

Prioritätensetzung in Dänemark

Kjeld Møller Pedersen
Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
Universität von Süddänemark
Odense

kmp@sam.sdu
Winsløwparken 19,3
DK-5000 Odense
Dänemark

13. Dezember 2004

Vortrag bei der
Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin"
des Deutschen Bundestages

Inhalt

1. Hintergrund und Überblick	2
2. Die politische und fachliche Diskussion.....	5
3. Analysephasen in der Prioritätensetzung	6
3.1.1 Beispiel 1: Krebs	7
3.1.2 Beispiel 2: Der Herzplan.....	7
3.1.3 Beispiel 3: Zwei Monate Wartezeitgarantie	8
3.2 Leistungen von Allgemeinärzten, Fachärzten, Physiotherapeuten usw.: Prioritätensetzung über die Gebührenordnung.....	8
3.3 Öffentliche Gesundheit	8
3.4 Arzneimittel	9
4. Von der Theorie zur Praxis	11
5. Langfristige Aufrechterhaltung einer expliziten Prioritätensetzung.....	12
6. Empfehlungen.....	12

1. Hintergrund und Überblick

Wer die Diskussion über die Prioritätensetzung in Dänemark verstehen will, muss eine ungefähre Vorstellung vom Aufbau des dänischen Gesundheitssystems, seinen wichtigsten Akteuren und den Interaktionen zwischen diesen Akteuren haben. Die Prioritätensetzung wird in hohem Maße von diesen Gegebenheiten bestimmt. Aus diesem einfachen Grund wird die Priorisierungsdebatte von Land zu Land unterschiedlich verlaufen, was sich zwangsläufig auf die Strategien und Lösungsansätze auswirkt.

Das dänische Gesundheitssystem zeichnet sich durch seine politische, finanzielle und operationelle **Dezentralisierung** aus. 14 **Regierungsbezirke** und der Krankenhausverbund Kopenhagen teilen sich die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung (somatische und psychiatrische Krankenhausversorgung, Leistungen von Allgemeinärzten, Fachärzten usw., und Verwaltung der Kostenerstattung für Arzneimittel) und finanzieren sie aus den Einkommens- und Vermögenssteuern, die den Regierungsbezirken zufließen. Der durchschnittliche Steuersatz in einem solchen Bezirk beträgt 11-12% des zu versteuernden Einkommens. Es gilt ein proportionaler Steuertarif. Die durchschnittliche Einwohnerzahl pro Bezirk beträgt 341.000. Die Gesamtbevölkerung Dänemarks umfasst 5,3 Mio. Menschen. Die Bezirksräte werden alle vier Jahre in Direktwahl gewählt.

Insgesamt findet ein Großteil der Prioritätensetzung auf der Bezirksebene statt, meist im Rahmen des jährlichen Haushaltsverfahrens. Diese Art der Prioritätensetzung kann als *Priorisierung auf der Mikroebene* bezeichnet werden, da sie innerhalb landesweit vereinbarter ökonomischer Grenzen verläuft. Aufgrund der Dezentralisierung des dänischen Gesundheitssystems verfügen die Bezirksräte über ein erhebliches Maß an Autonomie bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung auf Bezirksebene und damit auch bei der Prioritätensetzung. Infolgedessen ist bisher – mit Ausnahme der Bereiche Arzneimittel und öffentliche Gesundheit – noch kein kohärentes nationales Konzept für die Prioritätensetzung entstanden. Doch findet eine solche Prioritätensetzung natürlich auf der Bezirksebene statt.

Das **dänische Parlament**, das *Folketinget*, legt den allgemeinen gesetzlichen Rahmen fest, z.B. Rechte der Patienten, Krankenhausrecht, Rechtsvorschriften über Beschränkungen für In-Vitro-Fertilisationen usw. Die **dänische Regierung** verhandelt jedes Jahr mit dem **Verband der Bezirksräte** über das Steuer- und Ausgabeniveau für das jeweils folgende Haushaltsjahr. Diese jährlichen Verhandlungen haben sich zunehmend zu einem gesundheitspolitischen Forum entwickelt, auf dem Entscheidungen über kurz- und mittelfristige Pläne (und ihre Finanzierung) getroffen werden, z.B. über eine Erhöhung der Mittel für die Behandlung von Krebs- oder Herzerkrankungen, Maßnahmen in Bezug auf Wartelisten und –zeiten u.ä. Ein Großteil der *Priorisierung auf der Makroebene* findet auf diesem Wege statt. Diese Art der Prioritätensetzung spielt in Dänemark insofern eine vorherrschende Rolle, als hiermit die Grenzen festgelegt werden, innerhalb derer die Regierungsbezirke ihre eigenen Gesundheitsdienste gestalten dürfen.

Die Effektivität der verschiedenen Priorisierungsverfahren, insbesondere der Priorisierung auf der Makroebene, lässt sich an mehreren Indikatoren ablesen: Erstens der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) beträgt derzeit ca. 8,8% (s. Abb. 1). Zweitens sind, wie aus Abb. 2 hervorgeht, die Gesundheitsausgaben pro Kopf zwischen 1971 und 2002 um real fast 100% gestiegen, wenn auch mit erheblichen Schwankungen der Wachstumsrate: von 7,3% im Zeitraum 1974-75 bis zu -1,7% im Zeitraum 1989-90.

Die **Krankenhäuser** befinden sich in staatlicher Hand (Träger sind die Regierungsbezirke), während die **Allgemeinärzte und Fachärzte** als Privatunternehmer tätig sind, die Vertragspartner der Bezirksräte sind. Etwa 97% ihrer Einnahmen stammen von den Bezirksbehörden. Die Leistungen von Krankenhäusern sowie von Allgemeinärzten und Fachärzten sind kostenlos, doch gibt es Zahlungen u.a. für Arzneimittel, Zahnbehandlung von Erwachsenen und Physiotherapie. Diese belaufen sich auf ca. 19% der gesamten Ausgaben im Gesundheitssektor.

Anders als in Deutschland, wo die Einnahmen der Krankenhäuser von verschiedenen Krankenkassen stammen, erhalten die dänischen Krankenhäuser ihre Finanzmittel aus einer Quelle, nämlich von den Behörden des Regierungsbezirks, in dem sie angesiedelt sind. Dieses System der Finanzierung ermöglicht es den finanzierenden Behörden (den Bezirksräten), die Prioritäten für die Krankenhäuser quasi einseitig festzulegen.

Das **Nationale Gesundheitsamt** spielt eine bedeutende Rolle bei der Regulierung und Beaufsichtigung des gesamten Gesundheitssystems. Es untersteht dem Gesundheitsministerium. Im Hinblick auf die Prioritätensetzung legt das Gesundheitsamt fest, welche Leistungen zum Katalog der üblichen Krankenhausbehandlungen gehören sollen; so wurden beispielsweise Ende der 80er Jahre In-Vitro-Fertilisationen in den Leistungskatalog aufgenommen und sind seitdem kostenfrei. Allerdings entscheidet das Gesundheitsamt nicht darüber, in welchem Umfang solche Behandlungen zur Verfügung stehen sollen. Diese Entscheidung liegt wiederum bei den Bezirksräten und erfolgt üblicherweise im Rahmen des Haushaltsverfahrens.

