

Wortprotokoll

29. Sitzung

Montag, 13. Dezember 2004, 11.00-15.30 Uhr
Sitzungsort:
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Raum 3.101
(Großer Anhörungssaal)

Vorsitz: Abg. René Röspel

T a g e s o r d n u n g

Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 6

**Öffentliche Anhörung zum Thema
„Prioritätensetzung im Gesundheitswesen“**

Verzeichnis der Anlagen

Seite 77

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Öffentliche Anhörung zum Thema „Prioritätensetzung im Gesundheitswesen“

Vorsitzender: Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich bitte Sie, Platz zu nehmen. Ich darf Sie alle recht herzlich zur 29. Sitzung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages begrüßen. Wir haben heute eine öffentliche Anhörung zum Thema „Prioritätensetzung im Gesundheitswesen“. Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, möchte ich Ihnen ein paar Hinweise zum Ablauf der Veranstaltung geben. Die Veranstaltung wird simultan übersetzt. Sie haben an Ihren Plätzen einen Kopfhörer und ein Übersetzungsgerät vorliegen; Deutsch ist auf Kanal 2, Englisch auf Kanal 3 zu finden. Das Parlamentsfernsehen überträgt diese Anhörung live. Eine Aufzeichnung wird es morgen ab 14.00 Uhr noch einmal im Parlamentsfernsehen für diejenigen geben, die sie sich noch einmal anschauen möchten.

Ich will nicht nur unsere zuhörenden Gäste auf der Tribüne ganz herzlich begrüßen, sondern vor allem unsere bei- und vortragenden Gäste, die aus dem europäischen Ausland und aus Israel zu uns gekommen sind. Ich schlage vor, dass unsere Gäste und Experten gleich ihre Statements sozusagen geographisch gesehen von Norden nach Süden abgeben werden. Jeder hat maximal 10 Minuten, darum würde ich gerne bitten. Wir beginnen mit den Gästen aus Schweden, die ich recht herzlich begrüße. Als erster wird Herr Prof. Per Carlsson vortragen, anschließend Frau Lena Lundgren. Dann gehen wir zu unserem Gast aus Dänemark, Herrn Prof. Kjeld Møller Pedersen. Wir kommen dann zu unserem Gast aus dem Vereinigten Königreich, Prof. Sir Michael Rawlins, der danach vortragen wird. Anschließend wird Herr Dr. M. J. Boereboom aus den Niederlanden sprechen. Danach wird Herr Dr. Josef Probst aus Österreich sein Statement geben, dann Herr Dr. Gaudenz Silberschmidt aus der Schweiz. Und – last but not least – aus Israel Herr Prof. Avi Israeli. Ich begrüße Sie ganz herzlich und danke Ihnen jetzt schon, dass Sie die Mühe auf sich genommen haben, uns zur Verfügung zu stehen. Ich freue mich sehr und wir sind sehr gespannt auf Ihre Beiträge.

Wir werden uns zunächst alle Statements anhören. Im Anschluss daran haben die Mitglieder der Enquete-Kommission die Gelegenheit, an die jeweils Vortragenden Fragen zu stellen. Wir haben keine Pause geplant. Ich bitte Sie also, sich während der Sitzung mit Essen und Trinken zu versorgen. Die Sitzung wird auf einem Tonband mitgeschnitten. Wir werden ein Wortprotokoll anfertigen, in dem Sie dann beizeiten nachlesen können. Das Protokoll wird in deutscher Sprache erstellt. Wenn es fertig ist – das wird sicher einige Zeit in Anspruch nehmen – wird es auch über unsere Homepage im Internet öffentlich zugänglich gemacht.

Wir treten jetzt mit den Statements in die Tagesordnung ein. Ich bitte Herrn Prof. Per Carlsson aus Schweden um das erste Statement. Herr Carlsson, Sie haben das Wort. Bitte benutzen Sie das Mikrofon.

Experte Prof. Per Carlsson: Guten Morgen. Ich habe einen medizinökonomischen Hintergrund. Ich bin Vorsitzender des Nationalen Zentrums für die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, welches vor drei Jahren eingerichtet wurde. Ich bin weiterhin als Professor an der Universität tätig, aber heute betrifft meine Rolle hier die Prioritätensetzung.

Ich möchte mich besonders auf das konzentrieren, was wir die „Offene Prioritätensetzung“ in Schweden nennen und Ihnen einige Hintergrundinformationen über die Situation geben. Ich werde die nationale Perspektive ansprechen, während Lena Lundgren dann mehr auf die praktische Entscheidungsebene eingehen wird.

Unser Standpunkt ist, dass die Gesellschaft nicht alle medizinischen Bedürfnisse erfüllen kann. Die Lücke zwischen der Notwendigkeit, effiziente medizinische Versorgung zu gewährleisten, und dem, was wir finanzieren können, scheint immer größer zu werden. Von daher müssen wir entscheiden, wie die Ressourcen verwendet werden können. Die Frage ist natürlich, wie und von wem. Wie können wir entscheiden? Wer kann dafür verantwortlich sein, die Entscheidungen zu treffen? Wir wissen, dass das aus politischer Sicht sehr schwierig ist. Wir haben hier diesen Cartoon und sagen: „Ja, er ist verantwortlich.“ Ärzte, Krankenschwestern und Politiker zeigen gegenseitig mit dem Finger aufeinander. Die Politiker wurden initiativ, um diesen Entscheidungsprozess zu unterstützen. Das war zu Beginn der 90er. Die Vorstellung ging dahin, gemeinsame Werte zu finden. Dieser Ausschuss hat 1994 einen Rahmen präsentiert. Das Parlament hat im Jahr 1997 über diesen Vorschlag entschieden. Das heißt, wir haben im Prinzip seit 1997 diese allgemeingültigen Prinzipien, die bei der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen verwendet werden sollten. Allerdings ist es so, dass in der Praxis nicht sehr viel passiert ist und dass sich immer noch viele Menschen Sorgen um die Transparenz bei der Prioritätensetzung machen. Ein Grund ist, dass selbst wenn sie gute ethische Prinzipien haben, es nicht immer einfach ist, diese zu interpretieren. Diese Prinzipien stehen manchmal zueinander in Konflikt. Es ist schwierig, von den Prinzipien zur praktischen Entscheidungsfindung zu gelangen. Wir hatten daher die Vorstellung, dass Prinzipien alleine nicht genügen. Man braucht auch entsprechende Verfahren, Prozesse und Systeme, die die Entscheidungsfindung unterstützen und begleiten könnten. Diese Vorstellungen wurden von Norman Daniels und Jim E. Sabin präsentiert.

Wenn wir uns einmal die letzten vier Jahre anschauen, dann sehen wir, dass wir eine grundlegende Struktur für eine offene Entscheidungsfindung und Prioritätensetzung haben. Hier gibt es verschiedene Beteiligte: Zunächst wurde ein nationales Zentrum zur Unterstützung der verschiedenen Beteiligten eingerichtet und auf nationaler Ebene gibt es das National Board for Health and Welfare, die Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde, die mit Unterstützung der Regierung nationale Richtlinien in Bezug auf die Offene Prioritätensetzung erstellt. Weiterhin haben wir ein Gremium eingerichtet für die Pharmaindustrie. Hier geht es vor allem um neue Medikamente. Dann gibt es die professionellen Gruppen, z. B. Ärztegruppen und Ärzteverbände. Auch sie wurden bezüglich der Offenen Prioritätensetzung mit einbezogen. Dann gibt es verschiedene Anbieter, verschiedene Finanzierungsinstitutionen, die mit einbezogen sind. Das Problem bzw. die Frage, die sich stellt, war, wie man diese Beteiligten zusammenbringen kann. Wie kann man wirklich vernünftig zusammen arbeiten? Eine der wichtigsten Beteiligten ist die Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde, die vor drei Jahren ein Projekt auf den Weg gebracht hat. In dieses Projekt wurden mehr als 70 Mediziner und Wirtschaftsexperten aus dem Gesundheitswesen einbezogen. Es wurden verschiedene medizinische Bereiche untersucht, insbesondere die Kardiologie. Diese Gruppe hat für zwei Jahre zusammengearbeitet und hat etwa 120 Punkte identifiziert. Diese bezogen sich auf wichtige Gruppen und Individuen im Gesundheitswesen. Wir haben nun die Situation, dass diese Information für alle Entscheidungsträger zugänglich ist – für die Bezirksräte und alle anderen Entscheidungsträger auch. Sie stützt sich auf neue relevante und überarbeitete klinische Erfahrungen und Richtlinien, d. h. auf die neuesten klinischen Erkenntnisse. Wir haben nun die Prioritätensetzung mit dem wissenschaftlichen Zweig in Verbindung gebracht.

Vielleicht noch paar Worte über die Mediziner. Wenn wir die Mediziner nicht mit einbezogen hätten, hätten wir auch nicht erfolgreich sein können. Die Mediziner müssen ihrer Verantwortung gerecht werden. Sie müssen die Fakten präsentieren und einen Beitrag leisten, damit wir die vertikale Prioritätensetzung tatsächlich umsetzen können. Um dies zu erreichen, hat die schwedische medizinische Gesellschaft im Jahr 2000 ein Projekt eingerichtet. Aus diesem Projekt ist ein Bericht hervorgegangen, der sich auf acht Spezialpunkte bezieht. Es sind verschiedene Pilotstudien durchgeführt worden, um die nötigen Erkenntnisse für die Prioritätensetzung zusammenzutragen. In der westlichen Region in Schweden – hier sitzt einer der großen Anbieter im Gesundheitswesen, der 1,5 Millionen Bewohner abdeckt – wurden 20 professionelle Gruppen eingerichtet, die 20 Prioritätenlisten vorgelegt haben, die nun den Politikern übergeben wurden. Jetzt warten wir auf die entsprechende politische Diskussion zur horizontalen Prioritätensetzung. Das wird für nächstes Frühjahr erwartet.

Diese ganzen Aktivitäten konnten durch die Einrichtung von Verbänden durchgeführt werden. Es war so, dass einzelne Beteiligte auch in mehreren Gruppen gleichzeitig tätig waren. Daher haben wir eine Art gemeinsame Sprache zu Wege gebracht. Wir haben über die vertikale Prioritätensetzung gesprochen, für die die professionellen Gruppen verantwortlich sind, und über die horizontale Prioritätensetzung, die im Verantwortungsbereich der Politiker liegt. Es gab auch ein Übereinkommen über die Ziele der Prioritäten, was nun eine Kombination von Gesundheitsfragen und medizinischem Handeln ist. Diese Ergebnisse klingen recht einfach, aber in der Praxis ist es wirklich wichtig, dass wir alle die gleiche Sprache sprechen. Zudem haben wir ein Übereinkommen, wie wir die ethischen Prinzipien interpretieren sollen. Wie können wir Bedarf/Bedürfnis interpretieren? Wie können wir das in eine Rangfolge einordnen? Wie sieht es aus mit der medizinischen Kondition eines Patienten? Wo liegt das Risiko, wenn keine Behandlung erfolgt? Und was meinen wir, wenn wir von dem erwarteten Nutzen sprechen usw.? Hier ist zur Interpretation all dieser Begriffe eine Art gemeinsamer Terminologie entwickelt worden.

In der Zukunft möchten wir noch weitere Gruppen mit einbeziehen. Abgesehen von Ärzten gibt es eine ganze Reihe von weiteren Gruppen: Physiotherapeuten, Berufsärzte, Krankenschwestern etc. Die haben auch großes Interesse, aber sie haben bis jetzt noch nicht mit der praktischen Arbeit begonnen. Es gibt nun eine ganze Reihe von Pilotstudien, um diese medizinische Terminologie auch auf andere Bereiche im Gesundheitswesen übertragen zu können. Wir glauben, dass die Politiker ohne die Unterstützung der professionellen Gruppen im weitesten Sinne keinen vernünftigen Entscheidungsprozess durchführen können. Die medizinische Grundversorgung ist eine große Herausforderung; weiterhin sind Pilotstudien dahingehend notwendig, wie Politiker die horizontale Prioritätensetzung tatsächlich am besten umsetzen können.

Zusammenfassend kann man sagen, dass, wenn man ein transparentes System in der Prioritätensetzung einrichten will, dies immer mit Komplikationen verbunden ist. Wichtige Faktoren sind die weitere Unterstützung der medizinischen Berufsgruppen und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Beteiligten einschließlich des Nationalen Zentrums. Aber es gibt bedeutende Hindernisse. Zunächst einmal gibt es einen Mangel an Unterstützung auf hoher politischer Ebene. Das habe ich noch nicht im Einzelnen erwähnt. Der Gesundheitsminister legt ein ganz anderes Verhalten an den Tag. Das heißt, wenn die lokalen Bezirksräte ihre ersten Entscheidungen treffen – wir werden darüber später noch sprechen –, sagt der Minister: „Das ist illegal. Das ist rechtlich nicht abgesichert.“ Das macht den Prozess natürlich komplizierter. Das heißt, es gibt immer noch ein hohes Maß an Unsicherheit und Unwägbarkeiten auf hoher politischer Ebene. Die Reaktion der Medien ist immer ein problema-

tisches Thema. Und nach so vielen Jahren der Diskussion gibt es immer noch einen Großteil – nicht bei den Ärzten, aber bei Krankenschwestern, Beteiligten der Berufsmedizin –, die immer noch nicht ganz die Prinzipien und die dahinter liegende Idee verstanden haben. Um politischen Widerstand zu verändern, glauben wir, dass wir sowohl intern als auch extern stärker arbeiten müssen, um hier ein gewisses Maß an Legitimität zu erreichen. Dafür braucht man zum einen ein gutes System für die vertikale Prioritätensetzung, die noch in den Kinderschuhen steckt, und zum anderen müssen wir lernen, wie wir am besten in einen Dialog mit der Öffentlichkeit treten können. Es gab hier schon erste Versuche in Schweden, aber es gibt in dieser Hinsicht noch sehr viel zu tun.

Trotz allem bin ich optimistisch und ich glaube, dass wir nun doch zumindest den „Sonnenaufgang“ einer systematischen und transparenten Prioritätensetzung im schwedischen Gesundheitssystem sehen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Prof. Carlsson. In Berlin ist noch etwas Nebel in dieser Frage. Ich gebe jetzt Frau Lena Lundgren das Wort zum nächsten Statement.

Expertin Lena Lundgren: Es ist ein großes Glück, dass wir in Schweden das Nationale Zentrum für Prioritätensetzung haben, denn hiervon geht sehr viel aus. Wir haben im Provinzrat von Östergötland nun versucht, diese Theorie, die aufgestellt wurde, praktisch umzusetzen. In Schweden gibt es 21 Provinzräte, der in Östergötland ist der viertgrößte. Ich möchte Ihnen etwas darüber erzählen, was wir vor anderthalb Jahren gemacht haben und warum Östergötland überhaupt damit angefangen hat.

Es gab in Östergötland einige Jahre lang eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Politikern und Managern von medizinischen Programmen. Diese Zusammenarbeit ist, glaube ich, das Allerwichtigste, um bei der Prioritätensetzung erfolgreich zu sein. Im Jahr 2003 haben wir gemerkt, dass es 2004 eine Wirtschaftskrise geben würde. Wir haben uns überlegt, was wir tun könnten. Wir haben beschlossen, die Werkzeuge, die wir haben, zu benutzen – die alten Rationalisierungswerkzeuge, Strukturveränderungen – aber eben auch die Prioritätensetzung einzuführen, um dafür zu sorgen, dass wir das, was wir nicht mehr tun konnten, auf dem Wege der Prioritätensetzung doch zu erreichen.

Wir haben folgende Schritte bei der Prioritätensetzung unternommen: Wir haben vertikale Ranglisten eingeführt. Darüber hat Per Carlsson schon gesprochen. Die dringlichsten Fälle wurden zunächst behandelt. Es wurde die Kosteneffizienz in Betracht gezogen. Und die Politiker haben sich darauf konzentriert, was die Konsequenzen wären, wenn man dieses oder

jenes eben nicht mehr tun würde. Das Ganze wurde überprüft von medizinischen Beratern. Es gab Anhörungen mit medizinischen Beratern, mit Managern, mit Politikern. Dann hat der politische Ausschuss eine Entscheidung getroffen und ein Entscheidungsdokument wurde formuliert. Das geschah alles zum ersten Mal. Deswegen haben wir das Nationale Zentrum für Prioritätensetzung gebeten, den Prozess zu überprüfen und Empfehlungen auszusprechen für das nächste Mal. Ich möchte Ihnen jetzt ein bisschen über das erste Mal und über das zweite Mal, als wir das gemacht haben, erzählen.

Die Ziele für Östergötland waren, dass es ein offener und fairer Prozess sein sollte. Die Prinzipien und die Konsequenzen sollten bekannt sein. Als Ergebnis sollte es eine bewusste Entscheidung geben. Der Inhalt der ersten Entscheidung lässt sich in drei Gruppen aufteilen. Wir haben gelernt, dass das gar nicht so gut war, weil das zu sehr viel Verwirrung geführt hat. Aber so haben wir das beim ersten Mal eben gemacht. Zunächst haben wir die Behandlung gewisser Krankheiten von der Krankenhausebene in die primäre Versorgung umgeschichtet. Es gab begrenzte Indikationen für bestimmte Krankheitszustände und es gab weitere Einschränkungen bei der reinen Versorgung.

Zum ersten Punkt, dem Transfer der Behandlung bestimmter Erkrankter von den Krankenhäusern zur primären Versorgung: Da ging es um die Versorgung von Kindern mit leichten Erkrankungen wie Harnwegsinfekten, Fettleibigkeit usw. Ein weiterer Punkt war in diesem Zusammenhang die Behandlung älterer Menschen mit Schmerzen im Abdominalbereich. Aber das war problematisch, es gab sehr viel Verwirrung. Da haben wir beschlossen, dass wir eine bessere Kommunikationsstrategie brauchen, weil es sehr viele Widerstände gibt. Weitere Bereiche limitierter Indikationen waren Augenkrankheiten, Hernien (Eingeweidebrüche) sowie bestimmte Trommelfellerkrankungen. Es gibt Beschränkungen in der Versorgung etwa mit Hörgeräten, von denen man nur eines bekommt. Es gibt Behandlungsbeschränkungen bei Problemen mit dem Schnarchen, bei der Sterilisierung ohne medizinischen Grund, bei Kaiserschnitt ohne medizinischen Grund und weiterhin für die Schönheitschirurgie etwa beim Strabismus (Schielen; Kinder werden behandelt).

Es gab eine starke Medienreaktion auf das, was wir getan haben. Wir haben eine Pressekonferenz durchgeführt, die sehr großen Anklang fand. Die lokalen Medien waren vertreten, und es gab einige Artikel und Radioberichte auf lokaler Ebene. Nach drei Wochen wurde die Entscheidung im nationalen, landesweiten Radio besprochen. Dann kam es zu einer Explosion, auf die wir gar nicht vorbereitet waren. Immer, wenn es zur Diskussion über Prioritätensetzung in Schweden kam, ging es in der Diskussion nie wirklich weiter. Wir hatten gar nicht erwartet, dass nun soviel diskutiert würde, aber es kam doch dazu und zwar meistens auf

nationaler Ebene. Auf lokaler Ebene interessierten sich die Medien für strukturelle Veränderungen etwa im stationären Bereich, wenn es darum ging, was wo durchgeführt werden sollte. Aber auf nationaler Ebene gab es sehr viele Diskussionen und auch sehr viele Missverständnisse darüber, was man jetzt tun würde und was man nicht mehr tun würde.

Das Zentrum hat den Prozess in Östergötland studiert und festgestellt, dass es verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Das Problem wurde aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, um zu sehen, ob der Entscheidungsprozess in Östergötland als legitim und fair bezeichnet werden könnte. Die Antwort war, dass die Prioritätensetzung in einem legitimen organisatorischen Kontext stattgefunden hatte. Das war der eine Teil. Der andere Teil betraf die Partizipation an dem Prozess. Ich habe schon die verschiedenen Gruppen erwähnt, die teilgenommen haben. Aber wie Per Carlsson bereits angesprochen hat, waren z. B. die Krankenschwestern und die Physiotherapeuten nicht dabei. Daran arbeiten wir gegenwärtig.

Wichtige Faktoren in dem Prozess sind natürlich die nationalen Entscheidungen, das Prinzip der Gleichheit, der Würde, das Prinzip des Bedarfs und der Solidarität sowie das Prinzip der Kosteneffizienz. Die Gründe für die Entscheidungen waren nicht so klar formuliert worden, wie man das tun könnte. Aufgrund dieser Kritik haben wir es beim zweiten Mal ganz anders gemacht. Der Prioritätensetzungsprozess war zwar offen und transparent, aber es war nicht immer leicht, die verschiedenen Teile zu verstehen. Deswegen haben wir begonnen, uns sehr viel mehr darauf zu konzentrieren, den Leuten zu erklären, was die Entscheidungen eigentlich bedeuten. Nach der ersten Entscheidung, die sehr schwer zu verstehen war, wussten die Leute insgesamt nicht viel über die Themen. Wir haben dann ein Beispiel veröffentlicht, als ob man es seiner Tante erklären würde. Das kam sehr gut an. Beim ersten Mal hatten wir auch keinen Mechanismus zum Überdenken von Entscheidungen. Das haben wir für den zweiten Prozess jetzt entwickelt.

Der zweite Entscheidungsprozess lief dann im Juni 2004. Wir hatten sehr viel gelernt. Deswegen wurden diesmal die Entscheidungen genau erklärt und es wurden Begründungen gegeben. Es gab sowohl einen internen Informationsplan für die Organisation als auch einen externen für die Öffentlichkeit. Außerdem haben wir ein System zur Überprüfung von Entscheidungen entwickelt.

Inhalt der zweiten Entscheidung war, dass die priorisierten Bereiche und Krankheitsgruppen klar aufgezeigt wurden. Die Gruppen, die mehr Ressourcen bekommen sollen, sind die mit Krebserkrankungen und psychischen Erkrankungen. Echte Behandlungsbeschränkungen gibt es bei schmerzfreien Gallenproblemen, schmerzfreien Hernien und Muttermalen ohne

medizinische Indikation. Wir haben außerdem gewisse Veränderungen unserer ersten Entscheidung vorgenommen. Das war also im Juni dieses Jahres. Es gab eine Pressekonferenz, die sowohl lokal als auch national auf großes Interesse stieß. Es gab aber keine Sensationen und keine Unruhe. Es gab nicht so viele Artikel und Meldungen in den Medien.

Wir machen uns jetzt Gedanken über das nächste Jahr. Ganz wichtig ist uns, dass es bei allen Krankheitsgruppen eine bessere Integration der gesundheitspolitischen Ziele und der vorgeschlagenen Versorgungsbeschränkungen gibt. Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank, Frau Lundgren. Jetzt kommen wir zu unserem Gast aus Dänemark. Prof. Kjeld Møller Pedersen, Sie haben das Wort.

Experte Prof. Kjeld Møller Pedersen: Herr Vorsitzender, verehrte Kommissionsmitglieder, meine erste Folie soll Ihnen eigentlich eine Botschaft herüberbringen, und zwar, dass Prioritätensetzung in Dänemark und die Möglichkeiten der Durchsetzung von solchen Prioritäten sehr stark von der Art des Gesundheitssystems abhängt. Nehmen wir das dänische System. Erstens haben wir ein sehr dezentralisiertes System mit 14 Regierungsbezirken und der Kopenhagener Krankenhaustreuhand, die für Krankenhausversorgung verantwortlich ist. Zweitens geschieht die Finanzierung durch Steuern. Das sind Steuern aus den Regierungsbezirken und Vermögenssteuern. Drittens, die Krankenhäuser gehören und unterstehen der Verwaltung der Regierungsbezirke. Sie haben nicht die vollkommene Kontrolle, aber sie kontrollieren doch wichtige Teile des Gesundheitssystems. Wenn Sie sich außerdem die Krankenhäuser anschauen, so geschieht die Finanzierung nur aus einer Quelle, nämlich der des Regierungsbezirks, und nicht wie in Deutschland über die verschiedenen Krankenkassen. Das macht es uns wiederum möglich, Prioritäten und Entscheidungen zu Prioritäten durchzusetzen. Das ist mein erster Punkt.

Wenn ich die internationale Debatte über die Priorisierung beobachte, dann sehe ich immer stärker, wie stark die Prioritätensetzung und die Möglichkeiten, die Sie haben, vom System abhängen. Um unsere Erfahrungen nun direkt in die deutschen Bedingungen umzusetzen, müssten Sie schon sehr mutig sein und einige Gedanken darauf verwenden, wie Sie das tun.

Schauen wir uns die dänische Situation einmal an. Schauen Sie auf den Kern dieser Folie: Hier haben wir natürlich das Parlament, die Gesetzgebung, dann die Zentralregierung, die zusammen mit den Regierungsbezirken jedes Jahr Verhandlungen über steuerliche Fragen, über Beitragsdeckelung und über die Haushaltsfestsetzung führt. Das ist die Makro-Prioritätensetzung. Da sie die Finanzierung aus einer Quelle, nämlich der Steuerquelle, ha-

ben, ist es möglich, so zu arbeiten. Dann bewegen wir uns auf die Regierungsbezirksebene herunter. Jeder Regierungsbezirk kann jedes Jahr mit dem jährlichen Haushalt für seine Krankenhäuser und andere Gesundheitsdienstleistungen das festlegen, was ich die Mikro-Prioritäten nennen würde. Wie gesagt, die einzige Finanzierungsquelle sind die Steuereinnahmen des Regierungsbezirks. So können Sie die Entscheidungen leichter durchsetzen. Das ist ein Top-down-Prozess. Prof. Carlsson nannte das den vertikalen Aspekt. Sobald die Haushalte den Krankenhäusern zugeteilt wurden, sehen sie, ob das den Bedürfnissen der Bevölkerung, die in diesem Regierungsbezirk lebt, Rechnung trägt, und ob sie angemessene Dienstleistungen bereitstellen können. Wenn das nicht der Fall ist, haben sie natürlich Wartelisten. In diesem Kontext bewegen wir uns bei unserer Entscheidungsfindung. Wir haben also die Makro-Prioritätensetzung, die Mikro-Prioritätensetzung und die Rationierung. Dann haben wir natürlich noch einige andere Parteien, die beteiligt sind: die Nationale Gesundheitskammer, den Ethik-Rat, der als Beirat funktioniert, die Zentralregierung und natürlich noch die verschiedenen Interessengruppen. Weitere sehr wichtige Parteien sind noch die Medizinbehörde, die sehen Sie rechts auf der Abbildung, und der Verband der Räte der Regierungsbezirke. Das sind die verschiedenen Akteure im dänischen Gesundheitswesen. Da sollte es eigentlich einen sehr effektiven und transparenten Prioritätensetzungsprozess geben. Ob das nun allerdings wirklich so ist, ist eine andere Frage.

