schaffen (Waldau, 2002).

Im Folgenden erläutert die Richtlinie zunächst die rechtliche Ausgangssituation sowie grundlegende Begriffe. Anschließend werden konkrete Analysewerkzeuge für Priorisierungsbeschlüsse beschrieben sowie eine Sammlung von Beispielen für konkrete Priorisierung auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens vorgestellt.

Im Blekinge-Modell (*Förtroendenämnden Landstinget Blekinge, o.J.*) werden – ebenfalls auf der vom schwedischen Reichstag beschlossenen gesetzlichen Grundlage und der Priorisierungsordnung aufbauend – folgende Richtlinien für Priorisierungen in der Gesundheits- und Krankenversorgung festgeschrieben:

- Bevor priorisiert werden kann, muss eine medizinische Beurteilung stattfinden. Jeder Mensch, der vermutet, eine Krankheit oder Verletzung zu haben, soll das Recht haben, eine medizinische Beurteilung zu erhalten.
- Auf dieser Grundlage soll dann die vierstufige Priorisierungsordnung, wie vom Reichstag beschlossen, Anwendung finden.
- Insgesamt werden drei Ebenen der auf diesen Grundlagen aufbauenden Priorisierung festgelegt:
 - Priorisierung auf klinischem Niveau, also in der Krankenversorgung selbst,
 - Priorisierung auf administrativem oder Verwaltungs-Niveau,
 - Priorisierung auf politischem Niveau, also bei der Beschlussfassung über die Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel für die verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitswesens im Provinziallandtag.

■ 3. Priorisierung im Alltag – die aktuelle Situation

Ende Oktober 2003 erhielt die öffentliche Diskussion über Priorisierung in Schweden einen neuen Anstoß. Am 29. Oktober 2003 beschloss nämlich das Parlament des Provinziallandtages Östergötland eine konkrete Priorisierungsliste (*Landstinget i Östergötland, 2003*), die ab Anfang 2004 jährliche Einsparungen von insgesamt 37 Millionen schwedischen Kronen (SKR, dies entspricht ca. 4 Millionen Euro) erbringen soll. Die Liste enthält eine Reihe von Erkrankungen, deren Behandlung bisher aus öffentlichen Mitteln in Östergötland bezahlt wurde. Ab Anfang 2004 müssen die Bürger Östergötlands diese Behandlungen nun aus eigenen Mitteln bezahlen.

Zu den auf der so genannten Stoppliste aufgeführten Erkrankungen zählen unter anderem:

- Zweiter Hörapparat
- Behandlung des leichten Schnarchens
- Krampfadern als kosmetisches Problem
- Chronische Rückenschmerzen
- Atembeschwerden aufgrund schiefer Nasenscheidewand
- Sterilisation des Mannes
- Sterilisation der Frau ohne medizinische Indikation
- Kaiserschnitt ohne offenbare psychische oder medizinische Indikation
- Fruchtwasseruntersuchung bei nicht-medizinischen Indikationen
- Operation gutartiger Tumore
- Leichte Prostatabeschwerden
- Kopfläuse
- Blasenkatarrh bei Kindern
- Kniebeschwerden bei älteren Patienten, Athroskopie
- Anale Erkrankungen
- Chirurgische Versorgung von Magen-Darm-Erkrankungen bei multimorbiden älteren Patienten.

Diese Priorisierungsliste führte in Schweden zu einer neuen und breiten öffentlichen Diskussion über die Zulässigkeit und Notwendigkeit von Priorisierungen. So äußerte sich der schwedische Sozialminister Lars Engqvist in mehreren Zeitungs- und Zeitschrifteninterviews dahingehend, dass die vom schwedischen Reichstag aufgestellten Priorisierungsgrundsätze nicht von vorneherein mittels festgelegter Listen die Versorgung von ganzen Patientengruppen mit bestimmten Erkrankungen vollständig ausschließen dürfe. Vielmehr könne eine solche Liste lediglich eine Empfehlung darstellen, die jeweils im Einzelfall zwischen Arzt und Patient individuell untersucht und entschieden werden müsse (vgl. z.B. Perkiö 2003, 7).