Das **Dänische Zentrum für Evaluierung und Technologiebewertung im Gesundheitswesen** trat 2001 an die Stelle des zuvor zuständigen Instituts für Technologiebewertung im Gesundheitswesen. Das Zentrum ist eine separate Behörde innerhalb des Nationalen Gesundheitsamtes [1].

Zu den wichtigsten Zielen des Zentrums gehören die Durchführung von Technologiebewertungen im Gesundheitswesen und Evaluierungen neuer wie bereits praktizierter Behandlungsmethoden, um Entscheidungsträgern geeignetes Hintergrundmaterial für ihre Entscheidungen an die Hand zu geben. Eine solche Technologiebewertung erfolgt normalerweise in vier Schritten: Wirksamkeit der Behandlung (technischer Aspekt), ökonomische, organisatorische und patientenbezogene einschließlich ethischer Aspekte.

Das **Dänische Amt für Arzneimittelkontrolle** untersteht dem Innen- und Gesundheitsministerium.

Es überwacht den Vollzug der geltenden Rechtsvorschriften für Arzneimittelprodukte, für die Erstattung von Arzneimittelkosten sowie für Apotheken und medizinische Geräte. Die wichtigste Aufgabe des Amtes für Arzneimittelkontrolle besteht darin sicherzustellen, dass die in Dänemark verwendeten Arzneimittelprodukte von zufrieden stellender Qualität sind, sicher gehandhabt werden können und die erwünschte Wirkung haben. Auf dem Gebiet der Prioritätensetzung spielt das Amt für Arzneimittelkontrolle eine Schlüsselrolle bei der Entscheidung über die Kostenerstattung für verschreibungspflichtige Medikamente. Ein nicht verschreibungspflichtiges Medikament wird in der Praxis nur wenig gekauft. Dies ist der einzige Bereich, in dem in Dänemark eine zentralisierte Priorisierung in größerem Umfang erfolgt, allerdings ein sehr wichtiger Bereich, denn 13% der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen auf Arzneimittel. Nähere Einzelheiten s.u.

Der **Dänische Ethikrat** (www.etiskraad.dk) wurde 1988 ins Leben gerufen, um das dänische Parlament, die staatlichen Behörden und die Öffentlichkeit in Bezug auf ethische Fragen im Zusammenhang mit Entwicklungen im nationalen Gesundheitssystem und auf dem Gebiet der Biomedizin, insbesondere in Fortpflanzungsfragen, kontinuierlich zu beraten und zu informieren.

Dies geschieht u.a. durch Veröffentlichung von Berichten und Stellungnahmen in bestimmten Bereichen und durch diskussionsfördernde Maßnahmen wie öffentliche Untersuchungen und Diskussionsveranstaltungen, Veröffentlichung von Diskussionsbänden, Anthologien, Videos und Lehrmaterial sowie umfangreiche Vortragsveranstaltungen. Darüber hinaus legt der Rat in seinem jährlichen Bericht Rechenschaft über seine Tätigkeit ab.

Der Ethikrat hat mehrere Berichte über die Grundprinzipien für die Prioritätensetzung veröffentlicht [2,3,4,5,6].

Abb. 3 zeigt die Verflechtung der verschiedenen an der Prioritätensetzung beteiligten Akteure und gibt Aufschluss über ihre jeweilige Rolle im Priorisierungsprozess. Da die Krankenhäuser (auf die 65–70% der staatlichen Gesundheitsausgaben entfallen) aus Steuergeldern finanziert werden und sich in staatlichem Besitz befinden, ist die Prioritätensetzung weitgehend zu einem festen Bestandteil des jährlichen Haushaltsverfahrens geworden, zunächst auf der *Makroebene*, wo der gesamte Finanzrahmen für das Folgejahr zwischen der dänischen Regierung und dem Verband der Bezirksräte ausgehandelt wird, und später auf der *Mikroebene*, in den Haushaltsverhandlungen der Bezirksräte mit den Krankenhäusern. Ist der Haushalt für ein Krankenhaus festgelegt, so kann im Laufe des Haushaltsjahres eine *Rationierung* erfolgen, d.h. eine Begrenzung der Mittelvergabe für bestimmte Behandlungen aufgrund zu hoher Nachfrage, was zur Bildung von Wartelisten führen kann.

Während die Rationierung auf der Makro- und Mikroebene weitgehend aufgrund politischer (Verhandlungs)Prozesse erfolgt, bleibt die Rationierungsentscheidung im Einzelfall den Ärzten überlassen, die dann beispielsweise bestimmen müssen, wer auf die Warteliste gesetzt wird und welchen Platz er auf der Warteliste einnimmt. Politisch festgelegte Kriterien für die Handhabung von Wartelisten gibt es nicht, doch wird i.d.R. davon ausgegangen, dass sich die Krankenhausärzte an einfache Regeln halten wie: Patienten werden in chronologischer Reihenfolge behandelt, sofern es nicht bei einzelnen Patienten zu akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustands kommt.

Sofern die auf der *Makroebene* festgelegten Prioritäten „hart“, d.h. nicht (allzu sehr) politischem Druck ausgesetzt, und in sich konsequent sind, ziehen sie automatisch ein beträchtliches Maß an Prioritätensetzung auf der *Mikroebene* nach sich, und wenn auf dieser Ebene eine Rationierung erfolgt – was in Dänemark weitgehend der Fall ist –, dann aufgrund der Tatsache, dass die (staatlichen) Krankenhäuser über keine anderen Einnahmequellen verfügen. Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre wurden die Wartelisten länger, und andere Bereiche fielen im internationalen Vergleich zurück, z.B. Krebs- und Herzoperationen. Im Zuge der Gesundung der dänischen Volkswirtschaft in den 90er Jahren stieg jedoch auch das Gesundheitsbudget entsprechend an, und die Wartelisten wurden allmählich kürzer, insbesondere nach 2001. (Ein internationaler Vergleich findet sich in Abb. 4)

Auf der *Makroebene* kann kein Zweifel darüber bestehen, dass in Dänemark eine günstige wirtschaftliche Gesamtsituation, z.B. mit einer angemessenen ökonomischen Wachstumsrate, großzügigere Mittelzuweisungen für das Gesundheitssystem zur Folge hat, so dass das wirtschaftliche Klima insgesamt ein wichtiges Kriterium bei der Prioritätensetzung auf der Makroebene darstellt. Hierbei muss allerdings auch die Prioritätensetzung auf dem durch Steuern finanzierten Sektor insgesamt, z.B. im Bildungs-, Sozial- und Verkehrswesen, berücksichtigt werden.

2. Die politische und fachliche Diskussion

Die Priorisierungsdiskussion begann in Dänemark bereits Anfang der 80er Jahre. Ausgangspunkt war die damalige ökonomische Situation des Landes. Die neu gewählte Mitte-Rechts-Regierung machte es zu einem ihrer Hauptziele, die dänische Wirtschaft wieder auf eine gesunde Grundlage zu stellen, und hatte sich Haushaltsdisziplin auf die Fahnen geschrieben. In den folgenden zehn Jahren stiegen die Staatsausgaben nur sehr langsam. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben verlief besonders langsam, Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre waren die Ausgaben für den Krankenhaussektor sogar rückläufig (s. Abb. 2).