Schauen Sie sich die Entwicklung der Diskussion über Prioritätensetzung in Dänemark an. Anfang der 80er Jahre war die dänische Wirtschaft in einer ziemlich schlechten Verfassung. Die Gesundheitsversorgung aus den öffentlichen Haushalten musste bei einer schlecht funktionierenden Wirtschaft finanziert werden. Da muss man sich natürlich Prioritäten anschauen. Diese Diskussion kennen wir jetzt seit 20 Jahren. Zu Beginn wurde das durch unzufriedene Ärzte in den Krankenhäusern losgetreten, die sagten: „Wir haben nicht genügend Mittel.“ Haushaltsdisziplin war trotzdem vonnöten. 1987 hatten wir dann unseren ersten Gesundheitsminister bzw. die erste Gesundheitsministerin, die das Dilemma aufgezeigt hat: Hüft- oder Herzchirurgie? Da ging es zum ersten Mal um Prioritäten. Die Frage lautete: Machen wir etwas oder machen wir es nicht? Die Frage war nicht: Wann tun wir es?

Um 1988/89 haben dann die Politiker, die hohen Beamten und die Ärzte erkannt, dass sie einen Dialog führen müssen, dass wir darüber sprechen müssen. Wir brauchen alle zusammen eine gemeinsame Sprache. Es wurde die Dänische Gesellschaft für Prioritätensetzung eingerichtet. Das war ganz interessant. Das ist eine Gesellschaft, in der sich Politiker, Ärzte, Krankenpfleger und -schwestern und Beamte zusammensetzen, um die Prioritäten zu diskutieren. Ich war eines der Gründungsmitglieder. Es ist immer noch ein wichtiges Forum, um solche Fragen zu diskutieren. Damit verstärken wir die Erkenntnis, dass Prioritätensetzung

notwendig ist. Damit sorgen wir auch für eine gemeinsame Sprache und für einen gemeinsamen Sprachgebrauch bei der Prioritätensetzung.

Anfang der 90er integrierten die Regierungsbezirke einige Aspekte der Prioritätensetzung in ihre Haushalte. Ein Teil davon kommt aus der norwegischen Debatte. Es ist trivial: Natürlich müssen zuerst akute Krankheiten behandelt werden. Dann können Sie über Prioritäten sprechen. Das wurde in einer Art Richtlinie oder Leitlinie für Krankenhäuser integriert.

1996 hatten wir eine Veröffentlichung des Ethik-Rates. Das war tatsächlich eine Wendemarke, denn da wurde gesagt, dass das Wichtigste bei der Prioritätensetzung die Transparenz des Prozesses ist. Natürlich gibt es auch noch gesundheitstechnische Beurteilungen und Kostenbeurteilungen, d. h. die Beurteilung zur Kosteneffizienz, das darf nicht außer Acht gelassen werden, aber wichtig ist die Transparenz.

Anfang 2000 bzw. zu Beginn des neuen Millenniums sprachen wir auch über Werte. Was sind Werte im dänischen Gesundheitssektor? Welche Instrumente können wir an die Hand geben: gesundheitstechnologische Bewertungen oder Leitlinien bzw. Richtlinien? Was sind die wirtschaftlichen Zwänge? Denn die Diskussion über Prioritätensetzung ist natürlich – wie in Deutschland – am schwierigsten, wenn die Haushaltsbedingungen schwierig sind. Schauen wir uns die Diskussion in Dänemark an. Man sollte sicherlich zwischen vier Gruppen von Dienstleistungen unterscheiden: Krankenhausleistungen, öffentliche Gesundheit, Arzneimittel und andere medizinische Versorgung. Hier gibt es je nach Art der Finanzierung der medizinischen Dienstleistung und in Abhängigkeit des jeweils zuständigen Entscheidungsgremiums Unterschiede. Die Nationale Gesundheitskammer spielt da eine wichtige Rolle, denn es ist diese offizielle Kammer, die zumeist auf der Grundlage medizinischer Kriterien entscheidet, ob eine Behandlung zu einer Krankenhausbehandlung wird. Sobald die Entscheidung getroffen ist, ob eine Leistung eine Krankenhausbehandlung ist, müssen die Regierungsbezirke diese Dienstleistung bereitstellen. Die Kammer entscheidet nicht über die Haushaltsmittel. Es ist also nicht die finanzielle Ausstattung der Maßnahme, sondern die Entscheidung über die Maßnahme selbst, die dort getroffen wird.

Die Regierung verhandelt mit dem Verband der Regierungsbezirksräte. Da gibt es manchmal Aktionspläne, wie z. B. bei der Krebsbehandlung und bei Herzchirurgie. Da werden Mittel bereitgestellt. Damit kommen wir auf die Regierungsbezirksebene. Dort wird gesagt, wofür unsere Ressourcen verwendet werden. Die Kliniker müssen dann mit dem Budget, das sie bekommen, umgehen. Wenn Sie sich den 20-Jahres-Zeitraum ansehen, so akzeptieren die Kliniker die Haushaltsdeckelung interessanterweise immer stärker. Ich bin seit 25 Jahren

dabei und ich habe gesehen, dass sie das sogar zu einem Grad akzeptieren, der eigentlich gar nicht mehr hinnehmbar ist. Krankenhäuser werden so finanziert, weil sich das so bei uns bewährt hat.

Wenn man Physiotherapeuten oder niedergelassene Ärzte anschaut, dann ist das etwas anderes. Die werden anders finanziert. Das sind freie Unternehmer, die mit den Regierungsbezirken Verträge abschließen. Da wird verhandelt, d. h. sie haben jedes Jahr oder zweimal im Jahr Gebührenverhandlungen. Wenn sie Dienstleistungen bereitstellen, dann müssen sie natürlich eine Gebühr oder ein Honorar erheben. Das wird verhandelt. Es ist ein wichtiges Thema und es ist sicherlich auch in Deutschland ein wichtiges Thema. Seltsamerweise gibt es da Technologiebewertungen äußerst selten. Es wird natürlich gesagt: „Wir machen eine Studie des Nutzens dessen, was getan wird.“ Aber das ist kaum jemals der Fall.

Öffentliche Gesundheitsprävention, Gesundheitsförderung usw. sind nationale Angelegenheiten. Die Zentralregierung veröffentlicht Pläne über die Volksgesundheit, über Risikofaktoren, die man sich anschaut, und über Krankheiten, die bekämpft werden müssen, aber oft ohne Finanzierungspläne. Das machen die Regierungsbezirke.

Was Arzneimittel betrifft, so ist hier die Entscheidung die systematischste und die zentralistischste, die getroffen wird. Die dänische Arzneimittelbehörde trifft die Entscheidungen über die Erstattung. Wenn keine Erstattung geboten wird, dann lässt sich das Arzneimittel nicht verkaufen. Das ist ganz wichtig. Wichtig ist dabei auch, dass die Entscheidung zwar bei der Medizinbehörde liegt, es aber politische Richtlinien gibt, die per Gesetz vom dänischen Parlament festgelegt werden. Das ist sehr strukturiert, das ist sehr wichtig. So funktioniert das auch ganz gut.

Meine Zusammenfassung:

	Entscheidungskörper	Mechanismus	Entscheidungshilfen
Krankenhausversorgung	<u>Makroebene:</u> Zentrale Regierung und Verband der Regierungsbezirksräte <u>Mikroebene:</u> Regierungsbezirke/Krankenhäuser <u>Rationierung:</u> Kliniker	<ul style="list-style-type: none"> - Verhandlungen - Aktionspläne - Budgetierung - Leit-/Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> - HTA - Kosteneffektivitätsanalysen, Kosten-Nutzen-Analysen - Leit-/Richtlinien
„Gebühren gegen Leistung“	Verband der Regierungsbezirksräte (+ Gesundheitsminister) und Verbände der Leistungserbringer	Verhandlungen und fiskalische Erwägungen	Kaum welche
Arzneimittel	Medizinbehörde	Erstattungsentscheidungen mit gesetzlichen Direktiven	HTA Kosteneffektivitätsanalysen, Kosten-Nutzen-Analysen Expertenmeinungen
Öffentliches Gesundheitswesen	Zentrale Regierung, Regierungsbezirke und Gemeinden	Zentrale Aktionspläne Budgetallokation der Regierungsbezirke	Unklar, aber abhängig von „Krankheitslast“

Ein paar Zahlen zu Ihrer Information: Das ist die Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des Brutto-Inlandsprodukts in Dänemark von 1971 bis 2002. Wie Sie sehen, nutzen wir ungefähr 8,8 % unseres Bruttonutzenprodukts für Gesundheitsleistungen, in Deutschland sind es, glaube ich, 10 oder 11 %. Anfang der 80er Jahre ist der Anteil aufgrund der Haushaltseinsparungen drastisch zurückgegangen. Der Anteil fluktuiert jetzt so um die 8,5 %. Das ist das, was wir uns in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt leisten können. Wenn Sie sich die Kurve aber von links nach rechts anschauen, dann sehen Sie, dass sich die pro Kopf Ausgaben in Festpreisen zwischen 1971 und 2002 inflationsbereinigt mehr als verdoppelt haben. Das ist ein stetiger Anstieg. Die relative Entwicklung zum Bruttonutzenprodukt bewegt sich jedoch, wie Sie sehen können, von oben nach unten. In Dänemark geht es im Vergleich zu einigen anderen Ländern ganz gut. Das sehen Sie auf dieser Graphik. Das liegt vor allem an den Prioritäten, die wir gesetzt haben. Vielen Dank!

Vorsitzender: Vielen Dank, Prof. Pedersen! Wir gehen jetzt zum Vereinigten Königreich, Prof. Michael Rawlins. Sir Michael, Sie haben das Wort.

Experte Prof. Sir Michael Rawlins: Guten Morgen! Ich freue mich sehr, dass ich heute bei Ihnen sein kann, und ich denke, es wäre vielleicht nützlich, die Prioritätensetzung in den Kontext unseres Gesundheitssystems zu stellen, denn unsere Probleme sind anders gelagert als in anderen Ländern.

In unserem Gesundheitssystem deckt der National Health Service mehr als 90 % aller Gesundheitsleistungen ab, die durch Steuermittel finanziert werden. Man muss sagen, dass mehr als 80 % der Bevölkerung davon abgedeckt werden. Die Gesundheitsdienstleistungen, die durch die so genannten Primary Care Trusts bereitgestellt werden arbeiten auf einer Art Kommissionsebene und versorgen jeweils etwa 100.000 bis 300.000 Bürger. Diese Trusts sind in gewisser Weise eigenständig. Sie müssen aber zentral gesetzte Ziele erfüllen. Sie haben ein festes Budget und müssen sich gegenüber dem Gesundheitsministerium verantworten. Der National Health Service wurde 1947 eingerichtet, um alle Gesundheitsleistungen, die als notwendig und angemessen erachtet wurden, bereitzustellen. Genau diese Definition wurde von Beginn an zwar fortgeführt, aber es wurde niemals genau definiert, was notwendig und angemessen ist.

In den 80ern und 90ern, zur Zeit der Thatcher-Regierung, wurden die Mittel im Gesundheitswesen im Vergleich zu jedem anderen Land immer knapper. 1997 haben wir 6,8 % unseres Bruttoinlandsproduktes für das Gesundheitssystem aufgewendet. Wir hatten lange Wartezeiten, Ineffizienzen in unserem Gesundheitssystem, heruntergekommene Krankenhäuser und Einrichtungen. Wir hatten keine Mittel für neue Technologien, für neue Medikamente etc. Die Regierung sagte damals, dass das an der Ineffizienz, an Verschwendung und an einem schlechten Management liege. In diesem Zeitraum war es so, dass insbesondere die medizinischen Berufe der Meinung waren, dass Mechanismen zur Prioritätensetzung eingeführt werden sollten. Das Royal College of Physicians in London hat Mitte der 90er Jahre die Einrichtung eines Gremiums zur Prioritätensetzung befürwortet. Im British Medical Journal wurden eine ganze Reihe von Artikeln veröffentlicht, die ebenfalls in diese Richtung gehen. Die Regierung Major hat dies allerdings nicht sehr ernst genommen. 1997 wurde sie dann abgewählt. Dann kam 1997 die Regierung Blair. Die war sich der Probleme im Gesundheitswesen bewusst und hat eine Reihe von Reformen eingeleitet. Es gibt immer noch eine ganz starke Zunahme von Ressourcen. Es sind 7 % pro Jahr an Zuwachs im Gesundheitswesen. Wenn wir das so fortsetzen, würden wir dahin kommen, dass wir mehr als 9 % unseres Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheit verwenden.

Es sollten verschiedene Bereiche in den Privatsektor ausgelagert werden. Medizinische Schulen und Ausbildungseinrichtungen wurden privatisiert. Große Investitionen in die Infra-

struktur der Krankenhäuser wurden getätigt. Wir entwickeln eine größere Wahlfreiheit für die Patienten und unternehmen große Anstrengungen, um auch die Qualität der Gesundheitsversorgung durch Prozesse, die wir Clinical Governance nennen, zu verbessern. Durch die Einrichtung des NICE, das ist das National Institute for Clinical Excellence, wurden zunächst einmal Standards für die Gesundheitsversorgung beschrieben, die somit auch zur Verbesserung beitragen. Es gibt zudem noch ein Gremium, das eine Aufsichtsfunktion besitzt, so dass dies in Kombination zu einer Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen geführt hat. Mit diesen neuen Standards haben nun auch diejenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten, die entsprechenden Richtlinien an der Hand, um qualitativ hochwertige Dienstleistungen zu erbringen. Hier geht es um Diagnoseverfahren, es geht um pharmazeutische Verfahren, es geht um klinische Richtlinien für diejenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten. Es geht hier sowohl um die klinische Effizienz als auch um Kosteneffizienz. Klinische Effizienz erreicht man mit den entsprechenden Mechanismen, aber Kosteneffizienz ist natürlich viel schwieriger zu erlangen. Unsere Experten haben zwar sehr gute mathematische Formeln entwickelt, aber wenn es um ihre Anwendung geht, um die Umsetzung und Entscheidungsfindung, dann bleibt noch einiges zu tun.

Es gab rechtliche Vorgaben aus dem Gesundheitsministerium. Wir müssen vor allem fünf Faktoren beachten. Zunächst einmal hat das Gesundheitsministerium zwar Prioritäten gefordert, aber uns nicht gesagt, wo die Prioritäten liegen. Zweitens muss man jeweils den medizinischen Bedarf beachten, weiterhin das Gleichgewicht zwischen Nutzen und Kosten. Viertens muss jegliche Art von Richtlinien aus dem Gesundheitsministerium über die Verfügbarkeit entsprechender Technologien beachtet werden, aber hier haben wir auch noch nichts weiter gehört. Schließlich ist die effektive Nutzung der verfügbaren Ressourcen zu beachten. Das beschreibt natürlich nicht die gesamte Bandbreite in diesem Bereich. Was ist medizinischer Bedarf? Wo zieht man die Grenzen bei der Kosteneffizienz?

Wir haben bei der Entscheidung, ob eine Technologie kosteneffizient ist, beim NICE einen fallbezogenen Ansatz gewählt. Wir versuchen, ein Gleichgewicht zwischen der Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit und dem Nutzen zu finden. Es ist ein Ansatz, den wir für sehr wichtig halten. Der setzt sich aus vier Punkten zusammen. Zunächst einmal haben wir die nötige technische Grundlage. Wir haben die möglichen technischen Nachweise, um Entscheidungen zu treffen. Zweitens gehen wir äußerst transparent vor. Wir haben in Großbritannien eine lange Tradition der Heimlichtuerei bei solchen Entscheidungen. Wir haben versucht, so transparent wie möglich zu sein. Das heißt, alle Fakten, aufgrund derer wir unsere Entscheidungen treffen, sind öffentlich zugänglich. Drittens schließen wir in unsere Entscheidungsfindungsprozesse alle Beteiligten mit ein. Ob das nun Gruppen von Medizinern sind, ob das Bürgerinitia-

tiven oder vielleicht auch die Industrie sind, wir beziehen alle mit ein. Letztlich werden unsere Entscheidungen von unabhängigen Beratungsgremien unterstützt, die uns ihrerseits wieder Informationen bereitstellen, um die wir sie gebeten haben. Bei dem Versuch, die soziale Ebene zu beleuchten, war es uns von Anfang an klar, dass wir auch die Präferenzen der Bürger in unserem Land berücksichtigen müssen, denn schließlich sind dies die Menschen, die die Finanzierung des Gesundheitssystems durch ihre Steuerzahlungen gewährleisten. Um dies zu erreichen, haben wir einen Bürgerrat, einen Citizens Council, eingerichtet. Er besteht aus 30 Mitglieder, die sich zweimal pro Jahr für drei Tage treffen, um sich mit bestimmten Themen und Fragen wie etwa dem medizinischen Bedarf zu beschäftigen. Wie sollen wir mit älteren Bürgern umgehen? Sollen wir den Kindern Präferenz zukommen lassen, den älteren Bürgern oder anderen Gruppen der Bevölkerung? Wie sieht es mit sehr teuren Medikamenten für bestimmte Bevölkerungsgruppen aus? Hier geht es nicht um die Orphan Drugs, sondern um Medikamente, die vielleicht nur sehr wenigen Patienten zugute kommen, die aber sehr, sehr kostenintensiv sind.

Das NICE wurde in einem Zeitraum des Wachstums im Gesundheitswesen eingerichtet und in einem Zeitraum der Investitionen in das Gesundheitswesen. Das war für uns von großem Vorteil. Eine der wichtigsten Rollen ist, dass wir sicherstellen, dass die Ressourcen dahingehend verwendet werden, dass die Qualität des Gesundheitssystems verbessert wird, und sie nicht einfach irgendwo im System verschwinden. Ich muss sagen, dies ist in einer Zeit schwierig, in der Investitionen eher rückläufig sind und große politische und kulturelle Herausforderungen bestehen. NICE war trotzdem sehr kontrovers. Es gab großen Widerstand von den anderen politischen Parteien. Es gab ein großes Maß an Unsicherheit und an Unbehagen in der Bevölkerung, wie das NICE denn tatsächlich arbeiten würde. Nach fünfeneinhalb Jahren haben wir nun Unterstützung von allen wichtigen politischen Parteien und auch von der Bevölkerung. Wir sind weitgehend akzeptiert. Natürlich gibt es immer Ausreißer, aber wir haben doch eine breite Unterstützung bei den professionellen Gruppen aus dem Gesundheitswesen. Manchmal sind für Patienten unsere Entscheidungen nicht einfach nachzuvollziehen, aber ich denke, das ist unvermeidlich. Natürlich können sie ihre Meinung kundtun, aber wir können nicht alle berücksichtigen. Bei der Industrie gab es zu Beginn ebenfalls großen Widerstand. Wir wurden eigentlich als unnötig angesehen. Es wurde befürchtet, dass da irgendwelche Entscheidungen gefällt werden, die vielleicht für sie von Nachteil sein könnten. Aber auch das hat sich geändert. Wir haben Umfragen zu Beginn dieses Jahres durchgeführt und haben festgestellt, dass auch in der britischen Bevölkerung ein Großmaß an Akzeptanz besteht. 72 % der befragten Bevölkerung haben zum Ausdruck gebracht, dass die Arbeit des NICE entweder gut oder sogar sehr gut ist.

Sie haben uns auch gefragt, inwieweit die britische Erfahrung auf Deutschland übertragbar wäre. Ich möchte wirklich ganz bescheiden antworten. Ich würde mir niemals erlauben, Ihnen zu sagen, was von dem, was wir erfahren haben, nützlich für Sie wäre. Natürlich können Sie sich ansehen, was wir gemacht haben. Sie können sich heraussuchen, was für Sie gut wäre. Aber ich kann hier wirklich schlecht Einschätzungen abgeben, denn wir wissen, dass diese Entscheidungen kulturellen, historischen und politischen Einflüssen unterliegen. Was in einem Land funktioniert, muss noch lange nicht in einem anderen Land funktionieren. Die Methoden, die wir verwendet haben, könnten vielleicht auch hier funktionieren, das mag sein. Ich denke, Sie haben entsprechende Experten, die Ihnen da Ratschläge geben können. Aber wie Sie nun die Ergebnisse, die Sie herausfinden, umsetzen, bleibt letztendlich Ihnen überlassen. Danke trotzdem!

Vorsitzender: Vielen Dank, Sir Michael! Wir kommen dann zu unserem Gast aus den Niederlanden, Herr Dr. Boereboom bitte.

Experte Dr. M. J. Boereboom: Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Verehrte Kollegen, ich freue mich sehr, als Redner zu diesem wichtigen Thema heute hier zu sein.

Ich möchte auf drei Dinge, drei Elemente eingehen. Zuerst möchte ich über den Anstieg der Ausgaben im Gesundheitssystem reden und wie wir damit umgegangen sind. Zweitens möchte ich Ihnen einen Überblick über die Maßnahmen geben, die wir ergriffen haben, um diesen Anstieg einzudämmen. Und drittens möchte ich einen Ausblick auf die Zukunft geben.

Meine wichtige Botschaft lautet, dass die Niederlande von einer Kostendämpfungspolitik übergegangen sind auf eine stärker marktorientierte Politik. Wir haben Anreize geschaffen. Außerdem ist es wichtig, die Haushaltskontrolle erst dann zu lockern, wenn neue Initiativen zur Kosteneindämmung durchgeführt worden sind. Das heißt also: Bevor man das System selbst verändert, müssen Veränderungen innerhalb des Systems stattfinden.

Es wird immer gesagt, dass die Probleme in jedem Land einzigartig sind. Das stimmt nur zum Teil. Die Länder haben zwar unterschiedliche Hintergründe, aber es gibt doch demographische und medizintechnische Trends, die in allen Ländern gleich sind. Außerdem will man in jedem Land bezahlbare medizinische Versorgung für alle sicherstellen. In allen entwickelten Ländern hat in den letzten Jahren ein Kostenanstieg im Gesundheitswesen stattgefunden. Die Niederlande bilden hier keine Ausnahme. Sie wissen alle, dass es hier zwei Hauptgründe gibt: die Fortschritte in der medizinischen Technik und das Altern der Bevölkerung. Diese Entwicklung erhöht die Notwendigkeit, die Funktionsfähigkeit unseres Gesund-

heitssysteme für künftige Generationen zu erhalten. Eine Kostenexplosion findet statt, wenn ein großer Teil der Bevölkerung in großem Umfang Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. Zudem stellt sich die Frage, wo die Arbeitskräfte herkommen sollen, die für die Versorgung in Zukunft gebraucht werden.

Die Gesundheitsausgaben in den Niederlanden sind in den 90er Jahren auf ein Niveau von 8 % des BIP angestiegen und danach einige Jahre stabil geblieben. Das ist im Wesentlichen auf unsere Politik der Kostendämpfung auf Makroebene zurückzuführen. Für die Gesamthöhe der Ausgaben sowie die Ausgaben für spezielle Bereiche, z.B. in den Krankenhäusern, wurden Globalbudgets festgelegt, für die dann Wachstumsraten festgelegt wurden: 1,3 % zwischen 1994 und 1998 und 2,3 % seit 1998. Schließlich gibt es in den Niederlanden Preis- und Mengenbestimmungen. Seit im November 2001 der so genannte Leistungsanspruch proklamiert wurde, sind die Kosten rapide angestiegen. 2001/2002 wuchs das reale BIP um 1,5 %, aber der Anstieg im Gesundheitswesen im gleichen Zeitraum belief sich auf 14 %. Diese Kostenexplosion war auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Darunter die Faktoren, die ich am Anfang angesprochen habe. Es gab in der Öffentlichkeit eine gewisse Empörung über die neu entstandenen Wartelisten. Deswegen hat die Regierung 1997 zusätzliche Ressourcen zur Verfügung gestellt, um mehr chirurgische Eingriffe zu ermöglichen. Dies hat dazu geführt, dass der Haushalt in vielen Bereichen neu belastet wurde. Eine letzte, aber wichtige Ursache für die Kostenexplosion in unserem Land ist der Mangel an Anreizen für die Verbraucher, Versicherer und Anbieter, effizienter zu sein.

Wenn man die Haushaltsdisziplin lockert, ohne neue Anreize für Kostenersparnisse zu schaffen, kann das leicht eine zweistellige Kostenanstiegsrate zur Folge haben. In den letzten beiden Jahren ist die Konjunktur vor allem aufgrund der internationalen Entwicklung eingebrochen. Dadurch wurde die Kostendämpfung wieder zu einer dringenden, zu einer akuten politischen Notwendigkeit. Deswegen hat unser neuer Haushaltsbericht nun eine Reihe von Maßnahmen eingeschlossen, um neue Haushaltslöcher zu verhindern. Ich möchte ein paar Maßnahmen nennen:

Wir haben erstens allgemeine Haushaltseinsparungen für die Gesundheitsanbieter vorgeschlagen. Die Anbieter sollen auf diese Weise effizienter sein. Wir haben Vereinbarungen mit den Anbietern geschlossen, um ein stetiges Volumen zu sichern. Zwei weitere Arten von Maßnahmen zielen auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ab. Infolge dieser Umorientierung tragen natürlich auch die Patienten mehr Verantwortung. Wir werden 2005 deswegen einen Selbstbehalt in Höhe von 250 € pro Jahr einführen. Darüber hinaus ist das öffentliche Gesundheitspaket nur von begrenztem Umfang. Wir sind der Ansicht, dass die

Gestaltung des Gesundheitssystems nicht eine Aufgabe für den Staat allein ist, sondern eine Aufgabe für die Bürger – genauso wie bei der Gesundheit. Die Gesundheit liegt nicht in der Verantwortung des Arztes, sondern jeder ist für seine eigene Gesundheit verantwortlich. Diese sich wandelnde Einstellung zum Thema Gesundheit spiegelt sich auch in dem neuen Paket wieder. Alle Kinder sind z. B. automatisch für Zahnbehandlungen versichert, aber Erwachsene können selbst entscheiden, ob sie sich entsprechend versichern wollen. Genauso geht es mit einfachen Medikamenten. Sie gehören nicht mehr zum Standardpaket. Es bleibt dem Einzelnen überlassen, ob er die Medikamente in der Apotheke kaufen oder eine Extraversicherung abschließen möchte. Hier benutzen wir immer noch die vier Kriterien, die wir in den 90er Jahren formuliert haben. Ist eine Behandlung notwendig? Funktioniert sie? Ist sie effizient? Kann man sie selbst bezahlen? Wir haben ein Kriterium hinzugefügt, nämlich die Frage, ob es einen Unterschied zwischen den unter und den über 18jährigen geben muss? Eine neue Behandlung muss zunächst immer evidenzbasiert sein. Nach der derzeitigen Regelung werden die notwendigen Leistungen für zwei Drittel der Bevölkerung durch eine gesetzliche Pflichtversicherung finanziert. Die Arbeitnehmer zahlen einen bestimmten Anteil ihres Einkommens und zusätzlich einen nominalen Betrag ein. Das gilt bis zu einer bestimmten Einkommensobergrenze. Oberhalb dieser Einkommensobergrenze besteht die Möglichkeit, eine private Versicherung abzuschließen. Die privaten Versicherungen müssen aber nicht jeden annehmen. Deswegen können sie nach Risiko auswählen. Um allen Patienten Zugang zur privaten Krankenversicherung zu gewährleisten, wurde ein Hochrisikopool geschaffen, der geregelte Beitragszahlungen in einem Standardleistungspaket umfasst.