Eine Gruppe von sechs Reichstagsabgeordneten der Sozialistischen Partei wiederum vertrat die Meinung, dass die vom Reichstag aufgestellte Priorisierungsordnung mit ihren vier Gruppen nicht bedeute, dass die Versorgung ganzer Krankheitsgruppen aus der öffentlichen Versorgung und Finanzierung herausgenommen werden dürfte. Vielmehr interpretierten die Reichstagsabgeordneten die Ordnung so, dass den vier Priorisierungsgruppen Ressourcen so zugewiesen werden sollten, dass die Gruppe 1 die meisten, die Gruppe 4 dagegen die geringsten Ressourcen erhält – nicht aber keine Ressourcen (vgl. hierzu Perkiö 2003, 5).

Andererseits ergab eine Umfrage der schwedischen Tageszeitung „Svenska Dagbladet“, dass vier weitere Provinziallandtage sich bereits in konkreten Vorbereitungen für ähnliche Ausschlusslisten befinden, vier weitere schlossen nicht aus, dass sie in der Zukunft ähnliche Priorisierungslisten aufstellen würden (Sternudd K/Holender R 2003).

In einem weiteren Debatten-Artikel (Wigzell/Asplund 2004) begrüßten Anfang 2004 Kerstin Wigzell, die Generaldirektorin der schwedischen Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen „Socialstyrelsen“, und ihr Stellvertreter Kjell Asplund die neuerliche Debatte über Priorisierungen und sprachen sich ausdrücklich für offene Priorisierung im Gesundheitswesen aus. Sie warnen in dem Beitrag davor, dass alle bisherigen Ansätze eher ängstliche Priorisierungsversuche waren, weil sie normalerweise lediglich marginale Einsparungen in Randbereichen der gesundheitlichen Versorgung betroffen hätten. Im Dilemma zwischen individuell empfundenem Versorgungsbedarf und niedriger Priorisierung durch die medizinische Profession oder durch politischen Beschluss regen Wigzell und Asplund an, solche Angebote nicht völlig aus dem Versorgungsprogramm des öffentlichen und öffentlich finanzierten Gesundheitswesens herauszunehmen, sondern mit abnehmendem Grad an Priorisierung die Selbstbeteiligung bei solchen Maßnahmen anzuheben. Die am niedrigsten priorisierten Maßnahmen sollten demnach eine Selbstbeteiligung von 100 Prozent zugemessen bekommen.

In der neuerlichen Debatte über Priorisierung in Schweden gibt es jedoch auch Stimmen, die die Östergötland-Stopplisten

als Anzeichen einer tiefen Krise des gesundheitlichen Versorgungssystems interpretieren und darin nicht eine Lösung für Probleme der medizinischen Versorgung sehen. Politisch festgesetzte Priorisierungslisten würden eine Menge neuer Probleme mit sich führen und seien ein allzu leichter Ausweg aus der erforderlichen Diskussion, wie die gesundheitliche Versorgung optimal organisiert werden müsse (Perkiö 2003, 20).

Hilfsmittel bei der Priorisierung

Trotz aller kontroversen öffentlichen Diskussion um das Ausmaß und die konkrete Ausprägung von Priorisierung hat es mittlerweile faktisch überall die Notwendigkeit konkreter vertikaler klinischer Priorisierung bei der Patientenbehandlung gegeben. Um diese Priorisierung, die immer einzelne konkrete Patienten betrifft und die üblicherweise in der Zuweisung eines konkreten Platzes in einer bestehenden Warteliste oder aber in der Verweigerung einer Behandlung überhaupt besteht, rationaler zu gestalten, haben vor allem Ärzte in Schweden konkrete Hilfsmittel in Form von konkreten Fragelisten und Punktesystemen entwickelt, die als Unterstützung bei der Entscheidung über konkrete Priorisierungen herangezogen werden können.