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich eine Diskussion nicht nur über die Notwendigkeit der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, sondern auch über die Bedeutung expliziter Entscheidungen, z.B. dass bestimmte Behandlungen nicht mehr angeboten werden sollten (eine historische Darstellung in dänischer Sprache findet sich in Nr. [7]).

Anfangs gingen die wichtigsten Impulse in der Diskussion von unzufriedenen Krankenhausärzten aus, doch dann entwickelte sich schrittweise ein Dialog zwischen Ärzteschaft, Politik und Verwaltung. So wurde 1988 die Dänische Gesellschaft für Prioritätensetzung im Gesundheitswesen gegründet, in der die drei beteiligten Gruppen über Grundprinzipien für die Prioritätensetzung diskutierten.

Die dänische Priorisierungsdiskussion fand in *drei Phasen* statt.

Die *erste Phase* – bis Anfang der 90er Jahre – stand, wie Holm [8] bemerkt, im Zeichen einer Suche nach Priorisierungssystemen, die mittels einer vollständigen und in sich schlüssigen Gruppe rationaler Entscheidungskriterien und –hilfen wie ökonomischen Evaluierungen den politischen Entscheidungsträgern genau darüber Auskunft geben sollten, wie eine bestimmte Leistung im Verhältnis zu anderen Leistungen einzustufen ist. So fand beispielsweise das Oregon-Konzept ein hohes Maß an Beachtung. Allerdings stellte sich heraus, dass ökonomische Evaluierung (Kosten-Nutzen-Analyse) und Technologiebewertung allenfalls Orientierungshilfen in einem komplexen Entscheidungsprozess sein können.

Die *zweite Phase* lag Mitte der 90er Jahre. Wenn sich Priorisierungsentscheidungen nicht direkt als rationales Ergebnis aus der Anwendung rationaler Kriterien wie Kosteneffektivität ableiten ließen, wie sollte dann vorgegangen werden? Nun verlagerte sich das Hauptaugenmerk zunehmend auf die Schaffung von Legitimität durch Festlegung einer Reihe von Metaregeln für den Priorisierungsprozess. Der Bericht des Dänischen Ethikrates zum Thema Prioritätensetzung ist ein anschauliches Beispiel für diese Argumentation [9].

Der 1996 veröffentlichte Bericht befasste sich mit dem damals üblichen Prozess der Mittelvergabe und kam zu dem Ergebnis, dass hier keine langfristige Planung existiere, sondern dass die Entscheidungen in diesem Bereich nur Stückwerk und aufgrund mangelnder Transparenz für die Öffentlichkeit nur schwer nachvollziehbar seien. Ohne konkrete Belege, doch in seiner Argumentation durchaus plausibel, erklärte der Ethikrat, hierdurch entstünde eine Situation, in der aktive Lobbyisten sich leicht in ungebührlicher Weise selbst bedienen könnten. Der Rat

- lehnte streng regelbezogene Systeme ab und
- forderte geeignetere Priorisierungsverfahren,
 - Verfahren, bei denen alle relevanten Interessen berücksichtigt werden sowie
- mehr Transparenz und Rechenschaftspflicht.

Doch infolge der günstigen wirtschaftlichen Entwicklung in der zweiten Hälfte der 90er Jahre verstummt die Priorisierungsdiskussion weitgehend, so dass die meisten Vorschläge des Ethikrates nie in der Praxis erprobt werden konnten.

Die *dritte Phase* im neuen Jahrtausend steht im Zeichen einer wieder auflebenden Diskussion, deren Ursachen teilweise in der Besorgnis um die Nachhaltigkeit des dänischen Sozialstaates (Steuerfinanzierung, Alterung der Bevölkerung usw.) lagen. Zu den vorrangigen Themen gehörten eine umfassende Wertedebatte (z.B. welche Arten von Fortpflanzungstechniken sollen zulässig sein?), die Entscheidungsprozesse (wer soll am Entscheidungsprozess beteiligt werden?) und die Instrumente (z.B. verstärkter Einsatz von Technologiebewertungen).

3. Analysephasen in der Prioritätensetzung

Es empfiehlt sich, bei der Prioritätensetzung zwischen folgenden Bereichen zu unterscheiden:

- Krankenhausbehandlung (somatische und psychiatrische Krankenhäuser) – Abschnitt 3.1
- Leistungen von Allgemeinärzten, Fachärzten, Physiotherapeuten usw. – Abschnitt 3.2
- Öffentliche Gesundheit (Prävention (insbesondere Primärprävention) und Gesundheitsförderung) – Abschnitt 3.3
- Arzneimittel – Abschnitt 3.4

In diesen vier Bereichen des dänischen Gesundheitswesens existieren unterschiedliche Gepflogenheiten und Verfahren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es im dänischen Gesundheitswesen *keine allgemeingültigen nationalen Grundsätze hinsichtlich der Priorisierung bestimmter Gesundheits- oder Pflegeleistungen gibt*, also beispielsweise kein „Basispaket an Gesundheitsleistungen“. Der Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel mit (partieller) Kostenerstattung bildet hier wohl eine Ausnahme (s. Abschnitt 3.4).

Allerdings sind in den letzten Jahren einige „Ausnahmen“ entstanden, die alle einem bestimmten Muster folgen. So wird bestimmten Patientengruppen mit akuten (Krebs), semi-akuten (Herzoperation) oder chronischen Erkrankungen (Diabetes) ausdrücklich Vorrang eingeräumt. Meist geschieht dies im Rahmen eines Aktionsplans, z.B. des ersten Aktionsplans für Herzerkrankungen aus dem Jahr 1993 oder des jüngsten Aktionsplans für Diabeteserkrankungen [10] ab 2003. Auch im Bereich der Psychiatrie wurden so durch gezielte Vereinbarungen über Behandlungen und insbesondere räumliche Einrichtungen (z.B. nur ein Patient pro Raum) Verbesserungen erzielt. Die Strategie für die Psychiatrie wurde 1997 entwickelt und befindet sich noch in der Umsetzung [11]. Diese Prioritätensetzung ist ein Teil der Priorisierung auf der Makroebene.

Grundsätzlich umfassen diese Priorisierungspläne a) die Festlegung von Zielvorgaben, z.B. für Kapazitäten bzw. Wartezeiten, und b) die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen, häufig mit expliziter Zweckbindung. Die Entwicklung wird zwecks Überprüfung der Zielerfüllung regelmäßig überwacht. Die Aktionspläne sind normalerweise das Ergebnis von Verhandlungen zwischen der Regierung und dem Verband der Bezirksräte, wenn auch in letzter Zeit eine Tendenz zur einseitigen Festlegung der Pläne durch die Regierung festzustellen ist.