Für diese Legislaturperiode haben wir uns die Reform des Gesundheitswesens vorgenommen. Die Veränderung des Krankenversicherungssystems ist in diesem Zusammenhang ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsreform. Bis 2006 sollen die gesetzlichen und die privaten Krankenkassen in ein gemeinsames System zusammengeführt werden. Ab dann wird es eine allgemeine Versicherung für die notwendige Versorgung geben. Diese Versicherungsregelung gilt dann für alle Menschen, die in den Niederlanden leben. Es wird so eine gesetzliche Versicherung geben, die in privater Trägerschaft existiert. Jeder Versicherte wird sich zusätzlich versichern und jährlich den Versicherer wechseln können. Anreize für mehr Wettbewerb bieten beispielsweise die unterschiedlichen Beitragssätze zwischen den Versicherungen oder verschiedene Leistungspakete. Versicherte, die „mit den Füßen abstimmen“ und auf diese Weise wechseln, sorgen also für mehr Wettbewerb. Für die Versicherer wird eine Annahmepflicht bestehen. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass die allgemeine Versicherung jedem zusteht. Aufgabe der Versicherer ist, effiziente und hochwertige Gesundheitsdienstleistungen zu kaufen, die rechtzeitig erbracht werden. Darüber hinaus tragen die Versicherer ein höheres finanzielles Risiko bei der Erbringung der Versicherungsleistung.

Auch das wird den Wettbewerb mit anderen Versicherern anregen. Gegenwärtig haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nahezu keine Möglichkeit für selektive Versicherungsabschlüsse. In Zukunft wird es jedoch mehr Spielräume für neue Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen geben. Ein Versicherer wird nicht mehr verpflichtet sein, jeden Dienstleistungsanbieter unter Vertrag zu nehmen und die Anbieter wiederum können dadurch miteinander konkurrieren, dass sie ihre Dienstleistungsangebote auf die Bedürfnisse der Kunden zuschneiden.

Neben dieser Reform des Versicherungssystems, die seit mehr als 15 Jahren diskutiert wird, werden verschiedene Veränderungen bei den Vergütungssystemen für die Krankenhäuser und andere Anbieter durchgeführt. Ähnlich wie bei anderen Ländern, die so genannte diagnosebezogene Gruppen (DRG) eingerichtet haben, bewegen sich die Niederlande in Richtung einer leistungsorientierten Finanzierung. Wir haben ein System von Diagnose-Behandlungs-Kombinationen entwickelt, um die Mikroeffizienz zu fördern. Dadurch soll eine höhere Produktion, eine höhere Produktivität und auch mehr Transparenz erreicht werden. 90 % dieser diagnosebezogenen Gruppen werden Maximalpreise haben und für 10 % werden freie Preise gelten. Wir haben also Marktanreize geschaffen. Innerhalb dieser Maximalpreise können wir die Krankenhäuser vergleichen und das, was best Practice ist, wird dann morgen Standard sein. Auf diese werden die Herausforderungen für die Etats limitiert werden. Wenn 2006 diese Veränderungen umgesetzt sind, kann die niederländische Regierung wieder eine zugänglichere und qualitativ bessere Gesundheitsversorgung zu erschwinglicheren Preisen gewährleisten. Mit anderen Worten: Wir bekommen ein Gesundheitssystem, das weniger negative Anreize bietet und das für alle Beteiligten klare Verantwortlichkeiten zuweist.

Meine Damen und Herren, die Politiker in Westeuropa stehen vor großen Herausforderungen. Die Menschen wollen immer weniger Steuern zahlen und weniger Gesundheitsprämien, aber die Regierung soll alle Probleme lösen, z. B. im Bildungssektor, im Gesundheitswesen oder in anderen Bereichen. Diese Haltung der Menschen in Europa muss sich ändern. Die Menschen müssen sich ihrer eigenen Verantwortung wieder bewusst werden: Eigenverantwortung für die Menschen, für sich selbst und für die Organisation im Staat. Fast alle Politiker in den Niederlanden sind sich einig, dass ein Systemwechsel erforderlich ist. Die Diskussion darf sich deswegen nicht nur auf die Einkommenseffekte des neuen Systems konzentrieren.

Ich hoffe, Herr Vorsitzender, dass ich mit meiner Einführung die Veränderungen innerhalb des Systems und auch die Veränderungen am System klar aufgezeigt habe und dass ich auf

diese Weise einen Beitrag zur Prioritätensetzungsdiskussion in Deutschland leisten konnte. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Dr. Boereboom. Wir kommen jetzt zu unserem österreichischen Nachbarn. Herr Dr. Josef Probst, ich bitte um Ihr Statement.

Experte Dr. Josef Probst: Grüß Gott. Herzlichen Dank für die Einladung. Ich verstehe meinen Beitrag als Ergänzung zur schriftlichen Unterlage. Es tut mir leid, ich bitte Sie, eine Ziffer auf der Seite 10 auszubessern: die Medikamentenkostensteigerung ist so, wie in der Folie dargestellt, die Sie auch noch zur Verfügung bekommen.

Der Gesamtkontext ist, dass es in Österreich keine institutionalisierte Diskussion zur Prioritätensetzung gibt. Prioritätensetzung findet gleichwohl statt und zwar auf der Makroebene, auf politischem Weg. Das wird sich am Thema Finanzressourcen zeigen. Auch durch Ausschluss von Zuzahlungen zu Brillen und derartigen Dingen finden Prioritätensetzungen in Österreich statt, wenngleich keine explizite Diskussion darüber besteht.

Ich will zunächst über den Hintergrund Österreichs kurz berichten und dann drei Beispiele aus dem Thema Prioritätensetzung herausgreifen: Vorsorgeuntersuchungen, den Krankenhaussektor – ein Negativbeispiel – und den Bereich der Medikamente.

Im internationalen Vergleich hat Österreich durchaus akzeptable Gesundheitsausgaben. Die Diskussion in Österreich zeigt, dass wir bei 9 % des BIP liegen. Die der OECD zur Verfügung gestellten Daten, die in der Gegend von 8 Prozentpunkten liegen, gelten als überholt. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den prozentuellen Ausgaben am BIP. Die nächste Folie ist vor allem maßgeblich für die soziale Dimension. Die öffentlichen Ausgaben sind bei ungefähr 70 Prozentpunkten, der private Anteil ist bereits relativ hoch. Hier bekommen wir mit dem Gerechtigkeitsthema mittelfristig ein Problem. Im internationalen Konzert dargestellt, sieht man, dass rechts von Österreich mit höheren privaten Ausgaben nur noch sehr wenige Länder zu finden sind.

Die maßgebliche Säule des österreichischen Gesundheitssystems ist die soziale Krankenversicherung. 50 Prozent der 70 Prozentpunkte der Gesundheitsausgaben stammen von der Sozialversicherung, die maßgeblichen Einnahmen sind Beitragseinnahmen. Die Ausgaben verteilen sich auf die drei großen Bereiche Medikamente, ärztliche Hilfe und Anstaltspflege, wobei die Partnerfinanzierung bei der Anstaltspflege aus Steuermitteln ungefähr in der glei-

chen Höhe erfolgt, d.h. dreiviertel der Geldausgaben sind für Medikamente, ärztliche Hilfe und Anstaltspflege.

Das Finanzergebnis der sozialen Krankenversicherung ist relativ dramatisch: Von einem stabilen Defizit in Höhe von zwei Prozentpunkten wandern wir in Richtung minus fünf Prozentpunkte im Jahr 2006. Die Hauptursachen der Finanzprobleme sind im Wesentlichen drei Dinge: Beitragseinnahmen-Erosion, Heilmittelkostensteigerungen und Belastung durch gesetzliche Maßnahmen. Die Beitragseinnahmen-Erosion zeigt, dass die Beitragseinnahmen zwischen 1997 und 2003 etwa 6 Prozentpunkte hinter der BIP-Entwicklung zurückgeblieben sind. Die Medikamentenkosten wachsen mit der dreieinhalbfachen Geschwindigkeit der Beitragseinnahmen. Im Einzelnen dargestellt zeigt sich die Medikamentenkostenentwicklung sehr sprunghaft: Maßnahmenorientierte Senkungen und in der Folge wieder entsprechende Anstiege wechseln sich ab. Das politische Ziel in dieser Regierungsperiode ist, die Medikamentenkostenentwicklung auf eine Steigerungsrate von drei bis vier Prozentpunkten zu drücken, der Erwartungswert liegt bei sieben bis neun Prozentpunkten.

Der dritte Punkt, den ich angeführt habe, sind Maßnahmen des Gesetzgebers bzw. der Politik, die zu einer Finanzbelastung der Sozialen Krankenversicherung insgesamt geführt haben. Der Saldo der vier Jahre 2001-2004 ist insgesamt ein Negativsaldo von 300 Millionen Euro. Das heißt: Auf der Makroebene zeigen sich die maßgeblichen Probleme, die durchaus nicht unbekannt sind. Es führt aber insgesamt eher zu einem Abfluss von Finanzmitteln auf der Makroebene im kollektivfinanzierten System.

Was die Prioritätensetzung betrifft, möchte ich noch eine allgemeine Bemerkung machen. Es gibt in Österreich keine österreichweiten definierten Gesundheitsziele. Es gibt auf der Länderebene in einzelnen Bundesländern Gesundheitsziele. Es wird sehr schwierig werden, die dann unter einen Hut zu bringen.

Die Sozialversicherung, das ist in den Unterlagen zu finden, orientiert sich am Managementinstrument der Balanced Scorecard. Im Hauptverband haben wir begonnen, eine Einrichtung zu etablieren, die die evidenzbasierte Medizin als Rat für die Entscheidungen zur Verfügung stellt. Die Kriterien für die Prioritätensetzung sind nach unserer Auffassung die üblichen: Effektivität, Gerechtigkeit, Akzeptanz und Effizienz, wobei die politische Positionierung die ist, dass Effizienzfragen vor allen Dingen dazu dienen sollen, in Preisverhandlungen entsprechend Druck auszuüben. Unser Grundsatz ist nach wie vor, dass die medizinischen Möglichkeiten allen Menschen in Österreich zur Verfügung zu stehen haben.

Ein sehr kleines Beispiel, wenngleich ein guter Versuch, war das Thema Vorsorgeuntersuchung, die im Jahr 1974 eingeführt wurde. Seitdem wurde sie nicht wesentlich verändert. Die jährliche Teilnahmequote liegt bei 13 %. Da die Menschen diese Untersuchung alle drei Jahre in Anspruch nehmen, haben wir eine stabile Teilnahmequote von etwa 40 % der österreichischen Bevölkerung. Wir sind vor zwei Jahren angetreten, ein evidenzbasiertes Programm auf die Beine zu stellen. Die Neugestaltung sollte partnerschaftlich in einer Arbeitsgruppe aus Ärzteschaft und Sozialversicherung durchgeführt werden. Das war neu. Das übliche Verhandlungsritual ist in diesem Punkt durchbrochen worden. Es sollte ein neues Call-Recall-System entstehen. Ziel ist die Steigerung der Frequenz bei verbessertem Programm. Die Methode, die angewandt wurde, war, dass 150 Parameter anhand des weltweiten Wissensstandes auf Evidenz abgeklopft wurden, z. B. unter Heranziehen der Kriterien der United States Preventive Service Task Force. Die wurden konsensual in drei Kategorien überführt: „international anerkannt“, „international keine Evidenz vorhanden“ oder „international zweifelhaft“. Daraus haben wir dann ein Programm entwickelt, das im Wesentlichen diese vier Themenfelder umfasst: „Karzinome“, „Kardiovaskuläre Erkrankungen“, „Höheres Alter“ und „Andere“. In Österreich war das der erste Versuch, bei dem man auf einer Nullbasis begonnen hat, Screening-Parameter zu evaluieren und zu einem Gesamtprogramm zusammenzuführen.

Der nächste Bereich, der Bereich des Krankenhauses: Mag sein, dass das ein Negativ-Beispiel der Prioritätensetzung im österreichischen Gesundheitssystem ist. Wir liegen mit der Zahl der Akut-Betten insgesamt 50 % über dem europäischen Durchschnitt. Das führt logischer Weise – wie in der nächsten Folie zu sehen – zu einer erhöhten Aufnahme in den Akut-Krankenhäusern, d. h., wir haben 50 % mehr Akut-Aufnahmen als der Durchschnitt der EU-25. Auch wenn man die EU-15 nähme, würde sich daran nichts ändern. Trotzdem gibt es in einzelnen Bereichen Engpässe, z. B. im Bereich der Dialyse. Es gibt auch Warteschlangen für Hüftoperationen. Interessant sind auch die Grafiken über die Großgeräte. Österreich ist auch hier mit mehr als der doppelten Anzahl der Geräte (MRT) Spitze. Auch Deutschland liegt hier durchaus im Spitzenfeld. Dasselbe bei Computertomographie. Insgesamt zeigt sich in diesem Segment, dass angesichts der Ressourcen-Allokation Detailfragen über die richtige Vorgehensweise letzten Endes fast müßig sind.

Im Medikamentenbereich hat Österreich hingegen eine langjährige Tradition, Prioritätensetzung durchzuführen. Auf diese Aspekte möchte ich hier im Einzelnen eingehen. Die Arzneimittelausgaben pro Kopf sind im Wesentlichen im europäischen Mittelfeld. Österreich hat mit dem 1. Januar nächsten Jahres eine dezidierte Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien. Wir haben einen neuen Erstattungskodex und eine neue Heilmittel-Evaluierungs-

Kommission. Das System in der Vergangenheit zeigt der grüne Bereich: etwa 3000 Medikamente, die im Heilmittelverzeichnis enthalten waren. Der Rest war außerhalb des Verzeichnisses und chefarztpflichtig. Neu ist – wie in der nächsten Folie zu sehen – dass der Erstattungskodex quasi in Form eines Ampelsystems in drei Boxen gegliedert wurde: ein grüner Bereich, der dem bisherigen entspricht. Darin sind ungefähr 3000 Medikamente enthalten. Ein gelber Bereich, der chefarztpflichtig ist. Der umfasst ungefähr 500 Medikamente. Und in den roten Bereich kommen alle Medikamente, wenn sie erstmals auf den österreichischen Markt kommen.

Wie verlief in der Vergangenheit die Evaluierung der Arzneispezialitäten? Im Wesentlichen gibt es drei Säulen der Evaluation: Erstens die pharmakologische: Hier geht es darum, den Innovationsgrad festzustellen. Womit ist das Produkt vergleichbar? Zweitens die medizinisch-therapeutische Evaluation: Für welche Patientengruppe ist das Medikament? Gibt es einen Zusatznutzen? Wie groß ist er? Gibt es ihn für alle oder nur für bestimmte Patienten? Und drittens die ökonomische Evaluation. Das ist letzten Endes die Fragestellung „Is it worth it?“ im Vergleich zu verfügbaren Alternativen, im Vergleich zu Preisen, die in anderen Ländern bezahlt werden, und im Verhältnis der Dosierungen und Wirkstoffstärken anhand pharmakoökonomischer Daten. Im Ergebnis hat das dazu geführt, dass in Österreich in den letzten fünf Jahren 580 Medikamente gestrichen wurden und 866 Neuaufnahmen bewertet wurden. Das Gremium, das darüber entscheidet, besteht im Wesentlichen aus Experten aus dem Sozialversicherungsbereich, aus Wissenschaftlern und aus Vertretern von Interessenvertretungen.

Insgesamt, glaube ich, dass Österreich ausschließlich im Heilmittelbereich eine Tradition hat. Es hat einen neuen Versuch im Bereich der Vorsorgeuntersuchung unternommen. Prioritätensetzung ist noch ein großer Neulandbereich. Ich möchte vor allem aber noch einmal darauf aufmerksam machen, dass Prioritätensetzung letzten Endes im Gesundheitssystem alle drei Ebenen mit berücksichtigen muss: die politische Ebene (die Makroebene), die Mesoebene (dort, wo Institutionen selbst Prioritäten setzen) und die Mikroebene (dort, wo es dann um die Anwendung im Einzelfall geht). Danke.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Dr. Probst. Jetzt kommt die Schweiz mit Herrn Dr. Gaudenz Silberschmidt dran.

Experte Dr. Gaudenz Silberschmidt: Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. Ich möchte zuerst vorausschicken, dass ich die Abteilung Internationales im Bundesamt für Gesundheit leite. Normalerweise, wenn ich international auftrete, verrete ich die Position der Schweiz.

Zu diesem Thema hat die Schweiz keine Position, also vertrete ich meine persönliche Meinung. Bitte lasten Sie nur alles mir an und nicht der Schweiz.

Ich glaube, in diesen Diskussionen ist der persönliche Hintergrund – woher man kommt – sehr wesentlich zur Erklärung, was sagt man dazu. Ich war einmal Arzt, habe klinisch gearbeitet – auch mit Erfahrungen in einem Entwicklungsland –, habe dann ein Zweitstudium Staatswissenschaften, d.h. Volkswirtschaftslehre, Politikwissenschaft und Öffentliches Recht, gemacht und ich bin nicht forschender Wissenschaftler. Zu dem kommt noch hinzu, dass die Schweiz in der Debatte zur Prioritätensetzung, ähnlich wie es vom Vorredner aus Österreich gesagt wurde, bedeutend weiter zurück ist als andere Länder, vor allem als die skandinavischen Länder, von denen wir soeben gehört haben.

Einige Charakteristika des Schweizer Gesundheitssystems: Wir haben einen sehr ausgeprägten Föderalismus, d. h. wir haben nicht ein Gesundheitssystem, sondern 27, d. h. 26 Gesundheitssysteme in den Kantonen, die z. T. sehr klein sind, und eines des Bundes. Was interessanter und zum Kopieren eher von Interesse ist als die Prioritätensetzung, ist sicher unsere obligatorische Grundversicherung mit privat organisierten Krankenkassen. Das ist das, was die Niederlande 2006 einführen wollen. Wir sind in einem intensiven Dialog mit den Niederlanden, um mehr voneinander zu lernen. Wir haben das zweitteuerste System der Welt. Wir haben hohe Leistungen und eine sehr hohe Zufriedenheit der Bevölkerung. Vermutlich eine Vorreiterrolle in Europa haben wir im Managed Care, also wir haben Hausarztmodelle oder Health Maintenance Organisationen. Bis vor kurzem konnten wir uns praktisch alles Wünschbare leisten. Wir haben aber aus welchen Gründen auch immer schon viele der Punkte und Leistungen, die in anderen Ländern zur Diskussion stehen, nie aufgenommen. Die ganze Zahnmedizin ist in der Schweiz vom Grundleistungskatalog ausgeschlossen. Sie wird privat finanziert. Das gleiche gilt für die delegierte Psychotherapie und z. T. auch für Kuren. Bis vor kurzem war das Thema in der Schweiz praktisch tabu. Politiker haben nicht viel zu gewinnen. Bisher wurden schon fünf kantonale Gesundheitsminister abgewählt, weil sie versucht haben, Spitäler zu schließen. Z. T. wurden die Spitäler geschlossen und die Minister dann abgewählt, z. T. wurden sie schon abgewählt, bevor sie die Spitäler schließen konnten – und das bei einer massiven Überversorgung im Sinn von viel zu vielen und viel zu kleinen Spitälern. Die Umfragen zeigen, dass die Bevölkerung einen sehr umfassenden Grundleistungskatalog will.

Ich habe Ihnen die gestellten Fragen in schriftlicher Form beantwortet. Darin finden Sie auch den Ablauf der Debatte in der Schweiz, die bisher eher auf der abstrakten Ebene geblieben ist. Wir haben keine explizite allgemeine Prioritätensetzung. Faktisch haben wir einen prag-

matischen, Einzelfall bezogenen Ansatz oder eben einfach die negativ formulierte, implizite, verdeckte Rationierung. Es gibt keine gesamthafte politische Diskussion. Die Diskussion läuft eher in Fachkreisen. Dort, wo effektiv politische Lösungen gefunden werden, geht es nicht um die finanziellen Überlegungen, sondern um die Allokation von raren Gütern. Ich komme dann noch kurz auf das soeben verabschiedete Transplantationsgesetz.

Die allgemeine politische Diskussion ist im Aufkommen und die verschiedenen Haltungen, die in der Schweiz dazu vertreten sind, finden Sie in einer kürzlich erschienenen Publikation. Sie haben den Weblink zur Publikation mit allen Artikeln in dem abgegebenen Text.

Das Transplantationsgesetz ist insofern interessant, als dass erstmals politisch im nationalen Parlament darüber debattiert und beschlossen wurde. Momentan läuft die Referendumsfrist. Es ist möglich, dass dann auch eine Volksabstimmung hinzukommt, ähnlich wie wir sie vor kurzem zum Stammzellenforschungsgesetz hatten. Es wurde dort festgelegt, dass es vier Kriterien geben wird, nach denen ein neue, nicht dezentrale, sondern zentrale, nationale Stelle entscheiden wird: die medizinische Dringlichkeit, der medizinische Nutzen, die Wartezeit und die Chancengleichheit in dem Sinne, dass jemand mit einer seltenen Blutgruppenkonstellation – wenn sich ein solches Organ findet – bevorzugt berücksichtigt werden kann, um zu verhindern, dass er nachher eine sehr lange Wartezeit hat. Dadurch wurde entschieden, dass das Kriterium Wohnsitz und nicht Nationalität gilt. Ein Schweizer, der im Ausland lebt, kommt nicht auf die Warteliste. Ausländer, die in der Schweiz leben, sind gleichberechtigt darauf. Es wurde ebenso entschieden, dass das Alter kein Kriterium ist. Wir haben also die Diskussion bei der Allokation rarer Güter, viel weniger bei Finanzen.

Ich möchte kurz zu einer Begriffsklärung kommen: Prioritätensetzung, Rationalisierung, Rationierung und Allokation knapper Mittel. Häufig wird das Wort Rationierung tabuisiert. Man darf es nicht ansprechen. Es besteht ein Unterschied zur Prioritätensetzung. Gibt es eine klare Grenze zwischen Rationalisierung und Rationierung? Geht es nicht wie immer im Leben um die Allokation knapper Mittel? Machen wir einen kurzen Exkurs mit ein paar provokativen Gedankenanstößen. Wir rationieren im Verkehrswesen: Nicht jeder kann sich einen Mercedes leisten. Wir rationieren im Tourismus. Wir rationieren in der Ernährung: Das teure Restaurant geht nicht jeden Tag. Wir rationieren im Bildungswesen: Nicht jeder von uns war in Harvard oder Cambridge. Dürfen wir im Gesundheitswesen rationieren?

Gesundheit hängt von verschiedenen so genannten Determinanten der Gesundheit ab. Es gibt einen gewissen Streit um die Reihenfolge bzw. Wichtigkeit der dort aufgeführten Faktoren: Wohlstand – man ist gesund, wenn man reich ist –, Verhalten, Genetik, Umwelt und

Gesundheitsversorgung. Die Reihenfolge ist sicher nicht umgekehrt richtig, d. h. die Gesundheitsversorgung ist sicher nicht die erste Determinante der Gesundheit. Von den Ausgaben des Gesundheitssystems fließen in allen unseren Ländern über 95 % in die Krankenversorgung und sehr wenig, wie es auch schon von dem dänischen Kollegen erwähnt wurde, in den Public Health-Bereich, obwohl es, wie es letztlich eine australischen Studie gut gezeigt hat, einen sehr hohen Return on Investment im Public-Health-Bereich gibt. Warum wird die Gerechtigkeitsfrage im Bereich der Gesundheitsversorgung viel intensiver diskutiert und ist in den meisten Systemen auch berücksichtigt – im Gegensatz zu anderen, teils wesentlichen Gesundheitsdeterminanten? Bei uns werden kantonale Gesundheitsminister abgewählt, wenn sie Spitäler schließen wollen. Man kann aber problemlos eine Anti-Tabak-Kampagne oder Anti-Alkohol-Kampagne aus Finanzgründen weglassen. Es wird sicher niemand deswegen abgewählt. Auf die Gesundheit wirkt sich aber die Public-Health-Maßnahme bedeutend stärker aus. Es scheint, dass Aussagen wie „Gesundheit hat keinen Preis“, „Gesundheit ist das wichtigste Gut“ nur bei Kranken gelten, aber nicht bei Gesunden.

Warum hat der Krankenversorgungssektor so große Schwierigkeiten mit der Allokation der knappen Mittel, die wir immer und überall machen müssen? Sicherlich ist es ein hoch komplexes System. Es geht um Fragen über Leben und Tod. Das heißt, die ökonomische Rationalitätsannahme muss noch stärker in Frage gestellt oder eingeschränkt werden als in anderen Lebensbereichen. Es besteht eine verständliche Abneigung, bei Gesundheit in ökonomischen Kriterien zu denken und zu handeln. Es besteht eine sehr starke Asymmetrie der Information und es bestehen sehr große Unsicherheitsfaktoren bezüglich Prognose und Wirksamkeiten. Es ist sehr interessant zu vergleichen, dass gewisse Behandlungen in einem Land eine Pflicht sind und in anderen als Kunstfehler gelten. Wir wissen nicht so viel, wie wir meinen zu wissen.

Ich würde die These aufstellen, dass wir im Gesundheitssektor bezüglich Organisationsstrukturen und individueller Haltung vor allem noch in vorindustriellen Abläufen funktionieren. Indizien für diese These: Die Qualität wird durch ein Individuum (die Ärztin/der Arzt) und nicht durch das System garantiert. Die Standards von Spital zu Spital, von Denkschule zu Denkschule, von Land zu Land sind sehr unterschiedlich. Aus- und Weiterbildung gleichen noch ein bisschen den Lehr- und Wanderjahren von Lehrmeister zu Lehrmeister. Die Asymmetrie der Information zwischen dem Behandelnden und dem Patienten wird über das notwendige Maß hinaus zelebriert. Es besteht praktisch bei allen Akteuren eine Abneigung im konkreten Einzelfall ökonomische Dimensionen anzuwenden. Falls diese These stimmt, haben unsere großen Herausforderungen bezüglich Qualität und Patientensicherheit – es gibt kein Industriesektor mit so tiefem Qualitätsstandard wie der Gesundheitssektor – sowie der Finanzier-

barkeit möglicherweise ähnliche Ursachen. Strukturen, Abläufe und Haltungen auf allen Ebenen des Systems müssten überdacht werden. Wir sollten anstreben, den Sprung von vorindustriellen zu postindustriellen Abläufen und Haltungen rasch, aber nicht zerstörerisch anzugehen und dabei die berechtigten Besonderheiten des Gesundheitssystems aber nicht zu vernachlässigen.

Ich komme wieder ein bisschen vom abstrakten Niveau zum konkreteren. Es wird nicht so konkret wie in den skandinavischen Ländern, die mehr Erfahrungen haben. Ich würde das, was ich so gesehen habe, in drei Haltungen aufteilen. Erstens: Wir rationieren nicht und dürfen es nicht tun. Zweitens: Rationierung ist unvermeidbar, aber auf Grund der Komplexität der Aufgabe und weil die Akteure nicht zur offenen Diskussion bereit sind, braucht es ein Muddling Through, ein Durchwursteln. Das wird in dem auch in den schriftlichen Unterlagen erwähnten Buch als These vertreten. Unabhängig von der These wird in diesem Buch sowohl die schweizerische als auch die internationale Situation hervorragend zusammengefasst. Ich kann das Buch sehr empfehlen. Drittens: Die Rationierung ist unvermeidbar und geschieht bereits. Implizites verdecktes Vorgehen ist aber weder aus ethischen noch aus Effizienzkriterien akzeptabel. Deshalb braucht es transparente und offene Prozesse und explizite Lösungen, wie der Vorredner aus England oder die aus anderen Bereichen auch schon gezeigt haben.

