

Lena Lundgren

Hälso- och sjukvårdsdirektör ["Gesundheits- und Krankheitsdirektorin"]

Landstinget i Östergötland [Provinzlandtag Östergötland]

Provinzregierung Östergötland

Gunilla Nyrén

Stellungnahme zur Anhörung "Prioritätensetzung" am 13. Dezember 2004

Wir haben uns entschieden, eine zusammenfassende Beschreibung der Entwicklungen in Schweden einzureichen. Wir sind der Ansicht, dass dies zusammen mit den beiden beigefügten Berichten über unsere lokalen Erfahrungen in Östergötland ihre Fragen zufriedenstellend beantworten kann.

Die schwedische Debatte über die Notwendigkeit einer offenen Prioritätensetzung ("Priorisierung") aus einer nationalen Perspektive ging aus der Arbeit eines während der ersten Hälfte der 1990er Jahre tätigen Komitees hervor.

Im Januar 1992 setzte die Regierung ein Komitee ein mit der Aufgabe, die Rolle und die grundlegenden ethischen Prinzipien der medizinischen Gesundheitsversorgung zu ermitteln, um daraus Leitlinien und eine Grundlage für eine offene Diskussion über Prioritätensetzungen zu erarbeiten.

Die Motive zur Durchführung dieses Gutachtens umfassten die folgenden vier Faktoren:

- ? die schnelle medizinisch-technologische Entwicklung,
- ? eine demographische Entwicklung, die zu einer steigenden Zahl älterer Menschen und einem Rückgang der arbeitenden Bevölkerung führt,
- ? steigende Nachfrage und steigende Anforderungen an die Gesundheitsversorgung sowie
- ? die ökonomischen Rahmenbedingungen.

Besonderer Wert wurde auf Offenheit gelegt, d.h. die Prinzipien der Prioritätensetzung und die dahinter stehenden Gründe mussten offengelegt werden. Die Arbeit der Kommission führte zu Gesetzesänderungen.

Änderungen in der Gesetzgebung zum Gesundheitswesen

Das Ziel des schwedischen Gesundheitswesens ist es, der gesamten Bevölkerung eine gleichermaßen gute Gesundheit wie Gesundheitsversorgung zu verschaffen.

Weiterhin sollen seit dem 1. Juli 1997 diejenigen Vorrang genießen, die den größten Betreuungsbedarf haben. Der Beschluss des Reichstags zur Veränderung der Ziele des Gesundheitswesens beinhaltet nationale Richtlinien, die bei der Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung befolgt werden sollen.

Diese nationalen Richtlinien umfassen eine Reihe ethischer Grundsätze sowie vier Prioritätengruppen:

Ethische Grundsätze

Als ethische Grundsätze wurden drei Prinzipien formuliert:

- ? *Das Prinzip der menschlichen Werte* legt fest, daß alle Menschen gleichwertig sind und die gleichen Rechte haben, unabhängig von persönlichen Eigenschaften und Funktionen in der Gesellschaft. Dieses Prinzip soll den Respekt für die Werte, Rechte und Würde des Einzelnen sichern.
- ? *Das Prinzip der "Bedarfssolidarität" (Need-solidarity principle)* verlangt, dass Ressourcen entsprechend dem Bedarf verteilt werden. Dies bedeutet, dass Ressourcen in die Bereiche investiert werden, wo der Bedarf und der Nutzen für die Patienten am größten sind.
- ? *Das Prinzip der Kosteneffizienz* besagt, dass das Gesundheitswesen dann, wenn zwischen verschiedenen Formen von Operationen oder sonstigen Maßnahmen zu entscheiden ist, ein vernünftiges Verhältnis zwischen Kosten – in Bezug auf die verschiedenen investierten Ressourcen – und ihrem Effekt – gemessen in Form von verbesserter Gesundheit oder einer höheren Lebensqualität – anstreben soll.

Das Prinzip der Bedarfssolidarität ist schon seit langem im schwedischen Gesundheitswesen verankert. Solidarität bedeutet mehr als gleiche Pflegebedingungen; dazu gehört auch die Anstrengung, sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Versorgung so ähnlich wie möglich sind, d.h. dass jeder die die bestmögliche Gesundheit und Lebensqualität erreichen kann.

Darüber hinaus bedeutet Solidarität, dass den Bedürfnissen der verletzlichsten Personen (jenen mit reduzierter Autonomie) besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Hierzu zählen Kinder, Menschen mit Altersdemenz, Komapatienten und andere Personen, die aus unterschiedlichen Gründen Schwierigkeiten haben, mit ihrer Umwelt zu kommunizieren. Menschen, die unfähig sind, ihre Versorgungsrechte wahrzunehmen, haben die gleichen Rechte wie jene, die dazu in der Lage sind.

Aus dem Prinzip der Bedarfssolidarität ergibt sich, dass dann, wenn Prioritätensetzung als Effizienzmaßnahme notwendig ist, ein größerer Anteil der Behandlungsressourcen den Bedürftigsten bereitgestellt werden soll, also jenen mit den schwersten Erkrankungen und der niedrigsten Lebensqualität. Dies gilt auch dann, wenn die Bedürfnisse anderer Gruppen dadurch nicht voll erfüllt werden können. Zur Feststellung des Bedürfnisgrades für eine bestimmte Maßnahme müssen wir die Schwere der Erkrankung, die Dauerhaftigkeit des Zustandes und seine Folgen gegeneinander abwägen. Wie groß das Bedürfnis ist, hängt von der Schwere der Erkrankung ab und sehr wahrscheinlich auch davon, wie lange sie vermutlich andauern wird.