Auch sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in den Plänen nur selten bestimmten Behandlungen Vorrang eingeräumt wird, wie es häufig mit dem Begriff der Prioritätensetzung assoziiert wird, sondern dass diese Pläne eher einen Unterbereich betreffen, z.B. Herzoperationen, bei dem die Frage nicht lautet, ob aortokoronare Bypass-Operationen möglich sein sollen oder nicht, sondern eher, in welchem Umfang chirurgische Kapazitäten bereitgestellt werden sollen. In vielen Fällen dürfte die Prioritätensetzung zu eng begrenzt sein, wenn es dabei nur um Behandlungen geht („ja“ oder „nein“ zu spezifischen Vorschlägen).

Vom Standpunkt der Planung und Prioritätensetzung erscheint es etwas schwierig, die Begründung/Rechtfertigung für die Aktionspläne zu bestimmen. Allenfalls ließe sich folgende Argumentation vertreten:

1. Es gibt ein – tatsächliches oder vermeintliches – Problem, z.B. dass die Rate für Herzoperationen, z.B. CABG-Operationen, im internationalen Vergleich (weit) hinterherhinkt oder dass die Wartezeiten für gewöhnliche elektive Eingriffe wie Hüft- und Knieprothesenoperationen erheblich zu lang sind oder dass die Einrichtungen für Psychiatriepatienten nicht dem modernen Standard entsprechen. Das Problem wird von (nationalen) Politikern (wie im Falle der Initiative des letzten Ministerpräsidenten zur Modernisierung der Psychiatrie), von Ärzten oder von anderen Interessengruppen (oder mehreren dieser Akteure) auf die politische Tagesordnung gesetzt.
2. Es muss etwas geschehen.
3. Ein Aktionsplan wird ausgearbeitet, oder es werden Ziele vereinbart, und
4. es werden entweder zusätzliche Mittel bereitgestellt oder die Prioritäten werden neu festgelegt.

Dieser Prozess kann als „Prioritätensetzung durch Feuerwehreinsatz“ bezeichnet werden. Angesichts der Gefahr einer nachträglichen Rationalisierung kann jedoch auch der Standpunkt vertreten werden, dass zwei von diesen Aktionsplänen, nämlich für Herz- und Krebspatienten, lebensbedrohende Erkrankungen betreffen [*Anm.d.Übers.: Argumentation nicht nachzuvollziehen*], so dass hier der Ansatz des norwegischen Priorisierungsmodells von 1987 [12] Anwendung findet, nach dem die Behandlung lebensbedrohender Erkrankungen oberste Priorität hat. Darüber hinaus lässt sich hier auch eine Tendenz zur Feststellung „materieller Rechte“ erkennen, d.h. dass die Bürger einen Rechtsanspruch auf bestimmte Behandlungen innerhalb einer festgelegten Frist haben, bei deren Überschreitung ihnen ein Anspruch auf Behandlung in privaten Krankenhäusern oder im Ausland auf Kosten der öffentlichen Kassen erwächst.

3.1.1 Beispiel 1: Krebs

- Ab 2001: Wartezeitgarantie für Krebsdiagnose und -behandlung
 - maximal zwei Wochen von der Überweisung des Hausarztes zur ersten Krankenhausuntersuchung bzw. Diagnoseuntersuchung
 - maximal zwei Wochen Wartezeit bis zur Operation/Behandlung
 - maximal vier Wochen für Strahlentherapie
 - maximal vier Wochen für Rehabilitationsmaßnahmen

Kann ein Krankenhaus diese Fristen nicht einhalten, muss es sich um Behandlungsmöglichkeiten in anderen Krankenhäusern im In- oder Ausland kümmern. 2002 wurden so 94 Patienten an ausländische Krankenhäuser verwiesen [13].

3.1.2 Beispiel 2: Der Herzplan

- Seit 1993 gibt es den so genannten „Herzplan“, der im Lauf der Jahre mehrere Male aktualisiert wurde. Zu den Eckpunkten des Plans gehören die Ausweitung der Kapazitäten für aor-

tokoronare Bypass-Operationen (CABG), PTCA („Ballondilatation“) und Koronarangiographie (CAG); Ziel ist jeweils eine Verkürzung der Wartezeiten.

3.1.3 Beispiel 3: Zwei Monate Wartezeitgarantie

Die letzte Initiative zur Verkürzung von Wartezeiten und Wartelisten begann Mitte 2002. Angesichts der eher enttäuschenden Ergebnisse vergangener derartiger Initiativen seit 1993 entschied sich die dänische Regierung diesmal für einen anderen Ansatz – sehr zum Leidwesen der Bezirksräte.

Zur Erhöhung der Zahl der elektiven Eingriffe über ein vorgegebenes Basisniveau chirurgischer Aktivität hinaus wurden zusätzliche zweckgebundene Mittel bereitgestellt, um zu gewährleisten, dass die Krankenhäuser die von ihnen erwarteten Leistungen im Rahmen ihres regulären Budgets erbringen. Weiterhin wurde das Gesetz über die freie Krankenhauswahl von 1993 dahingehend erweitert, dass Patienten, die länger als zwei Monate auf einen elektiven Eingriff gewartet haben, nun einen Anspruch auf Behandlung in einer (gewinnorientierten) Privatklinik oder in einem Krankenhaus in Deutschland oder Schweden haben, deren Kosten – mit Ausnahme der Reisekosten – in vollem Umfang vom Wohnbezirk der Patienten zu übernehmen sind.

3.2 Leistungen von Hausärzten, Fachärzten, Physiotherapeuten usw.: Prioritätensetzung über die Gebührenordnung

Die vorstehend aufgeführten Beispiele (3.1.1-3.1.3) betreffen allesamt die Krankenhausbehandlung. Für Leistungen von Allgemeinärzten oder Physiotherapeuten gelten andere Regelungen, da es sich hier um Privatunternehmer handelt, die Vertragspartner des Gesundheitsdienstes eines Regierungsbezirks sind. Das Spektrum an Leistungen hängt dabei von der jeweiligen Gebührenordnung ab. Diese legt fest, welche Leistungen voll oder teilweise von den Bezirksbehörden übernommen werden. Somit stellt die Entscheidung, welche Leistungen in den verschiedenen Gebührenordnungen abgedeckt sein sollen, in vielerlei Hinsicht eine Priorisierungsentscheidung dar.

Die Gebührenordnung wird auf nationaler Ebene zwischen den verschiedenen Gewerkschaften (z.B. der Gewerkschaft der Allgemeinmediziner) und den Bezirksräten ausgehandelt. Der endgültige Vertrag muss vom Gesundheitsministerium gebilligt werden. Deshalb ist die Prioritätensetzung über die Gebührenordnung ein weitgehend kontrollierter Prozess, der maßgeblich durch fiskalische Überlegungen bestimmt wird.

Die Aufnahme neuer Leistungen erfolgt nur langsam, häufig in Verbindung mit einer „Erprobungszeit“ von ein bis zwei Jahren, u.a. um ihre Auswirkungen auf die Ausgabenseite zu untersuchen, aber auch, um ihre gesundheitlichen Auswirkungen zu dokumentieren.

Den Anbietern steht es frei, auch Leistungen, die nicht von der Gebührenordnung abgedeckt sind, anzubieten, allerdings beträgt dann die Zuzahlung der Patienten 100%. In der Praxis spielt diese Option jedoch keine Rolle.