Meine persönliche Haltung: Die ethischen Überlegungen sind sicher wichtig und müssen mit einbezogen werden. Die ökonomischen Realitäten müssen aber damit kombiniert werden. Ich lehne die erste Haltung „Rationierung darf nicht sein“ ab, weil sie einfach ein Kopf-in-den-Sand-stecken ist. Ich glaube, es braucht eine Kombination zwischen der zweiten und dritten Haltung. Wir sollten einen möglichst offenen, transparenten Prozess im Sinne der dritten Haltung anstreben. Wir sollten aber auch eingestehen, dass es ganz offen nicht so rasch gehen wird, und wir sollten akzeptieren, dass ein gewisses Durchwursteln nötig ist. Es wurde schon früher gezeigt, dass es so ein „Schwarzer-Peter-Spiel“ gibt: Wem schiebt man ihn zu? Ich glaube, er sollte bei allen liegen. Von der nationalen Gesetzgebung, über die kantonale Spitalplanung, die Budgetzuteilung innerhalb eines Spitals und die Einzelentscheidungen von Ärzten/Ärztinnen, Pflegenden und Patientinnen/Patienten werden in Zukunft alle noch gefordert werden. Die Diskussion sollte, wie von den Vorrednern illustriert, die Frage des Paradigmenwechsels von der Krankenversorgung zu Public Health mit einschließen und sie nicht einfach weglassen. Mittelfristig werden auch potenziell lebensrettende Techniken nicht von der Diskussion ausgeschlossen werden können. Kurzfristig werden wir uns in der Schweiz und Sie sich in Deutschland wahrscheinlich auch auf Bereiche, die noch nicht so schmerzhaft sind, beschränken. Mittelfristig wird das nicht gehen. Ich möchte dazu von ei-

nem Kollegen von der WHO ein Szenario weitergeben. Wenn wir uns vorstellen, dass wir 2050 oder 2070 100 % des Bruttonutzenprodukts für die Gesundheit ausgeben und es dann immer noch kosteneffektive Maßnahmen gibt, die die Lebenserwartung von 115 auf 116 erhöhen, dann merken wir, dass die Kosteneffizienz allein wahrscheinlich nicht das Kriterium sein kann. Herzlichen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Silberschmidt. Jetzt das letzte Land und der letzte Vortragende: Das Wort hat Herr Professor Avi Israeli aus Israel.

Experte Prof. Avi Israeli: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Es ist mir eine Freude hier sein zu dürfen, und ich hoffe, dass ich Sie als letzter Redner nicht allzu sehr langweilen werde.

Der gegenwärtige Korb der Gesundheitsdienstleistungen in Israel, der über einen Gesundheitsfonds finanziert wird, wurde durch das Nationale Gesundheitsgesetz bestimmt. Dieses Gesetz wurde am 1. Januar 1994 verabschiedet. Das Gesundheitsministerium stellte zusätzliche Leistungen zur Verfügung. Israel hat ein einzigartiges Modell, mit dem neue Technologien systematisch bewertet werden. Es geht darum, ob sie in diesen nationalen Gesundheitskorb mit einbezogen werden sollen. Dieser Mechanismus integriert Perspektiven aus den Bereichen Medizin, Soziologie, Wirtschaft, Ethik, Recht und Politik.

Israel hat einen sehr expliziten Rationierungsmechanismus entwickelt. Es gibt einen öffentlichen Ausschuss, der den Leistungskatalog aktualisieren soll. Dieser Ausschuss diskutiert in jedem Zyklus, welche Praktiken und welche Maßnahmen eben diesem Leistungskatalog hinzugefügt werden sollen. In den vergangenen Jahren hat es jeweils eine Zunahme der Budgets von etwa einem Prozent gegeben, damit neue Behandlungen dem Korb hinzugefügt werden konnten. Die Kosten für die Einbeziehung neuer Maßnahmen sind natürlich sehr viel höher als dieser einprozentige Anstieg. Deswegen soll das Komitee jedes Jahr explizit entscheiden, welche Behandlungsmethoden nicht dem Korb hinzugefügt werden sollen. Diese explizite Rationierung steht häufig im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Auch die Medien berichten häufig sehr kritisch darüber. Ich war vier Jahre Vorsitzender dieses Ausschusses. Die Aktualisierung des Nationalen Leistungskatalogs findet jährlich statt. Sie beginnt im April mit der Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen. Dann gibt es einen Prozess der Bewertung, der Prioritätensetzung, und der Entscheidung. Wie bei allen evidenzbasierten Strategien muss die Technologie sicher, wirksam, verfügbar und natürlich auch angemessen sein. Wir konsultieren hierzu Experten und verschiedene nationale Räte. Wir tauschen uns natürlich auch mit den HMOs (Health Maintenance Organisations), sozu-

sagen mit den Krankenkassen, aus. Alle Israelis sind Mitglieder in einer von vier HMOs. Eine HMO entspricht wie gesagt in etwa einer Krankenkasse.

Die Empfehlungen der nationalen Räte bestimmen die Akzeptanz und die Prioritäten der entsprechenden Behandlungen. Es wird ein Ranking erstellt. Das reicht von den allgemein akzeptierten Behandlungsmethoden zu völlig neuen experimentellen Methoden. Außerdem erfolgt eine Bewertung anhand einer Skala von eins bis vier von dem, was gebraucht wird, bis zu dem, was nicht empfohlen wird. Hier ist es wichtig, dass bei der Priorisierung und bei der Übernahme in den Nationalen Leistungskatalog die Experten einbezogen werden. Das Ziel der Beratung mit den Experten beinhaltet zwei nationale Perspektiven: Erstens geht es darum, die verschiedenen Aspekte mit einzubeziehen, d. h. die Aspekte, die in der Sachliteratur gefunden werden. Durch die Beratung mit den Experten ist es möglich, bei jeder einzelnen Technologie die Fachpublikationen mit einzubeziehen und auf diese Weise die wichtigsten Themen zu beachten. Zweitens ist es so, dass der Dialog mit den Experten ermöglicht, eine lokale, eine israelische Perspektive zur Übernahme einer bestimmten Technologie zu formulieren und zwar auf der Grundlage der praktischen Erfahrung der Experten. Wenn man nur mit einem einzigen Experten zu tun hat, ist das Hauptproblem der subjektive Eindruck des Einzelnen. Dieses Problem haben wir in Israel überwunden, indem wir für verschiedene Gesundheitsthemen nationale Räte geschaffen haben. Diese Expertengruppen, die wir geschaffen haben, arbeiten freiwillig. Sie spielen aber eine wichtige Rolle bei der Beratung des Gesundheitsministeriums bezüglich der verschiedenen Themen, die in ihrem medizinischen Bereich relevant sind. Alle nationalen Räte sind mit Ärzten aus verschiedenen Bereichen, d. h. multidisziplinär, zusammengesetzt. Das ist anders als in den Organisationen, die sich jeweils auf einzelne Bereiche konzentrieren: Ärzte, Krankenschwestern, Life-Science-Vertreter usw. Der Vorteil des nationalen Rates oder der nationalen Räte besteht darin, dass die professionelle Meinung, die projiziert wird, in der Regel konsensbasiert ist oder sich zumindest auf eine breite Mehrheit stützen kann. Die Entscheidung reflektiert also die allgemeine Meinung, die von den meisten Diskussionsteilnehmern abgegeben wurde. Dadurch, dass Spezialisten mit einbezogen werden, kann man sich außerdem auf die professionelle Meinung und Erfahrung der Experten stützen. Man konzentriert sich hier auf Technologien, die in den öffentlichen Leistungskatalog übernommen werden sollen. Diese Technologien werden zur Beratung also an verschiedene nationale Räte überwiesen. Jeder nationale Rat stellt ein Ranking her basierend auf der Akzeptanz und der Priorität. Das Akzeptanz-Ranking stellt eine Rangliste mit einer Spanne von eins bis vier dar: allgemein anerkannt bis hin zu experimentell. Hier beruft man sich auf das, was weltweit gemacht wird. Die Literatur weltweit wird in Betracht gezogen und natürlich auch die Erfahrungen in Israel. Es werden Prioritäten gesetzt. In Anbetracht der relativen Bedeutung, die der Nationale Rat ei-

ner Technologie beimitst, wird entschieden, ob die Technologie unbedingt in den Gesundheitskorb übernommen werden sollte oder ob ihre Einbeziehung nicht empfohlen wird. In Israel gibt es gegenwärtig 16 nationale Räte, die in verschiedenen Bereichen tätig sind: Onkologie, Kardiologie, Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesie, Notfallmedizin, Psychiatrie, Diabetes usw.

Die interne Bewertung im Gesundheitsministerium definiert ebenfalls die Technologien nach bestimmten Kriterien. Hier wird differenziert nach Technologien für den persönlichen Gebrauch, Technologien, die massive Infrastrukturinvestitionen erforderlich machen und Technologien, die den breiten medizinischen Standard verbessern sollen. Wir übersetzen diese Klassifizierungen in einen Code und kategorisieren die Technologien nach Prioritäten von „oberster Priorität“ über „mittlere Priorität“ zu „niederer Priorität“. Eine Technologie, die höchste Priorität genießt, ist eine Technologie, die lebensrettend ist, die das Leben verlängert oder die die Lebensqualität dramatisch verbessert.

Nach diesem Ranking-Prozess wird die Information einem öffentlichen Ausschuss zur weiteren Prioritätensetzung und Diskussion überwiesen. Dieser öffentliche Ausschuss, das Public Committee, fällt letztendlich die Entscheidung darüber, welche Technologie in den nationalen Leistungskatalog übernommen werden soll. Vertreter verschiedener Sektoren und verschiedener Disziplinen sind an diesem Prozess beteiligt. Die 24 Mitglieder dieses öffentlichen Ausschusses vertreten einen breiten Querschnitt verschiedener Berufsgruppen und Sektoren. Sie bringen also eine breite Perspektive in den Gesundheitsbereich ein. Ein einzigartiger Aspekt im israelischen Modell ist die Einbeziehung der Krankenkassen und auch der Vertreter der Öffentlichkeit. Das Komitee verfügt über sämtliche Hintergrundmaterialien für jede Technologie, die überprüft werden soll. Die Richtlinien für die Arbeit dieses öffentlichen Komitees bzw. Ausschusses haben mit sozialen, ethischen und rechtlichen Werten zu tun. Die wichtigsten Themen sind die Wirksamkeitsbewertungen im Hinblick auf die Lebensrettung und die Verbesserung der Lebensqualität. Es geht hier um die Betrachtung großer Patientengruppen – das werde ich nachher noch genauer erklären. Jedes Jahr werden 400 neue Technologien in Betracht gezogen. Davon kommen 100 Technologien ins Halbfinale, wenn ich das mal so sagen darf, und 30 gelangen ins Ziel.

2003 wurde in Israel ein so genanntes Gesundheitsparlament gegründet, ein Bürgerrat. Der besteht aus 130 Teilnehmern, die aus sehr verschiedenen kulturellen Bereichen aus den sechs geographischen Regionen Israels kommen. Diese Teilnehmer spiegeln die israelische Bevölkerung repräsentativ wider. Sie sind zusammengekommen, um vier Dilemmata im Bereich der Prioritätensetzung und der Qualität der medizinischen Versorgung zu diskutieren.

Die wichtigste Schlussfolgerung dieses Parlamentes bestand darin, dass die Menschen in Israel – die Öffentlichkeit – Technologien zur Lebensrettung unterstützen, Technologien, die die Lebensqualität verbessern, und dass sie Technologien priorisieren wollen, die großen Bevölkerungsgruppen zugute kommen. Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Wir kommen jetzt nun zu der Möglichkeit seitens der Enquete-Kommission Fragen zu stellen. Ich würde erst einmal eine ganze Reihe von Fragen sammeln und bitte die Fragenden jeweils schon zu benennen, an wen sie ihre Frage richten. Herr Kauch und Herr Geißler, dann Frau Nickels und Herr Mieth.

Abg. Michael Kauch (FDP): Ich möchte zunächst einmal betonen, dass ich es sehr interessant finde, dass die Modelle expliziter Priorisierung, von denen wir hier gehört haben, alleamt in Ländern stattfinden, in denen es ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem gibt. Dies sollte man bedenken, wenn man die Übertragbarkeit auf Deutschland diskutiert.

Nun zu einigen Fragen im Detail: Zuerst habe ich eine Frage an Herrn Prof. Carlsson aus Schweden. Ich wüsste gern, wer Mitglied der Gremien ist, die Prioritäten setzen. Werden die vom Minister oder der Ministerin ernannt oder werden sie vom Parlament ernannt. Wenn es durch das Parlament geschieht, hat die Opposition dann auch ein Ernennungsrecht für diese Gremien? Dann wüsste ich gerne, ob Sie Alternativen zu diesem Modell, das Sie in Schweden benutzten, überprüft haben. Insbesondere interessiert mich, ob Sie die Möglichkeit geprüft haben, im Gegensatz zur kollektiven Entscheidung, die von Ihnen getroffen wird, den Bürgerinnen und Bürgern Wahlfreiheit zu bieten?

Dann wüsste ich gerne von Frau Lundgren, ob die regionalen Entscheidungen zur Prioritätensetzung nicht Gefahr laufen, zum Krankenhaustourismus zu führen. Denn, wenn eine Behandlung in einer Region übernommen wird, aber in der anderen nicht, dann wäre das vielleicht ein Anreiz, das System der anderen Regionen in Anspruch zu nehmen. Wie gehen Sie damit um?

Dann eine Frage an Herrn Prof. Pedersen aus Dänemark. Sie sagten, dass die Rationierung neue Methoden der Behandlung verzögern wird. Haben Sie dafür eine empirische Grundlage? Haben Sie Daten zur Dauer der Verzögerung durch dieses Rationierungssystems oder Prioritätensetzungsprogramm?

Das sind eigentlich meine Fragen. Ich habe noch eine Anmerkung zu Herrn Dr. Silberschmidt. Gut, dass Sie uns noch einmal darauf hingewiesen haben, dass wir nicht alle

erster Klasse fliegen und Mercedes fahren. Ich denke, dieser Denkanstoß könnte dazu dienen, dass wir uns auch über die Frage unterhalten, ob der Staat festlegen muss, dass wir alle VW Golf fahren, oder ob wir uns vielleicht in verschiedenen Lebenslagen auch für Polo oder Opel Astra entscheiden können.

Vorsitzender: Vielen Dank. Als Nächster Herr Geisler. Die Fragen können auch wegen des Protokolls gern in Deutsch gestellt werden. Dann Frau Nickels.

SV Prof. Dr. Linus Geisler: Im Vergleich der einzelnen Länder fällt auf, dass die Bürgerbeteiligung ein unterschiedliches Gewicht besitzt. Es ist vielleicht ein bisschen willkürlich, wenn ich nun gerade Herrn Prof. Carlsson frage, warum in seinem Land die Bürgerbeteiligung bei der Priorisierung eigentlich nur eine mittelbare Bedeutung hat und ob man sich auch andere Modelle mit einem direkteren Zugang der Bürger zu diesen Entscheidungen vorstellen könnte.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Nickels, dann Herr Mieth.

Abg. Christa Nickels (B90/GR): Ich möchte herausstellen, dass wir hier nicht der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sind, sondern die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Mich interessieren in der Debatte vor allem die ethischen Fragen. Deshalb richtet sich meine erste Frage auch an die schwedischen Vertreter. Ich fand das sehr interessant: Wie haben Sie die ethische Fundierung und die ethischen Kriterien, die Sie in Ihrem Vortrag angesprochen und dargelegt haben, in die öffentliche Debatte eingebracht? Ihnen war ja die Frage der Öffentlichkeit, der Transparenz sehr, sehr wichtig. Das war hier ja allen sehr, sehr wichtig und sozusagen ein Nonplusultra. Sir Michael hat ausdrücklich gesagt, dass ihnen Transparenz gegen die Tradition der Heimlichtuerei sehr wichtig war. Wie haben Sie das geschafft, als Sie den Aufschlag zu der Debatte gemacht haben? Wie haben Sie sichergestellt, dass ganz durchschnittliche Menschen diese komplizierte Debatte verstanden haben. Wie haben Sie das ganz praktisch gemacht?

Die zweite Frage, die ich in diesem Zusammenhang habe, ist folgende: Sie richtet sich an die Staaten, die schon länger auf diese Geschichte bzw. diese Thematisierung zurückblicken können. Wie haben Sie es geschafft, den Generalverdacht gegen die Priorisierungsdebatte – nur schnöde ökonomische Kriterien zu Grunde zu legen – von der Debatte wegzunehmen? Ich will ein Beispiel nennen: Wir hatten bei uns vor einiger Zeit eine unglaublich aufgeregte Debatte, weil ein junger Politiker erklärt hat, künstliche Hüftgelenke für alte Leute wären nicht unbedingt prioritär. Hier in Deutschland haben sehr, sehr viele Menschen Angst, dass die

Debatte besonders zu Lasten gehandicapter, alter Menschen gehen könnte – gerade auch im Bereich Demenz, wo wir immer noch den somatischen Pflegebegriff haben und tatsächlich noch eine große Unterversorgung vorhanden ist. Haben Sie geschafft, diese Sorgen zu zerstreuen? Wenn ja, wie? Und wenn nein, warum nicht?

Vorsitzender: Vielen Dank. Herr Mieth und dann Herr Merkel.

SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Ich bin Ethiker, und ich habe eine ganze Reihe von Problemen, die sich mit den ethischen Grundlagen beschäftigen. Ich habe Fragen an alle, die hier für ihre Länder vorgetragen haben. Ich will mit Schweden beginnen und noch einmal Prof. Carlsson fragen. Es wird von bestimmten Prinzipien ausgegangen, die „ethisch“ genannt werden. Beispielsweise sind gleiche Rechte in Bezug auf die Menschenwürde ein solcher Faktor. Dann heißen sie jedoch nicht nur Prinzipien, sondern in Ihrem Vortrag sprachen sie von „factors to consider“. Das ist in meinen Augen als Ethiker etwas anderes als Prinzipien. Das ist etwas, was man versucht mit einzubeziehen, vor allen Dingen da nicht ganz klar ist, wie sich die Reihenfolge dieser Faktoren, die beachtet werden sollen, auswirkt. Ich will es an einem Beispiel deutlich machen: Wenn man die Kosten-Nutzen-Berechnung auf dieser prinzipiellen Ebene als einen ethischen Faktor einrechnet, dann stellt man sie in der Hierarchie zwar an das Ende von drei Gesichtspunkten menschlicher Werte – zuerst Solidarität und dann erst Kosten-Nutzen-Rechnung –, aber da sie einer anderen Ordnung angehört (z. B. wenn ich sage: „Ich soll helfen, aber ich kann nicht, weil ich kein Geld habe.“), ist das ein Faktor, der nicht in die Ethik gehört, sondern rein außerethisch die Realisierung von Ethik begrenzt. Wie verhält sich das zueinander? Das ist nicht klar geworden.

Frau Lundgren würde ich gerne Folgendes fragen: Was heißt „vernünftiges Verhältnis von Kosten und Nutzen“? Wenn das Maß die bessere Gesundheit und Lebensqualität sein soll, dann ist das tatsächlich ein ethisches Maß, aber wie kann es dazu dienen, Kosten und Nutzen zu bestimmen?

Bei dem Vortrag von Prof. Pedersen habe ich das Problem gehabt, dass mir nicht klar wurde, ob es einen Unterschied zwischen Rationierung und Prioritätensetzung gibt. In meinen Augen gibt es diesen Unterschied, aber er ist mir in Ihrem Vortrag nicht deutlich geworden. Bei der Rationierung geht es darum, dass entweder alle weniger bekommen oder nicht jeder alles bekommt, was zur Verfügung steht; während es bei der Priorisierung anders ist. Da geht es darum, dass man eine Reihenfolge für das Gut bestimmt, das verteilt werden soll. Zudem würde ich gerne wissen, was der dänische Ethikrat an inhaltlichen ethischen Vorgaben gemacht hat, da nur erwähnt worden ist, dass er Vorgaben gemacht hat.

Sir Rawlins, in Ihrem Vortrag taucht die Ethik unter den „matters to be taken into account“ auf, also unter den Vorgaben, die in Rechnung gestellt werden sollen. Es wird von einer Balance zwischen Effizienz und Gleichheit gesprochen. Wie wird die hergestellt? Wie werden diese Dinge in Betracht gezogen? Die Antwort, die ich aus dem Vortrag entnommen habe, heißt, dass es letztlich auf die Kompetenz der entsprechenden Akteure ankäme. Kann man das nicht objektivieren? Geht es im Grunde eigentlich nur um eine Konsensbildung unter Beteiligten, über die man nicht mehr aussagen kann?

Herr Dr. Probst, sie erwähnten, Rationierung erscheine als ein rhetorisches Konstrukt. Ich habe noch nicht ganz verstanden, was damit gemeint ist. Bei der Prioritätensetzung habe ich bei Ihnen die Stufung von Medikamenten und unter Umständen auch die Streichung von Medikamenten wegen geringer Wirkung im Vordergrund gesehen, wodurch Defizite behoben werden sollen. Führt das nicht letztlich dazu – das ist eine Frage, die ich auch an Herrn Dr. Silberschmidt richte –, dass das Dilemma, vor dem wir stehen, durch die Behebung von Über-, Unter- und Fehlversorgung gelöst werden könnte, so dass man sich den iterativen Suchprozess bzw. das Durchmogeln – das ist jetzt ein Ausdruck von Herrn Dr. Silberschmidt – letztlich sparen könnte? Danke schön.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Mieth. Ich will jetzt einfach eine Antwortrunde einschieben, weil doch schon eine Menge gefragt worden ist. Ich bitte dann die Nächsten, die ich auf der Liste der Wortmeldungen stehen habe – Herrn Merkel, Herrn Wodarg, Herrn Härle, Herrn Wunder und Frau Friedrich –, in der nächsten Runde Ihre Fragen zu stellen. Ich würde jetzt, weil die meisten Fragen an die Vertreter des Landes gestellt worden sind, wo es so viele Volvos gibt, zunächst Herrn Prof. Carlsson und dann Frau Lundgren bitten zu antworten. Danach bitte ich Herrn Prof. Pedersen, Sir Michael und Herrn Dr. Probst, auf die anderen gestellten Fragen zu antworten. Herr Prof. Carlsson und dann Frau Lundgren bitte.

Experte Prof. Per Carlsson: Vielen Dank für die interessanten Fragen. Ich werde versuchen, sie in der gleichen Reihenfolge zu beantworten, wie sie gestellt wurden. Bei der ersten Frage ging es darum, wer festlegt, welche Personen bei der Priorisierung und der Entscheidungsfindung beteiligt sind. Das ist nicht so einfach zu beantworten. Man muss zwei Antworten geben: Bei den Medikamenten haben wir ein sehr gut strukturiertes System. Die endgültige Entscheidung wird durch einen Ausschuss auf der Grundlage von Expertenmeinungen und von Meinungen öffentlicher Vertreter getroffen. Es gibt zwei Vertreterinnen und Vertreter öffentlicher Interessen. Die anderen vertreten verschiedene Perspektiven. Die sind alle gewählt oder ernannt wie die Regierung. Das heißt, die Politiker sind nicht direkt an der Ent-

scheidung beteiligt, höchstens indirekt. Sie definieren, welche Rolle dieser Ausschuss hat. Wenn es nun um die Beispiele der expliziten Entscheidungsfindung wie bei der Prioritätensetzung in Östergötland oder in anderen Regierungsbezirken geht, dann haben wir hier eine Art gemeinsame Entscheidungsfindung durch den Berufsstand der Ärzte und durch die Politiker. Die meisten Entscheidungen werden immer noch von der Berufsgruppe der Ärzte oder der medizinischen Berufsgruppe entschieden. Wenn sie explizite Entscheidungen treffen, dann vertreten sie damit die öffentlich gewählten Politiker. Also haben sie eine Art öffentliche Beteiligung, sie sind gewählt oder ernannt als Vertreter der Öffentlichkeit.

Dann gab es eine Frage zu der Öffentlichkeit: Ist die Gesamtöffentlichkeit irgendwie an der Entscheidungsfindung beteiligt? Ganz allgemein ist die Öffentlichkeit in Schweden nicht direkt in die Entscheidungsfindung eingebunden. Warum nicht? Aus meiner Sicht ist es so, dass diese Entscheidungen zumindest z. T. in der Öffentlichkeit diskutiert werden sollten, wenn wir das Ziel erreichen wollen, eine breitere Akzeptanz für diese tief greifenden Entscheidungen zu erlangen. Wir sind in Schweden aber noch nicht so weit. Der Grund dafür ist wahrscheinlich eine lange Geschichte. Es ist bei uns nicht eingeübt. Die Menschen sind es nicht gewohnt, an diesen Diskussionen teilzunehmen. Es gab einige Initiativen von den Gesundheitspolitikern, die Bevölkerung dazu einzuladen und dazu aufzurufen, an solchen Diskussionen bzw. an solchen Treffen teilzunehmen. Die Öffentlichkeit zögert aber, an diesem Prozess teilzunehmen. Sie engagieren sich eher an der Debatte, nachdem die Entscheidung gefallen ist. Das war auch eine Reaktion auf die dritte Frage: Wie haben Sie es geschafft, die Menschen mitzunehmen und in die Debatte einzubeziehen?

Wie schaffen wir es nun, die Bevölkerung in die ethische Debatte mit einzubinden? Da gab es eine ganze Menge Diskussionen Mitte der 1990er Jahre – zwischen 1993 und 1994. Da gab es einige öffentliche Treffen. Auch die Medien waren auf dieser Plattform präsent, aber ich muss zugeben, dass sich die Öffentlichkeit im Allgemeinen nicht so dafür interessiert hat, diese moralischen und ethischen Grundwerte zu diskutieren und das Potenzial und die Auswirkungen dieser Kriterien, Werte oder Grundsätze nachzuvollziehen, die dann am Ende festgelegt wurden. Es war eigentlich eine politische Debatte, die auf die professionellen Gesundheitspolitiker beschränkt war. Wenn wir jemanden aus der schwedischen Wahlbevölkerung fragten, würde ich mich wirklich sehr wundern, wenn einer von fünfhundert uns sagen könnte, welche Grundwerte und Prinzipien wir bei den Entscheidungsfindungen über die Gesundheitspolitik oder Gesundheitsversorgung zu Grunde legen. Ich wäre wirklich überrascht, wenn es mehr als einer von fünfhundert wären. Ich glaube, man überschätzt da vielleicht einiges, aber es ist für uns natürlich noch eine Menge zu tun, bis wir eine tatsächlich verständliche öffentliche Debatte über die ethischen Grundlagen, über die ethische Plattform

und die Werte haben, die wir für die Entscheidungsfindung bei der Gesundheitsversorgung zu Grunde legen.