Dabei werden zu konkreten Erkrankungen beziehungsweise Diagnosen Priorisierungs-Fragebögen erstellt, deren Antworten jeweils mit einer Punktzahl bewertet werden. Ab dem Erreichen einer bestimmten Punktzahl wird die in Frage stehende Therapie dann nicht mehr ausgeführt, wie etwa in dem in *Tabelle 1* dargestellten Beispiel für einen Priorisierungsfragebogen, der von Per Rosenberg an der Klinik für Gynäkologie in Linköping entwickelt und getestet wurde, bevor er breit in die tägliche Versorgung von Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen Eingang gefunden hat. Im konkreten Fall haben Rosenberg und seine Kolleginnen und Kollegen in Linköping entschieden, dass bei einer Punktzahl größer 20 die jeweils in Frage stehende Therapie nicht mehr angewandt wird, sondern statt dessen lediglich Versorgung gemäß der Untergruppe 4 in Priorisierungsgruppe 1 (Palliative lindernde Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens) angezeigt ist.

Wartelisten

Die seit Beginn der Priorisierung bis heute üblichste Form der vertikalen, klinischen oder auch der individuellen Priorisierung von Gesundheitsdienstleistungen in Nordeuropa ist die Errichtung von Wartelisten beziehungsweise die Zuweisung des Patienten auf eine Warteliste. Dabei existieren aufgrund der Ausprägung der nordeuropäischen Gesundheitssysteme mit einer Trennung der Versorgungsebenen in die ambulante primärärztliche Versorgung einerseits sowie die spezialärztliche ambulante und stationäre Versorgung andererseits (vgl. zu den Grundzügen und Ausprägungen der nordeuropäischen Gesundheitssysteme Preusker, 1993, sowie Preusker, 2002b) faktisch immer zwei Wartelisten. Denn im An-

Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung?

schluss an die Feststellung einer Erkrankung oder eines Behandlungsbedarfs in der primärärztlichen Versorgung wird der Patient zur spezialärztlichen Diagnose überwiesen. Hier gibt es in fast allen Fachrichtungen die erste Warteliste. Stellt der Facharzt eine Behandlungs- bzw. Operationsbedürftigkeit fest, priorisiert er den Patienten und weist ihm damit einen Platz auf der zweiten Warteliste zu – der Warteliste für die konservative oder operative Therapie (vgl. hierzu auch *Preusker, 2001, 47 f.*).

Wie schwierig es jedoch ist, das Ziel der gleichen Versorgung bei gleichartigen Erkrankungen im ganzen Land oder zumindest in der gleichen Region zu erreichen, zeigt die immer wieder aufflammende öffentliche Diskussion über höchst unterschiedliche Wartezeiten für den gleichen Eingriff in unterschiedlichen Kliniken – auch innerhalb eines Provinziallandtages in Schweden, einer Gesundheitsregion in Norwegen oder eines Krankenhausbezirks in Finnland. Ein Blick in die aktuellen Wartelisten der verschiedenen Länder unterstreicht diesen Eindruck ebenfalls, wenn etwa die längste erwartete Wartezeit für eine Erst-Hüftendoprothese Anfang März 2004 in den verschiedenen Kliniken Schwedens zwischen drei (Karolinska Universitätskrankenhaus) und dreißig Wochen (Kalix Krankenhaus) variiert (www.vantetider.se).

Dabei ist die gesundheitsökonomische Sinnhaftigkeit von Wartelisten keineswegs unumstritten. Vielmehr weisen immer mehr gesundheitsökonomische Untersuchungen darauf hin, dass Wartelisten nicht die gewünschte gerechte Verteilung nach Versorgungsbedarf und ebenso wenig die erhoffte bessere Nutzung von Ressourcen bewirken. Das zeigte u.a. eine Mitte 2002 veröffentlichte Untersuchung der finnischen Universität Kuopio in Zusammenarbeit mit der staatlichen Sozialversicherungsanstalt KELA und dem Forschungsinstitut Efektia Oy. Im Rahmen der Untersuchung wurden insgesamt elf Krankheitsbilder bei Personen im arbeitsfähigen Alter untersucht. Das Ergebnis: Je länger die Wartezeit, umso länger die Behandlungs- und die Rehabilitationszeit. Außerdem zeigte die Studie, dass die Kosten der Akut-Behandlung geringer waren als die Kosten der Wartezeit und der Rehazeit. Die Untersuchungsergebnisse belegten die Kosten von 13.000 Behandlungsfällen aus allen Krankenhausbezirken Finnlands in den Jahren 1997 bis 1999. Berücksichtigt wurden die Behandlungskosten und die von KELA bezahlten Krankentagegelder. Unberücksichtigt blieben in der Untersuchung die vom Arbeitgeber in der Zeit der Krankschreibung bezahlten Gehälter, die Arzneimittelkosten und die von Kommunen und Angehörigen bereitgestellte Hilfe (*Preusker 2002a*).