3.3 Öffentliche Gesundheit

Die Prioritätensetzung für den Bereich der öffentlichen Gesundheit (Prävention und Gesundheitsförderung) erfolgt überwiegend auf nationaler Ebene. Maßgeblich sind hier vor allem die Programme der Regierung. Die beiden letzten Programme trugen folgende Titel: „Programm der dänischen Regierung für öffentliche Gesundheit und Gesundheitsförderung 1999-2008“ und „Ein Leben lang gesund“ (letzteres wurde 2002 von der amtierenden Regierung veröffentlicht). In diesen Program-

men werden eine Reihe von Erkrankungen (z.B. Herzerkrankungen) ins Visier genommen und im Hinblick auf ihre Eindämmung die wichtigsten Risikofaktoren (Tabak, Ernährung, Alkohol) identifiziert.

Doch tritt auch hier wieder die dezentrale Struktur des dänischen Gesundheitssystems zutage. Die Regierung stellt selten größere Beträge für die Umsetzung der Pläne bereit, sondern betrachtet diese eher als Orientierungspläne für diesbezügliche Maßnahmen der Bezirksräte (und der Kommunen). So sind diese Pläne bisher nicht Bestandteil der jährlichen Verhandlungen zwischen der Regierung und dem Verband der Bezirksräte. Damit bleibt die eigentliche Prioritätensetzung den Bezirksräten im Rahmen ihrer jährlichen Haushaltsverfahren überlassen. Es hat sich gezeigt, dass der Bereich öffentliche Gesundheit hier einen schweren Stand gegen die Erfordernisse der akuten somatischen und psychiatrischen Versorgung hat.

3.4 Arzneimittel

Die Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit bestimmter Arzneimittel erfolgt zentral durch das Dänische Amt für Arzneimittelkontrolle nach Maßgabe der von dänischen Parlament verabschiedeten Rechtsvorschriften (§ 7 des Gesetzes über die gesetzliche Krankenversicherung). Somit erfolgen Entscheidungen über Kostenerstattung – und damit eine Rangfolge der verschiedenen angebotenen Arzneimittel – auf nationaler Ebene, doch nur in Ausnahmefällen aufgrund explizit festgelegter Kriterien. Zu Beispielen für diesen Prozess siehe [14]. Das Amt für Arzneimittelkontrolle stützt sich bei seinen Entscheidungen meist auf Empfehlungen des Ständigen Ausschusses für Kostenerstattungsfragen; dieses siebenköpfige Fachgremium aus Ärzten und Arzneimittelexperten wird für jeweils vier Jahre berufen.

Die Arzneimittelhersteller stellen beim Amt für Arzneimittelkontrolle einen Antrag auf Aufnahme ihrer Produkte in die Liste erstattungsfähiger Arzneimittel bei der staatlichen Krankenversicherung (einem für die Allgemeinheit bestimmten und aus Steuern finanzierten System zur Kostenerstattung für Arzneimittel, allgemein- und fachärztliche Behandlungen außerhalb der Krankenhäuser sowie zahnärztliche Behandlungen für Erwachsene u.a.). Für Umfang und Art der Angaben der Arzneimittelhersteller auf dem Antragsformular gibt es ebenso explizite Richtlinien wie für Verfahren und Normen zur Prüfung dieser und anderer Daten [12]; explizite Kriterien, allerdings ohne relative Gewichtung, gibt es auch für Kostenerstattungsentscheidungen [11]. Insofern herrscht in Bezug auf Kostenerstattungsentscheidungen ein hohes Maß an Transparenz. Dennoch ist bei dem Prozess keine vollständige Vorhersehbarkeit gegeben, da die verwendeten Kriterien teilweise vage sind und ihre relative Gewichtung unbekannt ist (und sich möglicherweise ständig verändert).

Bei der Kostenerstattung wird zwischen fünf Formen unterschieden:

- Generelle Kostenerstattung
- Vier Arten individueller Kostenerstattung (patientenspezifisch, aufgrund individueller Anträge)
 - einfache Kostenerstattung
 - Kostenerstattung für chronisch Kranke
 - Kostenerstattung für Sterbende
 - erhöhte Kostenerstattung

Die generelle Kostenerstattung ist die häufigste Form der Kostenübernahme. Sie ist sowohl für die Pharmaindustrie als auch für die Verbraucher am attraktivsten, da sie nach einmaliger Genehmigung für das betreffende Medikament uneingeschränkt gilt.

Die beiden Hauptkriterien für die generelle Kostenerstattung sind einerseits die nachgewiesene Sicherheit und der therapeutische Wert des Produktes für genau definierte medizinische Anwendungen und andererseits die Frage, ob der Preis des Produktes in einem angemessenen Verhältnis zu seinem therapeutischen Wert steht. Aus einschlägigen Dokumenten wie [10] geht hervor, dass das erste Kriterium eine größere Rolle spielt.

Im Falle von Arzneimitteln mit neuen chemischen Substanzen holt der Ständige Ausschuss für Kostenerstattungsfragen vom Amt für Arzneimittelkontrolle ein medizinisches Gutachten ein. Darin werden die klinische Wirkung des Medikaments im Vergleich zu anderen Arzneimitteln mit derselben oder einer ähnlichen Indikation sowie das Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu bereits im Handel befindlichen Produkten und – etwas überraschend im Rahmen eines medizinischen Gutachtens – der Grad der Verbesserung hinsichtlich der klinischen Wirkung bzw. des Nebenwirkungsprofils gemessen an der „durch das neue Medikament bedingten ökonomischen Belastung“ bewertet. Zur Bewertung letzterer Eigenschaft stellt das Amt für Arzneimittelkontrolle einen Preisvergleich an, bei dem ein Preis pro Tagesdosis errechnet und mit den Preisen pro Tagesdosis für vergleichbare auf dem Markt befindliche Arzneimittel verglichen wird. Für diesen Preisvergleich sind spezielle administrative Verfahren vorgeschrieben. In den verfügbaren Quellen wird das Kriterium „ökonomische Belastung“ nicht näher spezifiziert, aber es liegt der Schluss nahe, dass hier in jedem Fall die Auswirkungen auf das Budget der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschlossen sind.

Eine generelle Kostenerstattung wird *nicht* gewährt, wenn es sich um ein Arzneimittel mit breiter Indikation handelt. Daneben gibt es noch neun weitere Fälle, in denen eine generelle Kostenerstattung nicht gewährt wird, z.B. wenn für eine Verschreibung spezielle Diagnoseverfahren erforderlich sind, meist im Krankenhausbereich, oder wenn die gesamte Behandlung im Krankenhaus erfolgt. Ein Hinderungsgrund kann beispielsweise auch dann vorliegen, wenn die Gefahr besteht, dass das fragliche Medikament außerhalb der offiziell gestellten Indikation verwendet wird („Indikationser-schleichung“) oder dass es trotz gegenteiliger Einschätzung des Amtes für Arzneimittelkontrolle als erste Wahl verwendet wird, oder wenn nicht geklärt ist, ob und unter welchen Umständen das Medikament als erste Wahl angesehen wird. Arzneimittel, die nicht klinisch getestet sind, kommen für eine generelle Kostenerstattung nicht in Frage. Darüber hinaus gibt es noch einen Gummiparagra-phen, der besagt, dass Arzneimittel, die ausschließlich oder überwiegend zu Zwecken verwendet werden, für die angemessenerweise keine Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung erwartet werden kann, von der Erstattung ausgeschlossen sind. [*Anm.d.Übers.: Satz im Ori-ginaltext unvollständig, daher sinngemäß ergänzt.*] Allerdings ist die Formulierung „angemessenerweise zu erwarten“ nirgends näher definiert, weder in Gesetzen noch in Verordnungen der Regie-rung.