Bei der letzten Frage ging es um die ethischen Grundsätze. Warum habe ich sie nicht in einer Art Rangfolge der Bedeutung präsentiert? Wir hatten eine Reihenfolge bei der politischen Entscheidung 1997. Der Grundsatz der Menschenwürde nimmt die oberste Stelle ein, Solidarität die zweite, Kosten-Effektivität die dritte. In der politischen Diskussion wurde gesagt, dass die Kosten-Effektivität nur herangezogen wird, wenn alles andere berücksichtigt wurde. So ist man politisch damit umgegangen. Später allerdings hat man versucht, diese Prinzipien anzuwenden. Die Nationale Kammer zur Untersuchung des Wirkungsgrades von Arzneimitteln wurde eingerichtet. Die Beteiligten haben da erkannt, dass Kosten-Effektivität auch eine Art ethischer Grundsatz ist, der abgewogen werden muss gegen den Grundsatz der Schwere oder Dringlichkeit des Bedürfnisses. Die Regierung hat dann gesagt, dass diese Kammer diese beiden Grundsätze auch in Betracht ziehen sollte und zwar gleichberechtigter. Aber es ist immer eine Frage der Ausgewogenheit. Ein ganz konkretes Ergebnis dessen ist, dass wir bei der Kosten-Effektivität eigentlich keine Kompromisse eingehen. Wir sprechen nicht über schwedische Kronen, die wir ausgeben und für die wir einen bestimmten Gegenwert bekommen. So bestimmen wir die Kosten-Effektivität nicht. Das muss in Einklang gebracht werden mit der Schwere oder der Dringlichkeit des Bedürfnisses.

Vorsitzender: Danke schön. Frau Lundgren bitte.

Expertin Lena Lundgren: In einer Frage ging es darum, ob man ein Krankenhaus in einem anderen Teil des Landes wählen kann, wenn man eine Behandlung haben möchte, die in unserem Bezirk ausgeschlossen ist. Die Antwort ist „nein“, weil wir keinen landesweiten Gesundheitskorb haben, sondern er nach den Bezirken aufgeteilt ist. Das heißt, Sie müssen schauen, was Sie in diesem Bezirk bekommen können. Sie können dann woanders hingehen im Land, wenn die gewünschte Leistung in ihrem Gesundheitskorb mit einbezogen ist. Dann können Sie das auch woanders im Land machen lassen. Wenn das nicht der Fall ist, dann nicht.

Nun, wir versuchen nach der Bedürfnisfrage zuzuteilen, aber das ist ein sehr langer Weg. Da fängt man an: Was kosten gewisse Gruppen? Was geben wir an bestimmte Patientengruppen etc.? Was bekommen besonders die mit einer geringen Selbständigkeit? Da gibt es bestimmte Risiken, die dort genannt werden. Wie erkennen wir diese Risiken? Ein Beispiel, wie wir das tun, ist die letzte Entscheidung über die Behandlung psychischer Krankheiten, bei

der den „psychischen Krankheiten“ zusätzliche Mittel zugeteilt wurden. Das fand auf Grundlage der Tatsache bzw. Erkenntnis statt, dass hier zusätzliche Mittel notwendig sind.

Mit den ethischen Prinzipien haben wir das Folgende versucht: Wir haben gesehen, dass die ethischen Prinzipien allein uns nicht genügend Handhabe gaben, um die Probleme in der Praxis zu lösen. Diese Prinzipien, wie wir sie am Anfang formuliert hatten, waren nicht genug. Deswegen haben wir sie in dieses Schema eingebunden, das ich Ihnen gezeigt habe und in dem die verschiedenen Prinzipien zusammenspielen. Die Rangfolge richtet sich nach der Schwere der Krankheit, aber in diesem Zusammenhang ist natürlich auch der Nutzen des Eingriffs bedeutsam. Das ist, denke ich, der wichtigste Teil in dieser Hinsicht.

Die Altersfrage ist sehr interessant. Zu Beginn der schwedischen Debatte war klar, dass das Alter kein Thema sein sollte, aber wenn sie sich ältere Menschen und den Nutzen der Eingriffe anschauen, ist dies sehr interessant. Sie haben etwas über 80-Jährige und die künstlichen Hüftgelenke gesagt. Bei uns gab es kürzlich Berichte über Menschen von über 80 Jahren, die sich einer Herzoperation unterziehen und noch ein gutes Leben von etwa acht Jahren vor sich haben. Das ist ein sehr interessanter Punkt.

Zum Wissen um die ethischen Prinzipien: Es gab vor Kurzen eine Studie, die gezeigt hat, dass leider nur 50 % der Kardiologen die ethischen Prinzipien kannten. Es gibt also noch einiges im Sinne der ethischen Prinzipien zu tun. Ich denke, das reicht so weit.

Vorsitzender: Jetzt Prof. Møller Pedersen, dann Sir Michael und Dr. Probst bitte.

Experte Prof. Kjeld Møller Pedersen: Die erste Frage direkt an mich bezog sich auf die Dokumentation bzw. auf Erkenntnisse über mögliche Verzögerungen auf Grund der Priorisierung. Ich habe in meinen schriftlichen Ausführungen zwei Beispiele genannt. Ein Beispiel bezog sich auf Herzoperationen bzw. Bypassoperationen. Anfang der 1990er Jahre war die Situation so, dass die Operationsrate pro Tausend Bürger weit unter der vergleichbarer Länder wie Schweden oder den Niederlanden lag. In Großbritannien ist sie noch ein bisschen niedriger. Nach diesem Konzept haben wir gesagt, da muss etwas passieren. Es gab keinen Zweifel, dass gerade der Herzbereich bei den Prioritäten hinten herunter gefallen war. Deshalb haben wir diese Projekte auf den Weg gebracht. Krebs ist ein weiteres Beispiel. Wenn Sie sich hier die internationalen Erkenntnisse anschauen, dann können Sie sehen, dass auch die Krebsbehandlungen hinten herunter gefallen waren. Neue Behandlungsmethoden wurden nur sehr langsam angewendet. Ich kann das jetzt nicht an einzelnen Jahren festmachen, aber es besteht eine sehr langsame Einführungsrate. Es gibt eine neue Behandlungs-

methode und dann dauert es doch eine ganze Reihe von Jahren, bis sie tatsächlich umgesetzt wird. Das geht in vergleichbaren Ländern schneller. Dies ist so ein bisschen das Ergebnis des Prioritätensetzungsprozesses. Es gibt andere Beispiele, aber ich denke, diese beiden sollen einmal genügen, die These zu untermauern. Man muss sich auch vor Augen halten, wir haben es aus Großbritannien gehört, dass es hier einen Mangel an Mitteln gab. Es wurde dann wirklich so schlimm, dass diese Maßnahmen ergriffen wurden.

Nun vielleicht noch ein paar Bemerkungen zur Bürgerbeteiligung, auch wenn die Frage eigentlich an die Schweden ging. Die Bürger waren bei diesem Thema sehr früh mit einbezogen. In den Bezirksräten hatten wir öffentliche Anhörungen zu Beginn der 1990er Jahre, zu denen wir nicht nur offizielle Vertreter, sondern auch die Öffentlichkeit eingeladen hatten. Wir haben hier verschiedene Haushalts-Simulationensspiele gemacht. Wir haben gesagt: „Wir haben jetzt eine Million Euro, und es gibt drei Möglichkeiten, diese eine Million zu verwenden. Was würden Sie machen?“ Dies haben wir als Startpunkt der Diskussionen darüber benutzt, nach welchen Kriterien die Öffentlichkeit die Mittel verwenden würde. Bei uns war die Öffentlichkeit von Anfang an mit einbezogen.

Es gibt noch einen weiteren Aspekt der Bürgerbeteiligung. Hier geht es auch um das dezentrale Gesundheitssystem in Dänemark. Dänemark ist dezentralisiert und auf Bezirksebene haben wir Politiker, die für vier Jahre direkt gewählt werden. Die meisten Bezirke haben 300.000 bis 350.000 Einwohner und 30 bis 40 direkt gewählte Politiker. Das heißt, wir haben eine legitimierte Basis und jedes Mal, wenn eine neue Wahl ansteht, wird die Bevölkerung mit einbezogen.

Schließlich hatten wir auch auf nationaler Ebene Anhörungen, wo wir über Screening-Methoden etwa beim Brustkrebs gesprochen haben. Diese Anhörungen verliefen nach folgendem Verfahren: Experten haben das Thema aus medizinischer, soziologischer und psychologischer Hinsicht vorgestellt. Dann gab es eine Jury, die sich praktisch aus Laien zusammensetzt, die dann nach drei, vier Tagen intensiver Diskussion Empfehlungen abgibt. Auch das haben wir zu einem sehr frühen Stadium gemacht.

In der dritten Frage ging es darum, wie wir den allgemeinen Verdacht ausräumen konnten, dass die Prioritätensetzung sich nur auf wirtschaftliche Belange stützt. Die gesamte Diskussion ist notwendig, denn man muss der Öffentlichkeit und jedem klarmachen, dass das, was medizinisch durchführbar ist, über das hinausgeht, was wir finanzieren können – egal ob wir jetzt über ein Krankenkassensystem oder über öffentliche Mittel sprechen. Es ist wichtig zu realisieren, dass man mit den finanziellen Mitteln beginnt, durch die diese Diskussion auch

losgetreten wird. Sie hätten diese Diskussion nie, wenn es unbegrenzte Ressourcen gäbe. Wir hatten 20 Jahre, um den Verständnisprozess zum Laufen zu bringen, dass wir die Prioritätensetzung betreiben, weil das, was medizinisch machbar ist, über das hinausgeht, was finanziell durchführbar ist. Selbst wenn Sie das gesamte Bruttoinlandsprodukt für den Gesundheitssektor verwenden würden, würde das nicht ausreichen. Ich denke, dass es einfach ein Ausgangspunkt ist, um dieses Verständnis zu erreichen. Nach diesem Ausgangspunkt sind wir weitergegangen. Das ist sehr wichtig zu verstehen. Zu den Hüftgelenken, die Sie erwähnt haben: In Dänemark gäbe es hier eine Warteliste. Wir würden nie sagen, dass wir keine Hüftgelenke an ältere Leute geben würden. Hier gibt es ein ganz wichtiges Prinzip: das Prinzip des gleichen Zugangs. Gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung heißt, dass er unabhängig von der wirtschaftlichen Situation, unabhängig vom Alter und unabhängig vom sozialen Status ist. Wer auf einer Warteliste für ein Hüftgelenk steht, wird einfach dann behandelt, wenn er in der Reihenfolge, in der er auf die Liste gekommen ist, dran ist. Wenn ein 30-Jähriger auf der Warteliste ist, der noch ein langes Arbeitsleben vor sich hat, und vielleicht meine Mutter, die 75 Jahre alt ist und die vor dem 30-Jährigen auf die Warteliste gekommen ist, dann würde sie ihr Hüftgelenk vor ihm bekommen. Die Ärzte wissen das auch. Manchmal gibt es in bestimmten Fällen Ausnahmen, aber das würde niemals öffentlich bekannt gegeben. Das ethische Prinzip ist hier der gleiche Zugang unabhängig von wirtschaftlichen oder sozialen Gesichtspunkten. Ohne das idealisieren zu wollen, kann ich sagen, dass dieses Prinzip akzeptiert und angenommen wird.

Das führt mich nun zu der nächsten Frage nach dem Unterschied zwischen Rationierung und Prioritätensetzung. Die Frage haben Sie eigentlich selbst beantwortet. Prioritätensetzung ist eine Art Wunschliste. Man sagt, was Nummer eins, Nummer zwei und Nummer drei ist. Sobald man einmal identifiziert und erkannt hat, es gibt nicht genug für alle, geht es um Rationierung. Das Extrembeispiel der Rationierung: Wenn man nur ein bestimmtes Organ aufkommen für Transplantationen hat, geht es um Rationierung. Wenn es um begrenzte finanzielle Kapazitäten geht, handelt es sich um einen Rationierungsprozess. Ich denke, Sie haben die Definition eigentlich selbst gegeben. Ich kann dem nur zustimmen.

Was hat der dänische Ausschuss über ethische Prinzipien gesagt? Zunächst einmal ging es um die Frage der Solidarität. Solidarität bedeutet in diesem Zusammenhang eine solidarische Finanzierung des Systems: Man zahlt nach eigenem Vermögen ein, aber man bekommt das, was man braucht. Ich habe auch über das Prinzip des gleichen Zugangs ungeachtet der wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen sowie ungeachtet des Alters etc. gesprochen. All dies spielt hier mit hinein. Die Effizienz ist natürlich ein Punkt. Es gibt die Verpflichtung sicherzustellen, dass wir unser Gesundheitssystem so effizient managen, wie es

geht. Man kann natürlich sagen, dass dies jetzt vielleicht ein bisschen rhetorisch sei, aber ist es ethisch, über Prioritätensetzung zu sprechen, wenn Sie Ihr Gesundheitssystem nicht so effizient wie möglich führen? Solange es immer noch die Möglichkeit gibt, die Effizienz zu erhöhen, gibt es auch noch die Möglichkeit, zusätzliche Mittel für zusätzliche Behandlungsmethoden bereitzustellen.

Weiterhin haben wir eine Diskussion auf eher allgemeiner Ebene: Es ist vielleicht die Idealvorstellung, dass gleichgestellte Menschen, die gleich behandelt werden, auch die gleiche Gesundheitsversorgung haben sollten.

Des Weiteren hat der Ethik-Ausschuss festgehalten, dass man bei der Entscheidungsfindung, solange es um mehr als ein Kriterium geht, natürlich schaut, welches wichtiger ist. Ich denke, dass sind Tatsachen, die man sich einfach vor Augen halten muss. Im Prinzip gab es aber fünf wichtige Grundprinzipien, die die Wertegrundsätze des dänischen Gesundheitssystems widerspiegeln.

Vorsitzender: Sir Michael und Herr Dr. Probst bitte.

Experte Prof. Sir Michael Rawlins: Vielen Dank. Ich denke, drei Fragen gingen an mich. Sie drehten sich hauptsächlich um die Transparenz. Zu Beginn haben wir diesbezüglich einen Fehler gemacht. Aus heutiger Sicht war es ein Fehler, dass wir zu Beginn die Transparenz außer Acht gelassen hatten. Das fand damals hauptsächlich auf Betreiben der Pharmaindustrie statt, weil sich dies angeblich auf die Kurse der Unternehmen auswirken würde. Ich habe allerdings mit einem Experten von der Börse gesprochen. Er hat gesagt, wenn wir so weiter machen und wir das weiter nicht veröffentlichen, werden wir einen Schattenmarkt an der Börse bekommen. Ich denke, es war auch aus allgemeiner Sicht falsch, diese Transparenz nicht walten zu lassen. Seit wir dies geändert haben, muss ich sagen, ist unsere Arbeit einfacher geworden. Meine Präferenz wäre wirklich, wenn alle unsere beratenden Gremien öffentlich arbeiten würden. In dieser Hinsicht haben wir leider sehr wenig Tradition, aber ich denke, das wäre sehr gut. Da müssen wir auch ein wenig vorsichtig sein, weil einige meiner jüngeren Kollegen doch ein bisschen nervös sind, wenn es darum geht, in der Öffentlichkeit zu debattieren oder vielleicht die Meinung in der Öffentlichkeit zu ändern. Ich denke aber, dass das vielleicht eher kulturell eine angelsächsische Sache ist.

Das zweite Thema: Es war wirklich sehr mühsam zu erklären, was wir eigentlich taten und warum wir das taten. Wir haben Fernseh- und Radiointerviews durchgeführt, und wir haben sowohl in Fachzeitschriften als auch in der gemeinen Presse Presseartikel veröffentlicht. Wir

haben klar gemacht, dass es nur einen begrenzten Topf an Geld gibt – das hat die Öffentlichkeit in Großbritannien auch verstanden – und dass man versuchen muss, das Beste aus dem Topf herauszubekommen. Ich habe hier eine sehr passende Beschreibung: Das ist ein Berichtsentwurf von einem lokalen Rat. Das scheint ganz klar zu zeigen, dass, wenn der Bevölkerung das Thema mit allen Dilemmata erklärt wird, sie das Problem auch versteht. Hier hat jemand gesagt: „Ich habe wieder einmal gesehen, dass schwierige Entscheidungen im nationalen Gesundheitswesen getroffen werden müssen.“ Viel zu oft werden diese Entscheidungen nicht öffentlich getroffen, aber sie sollen wissen, dass wir sie unterstützen und dass wir wissen, dass sie nur begrenzte Mittel zur Verfügung haben. Die NHS sollte keine Angst davor haben, dass die Öffentlichkeit etwas davon erfährt. Sie sollten das in der Öffentlichkeit diskutieren, denn nur dann werden sie auch unser Vertrauen gewinnen können.“ Ich habe dann noch eine weitere Aussage, die ich ganz gerne auf meinem Grabstein als Nachruf haben würde, aber sie ist ein bisschen zu lang dafür.

Zur Rationierung und Prioritätensetzung hatten wir große Diskussionen in Großbritannien. Ich kann mich noch an die Rationierung nach dem Krieg erinnern, als jeder vier Süßigkeiten pro Woche bekommen hat. Egal ob man dick oder dünn war, es gab vier Süßigkeiten. So war unser Gesundheitssystem nie, so haben wir Gesundheitsleistungen in Großbritannien nie rationiert, so nach dem Motto: „Okay, du bekommst eine Hüfte und das war's. Die zweite, die kannst du vergessen.“ So war es nie. Prioritätensetzung ist doch auf einer anderen Schiene. Ich denke, mein Kollege hat das sehr gut definiert.

Die letzte Schwierigkeit: Die Spannung zwischen gleicher Behandlung und Effizienz. Sie verstehen vielleicht aus historischen Hintergründen, dass wir einen ganz, ganz besonderen Ansatz haben. Gerade für unsere Wirtschaftsexperten ist das wichtig. Die fokussieren sehr stark auf Effizienz. Die meinen, man könnte hier vielleicht die Gleichbehandlung mit einem besonderen Ansatz mit einbeziehen, aber ich denke, das funktioniert nicht richtig. Selbst die paar Beispiele, die funktioniert haben, zeigen einfach, dass man es nicht allgemein anwenden kann. Vielleicht ein Beispiel: Wenn Sie sich die Effizienz von Screening-Maßnahmen anschauen, dann sind sie ja nur in den Bevölkerungsgruppen effektiv, in denen die hohen Risikofaktoren liegen. Ich könnte niemals in England ins Fernsehen gehen und sagen: „Okay, reiche Frauen brauchen diese Behandlungsmaßnahmen nicht, weil sie vielleicht nur einen Partner hatten, weil sie erst später Sex hatten oder sonst irgendwann. Das ist nur für die Armen, die vielleicht früher sexuell aktiv sind, mehrere Partner haben usw. usf.“ Ich meine, das kann man politisch einfach nicht sagen und man kann das aus ethischer Hinsicht einfach nicht vertreten. Das heißt, es ist mit Sicherheit nicht zufrieden stellend, aber wir müssen natürlich trotzdem urteilen und auch die Effizienz betrachten. Die Grundlage für diese

Entscheidungen wird ein bisschen in den Unterlagen beschrieben, die ich eingereicht habe. Wir arbeiten gerade an einer Veröffentlichung, die auch die sozialen Entscheidungskriterien etwas deutlicher beschreiben wird. Vielleicht mag meine Antwort jetzt nicht zufrieden stellend sein, aber es werden Entscheidungen getroffen.

Vorsitzender: Danke. Herr Dr. Probst bitte.

Experte Dr. Josef Probst: Meine Grundüberlegungen gehen von den Zielen aus, die die WHO als intrinsische Ziele des Gesundheitssystems formuliert, nämlich Gesundheit, Patientenorientierung, faire Finanzierung und die Verteilung von Gesundheit und Patientenorientierung innerhalb der Gesellschaft auf die gesellschaftlichen Gruppen. Den Widerspruch, den ich insbesondere in jenen Ländern sehe, in denen es keine Zieldefinition gibt, ist der, dass im Detail über Rationierung und Prioritätensetzung diskutiert wird, ohne ein geschlossenes Ziel-system von oben nach unten zu haben. Ich frage mich, was es soll, auf der siebtuntersten Ebene über Priorisierung zu diskutieren. Priorisierung ist für mich schon okay; zu diesem Punkt möchte ich noch kommen. Aber wieso diskutieren wir über Rationierung, wenn die Grundausrichtung dessen, was der Staat für die Menschen an Gesundheit zur Verfügung stellen will, nicht explizit definiert ist? All das angesichts der Situation, dass wir in Österreich in einem Bundesland eine Analyse gemacht haben, nach der 1,7 % der Menschen 25 % der Gesundheitsressourcen jährlich verbrauchen, 7 % der Menschen 50 % der Ressourcen und 25 % der Menschen 80 % der Ressourcen, womit das international bekannte und anerkannte 20-80-Prinzip bestätigt ist, dass 20 % der Menschen 80 % der Ressourcen verbrauchen.

Ein weiterer Detailaspekt für mich ist der, dass wir uns in Gesundheitssystemen vor allem mit Produktinnovationen befassen und diese klitzeklein zerlegen und nach allen Richtungen drehen und wenden. Prozessinnovationen im Gesundheitssystem spielen nicht die maßgebliche Rolle, die ihnen in anderen wirtschaftlichen Systemen zukommt.

Letzter Punkt zum Thema Priorisierung: Ich habe überhaupt kein Problem damit, EBM- und HTA-Technologien dafür zu verwenden, den Nutzen und den potenziellen Benefit einer neuen Leistung für Menschen zu drehen und zu wenden um herauszufinden, für welche Gruppe dieser Zusatznutzen wirklich essenziell ist. Was ist dann der nächste Schritt? Der nächste Schritt ist, dass ich diesen Zusatznutzen nur für jene Menschen einkaufe, die ihn wirklich in diesem engeren Sinn zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands brauchen. Es ist das einfache Prinzip, nicht mit Kanonen auf Spatzen zu schießen. Nur wenn es einen kleinen Zusatznutzen für eine kleine Gruppe gibt und der Anbieter ein Monopolist ist, wie es in der Pharmawirtschaft manchmal vorkommt, so wird man in Österreich auch für ein solches Me-

dikament den Preis zahlen, den er unter dem Strich verlangt. Bis zu diesem Punkt wird man alle Instrumente nutzen, um den Anbieter im Vergleich zu anderen Produkten davon zu überzeugen, mit dem Preis am Markt nach unten zu gehen. Oder man wird versuchen, ihm breitere Marktchancen zu eröffnen, wenn er überhaupt mit dem Preis auf den Level geht, den andere Produkte haben. Ich könnte das noch bei einzelnen Medikamenten explizieren. Meine Grundsorge in manchen, nicht in allen, Staaten (wahrscheinlich gibt es gute Beispiele hier in dieser Runde) ist die fehlende Kohärenz der Ziele von oben nach unten.

Vorsitzender: Vielen Dank. Ich würde dann die Fragerunde weiter fortsetzen. Ich bitte auch noch einmal, die Fragen kurz zu fassen. Wir haben danach noch einmal die Gelegenheit, weitere offene Fragen anzusprechen. Wir beginnen mit Herrn Merkel, dann Herr Wodarg und Herr Härle.

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Ich habe eine Frage an Prof. Pedersen. Sie betrifft die drei Ebenen der Priorisierung oder Rationierung, die Sie vorgestellt haben: de Makro-, Mikro- und Rationing-Levels. Mich interessiert der letzte davon. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, wird auf dieser Ebene der individuellen Entscheidung die Kompetenz zur Entscheidung den Klinikern, den Ärzten, zugewiesen. Meine Frage ist: In welcher Weise entscheiden die Kliniker? Haben sie in gewisser Weise eine genuine Entscheidungskompetenz, „ja“ oder „nein“ zu einer bestimmten Behandlung oder ggf. sogar zu einem bestimmten Patienten zu sagen? Oder ist das ein Verwirklichen einer Politik, die auf County-Level oder auf Klinik-Level vorgegeben wird? Macht der Arzt nur etwas? Wendet er die Kriterien, die auf einer höheren Ebene formuliert worden sind, nur auf den konkreten Fall an? Oder hat er so etwas wie eine genuin Discretionary Power und sagt: „Ich darf entscheiden, ich darf ‚ja‘ oder ‚nein‘ sagen.“ Wenn das letztere der Fall wäre, dann würde das den Arzt natürlich auf den ersten Blick in die Nähe von möglicherweise strafrechtlichen Sphären bringen, wenn er sagt: „Nein, ich behandle den nicht“, und das dann zur Körperverletzung wird oder tödliche Konsequenzen hat. Dann müsste diese Art von Discretionary Power auf der Ebene der rechtlichen Normen abgesichert sein. Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass das so entschieden wird, aber das ist meine Frage.

Ich möchte eine zweite Frage daran anknüpfen. Wenn auf dieser individuellen Ebene doch im Ergebnis über Ja oder Nein entschieden werden kann, dann wird in Dänemark diskutiert, welche sozusagen geheimen Spielräume der Entscheidung dabei ins Spiel kommen könnten. Wir haben jetzt mehrfach über die so genannte Altersrationierung diskutiert, über etwas, das ganz bestimmt nicht nur in Dänemark, sondern auch bei uns stattfindet. Es liegt nahe zu sagen, dass wir jenseits eines bestimmten Alters einfach den Arzt entscheiden lassen. Der

sagt dann: „Lohnt sich nicht mehr.“ Die Frage der Altersrationierung, die man eigentlich auf der Ebene der nationalen Politik als Kriterium der Entscheidung kaum wird befürworten können, delegiert man an den individuellen Arzt und hofft, dass er diese Entscheidungen auf dieser Ebene gleichsam mit erledigt.

Das alles deutet auf etwas finstere Hintergründe. Ich habe keinerlei persönlichen Verdacht, dass die Dinge in Dänemark so laufen. Ich wüsste gern, ob die Diskussion geführt wird, ob man alle diese Fragen wahrnimmt und wie man damit umgeht.

Vorsitzender: Herr Wodarg und dann Herr Härle bitte.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe drei Fragen an drei Sachverständige. Und zwar gehen die Fragen an Herrn Prof. Pedersen, an Frau Lundgren und Sir Michael.

Die erste Frage bezieht sich darauf, wie es mit der Bewertung von technischen und medikamentösen Hilfen für Patienten auf der einen Seite und mit Hilfen, die man durch persönliche Assistenz, durch Anleitung, Begleitung und Beratung durch Menschen gewährt – durch Pflegepersonal und sonstige Hilfen in persönlicher Form –, auf der anderen Seite bestellt ist. Das eine sind die technischen Leistungen, die man auf dem Markt kaufen kann. Das andere sind die mehr persönlichen Dienstleistungen. Wie ist das bei der Bewertung, dem Rating? Welche Bedeutung haben die verschiedenen Leistungen jeweils für bestimmte Situationen oder Indikationen? Werden die nebeneinander geprüft? Werden die beide geprüft oder werden immer nur, ich sage das einmal provozierend, die Arzneimittel oder die technischen Verfahren miteinander vergleichen? Gibt es dazu überhaupt Forschung und welche Erfahrungen haben Sie damit? Das ist die eine Frage.

Meine zweite Frage: Wie sieht es in Schweden, England und Dänemark mit interregionalen Unterschieden aus? Wie gehen Sie damit um? Gibt es ein Forum, wo Unterschiede diskutiert werden, wenn eine Region sehr weit ist, sehr intensiv diskutiert hat oder zu einer Lösung gekommen ist, die einer Diskussion in einer anderen Region widerspricht? Gibt es eine Institution, die sich um Best Practice bemüht, die Vergleiche macht und einen Ausgleich versucht?