TABELLE 1

Priorisierungsmuster für die Behandlung von gynäkologischen Krebserkrankungen

Lebensqualität	Punkte
Große Möglichkeit für eine Verbesserung durch die Behandlung (>30%)	0
Große Möglichkeit, durch die Behandlung einer stark verschlechterten Lebensqualität vorzubeugen (>30%)	4
Geringe Möglichkeit, durch die Behandlung einer stark verschlechterten Lebensqualität vorzubeugen (≤30%)	10
Geringe Möglichkeit für eine Verbesserung durch die Behandlung (≤30%)	10
Lebenszeitverlängerung	
≥50% Chance für eine mehr als einjährige Lebenszeitverlängerung	0
≥50% Chance für eine mehr als sechsmontatige Lebenszeitverlängerung	2
≥50% Chance für eine mehr als dreimonatige Lebenszeitverlängerung	5
≥50% Chance für eine mehr als einmonatige Lebenszeitverlängerung	10
<50% Chance für eine mehr als einmonatige Lebenszeitverlängerung	12
Ist nicht zu beurteilen	10
Risiko für ernsthafte Komplikationen/Nebenwirkungen der Behandlung	
< 5% Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	0
<10% Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	2
≥10% Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	10
≥30% Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	15

Quelle: Per Rosenberg, *Prioritering högspecialiserad vård – en lägesrapport, 11.10.2000*
(Übersetzung durch den Autor)

■ 4. Schlussfolgerung

Priorisierung und die aufgrund solcher Priorisierungen vorgenommenen Einstufungen auf Wartelisten gehören in Nordeuropa zum Alltag der medizinischen Versorgung. Doch trotz gesetzlicher Verankerung und entsprechend breiter gesellschaftlicher Diskussion sind die konkreten Auswirkungen auf die tatsächliche Versorgung der Patienten nicht unumstritten. So hat die jüngste Diskussion um die Priorisierungsliste aus dem Provinziallandtag Östergötland gezeigt, dass es keineswegs einen gesellschaftlichen Konsens über die Möglichkeit des konkreten Ausschlusses ganzer Diagnosen oder Patientengruppen aus der öffentlich finanzierten Gesundheits- und Krankenversorgung gibt. Darüber hinaus ist der personelle Aufwand für die Erarbeitung von Kriterien für die Priorisierung sowie für die Errichtung und Pflege von Wartelisten beträchtlich. So wird in jedem kleineren Krankenhaus Nordeuropas durchschnittlich ein Mitarbeiter beschäftigt, der ausschließlich für die Pflege der Wartelisten zuständig ist. Wartelisten bieten darüber hinaus keineswegs eine Garantie dafür, dass der von allen nordeuropäischen Parlamenten aufgestellten Grundsatz der gleichen Versorgung bei gleichem Versorgungsbedarf tatsächlich erfüllt wird. Vielmehr gibt es gravierende regionale Unterschiede in den Wartezeiten bei gleicher Diagnose. Zusätzlich gibt es in der jüngsten Zeit

Literatur

Förtroendenämnden Landstinget Blekinge (o.J.): Vårdens svåra val – riktlinjer för prioriteringar i vården. Politisk, administrativ och klinisk nivå. Blekingemodellen; o. Ort.

Garphenby P (2003): Prioriteringsprocessen Dell: övergripande strategier; Linköping.

Gustavsson K (2003): Prioriteringarna en systemkris; in: Landstingsvärlden 36/03, 20.

Hälsa- och Sjukvårdslag - HSL (1982-2003): Sveriges Riksdag; SFS nr 1982:763 t.o.m. SFS 2003:1212; Stockholm

Landstinget i Östergötland (2003): Utbudet av länssjukvård minskas med 37 miljoner kronor Presseerklärung vom 29.10.2003.

Melin A (2003): Rättvisa Prioriteringar inom Hälso- och Sjukvård; Linköping.

Norges offentlige Utredninger NOU (1997): Prioritering på ny; 1997, 18, Oslo.