Kostenerstattungsentscheidungen machen grundsätzlich eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen erforderlich und gehören zweifellos zu den wichtigsten Priorisierungsthemen in der Gesund-heitspolitik. Eine einzelne positive Kostenerstattungsentscheidung hat i.d.R. öffentliche und private Ausgaben in Millionenhöhe zur Folge. Es ist natürlich schwierig, ein Medikament zu verkaufen, für das keine generelle Kostenerstattung gilt (beachten Sie bitte auch den Abschnitt zur einfachen Kos-tererstattung). Gleichzeitig können Arzneimittel in zunehmendem Maße auch zur Innovation oder Verbesserung von Behandlungen beitragen, wenn auch zu hohen Kosten, denn sie stammen aus der gewinnorientierten pharmazeutischen Industrie, die von manchen Beobachtern der Szene misstrau-isch beäugt wird. Aus diesen und aus vielen anderen Gründen ist es wichtig, dass die für Kostener-stattungsentscheidungen herangezogenen Kriterien sowohl transparent als auch sachgerecht sind. Insgesamt sind die in Dänemark geltenden Kriterien weitgehend transparent und durch Gesetze so-

wie im Detail durch Verordnungen geregelt. Dennoch sind sich die meisten Politiker wahrscheinlich nicht darüber im Klaren, welche Prioritäten sie mit diesen Kriterien letztendlich setzen. Für sie stellen sich derartige Entscheidungen wohl eher als technische Fragen dar und nicht als wichtige politische Richtungsentscheidungen. Überdies werden die anzuwendenden Kriterien häufig etwas vage formuliert, so dass der Ständige Ausschuss für Kostenerstattungsfragen und das Amt für Arzneimittelkontrolle einen erheblichen Spielraum in Bezug auf die Auslegung und Gewichtung der einzelnen Kriterien haben.

Nebenbei sei hier noch darauf hingewiesen, dass die von den Krankenhäusern an die Patienten ausgegebenen Arzneimittel für diese kostenfrei sind und dass die Entscheidung über die Einführung bestimmter Arzneimittel in Krankenhäusern in einem separaten Prozess auf der Bezirksebene erfolgt. Deshalb sind die Kriterien für die Einführung von Arzneimitteln in Krankenhäusern weniger klar als für erstattungsfähige Arzneimittel, da die Entscheidung im Ermessen der einzelnen Bezirksräte liegt.

Jährlich gehen beim Amt für Arzneimittelkontrolle 20-25 Anträge auf generelle Kostenerstattung für neue chemische Substanzen oder neue Verabreichungsformen ein. In den Jahren 1999, 2000 und 2001 betrug die Ablehnungsrate 58%, 65% bzw. 38% [12]. Die häufigste Begründung für eine Ablehnung war ein überhöhter Preis. Vor diesem Hintergrund ist es doch verwunderlich, dass ökonomische Evaluierungen nicht häufiger angewandt werden bzw. offenbar nur eine untergeordnete Rolle spielen.

4. Von der Theorie zur Praxis

Dieser Themenbereich ist bereits weitgehend in Abschnitt 3 sowie teilweise in Abschnitt 1 beleuchtet worden. Für Dänemark ist an dieser Stelle der Hinweis angebracht, dass zwar umfangreiche theoretische Überlegungen angestellt wurden, doch überwiegend mit engem Bezug zu „konkreten Themen“, also der Frage, wie die Bezirksräte im Rahmen ihrer Haushaltsverfahren die Prioritätensetzung verbessern können. Daher gibt es hier keine große Kluft zwischen Theorie und Praxis. Der Prozess war durch ein erhebliches Maß an Pragmatismus aller beteiligten Kräfte gekennzeichnet.

Zusammenfassende Darstellung der einzelnen Verfahren

- Für *Krankenhausleistungen* erfolgt die Prioritätensetzung sowohl auf nationaler als auch auf Bezirksebene im Rahmen des jährlichen Haushaltsverfahrens. Dabei werden die vorgesehenen Einnahmen und Ausgaben gegeneinander ausgeglichen. Dies geschieht mittels eines politischen Prozesses, zu dem Sachverständige und Analysen wie Technologiebewertungen oder ökonomische Evaluationen herangezogen werden. Doch liegen während dieses Prozesses keineswegs umfassende Sachinformationen über die verschiedenen Behandlungen oder den Ausstieg aus bisher gebräuchlichen Behandlungsformen vor. Nichtsdestoweniger dürfte auf längere Sicht, d.h. in zwei oder drei Jahren, die Technologiebewertung zum Vehikel für die Einbringung neuer Vorschläge ins Haushaltsverfahren werden.

Da das dänische Gesundheitssystem aus Steuern finanziert wird und strengen nationalen Kontrollen und Steuerobergrenzen unterworfen ist und da jährlich Haushaltsverhandlungen mit den Bezirksräten stattfinden, ist der Gesamtumfang der Gesundheitsausgaben gut überschaubar und wird mittels eines weitgehend geordneten Prozesses bestimmt.

- Für *Leistungen von Anbietern außerhalb der Krankenhäuser*, z.B. Allgemeinärzten, besteht das Prioritätensetzungsverfahren darin, die Gebührenordnungen (neu) auszuhandeln, wenn

der Leistungskatalog um weitere Leistungen erweitert oder darin enthaltene Leistungen herausgenommen werden sollen. In die Festlegung und Veränderung der Gebührenordnung fließen eine Reihe fiskalischer Überlegungen ebenso ein wie die Empfehlungen von Experten in Bezug auf wünschenswerte Leistungen. In diesem Bereich kommen Technologiebewertungen ebenso wie ökonomische Bewertungen nur selten zur Anwendung.

- Im Bereich der *öffentlichen Gesundheit* enthalten die nationalen Pläne Anhaltspunkte für wünschenswerte Handlungsfelder. Doch aufgrund fehlender Mittelvergabe von zentraler Seite findet die eigentliche Prioritätensetzung in den Bezirksräten und Kommunen im Zuge der dortigen Haushaltsverfahren statt.
- Die Prioritätensetzung für *Arzneimittel* erfolgt auf der nationalen Ebene. Sie ist fester Bestandteil der Entscheidungen über den Kostenerstattungsstatus der einzelnen Produkte. Dies ist in vielerlei Hinsicht der transparenteste unter den Priorisierungsprozessen, da er auf den schriftlichen Beiträgen von Sachverständigen beruht.