Die Richtlinien führen aus, dass es diesen ethischen Prinzipien widerspricht, es zuzulassen, dass die Bedürfnisse irgendeiner Person aufgrund ihres Alters, Geburtsgewichts, Lebensstils oder ihrer ökonomischen Lage unerfüllt bleiben.

Auf der anderen Seite ist es in manchen Fällen möglich, Umstände zu berücksichtigen, die den Nutzen der vorgeschlagenen medizinischen Maßnahmen begrenzen.

Vier Prioritätengruppen

Auf der Grundlage der Dringlichkeit der Behandlung und der ethischen Richtlinien wurden vier Fallgruppen definiert:

- I. Versorgung schwerer Notfallerkrankungen
- Versorgung ernster chronischer Krankheiten
- Palliativversorgung und Pflege in den letzten Lebensstadien
- Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Autonomie

- II. Prävention
Rehabilitation
- III. Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Krankheiten
- IV. Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit und Verletzungen

Die Bedarfserfüllung soll in den höchsten Prioritätengruppen höher und in den niedrigsten Prioritätengruppen niedriger sein. Der Grad der Bedarfserfüllung hängt von den verfügbaren Ressourcen ab.

Entwicklungen seit 1997

Das "Gesetz über die Gesundheits- und Krankenversorgung" ["medical health care act", n. Preusker [TG-All-Mat. 15/21] vermutlich das *Hälso- och Sjukvårdslag – HSL 1982-2003*, A.d.Ü.] ist entscheidend für die Pflegepolitik der Provinzregierungen (*county councils*) und Kommunen. Die Provinzregierungen und in gewissem Ausmaß auch die Kommunen sind für die Anwendung der Prioritätenrichtlinien in der gesetzlich vorgegebenen Form verantwortlich. Sowohl Provinzregierungen als auch Kommunen sind für fast die gesamte Finanzierung dieser Aktivitäten aus dem Steueraufkommen verantwortlich.

Letztendlich hat die Regierung wenig zur Etablierung dieser Richtlinien etwa durch einen Parlamentsbeschluss unternommen. Vor einigen Jahren wurde eine Priorisierungs-Delegation ["a priority delegation", n. TG-All-Mat. 15/01 wahrscheinlich die "*Swedish Parliamentary Priorities Commission*" von 1995; A.d.Ü.] eingerichtet, um zu verfolgen und zu untersuchen, wie sich der Umgang mit diesen Prioritäten auf Landesebene entwickelt. Dies führte zu einem gut formulierten Bericht.

Außerdem hat die Regierung den *Social Welfare Board* angewiesen, nationale Richtlinien für die Pflege und Behandlung von Personen mit ernststen chronischen Krankheiten aufzustellen. Seit 2004 erhalten die Priorisierungsrichtlinien offizielle Unterstützung. Prioritäten müssen auf der Grundlage jener ethischen Prinzipien gesetzt werden, die der Reichstag für Priorisierungsarbeiten im Rahmen des Gesundheitswesens beschlossen hat.

Der Zweck solcher Richtlinien ist es, auf gesamtstaatlicher Ebene all jenen, die für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind, Unterstützung in Fragen wie etwa zur Priorisierung zu liefern. Ziel ist es, sicherzustellen, dass

- ? medizinische Ressourcen des Gesundheitswesens effizient genutzt werden,
- ? die Ressourcen auf der Grundlage offener und klarer Priorisierungsentscheidungen entsprechend des Bedarfs verteilt werden
- ? im Krankheitsfall Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen bestmöglich berücksichtigt werden können.

Das *National Swedish Audit Bureau*, das sich mit der Untersuchung von Regierungsressourcen befasst, veröffentlichte unlängst einen Audit-Bericht über die Anstrengungen der Regierung, Priorisierungsrichtlinien so zu formulieren, dass sie von den Verantwortlichen für die Gesundheitsversorgung in der Praxis eingesetzt werden können. Der Bericht ist relativ kritisch und impliziert, dass die Regierung nicht genug getan hat, um konkrete parlamentarische Richtlinien für eine offene Priorisierungsarbeit im Gesundheitswesen zu etablieren, und dass diese Richtlinien daher nicht praxistauglich sind.

Entwicklung innerhalb der verschiedenen Provinzregierungen

Trotz eines Mangels an Klarheit über die Regierungspolitik in bezug auf die praktische Anwendung dieser Richtlinien haben sich einige Provinzregierungen aus eigener Initiative mit dieser Materie auseinandergesetzt. Östergötland steht dabei mit an der Spitze. Hintergrund, Implementierung und Erfahrungen aus unserer Arbeit bilden den Gegenstand der beiden beigefügten Berichte.

Mit freundlichen Grüßen

Lena Lundgren, Medical Health Care Director
Provinzregierung Östergötland