Perkiö H (2003): „Listan är bara en rekommendation“; in: Landstingsvärlden 36/03, 7.

Perkiö H (2003): „Politisk Oenighet om Prioriteringar“; in: Landstingsvärlden 37/03, 5.

– u.a. als Folge der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur Frage des Rechts von Patienten zur Versorgung im Ausland bei nicht ausreichendem Angebot im eigenen Land – eine intensive Diskussion darüber, welche Wartezeiten insgesamt akzeptabel sind. Auswirkungen dieser Diskussion sind u.a. Behandlungsgarantien, wie sie mittlerweile in Dänemark, Norwegen, überwiegend in Schweden und ab Beginn des Jahres 2005 auch in Finnland gelten bzw. gelten werden. Diese Garantien beinhalten die Zusage, dass Patienten innerhalb einer bestimmten Zeit ihre Behandlung erhalten; wird die Garantiezeit überschritten, haben die Patienten das Recht, in anderen Regionen, in privaten Gesundheitsversorgungseinrichtungen oder im Ausland behandelt zu werden. Dabei gilt generell die Grundregel 3-3-3: Innerhalb von drei Tagen soll der Patient einen Termin im Primärgesundheitswesen bekommen, innerhalb von drei Wochen (zum Teil sechs Wochen) nach Überweisung durch den Primärarzt einen Termin beim Spezialisten zur Abklärung, und nach Feststellung eines Versorgungsbedarfs durch einen Spezialisten innerhalb von drei Monaten die entsprechende Therapie.

Welche Auswirkungen diese neue Entwicklung auf die nordeuropäische Tradition der Priorisierung und Rationierung von Gesundheitsversorgung insgesamt haben wird, ist derzeit allerdings schwer einzuschätzen. ♦

Preusker U K (1993): Gesundheitssysteme in Skandinavien; Bergisch Gladbach.

Preusker U K (2001): Rationierung im internationalen Vergleich – Skandinavien; in: Arbeit und Sozialpolitik, 2001, 45-53.

Preusker U K (2002a): Wartezeiten teurer als Behandlung selbst; in: Fokus Nordeuropa 06/2002, 21-22.

Preusker U K (2002b): Gesundheitssysteme Skandinaviens im Überblick; in: Krankenhausmanagement für Ärztinnen und Ärzte, Ergänzungslieferung 1/2002.

Rosenberg P (2000): Prioritering högspecialiserad vård – en lägesrapport; Linköping.

Sternudd K/Holender R (2003): Fler Landsting gör Stopplistor; in: Svenska Dagbladet 3.11.2003.

Sveriges Riksdag 1996/97 SoU14(1997): Prioriteringar inom hälso-och sjukvården; Stockholm.

Waldau S (2002): Så arbetar vi med prioriteringar. Riktlinjer för hälso-och sjukvården; o. Ort.

Wigzell K/Asplund K (2004): Tydlighet krävs om öppna prioriteringar; in: Landstingsvärlden 03/04, 20-21.

DER AUTOR



Dr. rer. pol. Uwe K. Preusker, studierte Volkswirtschaft, Finanzwissenschaft und Politikwissenschaft in Köln. Danach ergänzende journalistische Ausbildung; er arbeitete als stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes sowie als Ressortleiter Gesundheitspolitik bei den Zeitungen „Arzt Heute“ und „Ärzte Zeitung“. 1998 bis Mitte 2003 Chefredakteur der Fachzeitschrift „Klinik Management Aktuell“. Heute ist er als Berater, Moderator und Publizist mit dem Schwerpunkt Gesundheitswesen tätig. Mit seinem Unternehmen „Preusker

Health Care Ltd OY“ (www.PHC.fi) in Vantaa/Finnland berät er insbesondere deutsche und nordeuropäische Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, vor allem bei grenzüberschreitenden Projekten, konzipiert Kongresse, Konferenzen und Seminare im Gesundheitswesen. Ein Schwerpunkt ist die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für Unternehmen des Gesundheitswesens. Seit November 2003 gibt er den Brancheninformationsdienst „Klinik Markt inside“ heraus. An den Fachhochschulen Neu-Ulm und Hannover ist er Dozent bei MBA-Studiengängen für die Themen „Gesundheitspolitik“ und „Gesundheitssysteme Nordeuropas“.