5. Langfristige Aufrechterhaltung der expliziten Prioritätensetzung

Die Frage nach dem Stellenwert der Prioritätensetzung lässt sich auf unterschiedliche Weise beantworten. Einerseits wäre es falsch zu behaupten, die Prioritätensetzung habe fest Fuß gefasst, zumindest wenn diese als Konzept verstanden wird, das auf einer Reihe von Experten entwickelter idealistischer Grundsätze beruht. Wenn man sich andererseits jedoch vergegenwärtigt, dass die Notwendigkeit der Prioritätensetzung von (nahezu) allen Beteiligten akzeptiert wird, auch von den meisten Ärzten, lässt sich auch durchaus die Auffassung vertreten, dass sich die Prioritätensetzung letztendlich doch durchgesetzt hat. Auch sind nun wichtige Mechanismen installiert, z.B. der Makro- und der Mikrohaushaltsprozess. Dennoch wäre es verfehlt, diese Prozesse als transparent und stark daten- und analysebasiert zu bezeichnen. [*Anm.d. Übers.: Der Text ist an dieser Stelle unverständlich*] Aufgrund der Umstände (Steuerfinanzierung, staatliche Krankenhäuser im Besitz der finanzierenden Behörde) handelt es sich um einen stark politischen Prozess. Schließlich wird auch die Notwendigkeit der Durchführung von Technologiebewertungen im Gesundheitswesen als Entscheidungshilfe von vielen Beobachtern akzeptiert.

Aus offensichtlichen Gründen ist das Haushaltsverfahren fest etabliert, und die Abhängigkeit von Technologiebewertungen nimmt zu. Die Idee, glasklare Kriterien für die Prioritätensetzung zu verwenden, wie im norwegischen Weißbuch von 1987 [12] geschehen, konnte nie verwirklicht werden, wenn auch einige Bezirksräte in den 90er Jahren einen dahingehenden Versuch unternahmen.

Die langfristig relevanten Fragen sind eher allgemeiner Natur, z.B. inwiefern der dänische Sozialstaat einschließlich des Gesundheitswesens, noch über Steuern finanziert werden kann. Zur Untersuchung dieser Fragen wurde eine Wohlfahrtskommission eingesetzt. Somit mündet die Frage der Prioritätensetzung im Gesundheitssektor insgesamt in der übergeordneten Frage nach der Zukunft des Sozialstaates.

6. Empfehlungen

Einige der Maßnahmen, die in Dänemark Erfolg hatten, lassen sich nur mit großen Schwierigkeiten auf Deutschland übertragen. Der schwerwiegendste Unterschied betrifft die Finanzierung: Einem unitaristischen, steuerfinanzierten System in Dänemark, in dem die Kontrolle eindeutig bei den Politikern liegt, steht in Deutschland ein System mit über 400 Krankenkassen und einem ungleich komplexeren Regulierungssystem (Krankenkassen, Länder- und Bundesebene) gegenüber. Diese gewichtigen Unterschiede haben einen erheblichen Einfluss auf mögliche Optionen für die Prioritätensetzung.

Dennoch möchte ich zu der Diskussion ein paar vorsichtige Anregungen beisteuern:

- Eine nähere Analyse der Prioritätensetzung der dänischen Regierung im Arzneimittelbereich würde sich u.U. lohnen.
- Bei der Weiterentwicklung von Technologiebewertungen im Gesundheitssystem, einschließlich des Bereichs der ökonomischen Evaluierungen, sollte auf eine enge Anbindung an die für die Prioritätensetzung maßgeblichen Gremien geachtet werden. Möglicherweise wären auch Rechtsvorschriften zum Einsatz von Technologiebewertungen von Nutzen. (Ich bin mir der Tatsache bewusst, dass es in Deutschland das Institut für Medizinische Dokumentation und Information gibt. Worum es mir hier geht, sind geeignete Mechanismen, mit denen sich die Ergebnisse in die grundlegenden Entscheidungsprozesse einbeziehen lassen).
 - Es muss darauf hingewiesen werden, dass eine sinnvolle Prioritätensetzung nie allein auf Entscheidungsinstrumenten bzw. -hilfen wie Technologiebewertungen begründet sein kann. Dazu bedarf es vielmehr verantwortungsbewusster Politiker, Krankenkassenvorstände u.ä. Es handelt sich also letztendlich um Entscheidungsprozesse, bei denen die Beteiligten die Notwendigkeit der Prioritätensetzung erkennen und dabei beispielsweise Technologiebewertungen als Instrument einsetzen wollen.
- Es müssen fiskalische Obergrenzen für Krankenhausleistungen festgelegt werden (die Antwort auf die Frage nach dem „Wie“ bleibe ich schuldig). Der Prozess zur Ermittlung dieser Obergrenzen mündet dann in einem Priorisierungsprozess, für den sich beispielsweise Technologiebewertungen heranziehen lassen.