Die dritte Frage schließt sich daran an: In welchen regionalen Räumen, gezählt z. B. nach Einwohnern, sind solche Diskussionen um Priorisierungen sinnvoller Weise zu installieren? Ist das überhaupt zu managen, wenn man das auf nationaler Ebene z. B. in einem Land mit 80 Millionen Einwohnern macht? Muss man da nicht automatisch dazu kommen, dass hier

dezentralisiert wird? Wie ist da Ihre Erfahrung? Wie haben Sie das organisiert? Wie müsste das Ihrer Meinung nach allein vom Technischen her aussehen, damit Menschen mit den Lösungen, die erarbeitet werden, zufrieden sind und damit sie auch teilhaben können? Wie und in welchen räumlichen Perspektiven muss die Diskussion organisiert werden?

Der Vorsitz wechselt an den **amtierenden Vorsitzenden SV Prof. Dr. Linus Geisler**.

Amtierender Vorsitzender: Als nächster in der Fragerunde ist Herr Härle dran, bitte.

SV Prof. Dr. Wilfried Härle: Meine Frage geht an Dr. Boereboom zu dem Stichwort „Risiko-selektion“. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, gibt es einen grundsätzlichen Unterschied in den Niederlanden zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der es keine solche Risikoselektion geben kann, und den privaten Krankenkassen, bei denen es sie gibt und die die höheren Einkommensgruppen betreffen. Sie nicken. Also habe ich richtig verstanden. Dazu zwei Fragen: In welchen Formen sind solche Risikoselektionen in den Niederlanden zulässig? Gibt es auch die Aufforderung zu Gentests oder das freiwillige Einreichen solcher Genanalysen? Das Zweite: Sie haben gesagt, um den Zugang zu privaten Krankenversicherungen zu gewährleisten, wurde ein High-risk Pool eingerichtet, der geregelte Beitragszahlungen und ein Standardleistungspaket umfasst. Ich kann mir darunter ehrlich gesagt noch gar nichts Konkretes vorstellen. Könnten Sie einmal kurz beschreiben, was dieser Hochrisikopool ist und wie er funktioniert?

Amtierender Vorsitzender: Herr Wunder bitte.

SV Dr. Michael Wunder: Meine erste Frage geht an Prof. Carlsson und an Prof. Pedersen. Sie hatten es, glaube ich, einmal ganz kurz für die Entwicklung in Schweden erwähnt. Was passiert eigentlich, wenn auf gesetzgeberischer Ebene ein Anspruch einer Patientengruppe auf eine bestimmte Versorgung festgeschrieben wird? Wir haben ein solches Gesetz beispielsweise in Frankreich, was die palliativmedizinische Versorgung angeht. Wir kennen in Deutschland in unserem Sozialrecht solche Ansprüche. Ich glaube, es gibt sie immer und überall, aber das führt möglicherweise zu einer Kollision mit den Priorisierungen. Mich würde interessieren, wie ist dies in Schweden und in Dänemark geregelt. Wie wird mit diesem Zielkonflikt umgegangen?

Meine zweite Frage betrifft etwas, was heute gar nicht zur Sprache gekommen ist, was aber gleichwohl – für mich zumindest – ein großes Thema der Allokation ist, nämlich das Thema der Inklusion aller Bevölkerungsgruppen, aller Menschen, die in einem Land leben, wo ins-

besondere die Gruppen dazugehören, die keiner richtig mag, weil sie lästig sind, weil sie auffallend sind oder weil sie nicht versichert sind. Ich rede von Obdachlosen, von sich illegal aufhaltenden Personen oder auch von Teilen der Immigranten. Meine Frage richtet sich eigentlich an alle unsere Gäste. Inwieweit ist in Ihrem System, beispielsweise über die ethische Klammer „Gerechtigkeit“, wirklich dafür Sorge getragen, dass die Priorisierung nicht zum Ausschluss bestimmter Personengruppen führt? Wie weit ist sozusagen intentional sichergestellt, dass sich an dem Einschluss aller Personen auch die ethische Qualität des Systems bewähren muss?

Amtierender Vorsitzender: Wollen Sie die Fragerunde noch weiter fortführen? Frau Friedrich bitte.

SV Prof. Dr. Bärbel Friedrich: Meine erste Frage richtet sich an Prof. Israeli. Sie erwähnten 16 National Councils in Israel. Meine Frage ist: Wie werden diese Councils gebildet? Werden die Mitglieder auch ernannt oder gewählt? Gibt es zwischen den National Councils und dem Public Committee eine Interaktion? Werden Entscheidungen in dieser Art vorbereitet?

Meine andere Frage richtet sich an Herrn Dr. Silberschmidt, der das Transplantationsgesetz in der Schweiz erwähnte. Wir selbst arbeiten ja über Lebendtransplantationen. Mich interessiert in dem Zusammenhang, ob es in den anderen Gesetzen ein Bonussystem für Lebendspender für die Situationen gibt, in denen sie selbst ein Organ benötigen, wenn sie eben selbst vorher eine Niere gespendet haben.

Amtierender Vorsitzender: Es sind noch zwei Mitglieder auf der Frageliste. Herr Raspe als Nächster bitte.

SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Die erste Frage richtet sich an Prof. Rawlins. Der Eindruck, den man von der Arbeit von NICE gewann, war, dass es Item bei Item Entscheidungen trifft. Eine Technologie wird erwogen, Critical Appraisal, und es gibt eine Entscheidung in diesem Einzelfall. Das ist aber vielleicht noch nicht Priorisierung, wenn man unter Priorisierung versteht, dass Leistungen gegeneinander abgewogen werden. Das ist das, was in Schweden Vertical und Horizontal Prioritising genannt wird. In welcher Weise priorisiert NICE oder trifft es mehr oder weniger unabhängig Einzelfallentscheidungen?

Die zweite Frage bezieht sich auf die Rolle von Leitlinien. NICE macht Leitlinien, in Schweden gibt es nationale Leitlinien. Welche Erwartungen haben Sie im Hinblick auf die Prioritätensetzung gerade in Schweden, wenn man die 118 Positionen der kardiologischen Liste

anschaut? Die Frage ist: Was machen die Ärzte damit, wenn sie erfahren, dass ein Condition-Treatment-Pair die Priorität 5, das andere 10, das nächste 1 hat? Was sind Ihre Erwartungen? Erwarteten Sie davon eine Selbstregulierung? An das NICE die Frage: Gibt es in den Leitlinien überhaupt Prioritätensetzungen, so wie es sie in Schweden gibt? An die anderen Systeme die Frage: Wie übersetzen Sie sozusagen die Prioritätensetzung in den ärztlichen Alltag? Gibt es dort auch Leitlinien oder haben Sie andere Instrumente wie Verträge oder Incentives und Disincentives?

Amtierender Vorsitzender: Last but not least, Herr Beckmann bitte.

SV Rainer Beckmann: Auch ich habe eine Frage an Prof. Rawlins. Er hat ein Beispiel erwähnt, dass es vielleicht eine sehr kleine Gruppe von Menschen gibt, die sehr teure Medikamente benötigen. Das ist in einem geschlossenen System natürlich schwieriger zuzuteilen als einer großen Menge von Menschen etwas zu geben, was relativ wenig kostet. Da würde mich interessieren, wie Sie konkret mit Ihrer Institution eine solche Entscheidung treffen würden. Nach welchen Kriterien gehen Sie vor, wenn sich die Frage stellt, dass nur eine sehr kleine Gruppe eine sehr teure Behandlung benötigt, und man aber für das gleiche Geld eine sehr große Gruppe mit einer relativ billigen Behandlung helfen könnte?

Dann noch eine Frage, die ich eigentlich an alle Referenten richte. Es muss nicht jeder antworten, aber wer sich berufen fühlt, soll das bitte tun. Ich habe einen Anknüpfungspunkt: Die „Determinanten der Gesundheit“, die Herr Dr. Silberschmidt vorgestellt hat. Zu den Stichworten „Genetik“ und „Verhalten“. Für die genetische Ausstattung kann keiner etwas. Jeder hat seine Ausstattung, muss damit zurechtkommen und erhofft sich natürlich Hilfe von der Medizin. Beim Verhalten ist es anders. Jemand kann sich so oder anders verhalten. Spielt in irgendeiner Frage bei der Prioritätensetzung in einem Land das Verhalten der Patienten unter dem Stichwort Mitverschulden oder Verschulden eine Rolle bei der Zuteilung von Gesundheitsdienstleistungen? Bei der Transplantation spielt es ja ab und zu eine Rolle, da man häufig natürlich eine Lebertransplantation wohl irgendwann benötigt, wenn man jahrelang Alkoholmissbrauch betrieben hat. Die Frage ist: Spiegelt sich dieses Problem des Mitverschuldens oder Verschuldens in den Kriterien in Ihren Ländern irgendwo wider?

Amtierender Vorsitzender: Vielen Dank. Ich glaube, wir haben jetzt einen gerade noch übersehbaren Pool an Fragen zusammengetragen, die sich z. T. an einzelne Expertinnen und Experten richten, z. T. an mehrere. Ich würde vorschlagen, dass wir zunächst Herrn Prof. Pedersen bitten, die Fragen, die an ihn gerichtet worden sind, zu beantworten.

Experte Prof. Kjeld Møller Pedersen: Danke schön. Bei der ersten Frage ging es um Rationierung und um die Entscheidungsbefugnis der Ärzte. Ich kann Ihnen da keine vollständige Antwort geben, das würde zu weit führen, aber ein paar Aspekte möchte ich beleuchten. Sobald ein Regierungsbezirk einem Krankenhaus ein Budget zugeschrieben hat, haben wir ein Haushaltsdokument. Darin legt der Regierungsbezirk einige Bedingungen zu diesem Haushalt fest. Dazu gibt es einige Kriterien, die greifen, wenn die Ressourcen nicht ausreichen, um alle ausreichend zu behandeln. Da steht zum Beispiel drin, dass man natürlich zuerst die akuten Fälle behandelt, und zweitens dafür sorgt, dass lebensbedrohliche Beschwerden und Krankheiten behandelt werden. Dann geht es Ebene um Ebene hinunter. Das bedeutet also, dass im Regierungsbezirk festgelegt wird, was zu tun ist. Im klinischen Alltag gibt es dafür natürlich zahlreiche Beispiele. Die Entscheidungsbefugnis eines Abteilungsleiters in der Orthopädie beispielsweise: Sie würden als Abteilungsleiter der Orthopädie natürlich zuerst die akuten Fälle behandeln. Das machen Sie immer. Das bedeutet, dass Sie, wenn Sie sehen, dass die Ressourcen nicht ausreichen – wenn Sie z. B. nicht genügend Ärzte haben – Wartelisten aufstellen. Die Entscheidung, wer auf die Warteliste kommt und ob eine Warteliste erstellt wird, obliegt dem Arzt. Dann kann man natürlich fragen: Gibt es irgendwelche rechtlichen Verwicklungen, wenn man sich entscheidet, einen Herzpatienten mit der Gefahr auf die Warteliste in der Kardiologie zu setzen, dass der Patient auf der Warteliste verstirbt? Das ist natürlich eine schwierige Situation. Im dänischen Kontext haben wir darüber keine rechtlichen Diskussionen. Das ist zu einem gewissen Grad der Fall, weil die Frage ist, zu welchem Grad Behandlung ein verbrieftes Recht ist. Haben Sie das Recht, zu einer bestimmten Zeit behandelt zu werden, oder haben Sie nur das Recht, überhaupt irgendwann einmal behandelt zu werden? Zu einem bestimmten Grad bedeutet das, dass Ärzte in diesem Zusammenhang bis jetzt keine Rechtsstreitigkeiten hatten. Es gibt natürlich Berechtigungen zur Behandlung. Es gibt in Dänemark die Möglichkeit, wenn Sie z. B. länger als zwei Monate auf eine Hüftoperation oder eine Herzoperation warten, ins Ausland zu gehen – nach Deutschland oder in eine Privatklinik in Dänemark – und sich da operieren zu lassen. Dazu hat man das Recht. Die Kosten werden voll und ganz vom Regierungsbezirk übernommen. Das heißt, es gibt so eine Art Grauzone, aber im Allgemeinen ist es so, dass innerhalb des Haushaltes der einzelne Arzt doch recht weit reichende Entscheidungsbefugnisse hat. Ganz interessant ist, dass das nicht intensiv diskutiert wurde. Ich interpretiere das so, dass die Ärzte diese Verantwortung wahrnehmen, und dass sie nicht glauben, dass die Ressourcen so knapp sind, dass sie mit ernsthaften ethischen Dilemmata konfrontiert sind. Ich hoffe, das beantwortet Ihre Frage.

Zur Frage wie wir etwa Arzneimittel im Vergleich zu nicht-technischen Themen, z. B. Krankenpflege, evaluieren: Wenn wir uns die Mechanismen zur Technologiebewertung anschau-

en, dann sind in Dänemark vier Aspekte zu berücksichtigen. Erstens: die Effizienz und der Wirkungsgrad. Funktioniert das? Das ist technisch. Dann hat man zweitens die Frage der Psychologie oder der Patientenperspektive. Was läuft da ab? Wie sind die Bedingungen des Pflegeprozesses usw. Drittens geht es um die wirtschaftlichen Bedingungen, um die Kosten-Nutzen-Effektivität. Viertens ist der organisatorische Kontext wichtig. Wie organisiert man die Behandlung? So denke ich, dass wir den technischen, also den harten Teil, und auch den weichen Teil, also den nicht-technischen Teil abdecken. Ob beide Teile gleich gewichtet werden, glaube ich eher nicht, denn man schaut wahrscheinlich zuerst danach, was überhaupt wirkt und was effektiv ist. Dann bewegt man sich die Hierarchie hinab.

Es wurde die Frage nach möglicherweise unterschiedlichen Entscheidungen in den verschiedenen Regionen gestellt. Wir haben ein dezentrales System, also kann es in verschiedenen Regierungsbezirken vielleicht unterschiedliche Prioritäten geben. Dem wurde durch die freie Wahl, die die Patienten haben, entgegengewirkt. Sie haben die freie Krankenhauswahl über die Grenzen der Regierungsbezirke hinweg. Seit 1993 gibt es die. Das bedeutet, dass wenn man zu Hause, wo man seine Steuern zahlt, eine Dienstleistung nicht bekommt, die Möglichkeit hat, in einen anderen Regierungsbezirk zu fahren. Der Regierungsbezirk, in dem man wohnt, muss dafür bezahlen. Das hat diese Differenzen mehr oder weniger ausgeglichen. Die freie Wahl der Patienten ist ein wichtiger Teil des dänischen Denkens. Die Frage ist natürlich, ob man 5,3 Millionen Patienten oder 80 Millionen bedient. Das ist eine geografische Frage. Sind Sie in der Lage, die gleichen Dienstleistungen in allen Gebieten Ihres Landes anzubieten? Das ist natürlich ein Thema. Da gibt es Unterschiede, an denen Sie aber nun einmal nichts machen können. So gehen wir damit um.

Es gab eine Frage dazu, ob wir auf nationaler gesetzgeberischer Ebene einen Zugang zu neuen Dienstleistungen bieten. Wie wird das in einem so dezentralisierten System gemacht? Im dänischen Kontext wird es folgendermaßen realisiert: Wenn die Landesregierung im Verlauf eines Jahres ein Gesetz verabschiedet, das allgemeinen Zugang zu neuen Dienstleistungen für die Gesamtbevölkerung garantiert, dann gibt es eine ganz einfache Regel. Die Zentralregierung stellt nämlich zusätzliche Mittel für die Regierungsbezirke bereit, um sie zu bezahlen. Ich nehme ein Beispiel – das wurde in vielen Ländern ähnlich diskutiert. Es geht um eine neue Behandlung für Multiple Sklerose. Als das Medikament Betaferon verfügbar wurde, das – besonders auch auf die Kosten pro gewonnenem Lebensjahr bezogen – ein sehr teures Mittel ist, hat in Dänemark der Premierminister auf ganz hoher Ebene entschieden, dass die Regierungsbezirke diese Therapie anbieten müssen. Die waren sehr zögerlich, weil sie sehr, sehr teuer ist. Aber auf Grund der landesweiten Entscheidung wurden dann Mittel bereitgestellt, um die Therapie zu bezahlen. D. h., wenn man die Dezentralisierung

zentral begleitet, werden auch die notwendigen Mittel bereitgestellt. So haben wir einige regionale Unterschiede ausgleichen können.

Zur letzten Frage, ob Genetik oder Verhalten die Gesundheit bestimmt: Es ging darum, ob das eigene Verhalten ein Kriterium dafür sein darf, ob man behandelt wird. Eine der Grundhaltungen unseres Ethikausschusses ist, dass das Verhalten sich nicht auswirken sollte. Das muss man ganz vorsichtig und umsichtig bedenken, denn wenn jemand einen Unfall hervorruft oder eine Krankheit hat, die durch Fehlernährung hervorgerufen wurde, dann kann man nicht entscheiden, dass derjenige nicht behandelt wird. Wenn man nach Österreich Skifahren geht und dann auf Grund eines Unfalls nach Hause transportiert werden muss, dann hat man das Problem natürlich selbst verursacht. Aber das kann man so nicht rationalisieren. Man kann nicht sagen, man hätte einfach verantwortungsbewusster handeln müssen. In anderen Bereichen kann man das aber tun. Wenn man übergewichtig ist und eine Hüftprothese bekommen muss, dann kann der Arzt sagen: „Sie sind extrem fettleibig, und die medizinische Prognose für schwer fettleibige Menschen ist so, dass das nichts bringt. Also nehmen Sie erst einmal 15 oder 20 Kilogramm ab. Dann bekommen Sie die Hüftprothese.“ Diese Entscheidung basiert auf einer medizinischen Prognose. Sie wird aber auch noch intensiv diskutiert. Das ist das, was ich hierzu sagen wollte.

Der Vorsitz wechselt an den **Vorsitzenden Abg. René Röspe (SPD)**.

Vorsitzender: Frau Lundgren bitte mit Ihren Antworten.

Expertin Lena Lundgren: Bei der ersten Frage ging es um die vertikale Rangliste und darum, ob darin nur technische Aspekte abgedeckt sind. So fing das an. Ich glaube, die vertikale Rangliste ist ständig zu verbessern. Wir haben mit technischen Leistungen begonnen und auch noch die pharmazeutischen hinzugefügt. Jetzt sind wir gerade dabei, Rehabilitationsleistungen und andere „weiche“ Aspekte in diese Rangliste einfließen zu lassen.

Es gibt heute einige regionale Unterschiede, aber die sind nicht transparent. Wir hatten am Anfang ein paar Probleme mit der Unterstützung auf der nationalen Ebene. Jetzt haben wir einen neuen Gesundheitsminister, der kürzlich sagte, dass alle anderen Regionen sich die Arbeit anschauen sollten, die in unserem Regierungsbezirksrat vorgenommen wird, um zu sehen, was man davon lernen kann. Es gibt natürlich Unterschiede, die sich zeigen werden, aber ich denke, die Unterschiede zwischen den Regionen werden nicht so groß sein können.

In Schweden haben wir im Moment außerdem noch eine Diskussion darüber, wie viele Regionen es überhaupt geben sollte, und welche Verantwortlichkeiten auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene liegen sollten. Auf welcher Ebene sollten die Entscheidungen getroffen werden? Wo wird die Diskussion geführt? Ich glaube, das steht im engen Zusammenhang damit, wo die Verantwortung liegt.

Das Gesundheitssystem in Schweden ist für alle Gruppen steuerfinanziert, es ist also jeder beteiligt, der hier erwähnt wurde. Das heißt, dass jeder in Schweden unter dieses System fällt. Wir haben kein System, das sagt: „Sie haben ein Recht auf dies oder das.“ Bei der Sozialhilfe gibt es z.B. Rechte und Berechtigungen. Das hat aber nichts mit der Gesundheitsversorgung zu tun.

Wenn es um Belege zur Bewertung verschiedener Behandlungsmethoden geht, arbeiten wir mit Expertenausschüssen zusammen, um festzulegen, ob eine Behandlungsmethode in die vertikale Rangliste aufgenommen werden sollte, und wenn ja, wo.

Ein interessanter Aspekt ist, dass wir in Schweden gerade diskutieren und vielleicht noch vor Weihnachten entscheiden werden, ob wir eine nationale Behandlungsgarantie geben sollten. Dabei geht es um das Recht, innerhalb von drei Monaten behandelt zu werden, und zwar in Bezug auf alles, das zum Gesundheitskorb zählt. Vielen Dank.

Vorsitzender: Sir Michael bitte.

Experte Prof. Sir Michael Rawlins: Vielen Dank. Es gibt einige Fragen, die mir gestellt wurden. Zu den Unterschieden zwischen den Regionen: Als NICE eingerichtet wurde, gab es bezüglich der Verfügbarkeit von Medikamenten eine Menge Unterschiede zwischen den Regionen. Das ist in der Tat ein landesweiter Skandal geworden, denn das System wird steuerfinanziert, und zwar von der nationalen Steuer und nicht von der örtlichen oder regionalen Steuer. Die Menschen wollten nicht mehr hinnehmen, dass man Medikamente auf einer Straßenseite bekommen konnte, aber nicht auf der anderen. Das wurde „Verschreibung nach Postleitzahlen“ genannt. Die Regierung hat eigentlich das NICE errichtet, um diese Verhältnisse abzuschaffen. Die Frage, mit der sich NICE nun befasst, ist: Wenn Technologie verfügbar ist, dann muss sie für alle Regionen verfügbar gemacht werden und nicht nur für einige. Unsere Leitlinien machen es uns z. T. schwierig, aber man kann nicht beides. Entweder hat man keine Verschreibung nach Postleitzahlen und reduziert das lokale Versorgungsangebot oder man geht zur alten Situation der Verschreibung nach Postleitzahlen zurück.

Letzteres will aber die britische Bevölkerung nicht hinnehmen. Einige lokale Gremien sagen, dass ihre Beschwerden teilweise auf taube Ohren stoßen.

Dann gab es eine Frage dazu, ob alle Gruppen einbezogen werden. Wir versuchen das, aber wir schaffen das nicht immer. Dazu gibt es einen besonderen Vorfall. Der Bewertungsausschuss hat empfohlen, Interferone für die Behandlung von Hepatitis C-Infektionen zu verschreiben. Hepatitis C ist insbesondere bei Drogenabhängigen verbreitet. Als sich der Ausschuss zum ersten Mal zusammensetzte, wurde entschieden, dass Menschen, die ständig Drogen missbrauchen, keine Behandlung erhalten sollten. Diese Entscheidung wurde nach drei Jahren revidiert. Es gab ganz allgemeine Kommentare vom Bürgerrat, also nicht nur zu dieser Entscheidung. So wurde diese Entscheidung wieder rückgängig gemacht. Das ist ein Beispiel, bei dem der Bürgerrat einen wesentlichen Einfluss hatte.

Zu unserem Bewertungsprogramm, unseren Leitlinien, Richtlinien und Prioritäten: Ich denke, sie hängen hauptsächlich davon ab, ob man sich die Prioritätensetzung auf der Makroebene oder Mikroebene anschaut. Nur um Ihnen zwei Beispiele zu geben: Die Bewertungskommission hat sich atypische Antipsychotika angeschaut. Das war ein wichtiges Thema in Großbritannien. Man kam zu der Auffassung, dass sie breitere Anwendung finden und die klassischen Antipsychotika ersetzen sollten. Das hatte große finanzielle Auswirkungen, wobei man natürlich berücksichtigen muss, dass die Entscheidungen zwangsweise in allen psychiatrischen Kliniken durchgeführt werden müssen. Das hat 150-200 Millionen Euro pro Jahr gekostet. De facto ist es so, dass die Institute Prioritäten für Menschen mit Schizophrenie und anderen psychologischen Krankheiten gesetzt haben.

Eine politische Entscheidung wurde vom Kabinett und vom Premierminister bezüglich der Fruchtbarkeitsbehandlungen getroffen. NICE sollte Leitlinien zur Durchführung erlassen. Unsere Leitlinien waren klinische Leitlinien. Wir haben Begrenzungen im Hinblick auf das Alter und die Anzahl der Befruchtungszyklen, die pro Frau durchgenommen werden, eingeführt. Die Politiker haben entschieden, dass die IVF-Behandlung übernommen wird. Das war richtig, dass es politisch entschieden wurde, denn solche Entscheidungen darf NICE nicht treffen. Aber als es hieß, es werde die künstliche Befruchtung geben, hat das Institut den Auftrag bekommen festzulegen, in welchem Umfang sie finanziert wird. Wir haben es allerdings abgelehnt, über Paare zu entscheiden, bei denen ein Partner Kinder aus einer vorausgegangenen Beziehung hat. Denn wir denken, dass das keine Entscheidung ist, die wir treffen wollen. Das ist wirklich etwas, was die Regierung entscheiden muss. Diese Entscheidung haben wir also an die Regierung zurückgegeben.

Zu Gesundheit und dem Zusammenhang zwischen Genetik und Verhalten: Man kann nicht genau unterscheiden, wo genetische Einflüsse aufhören und das Verhalten anfängt, denn es gibt oft genetische Komponenten beim Verhalten. Es gibt gute Belege dafür, dass es große genetische Einflüsse beim Suchtverhalten wie dem Alkoholismus gibt. „Sei stark und sage ‚nein‘, lasse es einfach“, kann man nicht allen Leuten sagen. Wir haben in Bezug auf die Bekämpfung des Rauchens Empfehlungen gegeben. Wir haben nicht einfach gesagt, dass das Rauchen selbst verursacht ist, und man den Menschen einfach sagen kann: „Hört auf zu rauchen.“ Es ist natürlich auch wirtschaftlich nicht hilfreich, denn das Rauchen ist für das Gesundheitssystem finanziell sehr schädlich. Oft ist es nicht einfach, zwischen Verhalten und Genetik zu unterscheiden.

Ich bin mir nicht so sicher, welche Entscheidungen wir bei den ganz seltenen Krankheiten treffen würden. Man hat uns noch nicht gebeten, das zu tun. Aber die Regierung muss uns schon sagen, wie wir die Entscheidungen treffen sollen. Das wird im Moment entschieden. Wir führen dazu im Moment einige Diskussionen. Wir wollen uns auch mit verschiedenen Räten beraten. Unsere formelle Empfehlung an die Regierung, wie wir da vorgehen wollen, wird Ende März gegeben. Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Dr. Boereboom und dann Prof. Carlsson bitte.

Experte Dr. M. J. Boereboom: Danke schön. In der Frage an mich ging es um private und gesetzliche Versicherungssysteme. Wir haben ein gesetzliches Versicherungssystem. Wenn man ein gewisses Einkommen überschreitet, kann man sich auch privat versichern. Wenn man diese Grenze erstmals überschreitet, dann kann man zwar in die private Versicherung wechseln, aber man kann dann nicht – wenn man vielleicht einem hohen Risiko ausgesetzt ist und ernste Probleme hat – einfach in die gesetzliche Versicherung zurückwechseln. Das geht nicht.

In der gesetzlichen Versicherung sind meistens die „schlechten Risiken“ versichert, und in der privaten Versicherung die „guten Risiken“, wenn man das einmal so sagen möchte. Es wurde festgelegt, dass auch aus der privaten Versicherung gewisse Beiträge an das gesetzliche System zu leisten sind. Wenn wir uns einmal das Rentenalter anschauen, dann ist damit oftmals ein reduziertes Einkommen verbunden. Aber auch die Rentner haben nicht die Möglichkeit, in die gesetzliche Versicherung zurückzuwechseln. Wir haben für sie ein spezielles Versicherungssystem eingerichtet, das von der privaten Versicherung subventioniert wird. Wir sind nicht völlig zufrieden mit diesem dualen System. Mit dem neuen Gesundheits-

system, das wir für 2006 planen, darf es keinen Unterschied mehr zwischen gesetzlicher Versicherung und privater Versicherung geben.

Experte Prof. Per Carlsson: Zwei Fragen wurden, glaube ich, an mich gerichtet. Die erste bezog sich auf den möglichen Konflikt zwischen nationaler Gesetzgebung und Rationierung. In unserem Land ist es so, dass es eigentlich kein Gesetz gibt, das ein gewisses Recht auf Gesundheitsdienstleistungen beinhalten würde. D. h., dieser Gesundheitskorb ist nicht explizit in irgendeinem Gesetz erwähnt. Es handelt sich um ein implizites Recht unserer Bürger, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Die einzige Situation, in der es zu einem Konflikt kommen kann, ist, wenn es um Gesundheitszeugnisse für Piloten, Taucher oder andere Berufsgruppen geht. Normalerweise siedeln die Ärzte diese Art von Arbeit in ihrer Prioritätenliste sehr weit unten an. Es gibt dann einen Widerspruch zwischen der Sicht der Mediziner, die die Notwendigkeit, eine solche Bescheinigung auszustellen, gering einschätzen, und dem Recht der Individuen, eine solche Bescheinigung zu bekommen. Das ist so das einzige Konfliktpotenzial. Natürlich haben sie das Recht, mit Krankenschwestern und mit Ärzten zu sprechen, wenn sie ein Problem haben. Das wird auch in keiner Weise in Zweifel gezogen. Die lokalen Bezirksräte haben bei ihrem Entscheidungsprozess vorausgesetzt, dass jeder das Recht hat, mit einbezogen zu werden. Der Konflikt, nach dem Sie gefragt haben, kommt im Allgemeinen nicht vor.

Die zweite Frage war, ob die Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde mit ihren Richtlinien und den entsprechenden Prioritäten eine Art Selbstregulierung unter den Ärzten erwartet. Die Antwort ist „ja“. Warum erwartet die Behörde das? Die Hauptauswirkung, die erwartet wird, stützt sich auf professionelle Anreize. Professionelle Anreize sind im Gesundheitssektor sehr kraftvoll, aber sie werden natürlich nicht in Schriftform präsentiert. Sie werden besonders im Kardiologiebereich mit Monitoring-Praktiken kombiniert. Dort gibt es ein sehr gut entwickeltes Monitoring-System. Hier können wir schon das Ergebnis der Debatten sehen, d. h. die Vorstellung von tatsächlich praktischen Ergebnissen. Dies hat zu großer Aufmerksamkeit in den Medien geführt. Als ein Krankenhaus in einem Regierungsbezirk völlig aus der Reihe schlug, hat das zu einer großen Debatte auch unter Einbeziehung der Politik geführt. Ich denke, es handelt sich um einen Anpassungsprozess, der eine Weile läuft. Es wurde ein großes Projekt auf den Weg gebracht, um nun tatsächlich zu beurteilen, was auf Grund dieser Richtlinien tatsächlich an Ergebnissen erzielt wird. Das beinhaltet zum einen eine Analyse über einen Zeitraum von drei Jahren, aber zum anderen auch Interviews mit direkt Betroffenen in vier verschiedenen Regionen. Ich denke, das wird uns auch noch bessere Information darüber geben, welche Auswirkungen auftreten und wie sich die Prioritätensetzung in Zukunft entwickeln kann. Ich denke, das beantwortet die Fragen. Danke.

Vorsitzender: Herr Prof. Israeli und Herr Dr. Probst bitte.

Experte Prof. Avi Israeli: Sie hatten die Frage gestellt, ob die Mitglieder des Nationalen Ausschusses gewählt oder ernannt werden und wer sie ernennt oder wählt. Die Mitglieder der 16 Ausschüsse werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt für einen Zeitraum von drei oder vier Jahren von mir ernannt. Jeder von ihnen kann zwei Amtsperioden in Folge ableisten. Ich habe bereits erwähnt, dass einige dieser Mitglieder Ärzte sind. Zudem gehören Krankenschwestern, Pharmakologen und Vertreter der Öffentlichkeit dazu. Diese Nationalen Ausschüsse beschäftigen sich damit, welche Medikamente mit in die Gesundheitsversorgung einbezogen werden sollen. Die werden vom Gesundheitsministerium benannt. Wir stellen jedem die Medikamente oder Technologien zur Verfügung, die auf der Liste stehen und in den Gesundheitskorb miteinbezogen werden. Wenn wir z. B. über Behandlungsmethoden für Diabetes sprechen, kann der Diabetes-Rat gefragt sein, der Rat, der für die Grundversorgung zuständig ist, oder aber auch der Rat für Kardiologie. D. h., wir erhalten Expertenmeinungen von zwei, drei oder manchmal auch mehr verschiedenen Räten. Auf Grund dieser Information können wir unsere Entscheidungen in den Ausschüssen treffen.

Da ich nun das Mikrofon schon einmal habe, versuche ich auch einmal einige der Fragen zu beantworten, die an uns alle gestellt wurden, z. B. die zu möglichen Strafen für Ärzte, die eine Behandlung oder Medikamente verschreiben, die nicht im Korb enthalten sind. Das ist in Israel nicht möglich. Wenn Sie sagen: „Ich habe hier diese Technologie oder ich habe dieses Medikament, von dem ich glaube, das es wirkt“, aber diese Technologie leider nicht in dem Gesundheitskorb ist, muss der Arzt dem Patienten sagen, dass es eine Technologie gibt, aber dass sie nicht in dem Korb enthalten ist. Dann kann der Patient Verschiedenes tun: Entweder kann er die Leistung auf dem privaten Markt bezahlen oder er kann vor Gericht gehen und kann fordern, dass die Regierung oder die Krankenkasse dafür bezahlt, weil es z. B. ein lebensrettendes Verfahren ist. Es gibt viele Fälle, die vor Gericht getragen wurden. Das Gericht hat in nur sehr wenigen Fällen entschieden, dass die jeweiligen Behandlungsmethoden bezahlt werden müssen.

Ein weiterer Punkt, den ich ansprechen wollte, bezieht sich auf das eigene Verhalten. Wir haben keinerlei Beschränkungen in Israel, was das eigene Verhalten angeht, aber wir haben Beschränkungen, wenn es um Behandlungsmethoden, die den Lebensstil betreffen, geht. Viagra oder Behandlungsmethoden zur Raucherentwöhnung sind beispielsweise nicht in dem Korb enthalten. Das führt natürlich zu einer öffentlichen Debatte, das ist ganz klar. Ist es sinnvoll, das nicht in den Korb mit einzubeziehen oder sollte man es lieber tun? Wir haben

uns mit diesen Themen – auch mit dem Thema der seltenen Krankheiten – in Israel beschäftigt. Bei der medikamentösen Behandlung einer seltenen Krankheit liegen die Kosten in Israel für jeden Patienten bei 150.000 \$. Es gibt vier Patienten, die unter dieser Krankheit leiden, bei einer Gesamtbevölkerung von sieben Millionen. Es gab eine breite Debatte, ob wir diese Behandlung für diese vier Patienten in den Korb mit hinein nehmen sollten oder nicht. Letztendlich hat der Ausschuss entschieden, die Behandlung für diese vier Patienten mit einzubeziehen. Wie ich bereits erwähnte, führte das zu einer großen Diskussion in den regionalen Räten, die wir im Jahr 2000 eingerichtet haben.

Es ist sehr wichtig, dass man diese Themen in der Öffentlichkeit diskutiert. Je stärker man dies in der Öffentlichkeit diskutiert, desto besser wird auch die Öffentlichkeit verstehen, wie komplex dieses Thema ist, und dass es kein Wundermittel gibt, um dieses Problem zu lösen. Es wird immer jemanden geben, der krank ist, und es wird immer Behandlungsmethoden geben, die nicht in diesem Korb enthalten sind. Betroffene werden an die Medien gehen, sie werden dies natürlich anfechten. Daher ist es wichtig, dass man dieses Thema in der Öffentlichkeit soweit wie möglich diskutiert. Das ist eines der wichtigsten Dinge, die ich gelernt habe aus der Debatte. Vielen Dank.

Vorsitzender: Dr. Probst, dann Dr. Silberschmidt bitte.

Experte Dr. Josef Probst: Fakt ist, dass wir in Österreich einen umfassenden Krankenbehandlungsanspruch haben. Ausgehend von der Krankheit als regelwidrigem Körper- oder Geisteszustand, der Behandlung notwendig macht, ist all das zu tun, was zielgerichtet ist. Das System ist ein zielgerichtetes System und nicht ein kausales. Das Verhalten ist für den Leistungsanspruch mit Ausnahme von Kleinigkeiten wie Transportkosten grundsätzlich nicht relevant. Grenzziehungen, das habe ich versucht, mit meinen Power-Point-Folien zu zeigen, gibt es mit der Liste nicht erstattungsfähiger Medikamente. Das ist ähnlich, wie es für den Leistungsbereich in Israel geschildert wurde. Medikamente zur Sexualstimulanz, Empfängnisverhütung oder Haarwuchsmedikamente, die primär im Spitalsbereich angewendet werden, finden sich nicht in der Liste ambulanter Praxen. Die künstliche Befruchtung, die angesprochen wurde, wurde immer außerhalb des Leistungsrechts der Krankenversicherung als ein eigenständiger, sozialpolitisch essenzieller Leistungsanspruch gesehen.

Zu den Prioritäten im Kontext der Leitliniendiskussion muss ich sagen, dass wir in Österreich keine großen Erfahrungen haben. Es gibt einige Leitlinien, die auch im Internet publiziert sind. Die letzte Leitlinie ist zu Diabetes Typ 2. Wir orientieren uns an einer Leitlinie zur Leitli-

nienerzeugung und das ist der Standard, den die Ärzte anwenden sollen. Es ist der erste Baustein eines Disease-Management-Systems, das nächstes Jahr laufen soll.

Als einen essenziellen Bestandteil sehe ich in diesem Bereich das Bezahlungssystem an. Inwieweit werden die richtigen Incentives gesetzt, die die Behandlungspfade und die Qualität der Leistung befördern. Danke.

Vorsitzender: Vielen Dank. Jetzt noch Herr Dr. Silberschmidt.

Experte Dr. Gaudenz Silberschmidt: Herzlichen Dank. Zuerst zu der spezifisch an mich gestellten Frage bezüglich der Transplantation und dem Sonderfall von Lebendspender, die selbst Empfänger werden könnten. Im Gesetz ist es nicht geregelt. Ob es auf der Verordnungsstufe später geregelt wird, kann ich Ihnen nicht sagen, aber es ist doch ein sehr außergewöhnlicher Fall. Wahrscheinlich wird der nicht spezifisch geregelt werden.

Zur Frage zum Verhältnis zwischen Krankenversicherungen und Risikoselektion: Wir haben schon seit 1996 ein System, das gewisse Charakteristika besitzt, die die Niederlande über nächstes Jahr einführen werden. Theoretisch kann jeder die Grundversicherung mit dem gleichen Leistungspaket jedes Jahr wechseln. Eigenartigerweise geschieht das nicht, auch wenn der Prämienunterschied z. T. 30-40 % beträgt. Den Grund dafür haben wir noch nicht wirklich gefunden. Man bekäme die gleiche Leistung, man bekäme sie billiger, man ändert dennoch nichts. Vor allem bei älteren Leuten handelt es sich sicher um eine gewisse Trägheit. Theoretisch sollte keine Risikoselektion laufen, sondern die Effizienz der administrativen Abläufe der Versicherer sollten die Unterschiede ausmachen. Praktisch läuft aber eine Risikoselektion. Es werden immer die kleinen Nischen gesucht. Ein kleines Beispiel: Es gibt große Krankenversicherungen, die eine Tochtergesellschaft gründen, indem sie die Kunden primär über das Internet bewerben, damit natürlich die „guten Risiken“ anheuern oder sich einkaufen, weil 80-Jährige bedeutend seltener via Internet ihre Krankenversicherung suchen als 30-Jährige. Da haben wir sicher ein Problem. Theoretisch kann jeder immer zu jeder Kasse wechseln, praktisch funktioniert das jedoch nicht so ganz, wie wir das möchten. Wir werden aber mit weiteren Reformen in diese Richtung gehen.

Das Schweizer System kennt Positivlisten nur bei Medikamenten und Negativlisten – also Leistungsausschlüsse – bei ärztlich verschriebenen Prozeduren. Dort gab es einen der Fälle, den ich erwähnt habe: Der kantonale Minister wurde abgewählt. Es ging um ein effektiv sehr teures Medikament, das nicht auf der Liste stand. Die Ministerin musste entscheiden, ob es verschrieben werden darf. Es ging um mehrere 100.000 Euro. Sie wollte es nicht zulassen.

Später wurde das publik und es gab ein sehr großes Medienecho, da ein ehemaliges Regierungsmitglied der Schweiz betroffen war. Der brauchte das Medikament letztlich gar nicht, aber das war wahrscheinlich trotzdem der Anlass zur Abwahl. Diese Einzelfälle machen auf die Bevölkerung gesehen sehr wenig aus. In der Politik und in den Medien werden sie sehr heftig diskutiert.

Vorsitzender: Vielen Dank. Ich habe jetzt noch eine Frage von Herrn Wodarg. Bisher habe ich noch keine anderen gesehen. Herr Wodarg bitte.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe noch einmal eine Verständnisfrage an die schwedischen, dänischen und englischen Vertreter. Es geht um das Ranking. Die Schweden haben dargestellt, dass sie ein vertikales indikationsbezogenes Ranking machen. Sie sagen, welche Maßnahmen bei welchem medizinischen Problem wie mit Punkten zu bewerten sind. Das geben sie dann in die Counties, wenn ich das richtig verstanden habe. Die Counties müssen dann angesichts der Wertungen entscheiden, was sie einkaufen und was sie von dem Geld bezahlen. Ich hoffe, ich habe das richtig verstanden. Ist das in Dänemark genauso? Wird ein zentrales Ranking gemacht? Oder ist es dort so wie in Großbritannien, wo NICE diesen Prozess intern mit Befragungen veranstaltet und mit Hilfe wissenschaftlicher und anderer Gremien letztlich die Entscheidung fällt? Es sagt: Die Leistung wird zur Verfügung gestellt oder nicht. Es sind ja grundsätzlich unterschiedliche Wege. Wie beurteilen Sie das gegenseitig? Ich würde gern von den Schweden hören, wie Sie das britische System beurteilen, und von Ihnen vom NICE würde ich gerne hören, weshalb in England nicht möglich ist, was in Schweden praktiziert wird.

Die zweite Frage: Wir haben etwas über Wartelisten als Mittel der Rationierung gehört. Es gibt noch das Rationierungsinstrument der Zuzahlung. Welche Schutzmechanismen gibt es in Schweden, dass hier „Equity“ wirklich zum Tragen kommt? Welche Schutzmechanismen gibt es in Großbritannien, in Schweden, in Dänemark und in den anderen Ländern? Es geht um die Menschen, die eben nicht in der Lage sind zuzuzahlen. Wie haben Sie diese Probleme gelöst?

Vorsitzender: Frau Nickels und Herr Raspe bitte.

Abg. Christa Nickels (B90/GR): Ich habe eine Frage, von der ich nicht weiß, ob die Experten dazu etwas sagen können. Ich finde sie aber sehr wichtig. Es gibt Versorgungsbereiche, deren Bedarf überhaupt noch nicht geklärt ist, weil sie nicht systematisch erforscht werden. Das knüpft an die Frage des Kollegen Wodarg an, als er sagte, ob es nicht eine Überbewer-

tung der technischen und medikamentösen Behandlungsmaßnahmen gegenüber den personalintensiven gebe. Ich will einmal ein paar deutsche Beispiele nennen: Obwohl sehr viel Geld im System ist, sind die Diabetiker bei uns nach wie vor suboptimal versorgt. Das gilt auch für andere Patientengruppen wie z. B. für demente Personen. Es ist nachgewiesen, dass durch spezielle Schulungen und durch einen ordentlichen Personaleinsatz sehr gute Effekte erzielt werden können. Aber es gibt hierzu kaum eine ordentliche Forschung, darum eben auch keinen aufgedeckten Bedarf und auch keine aufgedeckte Effizienz. Haben Sie dies in Ihren jeweiligen Ländern eigentlich schon einmal problematisiert? Sind die Probleme des nicht aufgedeckten Bedarfs und der Einseitigkeit der Forschung auf technisch-medikamentöse Bereiche zu Lasten der personellen Ressourcen bei Ihnen gelöst? Das ist eine Frage, die mir sehr wichtig ist. Sie hat hier eigentlich auch heute wieder keine Rolle gespielt. Es würde mich interessieren, ob jemand von Ihnen etwas dazu sagen kann?

Vorsitzender: Eine an alle gerichtete Frage. Gut, Herr Raspe dann bitte.

SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Eine Frage an Prof. Israeli. Wir haben gehört, dass in Schweden die Condition-treatment-pairs gebildet und vertikal priorisiert werden. Wir haben gehört, dass so etwas in England passiert, zwar nicht so ausdrücklich, aber gelegentlich wird abgewogen. Sie haben gesagt, dass es bei Ihnen einen Health-care-basket gibt. Dort sei etwas drin oder es sei draußen. Kennen Sie auch eine differenzierte Art der Zulassung? Sagen Sie etwa: Dieses Medikament kann verordnet werden, aber nur bei der Indikation x, y und z?

Ein zweiter Punkt: Das Ganze ist ja ein umstrittener Bereich, in dem viele Menschen unterschiedliche Interessen haben, in dem auch Vested Interests der Industrie eine Rolle spielen? Wir beobachten zunehmend, dass die Industrie sich hinter Patienten, Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen klemmt, um gewissen Druck von Seiten der Bevölkerung aufzubauen. Beobachten Sie so etwas in Ihren Ländern und wie balancieren Sie die Einflüsse aus solchen Quellen aus?

Vorsitzender: Ich habe auch noch eine Frage an Herrn Prof. Pedersen. Wenn ich das vorhin richtig verstanden habe, war es so, dass auf County-Ebene – mit etwa 300.000 Einwohnern und auf vier Jahre gewählten Politikern – eine gewisse Prioritätensetzung stattfindet. Wenn ich dann dazu nehme, wie schnell man in der Schweiz abgewählt wird, muss ich wirklich fragen, ob das System gewährleistet, dass es eine Prioritätensetzung gibt, oder ob es nicht doch ein gewisses Maß an „Opportunitätssetzung“ ist, die da stattfindet. Ist es bei 300.000

Einwohnern nicht auch schwierig, ausreichende Fachkompetenz zur Verfügung zu haben und Prinzipien zu berücksichtigen, die über das County hinausreichen?

Es gibt keine weiteren Fragen. Das heißt, wir kommen wieder zur Expertenrunde. Ich würde mit Prof. Israeli anfangen, dann Sir Michael, Frau Lundgren und Herr Prof. Pedersen bitte. Prof. Israeli bitte.

Experte Prof. Avi Israeli: Zunächst einmal ist es so, dass manche der Medikamente im Korb sind und andere nicht. Es gibt natürlich auch Technologien, die drin sind, und andere, die nicht drin sind. Da es bei Medikamenten leichter zu erklären ist, möchte ich jetzt über Medikamente sprechen. Manche dieser Medikamente sind an gewisse Richtlinien, an bestimmte Indikationen geknüpft. Manchmal sind sie altersbezogen verfügbar oder nur bei Vorliegen gewisser anderer Kriterien. Z. B. gibt es ein Medikament für Diabetes, das nur Patienten bekommen, die ein bestimmtes Gewicht, einen gewissen Body Mass Index haben. Da gibt gewisse Messgrößen, um festzustellen, ob die Ärzte dieses Medikament verabreichen können und sollen. Es gibt also gewisse Kriterien, die an die Verordnung mancher Medikamente geknüpft sind.

Eine weitere Frage, die an alle gerichtet war und die ich beantworten möchte, lautete: Was ist mit denjenigen, die Zuzahlungen nicht leisten können? Wir haben einen Sozialstaat in Israel, das dem deutschen System sehr ähnlich ist und auf Bismarck zurückgeht. Menschen, die sich etwas nicht leisten können, die zahlen eben auch nicht.

Ein dritter Punkt, den ich ansprechen möchte, ist die Frage, wie man mit bestimmten Bedürfnissen umgeht, die vielleicht nicht identifiziert sind. Die Aufgabe des Gesundheitsministeriums besteht darin, die Ergebnisse der Behandlungen, die verabreicht werden, zu messen. Wir in Israel messen also die Ergebnisse der Versorgung aller vier Krankenkassen, die wir in Israel haben. Wir messen z. B., was das Ergebnis der Diabetesbehandlung ist. Wie viele dieser Patienten befinden sich in guter medizinischer Behandlung? Wir wissen, dass es bei guter Behandlung weniger Komplikationen gibt, und wir dadurch natürlich viel Geld sparen. Deswegen messen wir das von Jahr zu Jahr pro Krankenkasse. Jetzt im Moment sind wir dabei, die Ergebnisse zu veröffentlichen. Die Krankenkassen bekommen pro Versichertem Geld von der Regierung. Ein Kriterium für die Zuweisung staatlicher Mittel an Krankenkassen im Jahr 2006 wird darin bestehen, welche Ergebnisse die erbrachten Behandlungen zeigen. Das ist meiner Meinung nach ein ganz wichtiges Instrument der Regierung bzw. des Ministeriums. Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Sir Michael bitte.

Experte Prof. Sir Michael Rawlins: Vielen Dank. Wie Sie schon sagten, wir haben kein Ranglistensystem, aber wir schränken sehr häufig die Indikationen für Technologien und vor allem für Medikamente ein. Und zwar schränken wir sie nach Kosteneffizienzgründen ein. Meine klinischen Kollegen halten sich in der Regel an unsere Ratschläge und betrügen eigentlich nicht.

Zu den Wartelisten als Rationierungsmittel: Ich glaube, das war bei uns in Großbritannien nie so gedacht. Bei manchen chirurgischen Behandlungen hatte man den Verdacht, dass die Chirurgen ihre Wartelisten voll halten wollten, um dafür zu sorgen, dass Patienten an private Kliniken verwiesen werden. Ich weiß nicht, ob das in großem Maßstab passierte, aber es bestand zumindest der Verdacht. Da die Wartezeiten insgesamt zurückgegangen sind, ist das nicht mehr vorherrschend.

Zur Bedeutung von nicht-pharmazeutischen Behandlungsmethoden: Das ist eine ganz wichtige Sache, die wir in Großbritannien noch nicht quantitativ analysiert haben. In der Zeit, in der wir uns mit gewissen Medikamenten befasst haben, haben Multiple-Sklerose-Patienten gesagt, sie hätten lieber einmal pro Woche einen Physiotherapeuten als dieses eine spezielle Medikament. Das war ein ganz interessantes Ergebnis.

Was die Pharmaindustrie und die Beeinflussung der Patienten anbelangt, so handelt es sich um eine Sache, die uns bekannt ist. Wir versuchen, das genau zu untersuchen, um über Patientenorganisationen genauer in Erfahrung zu bringen, inwieweit sie von der Pharmaindustrie unterstützt werden. Das tun wir nicht, weil wir das verhindern wollen, aber wir wollen doch genau wissen, wie die Interessenlage aussieht. Das ist eine ganz wichtige Sache.

Vorsitzender: Frau Lundgren und dann Herr Prof. Pedersen bitte.

Expertin Lena Lundgren: Ich glaube, vertikale Ranglisten sind ein Mittel von vielen, die wir brauchen, um die Bedürfnisse abzudecken. Wir machen noch eine weitere Sache, die ganz wichtig ist: Wir schauen uns die Bedürfnisse in verschiedenen Gruppen an und analysieren sie. Wir können die Bedürfnisse analysieren, für die es heute keine Behandlung gibt, die es aber irgendwann einmal geben könnte. Wir können auch ermitteln, dass manche Behandlungen nicht so erbracht werden, wie es der Fall sein sollte. Es gibt gewisse neurologische Krankheiten, die wir untersucht haben. Wir haben festgestellt, dass die Rehabilitation nicht so abläuft, wie sie sollte. Da muss man also verschiedene Ansätze wählen. Man muss den

Bedarf genauer analysieren, man muss aber auch systematisch mit vertikalen Ranglisten arbeiten. Das geschieht auf verschiedene Arten. Wir haben ein nationales System mit einem nationalen Ausschuss, der sich mit den verschiedenen Krankheitsgruppen befasst. Hier werden die nationalen Ranglisten veröffentlicht. Wenn es nationale Ranglisten gibt, dann benutzen wir sie auf Provinzebene natürlich auch und betrachten sie von unserem Standpunkt aus. In vielen Bereichen gibt es aber keine nationalen Ranglisten. Deswegen müssen wir in den Provinzen selbst sehen, wie wir klarkommen. Ich glaube aber wohl, dass in der Zukunft die meisten Bereiche durch nationale Ranglisten gedeckt sein werden. Es ist wichtig zu sagen, dass sich die Politiker und die Ausschüsse nicht unbedingt immer auf die nationalen Ranglisten berufen, sondern auf die Konsequenzen schauen, also auf das, was passieren würde, wenn diese oder jene Behandlung aus dem System herausgenommen würde. Die Politiker schauen auf die Konsequenzen und vergleichen die Konsequenzen bei verschiedenen Krankheitsgruppen, um auf diese Weise die horizontalen Prioritäten festzulegen.

Rationierung durch Wartelisten gibt es für manche Gruppen, aber es gibt andere Bedarfsgruppen, bei denen man das nicht macht. Deswegen haben wir ein großes Interesse daran zu sehen, ob dieses neue Recht in Schweden auf Behandlung innerhalb von drei Monaten zu einem besseren Verhalten führen wird, weil das, was getan werden kann und getan werden muss, eben nicht lange warten darf. Es ist sehr viel transparenter, wenn man sagt, dies oder jenes tun wir eben gar nicht, anstatt eine Warteliste einzurichten, auf der man dann 14 Jahre wartet, ohne dass irgendetwas passiert.

Es gibt viele Beispiele, in denen die Indikation eingeschränkt ist. Man schaut sich genau an, ob ein Bedarf existiert, der durch eine Behandlung gedeckt wird. Man sucht Beweise, in welchen Fällen die Behandlung funktioniert oder nicht funktioniert.

Zur Industrie: Es gibt seit langem eine Zusammenarbeit mit der Industrie. Die Industrie war stark an Informationskampagnen im Bildungsbereich beteiligt und hat z. B. Weihnachtessen bezahlt. Es gibt jetzt neue Verträge zwischen den Provinzregierungen und der Industrie, in denen beschrieben wird, wie wir zusammenarbeiten sollen, was gestattet werden soll und was nicht. Es ist klar, dass wir als Provinzregierung sehr viel Verantwortung bei der Information über gewisse Medikamente haben, eine Verantwortung, die wir früher vielleicht gar nicht hatten oder vielleicht doch hatten, aber der wir nicht gerecht geworden sind. Ich glaube, ich belasse es erst einmal dabei.

Vorsitzender: Vielen Dank. Jetzt Herr Prof. Pedersen, dann Prof. Carlsson und noch all diejenigen, die auf die Frage von Frau Nickels antworten wollen. Prof. Pedersen bitte.

Experte Prof. Kjeld Møller Pedersen: Zunächst die Frage zur Rangliste: Wir haben kein formales System einer Ranglistenerstellung in Dänemark. Es ist zwar diskutiert worden, aber das allgemeine Gefühl ist, dass man einen falschen Eindruck von Objektivität schaffen würde. Es gibt bestimmte Bereiche, in denen man fast eine Art Rangliste hat. So wie es für Schweden und England beschrieben wurde, gibt es für gewisse Medikamente eine Reihe von Indikationen, bei denen der Gebrauch eingeschränkt wird. Dasselbe gilt auch für Hörgeräte. Ganz allgemein gibt es jedoch keine Ranglistensysteme. Eine ganz einfache Rangliste haben die Norweger eingeführt, die aber auch nicht landesweit verwendet wird.

Zur Rationalisierung und zu den Zuzahlungen: Die Wartelisten sind bei uns länger geworden. Das hat dazu geführt, dass die Menschen sich privat versichert haben, um in privaten Kliniken behandelt zu werden, wenn das in den staatlichen Krankenhäusern nicht geht. Aber mit der Zweimonatsgarantie sind die Leute der Ansicht, dass es sich nicht mehr lohnt, sich privat zu versichern.

Es ist die Frage gestellt worden, ob diejenigen, die sich privat versichern wollen, die Reichen sind, denen es gut geht. Aber es ist interessant festzustellen, dass es eben nicht so ist. Ein breites Spektrum der Bevölkerung hat sich für die Privatversicherung entschieden. Die Versicherung, wie wir sie haben, ist im Prinzip ein Relikt des Krankenkassensystems mit der eingebauten Solidarität. Jeder kann sich trotzdem privat versichern, aber es gibt diese Behandlungsgarantie, weshalb die Privatversicherung nicht mehr so interessant erscheint.

Es wurde gefragt, ob es Analysen und Forschungsergebnisse zur Pflege und zu Ergebnissen der Pflege gibt. Ich glaube nicht, dass es so etwas gibt. Es gibt Studien aus den Vereinigten Staaten über das Zahlenverhältnis von Pflegepersonal und Ärzten zu Patienten. Das ist ein wichtiges Thema, aber bei uns gibt es noch nicht genug Forschungsergebnisse.

Dass die Industrie gewisse Gruppen unterstützt, ist bekannt. Das wird getan und ist meistens relativ transparent. Die wichtigere Frage ist eigentlich, wie die Medien damit umgehen, wenn ein die Verordnungsbarkeit eines neuen Medikamentes diskutiert wird. Dann gelingt es den PR-Abteilungen der Industrie immer, einen Patienten vorzuzeigen, der beweist, dass dieses oder jenes Medikament unbedingt gebraucht wird. Die Frage ist dann, ob die Medien darauf anspringen oder nicht.

Zum Opportunismus auf lokaler Ebene, wenn man lokal gewählte Politiker hat: Ich habe folgenden Eindruck, für den ich aber keine wissenschaftlichen Beweise habe. Ich habe in einer

relativ großen Provinz an diesen Rankings gearbeitet. Ich war eigentlich überrascht, wie wenig Opportunismus von den Politikern an den Tag gelegt wird. Die sind sehr verantwortungsbewusst. Sie sehen und erkennen, dass die lokalen Medien in vielen Fällen ganz klar aufzeigen werden, wenn zuviel Opportunismus an den Tag gelegt wird. Das gilt für die lokale Ebene und vielleicht nicht so sehr für die nationale Ebene. Auf lokaler Ebene sucht man viel stärker nach einem Konsens. Die politische Plattform ist da nicht so wichtig. Deswegen möchte ich den Opportunismus zwar nicht voll und ganz ausschließen, aber er ist zumindest nicht vorherrschend.

Vorsitzender: Danke. Prof. Carlsson bitte.

Experte Prof. Per Carlsson: Danke. Ich habe nur ein paar zusätzliche Bemerkungen. Zur Frage bezüglich der Unterschiede zwischen Dänemark und Schweden: Ich glaube, wir müssen dazu auf meinen Vortrag zurückkommen. Die ersten Schritte: Es gibt im Moment nur sehr wenige nationale Ranglisten. Insgesamt spielen die also eine kleinere Rolle. Wir haben sie im Moment für zwei größere Krankheitsgruppen. Die nationale Kammer für Gesundheit arbeitet im Moment daran – gerade in Bezug auf Krebserkrankungen. Es wird also in Zukunft noch eine bedeutend größere Rolle spielen als heute. Bezüglich der Auslegung – bezahlen oder nicht bezahlen – der lokalen Entscheidungen in Bezug auf die vertikalen Prioritätenlisten besteht in Schweden das Problem, dass wir nur eine sehr kurze Beschreibung dieses Korbes haben. Einige legen die Entscheidungen so aus, dass die Ärzte diese Dienste nicht bereitstellen dürfen, die die Politiker ausgeschlossen haben. Das ist eine Möglichkeit, das zu interpretieren. Persönlich denke ich, dass das gefährlich ist, denn die Gesundheitsversorgung ist dynamisch. Sie verändert sich ständig. Ganz besonders gilt das auch für die Haushalte einer bestimmten Abteilung, die sich innerhalb eines Jahres sehr stark verändern können. Die Rolle der Politiker ist also, die Ressourcen den Krankheitsgruppen oder klinischen Abteilungen zuzuteilen und die Ärzteschaft dabei zu unterstützen, dass es eben nicht dazu kommt, dass sie – wenn es nicht unbedingt notwendig ist – eine Leistung verweigern müssen. Der Abteilungsleiter einer Klinik unterschätzt möglicherweise in manchen Fällen, was an Kapazitäten zu Verfügung steht. Wenn er Dienste nicht bereitstellt, ist die Frage, warum? Ist es verboten oder nicht? Man muss sich also immer die Umstände anschauen.

Zur zweiten Frage: Warum kann Schweden nicht den gleichen Modus verwenden wie Großbritannien? Ich glaube, es gibt gar nicht so große Unterschiede dazwischen, wie sich die Schweden und das Vereinigte Königreich die rationalen Aspekte anschauen. 1987 haben wir bereits das Gesundheitsgremium in Schweden ins Leben gerufen. Das war ein Gremium mit sehr gutem Ruf. Die Idee war, alle diejenigen Versorgungsmaßnahmen, die nicht effizient

sind, auszusondern. Wir haben aber eine sehr schwache Evidenzbasis für die Eignung von Versorgungsmaßnahmen. Wir haben sehr viele Situationen, in denen es Auswirkungen gibt, aber die Kosten sind sehr hoch. Oder die Leistung hat eine Auswirkung, aber wir können den Verantwortungsbereich nicht genau zuschreiben. Fällt das in den Bereich der Gesundheitsversorgung oder nicht? In manchen Fällen sind es auch politische Entscheidungen. In Großbritannien, das haben wir ja gehört, muss manchmal das Ministerium die Entscheidungen treffen. In Schweden haben wir aber so ein Ministerium nicht. Es sind die lokalen Bezirksräte, die sich darum kümmern müssen, ob eine Leistung mit einbezogen wird oder nicht. Das ist also ein relativ kompliziertes System. Es gibt einen Zusammenarbeitsmodus zwischen der nationalen Behörde für Technologieabschätzung im Bereich Gesundheitstechnologie und der nationalen Gesundheitskammer, die verschiedene Ergebnisse, die z. B. aus den Regierungsbezirken und den Krankenhäusern kommen, auswerten und zusammenbringen müssen. Das fließt dann in die lokale Prioritätensetzungsarbeit, wo auch Ärzte mitarbeiten. Es ist sehr schwierig, das an einem Nachmittag zu erklären, aber ich hoffe, dass sie jetzt eine Vorstellung davon haben. Danke.

Vorsitzender: Herr Wodarg, und dann Herr Raspe bitte.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe Fragen an die Vertreter – „to whom it may concern“. Es geht um das Problem, dass Helfen ja häufig mühsam ist. Es kostet sehr viel Kraft, besonders bei denen, die sich nicht helfen lassen wollen, die trotzdem leiden, bei denen, die schmutzig sind, die stinken, die irgendwo liegen, die kein Geld haben, die die Hilfe eigentlich am nötigsten haben. Wir sehen, dass wir dazu tendieren, gerade diesen Menschen nicht gerne zu helfen. Wir brauchen Anreize und Mechanismen, dass auch denen geholfen wird. Wir sehen dieses Risikovermeiden, wie wir es im Fachjargon der Ökonomen nennen, auf allen Ebenen. Wir sehen es bei Ärzten, die ihre Praxen so zuschneiden und so öffnen, dass sie möglichst wenig Kontakt zu so schwierigen Fragen haben. Wir sehen es bei Krankenhäusern, die ihre Angebote so zuschneiden, dass sie auf der besseren Seite sind, dass sie die einfachen Patienten bekommen. Und wir sehen es auch bei Krankenkassen. Das ist eine Frage an alle die Länder, die unterschiedliche Finanzierungssysteme haben. Auch hier wird das Verhandeln derjenigen, die Leistungen einkaufen, gleichzeitig benutzt, um sich in der Konkurrenz zu den anderen Krankenkassen zu positionieren. Auch da gibt es wenig Anreize, sich besonders um solche Kranken zu kümmern, die viel Mühe machen und die sehr teuer sind. Wie gehen Sie damit in Ihrem Land um, um dieses Vermeiden des Sich-Kümmerns um die Schwierigen in den Griff zu bekommen – bei den Ärzten, bei den Krankenhäusern, bei den Kostenträgern? Wie machen Sie das, wenn Sie in England Budgets haben oder wenn Sie in Schweden in den Counties auch mit Budgets arbeiten? Die Budget-Verantwortlichen

Verantwortlichen werden tendenziell versuchen, es sich einfach zu machen. Wie regeln Sie das? Wie kontrollieren Sie das?

Die zweite Frage: Ich habe mit Erstaunen und auch mit einiger Erleuchtung lesen können, dass in Schweden bei den vier Priorisierungsgruppen, die Sie gebildet haben, die Gruppe zwei „Prävention und Rehabilitation“ gleich nach der „Akuthilfe“, nach den schweren Fällen kommt. Bevor die chronischen Krankheiten und was es sonst noch alles gibt behandelt werden, haben Sie gesagt: „Erst einmal priorisieren wir Prävention und Rehabilitation.“ Das hat ja gute Gründe. Welche Erfahrungen haben Sie damit? Wie wird das akzeptiert? Wie wirkt sich das in der Praxis aus? Wird Ihnen nicht immer wieder jemand vor die Tür geschoben, der Schmerzen hat und der dann doch lieber erst einmal behandelt werden möchte? Wie können Sie das aus- und durchhalten?

Vorsitzender: Herr Raspe und dann noch einmal Frau Nickels bitte.

SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Ich habe eine völlig andere Frage. Frau Lundgren hat das aufgebracht: Gibt es in den verschiedenen Ländern eine Beziehung zwischen Prioritätensetzung und Forschung? Man kann sich verschiedene Links vorstellen. Etwas könnte sein, was offenbar in der Schweiz möglich ist, dass man Technologien zulässt, aber nur unter der Bedingung, dass es ein Register, ein Randomised Controlled Trial gibt oder dass auf jeden Fall Forschung passiert. Solche Klassen haben Sie in der Zulassung. Wie ist das in den anderen Ländern? Wenn man Evidenzberichte bekommt, ist es häufig so, dass Forschungslücken offensichtlich werden. Man sieht, es gibt keine Evidenz, nach der man sich richten kann. Die Frage ist: Gibt es dann Geld, um diese Lücken zu schließen? Das ist im NHS, glaube ich, so, dass er Geld für Research und Development hat, aber ist das in Schweden auch so? Ist das in Dänemark so? Wir haben in Deutschland im Augenblick Disease Management Programme eingeführt und wissen nicht, ob sie überhaupt nützen. Wir führen ein Mammographie-Screening ein und wissen nicht, ob es sinnvoll ist – wir machen aber keine Forschung. Die Frage ist: Wie sieht das in anderen Ländern aus?

Vorsitzender: Danke. Frau Nickels bitte.

Abg. Christa Nickels (B90/GR): Ich habe noch eine Frage, die sich an den Vortrag von Herrn Dr. Probst anschließt. Herr Dr. Probst, Sie haben auf diese 80:20-Prozent-Regel hingewiesen. Sie haben gesagt, das sei ein Erfahrungswert, den man eigentlich in allen Gesellschaften hat, die ein gutes Versorgungssystem haben. Etwa 80 % der Kosten werden von 20 % der Menschen verursacht. Sie haben die Schlussfolgerung daraus gezogen, dass diejeni-

gen, die einen so großen Bedarf haben, bei Selbsthalten auch sehr viel zuzahlen müssen. Aber darunter fällt noch eine ganz andere Gruppe. Meines Wissens ist es so, dass jeder von uns zwei Jahre, bevor er oder sie stirbt, und dann noch einmal zwei Wochen, bevor man stirbt, besonders viele Kosten verursacht. Das ist also eine lebenszeitliche Perspektive, bei der jeder von uns sehr viele Kosten verursacht. Ist Ihr Eindruck, dass diese Prioritätensetzung, die jeder von uns am Ende seines Lebens hat, im Gesundheitswesen ausreichend im Blick ist? Ist das ausreichend beforscht? Ist die Allokation ausreichend? Und wenn nicht, warum ist das dann nicht so?

Vorsitzender: Herr Dr. Probst ist direkt angesprochen worden. Dann würde ich noch einmal Herrn Prof. Carlsson oder Frau Lundgren und Sir Michael wegen der Fragen von Herrn Wodarg und Herrn Raspe bitten. Aber ich möchte auch die anderen ermutigen, falls Sie noch antworten möchten. Herr Dr. Probst bitte.

Experte Dr. Josef Probst: Zur Erforschung des Bedarfes am Lebensende kann ich keine Auskunft geben. Ich fühle mich nicht dazu berufen. Mir ging es bei der Darstellung der empirischen Beschreibung darum, dass es im Gesundheitssystem eigentlich sehr einfach sein müsste, sich jenen Personengruppen zuzuwenden, die die großen Bedarfe haben. Die sind namentlich feststellbar. Unsere Untersuchung in Kärnten hat ergeben: Von 450.000 Versicherten ist es letztlich möglich, sich auf 30.-40.000 zu konzentrieren, die derzeit die größten Bedarfe haben. Daher kommt unser Denkansatz.

Ich möchte auch noch auf Ihren Punkt zurückkommen, den Sie zuletzt angesprochen haben, und zwar warum die persönlichen Dienstleistungen und die Abwicklung von Gesundheitsleistungen nicht so im Vordergrund stehen. Ich glaube, das ist so, weil die Systeme inputorientiert und nicht zielorientiert sind. Wenn sie ziel- oder ergebnisorientiert wären, dann würden verschiedene andere Elemente, die gebraucht werden, um Krankheiten zu heilen und die Dinge zu verbessern, mehr in den Vordergrund gerückt werden.

Vorsitzender: Vielen Dank. Jetzt bitte Prof. Carlsson und/oder Frau Lundgren und Sir Michael.

Experte Prof. Per Carlsson: Nur ein paar Anmerkungen auf die Frage nach den Grundsätzen oder Prinzipien, die ich in meiner Präsentation genannt habe. Es ist ein etwas unglücklicher Umstand, dass das Parlament und der Priorisierungsausschuss diese vier Prioritäten als Beispiele präsentiert haben, wie man das Bedürfnis-Prinzip interpretieren kann. Man konnte es in dem Vorschlag an das Parlament so lesen, dass das eine Art grobes Beispiel

ist. Man kann aber auch daraus lesen, dass, wenn man eine bestimmte Krankheit bzw. Diagnose hat, sich die über die Zeit hinweg und auch zwischen den Individuen verändern kann. Wenn man eine Krankheit hat, die lebensbedrohlich oder chronisch ist, könnten sie in einer hohen oder niedrigeren Prioritätengruppe sein. Das kann schwanken. Diese Beispiele wurden also manchmal so interpretiert, als wäre das unser ethischer Grundsatz. Die ethischen Grundsätze sind aber etwas ganz anderes. Es sollte also nur ein Beispiel für unsere Grundsätze sein. Aber wenn wir tatsächlich den Vorzug einer bestimmten Maßnahme analysieren wollen, dann ist es natürlich sehr schwierig, sie in eine Rangfolge zu bringen. Warum soll man der Prävention z. B. eine hohe Priorität beimessen, wenn die Ergebnisse nicht hoch sind. Das ist ein politisches Beispiel, um ein paar Punkte zu illustrieren.

Dann gab es eine Frage danach, wie der Regierungsbezirksrat damit umgeht, wenn es neue Technologien gibt, über deren Effektivität man noch nicht viel weiß. Beahlt man auch Forschungsarbeiten? In begrenztem Umfang ja. Es gibt einige Beispiele, die auch erwähnt wurden. Manche haben hier z. B. die Mammographie erwähnt. Zu Programmen wie das Mammographie-Screening oder anderen gynäkologischen Untersuchungen gibt es in Schweden z. B. Forschungsaktivitäten, die bezahlt werden, um anderen zu helfen, die Folgen abzuschätzen. Also in begrenztem Umfang ja. Die Regierungsbezirksräte sollen natürlich auch medizinische und klinische Forschung unterstützen, das ist klar.

Ich kann vielleicht noch einen weiteren Grundsatz hinzufügen, nämlich dass alle gleich sind. Alle haben die gleiche Würde und den gleichen Wert. Das geht auf die Frage zurück, die sie z. B. in Bezug auf die Obdachlosen angesprochen haben. Das ist etwas, das wir in der Diskussion mit den Dienstleistungserbringern natürlich immer haben. Diese Grundsätze müssen in der alltäglichen Praxis angewendet werden. In Schweden haben wir etwas sehr nützliches, nämlich Qualitätsregister für verschiedene Krankheitsgruppen. So können wir überwachend untersuchen, wie es für verschiedene Krankheitsgruppen in verschiedenen Regionen und in verschiedenen Krankenhäusern ist. Das gilt für verschiedene Krankheiten, aber auch dafür, wer diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen kann.

Vorsitzender: Sir Michael bitte, dann Herr Prof. Pedersen.

Experte Prof. Sir Michael Rawlins: Danke schön. Wir wissen natürlich in Großbritannien um die Probleme der Gleichbehandlung im Gesundheitswesen, gerade auch auf das Einkommen bezogen (ärmere Leute, die unter schwierigen Bedingungen leben müssen). Das sind auch Dinge, die über die herkömmliche Gesundheitsversorgung hinausgehen. Da geht es auch um Wohnungsmöglichkeiten, Transportmöglichkeiten etc. Natürlich geht es auch um

Bevölkerungsgruppen wie Obdachlose, Prostituierte etc. Da machen wir einzelne Vorstöße, einzelne Versuche, dieses Thema anzugehen. Wir haben leider nicht viele Anreize zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Ich denke, dass kann sich aber ändern, denn NICE hat sich auch der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und -aufklärung verschrieben. Ich hoffe, dass wir in diesem Zusammenhang unseren Einfluss auch auf die Bereiche ausdehnen können, die sie erwähnt haben. Aber es gibt Gruppen, die schwer zu erreichen sind, die kaum politisches Profil haben, die auch keine laute Stimme in der Gesellschaft haben. Das ist schwierig. Das ist uns bewusst.

Die Beziehung zwischen Forschung und Prioritätensetzung: Alle unsere Prioritäten und unsere Empfehlungen kommen aus der Forschung bzw. stützen sich auf die Forschung. Zu Beginn haben wir 25 Experten zusammengesucht, die innerhalb von fünf Minuten 100 Forschungsprojekte hatten, über die sie sprechen wollten. Da muss man in das Ganze Disziplin hineinbringen. Hier stellen wir sicher, dass sich diese Empfehlungen aufgrund der Forschung auch in Richtlinien umsetzen lassen. Da wird auch eine zeitliche Frist gesetzt. Es gibt öffentliche Mittel, die in dieser Hinsicht verfügbar sind. Es gibt auch Mittel, die von uns für klinische Versuche zur Verfügung gestellt werden, aber die Antworten, die wir suchen, sind die gleichen, die Sie suchen oder die in anderen europäischen Ländern gesucht werden. Es wäre natürlich auch eine großartige Aufgabe für die neue EU-Forschungskommission, die sie einsetzen wollen. Warum könnten wir hier nicht Versuche in verschiedenen Ländern machen, weil wir ja alle die Antworten auf die Probleme brauchen? Die Probleme sind ja doch bei uns allen ähnlich gelagert.

Zu den Kosten am Ende des Lebens: Ich denke, hier kommt auch das Thema der Rettung ein bisschen mit ins Spiel. Ich denke, Israel hat wirklich großen Mut bewiesen, dieses Thema voranzutreiben. Wir müssen das in Großbritannien auch machen und wollen es auch. Diese Rettungsregel, die so oft beschrieben wird, reicht einfach nicht aus. Wir müssen da noch mehr machen. Das ist wirklich ein wichtiges Thema. Die Rettungsregel besagt ja, dass die Maßnahmen die höchste Priorität haben, die einen drohenden Tod verhindern. Natürlich gibt es da auch Begrenzungen, aber leider ist im Bereich der Forschung auch in dieser Richtung noch sehr wenig passiert – außer in Israel, das ist wirklich ein sehr positives Beispiel.

Vorsitzender: Dann Herr Prof. Pedersen bitte.

Experte Prof. Kjeld Møller Pedersen: Zur Frage, ob wir denen, die es am meisten brauchen, helfen oder nicht helfen: Ich glaube, da muss man einen Unterschied machen zwischen zwei Stufen. Da gibt es eine Stufe, bei der diejenigen, die Hilfe brauchen, auch die

Hilfe suchen. Wenn sie sich einmal dazu entschlossen haben, ist natürlich die Frage, ob man sie annimmt, weil sie dreckig sind oder stinken, oder weist man sie zurück. In Dänemark gibt es zumindest ein Bewusstsein für dieses Thema. Wenn es darum geht, denen zu helfen, die Hilfe brauchen und sie auch wollen – hier kommen auch die Obdachlosen ins Spiel – haben wir eine ganze Reihe von Sozialarbeitern und Krankenschwestern, die rausgehen und den Obdachlosen helfen und sicherstellen, dass diese Menschen den Zugang zum Gesundheitssystem bekommen. Aber ich glaube, es gibt keine Erkenntnisse, dass sie, wenn sie einmal zum Arzt kommen, dann abgewiesen werden, nur weil sie schlecht riechen oder dreckig sind. Ich denke, da muss man unterscheiden. Ethnische Minderheiten sind ein weiteres Thema. Dieses Thema wird von den Krankenschwestern und Ärzten direkt behandelt. Sie wissen um die Probleme der ethnischen Minderheiten und versuchen zum Teil aktiv, Krankenschwestern mit einem entsprechenden ethnischen Hintergrund anzustellen, um bewusst damit umzugehen. Das ist eigentlich kein großes Problem in unserem Land. Gut, in Amerika würde man das vielleicht als Stream Skimming bezeichnen, wenn man die unbeliebten Fälle abweist, aber da kann ich von keinen Fällen berichten.

Es gibt eine Beziehung zwischen Prioritätensetzung und Forschung. Wenn sie aktive Forschung in den Krankenhäusern auf nationaler Ebene haben, dann können aus dieser Forschung natürlich besonders wichtige Bereiche hervorgehen, denen man sich dann zuwenden kann. Die Regierungsbezirke stellen zunehmend Mittel für die Forschung zu Verfügung, um sicherzustellen, dass die einzelnen Bezirke Forschungsaktivitäten durchführen können zu Themen, die ihnen wichtig erscheinen, und um die Qualität des Gesundheitssystems zu verbessern.

Zum Thema der Kosten am Ende des Lebens: Es geht um diese Rettungsregel. Man wird alles tun, um jemandem zu helfen. Hier sollten wir nicht voreilige Schlüsse ziehen, dass 80 % der Kosten erst am Ende des Lebens anfallen. Die Frage ist natürlich, wie weit man gehen würde, um ein Leben noch weiter zu verlängern. Aber das sind schwierige Themen.

Vorsitzender: Keine weiteren Wortmeldungen? Das heißt, wir können zum Ende kommen. Herr Dr. Silberschmidt bitte.

Experte Dr. Gaudenz Silberschmidt: Herr Vorsitzender, Frau Nickels hat eine Frage gestellt, die noch nicht wirklich angegangen wurde. Sie stellen zu Recht die Frage nach arbeitsintensiven, eher Soft-Technologies gegenüber den „schönen“ harten Technologien. Ich war erstaunt, dass sowohl Prof. Pedersen als auch ich das gesagt haben. Ich würde noch einen Schritt weiter in die Public-Health-Bereiche gehen. Ich habe es ganz am Schluss meines

schriftlichen Statements gebracht: Für mich besteht ein riesengroßes ethisches Dilemma zwischen der Gesinnungsethik, die in der Rule of Rescue zum Ausdruck kommt – ich darf niemanden sterben lassen, und da werden Milliarden um Milliarden hineingebuttert –, und der Verantwortungsethik des Gesundheitspolitikers. Ich müsste doch eigentlich nicht Krankheit, sondern Gesundheit ins Zentrum stellen. Da machen wir alle etwas falsch. Wir könnten mit den gleichen Ressourcen bedeutend mehr Gesundheit bekommen, wenn wir es anders machen würden. Ich habe nicht die Lösung für dieses Dilemma, aber wir sollten es offen ansprechen. Es ist ein großes Dilemma, und es ist noch sehr viel Arbeit notwendig, um dort weiterzukommen.

Vorsitzender: Das war ein schönes Schlusswort, und ich nehme es gleich auf, denn wir sind ja dazu da, um das, was sie uns heute beigebracht haben, aufzunehmen und vielleicht der Lösung etwas näher zu kommen. Ich will den angereisten Gästen herzlich danken, dass Sie die Mühe der Reise auf sich genommen haben, dass Sie uns mit Ihren Beiträgen bereichert haben und uns interessante Statements aus Ihren Ländern gegeben haben. Herzlichen Dank für Ihr Erscheinen. Ich danke den Zuhörern für das Aushalten, wünsche ausdrücklich allen, die ich in dieser Woche nicht mehr sehe, schöne Feiertage und ein friedvolles Jahr 2005. Auf Wiedersehen.

Ende der Sitzung: 15.30 Uhr

René Röspel

Verzeichnis der Anlagen:

Anlage Nr. 1: Liste der eingeladenen Expertinnen und Experten

Anlage Nr. 2: Fragenkatalog

Anlage Nr. 3: Präsentation von Prof. Per Carlsson, Schweden

Anlage Nr. 4: Präsentation von Lena Lundgren, Schweden

Anlage Nr. 5: Präsentation von Prof. Kjeld Møller Pedersen, Dänemark

Anlage Nr. 6: Präsentation von Dr. Josef Probst, Österreich

Anlage Nr. 7: Präsentation von Dr. Gaudenz Silberschmidt, Schweiz

Anlage Nr. 8: Präsentation von Prof. Avi Israeli, Israel