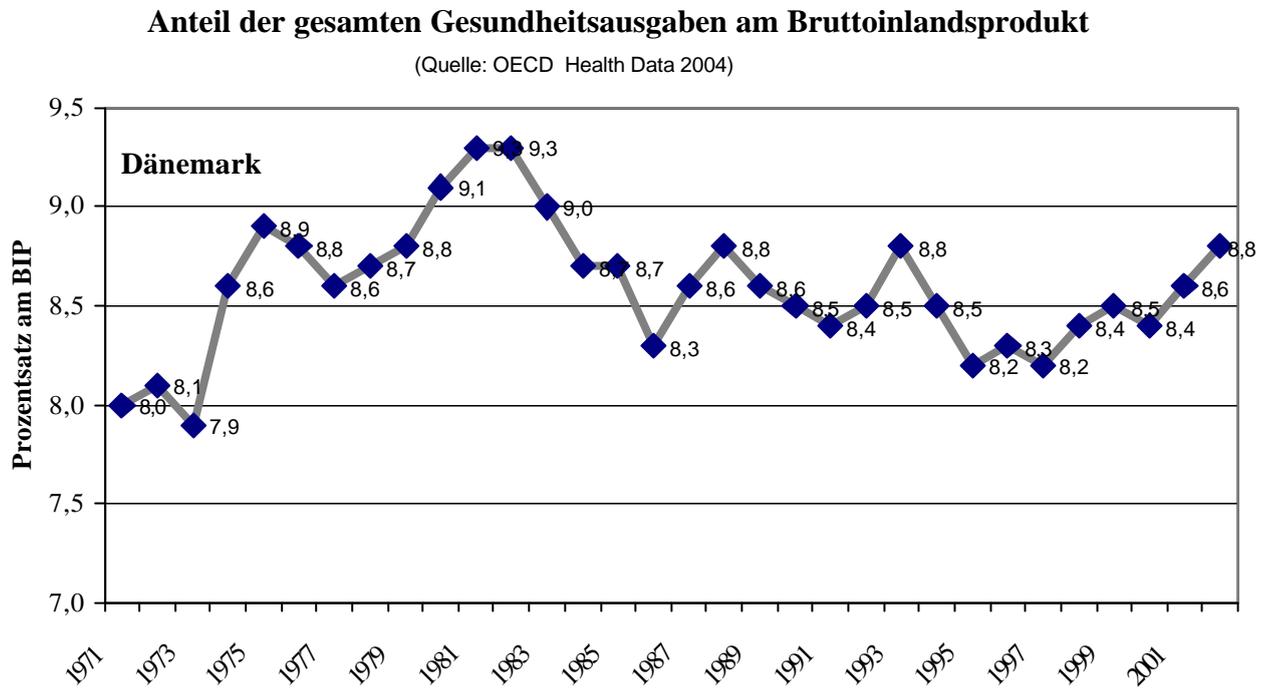
Verwendete Literatur

1. Sigmund H, Børghlum F. Does health technology assessment benefit health services and politics? The experiences of an established HTA institution: the Danish Centre for Evaluation and HTA. *European Journal of Health Economics* 2002; **3**: 54-58.
2. Det Ethiske Råd, Amtsrådsforeningen. *Etik og medicinsk prioritering (nur auf Dänisch: Ethik und Prioritätensetzung in der Medizin)*. Det Ethiske Råd og Amtsrådsforeningen/Der Ethikrat und der Verband der Bezirksräte: København/Kopenhagen, 1993.
3. Det Ethiske Råd. *Prioritering inden for sundhedsvæsenet. Et debatoplæg (nur auf Dänisch: Prioritätensetzung im Gesundheitssystem)*. Det Ethiske Råd/Der Ethikrat: København/Kopenhagen, 1995.
4. Det Ethiske Råd, Amtsrådsforening. *Prioritering i sundhedsvæsenet. Proceedings fra debatdag. (nur auf Dänisch: Prioritätensetzung im Gesundheitssystem. Sitzungsprotokoll)*. Det Ethiske Råd og Amtsrådsforeningen/ Der Ethikrat und der Verband der Bezirksräte: København/Kopenhagen, 1996.
5. Det Ethiske Råd. *Prioritering i sundhedsvæsenet - en redegørelse (in englischer Sprache erhältlich: Priority setting the health service - a report)*. Det Ethiske Råd/ Der Ethikrat: København/Kopenhagen, 1996.
6. Flex K. *Prioritering og etik i sundhedsvæsenet. Et arbejdspapir (nur auf Dänisch: Prioritätensetzung und Ethik im Gesundheitswesen. Ein Arbeitspapier)*. Det Ethiske Råd/ Der Ethikrat: København/Kopenhagen, 1990.
7. Pedersen KM. *Sundhedspolitik (nur auf Dänisch: Gesundheitspolitik) - wird z.Zt. veröffentlicht*. University Press of Southern Denmark: Odense, 2004.
8. Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 1998; **317**: 1000-1003.
9. Det Ethiske Råd. *Prioritering i sundhedsvæsenet - en redegørelse (in englischer Sprache erhältlich: Priority setting in the health service - a report)*. Det Ethiske Råd/ Der Ethikrat: København/Kopenhagen, 1996.
10. Indenrigs-og Sundhedsministeriet. *Handlingsplan om diabetes (nur auf Dänisch: Aktionsplan für Diabeteserkrankungen)*. Indenrigs-og Sundhedsministeriet: København/Kopenhagen, 2003.
11. Sundhedsministeriet. *Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2000*. Sundhedsministeriet/Gesundheitsministerium: København/Kopenhagen, 2002.
12. Norges offentlige udredninger. *Retningslinjer for prioriteringer innne norsk helsetjeneste (nur auf Norwegisch: Leitlinien für die Prioritätensetzung im norwegischen Gesundheitssystem)*, NOU 1987:23. Helsedepartementet, Oslo, 1987.

13. Sundhedsstyrelsen. *Evaluering af kræftplanens gennemførelse. Status og fremtidig monitorering (nur auf Dänisch: Evaluierung des Nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung von Krebserkrankungen - Bestandsaufnahme und Zukunftsausblick. Englische Zusammenfassung erhältlich)*. Sundhedsstyrelsen/Nationales Gesundheitsamt: København/Kopenhagen, 2004.
14. Iversen PB, Pedersen KM. Priority setting in Denmark: the introduction of new drugs. *Sociomedical Tidsskrift* 2003; **80**: 416-423.

Abbildungen

ABB. 1.

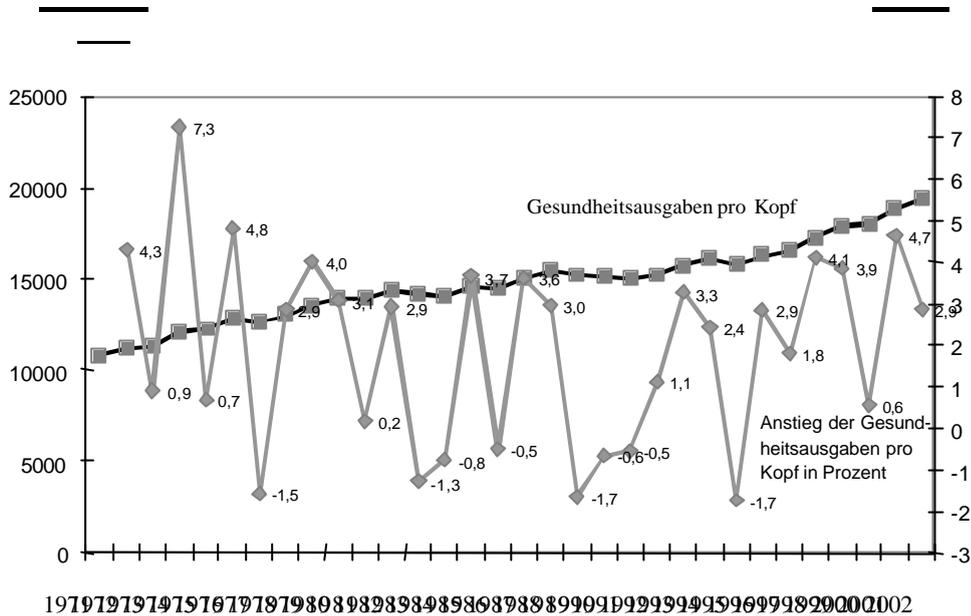


Anmerkung zu Abb. 1: **1.** 1975-1977: Bereinigung um die Effekte der Ölkrise. **2.** 1977-1983: Dänische Volkswirtschaft teilweise außer Kontrolle. **3.** 1983-1993: Haushaltsdisziplin („Auferstehung der dänischen Volkswirtschaft“). **4.** 1994 – 2002: Stetiges Wirtschaftswachstum, Gesundheitsausgaben steigen durchschnittlich um real 2,5% pro Jahr.

ABB. 2

Linke Achse: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf in festen Preisen von 1995.

Rechte Achse: Jährlicher prozentualer Anstieg der Gesundheitsausgaben pro Kopf



Anmerkungen zu Abb. 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf wuchsen von 1971 bis 2002 durchschnittlich um ca. 3%, doch es gab auch Zeiträume mit negativem Wachstum, vor allem in den 80er Jahren. Der höchste Anstieg war in den 70er Jahren zu verzeichnen.

ABB. 3: Zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Akteure im Priorisierungsprozess in Dänemark und ihrer Aufgaben und Tätigkeiten

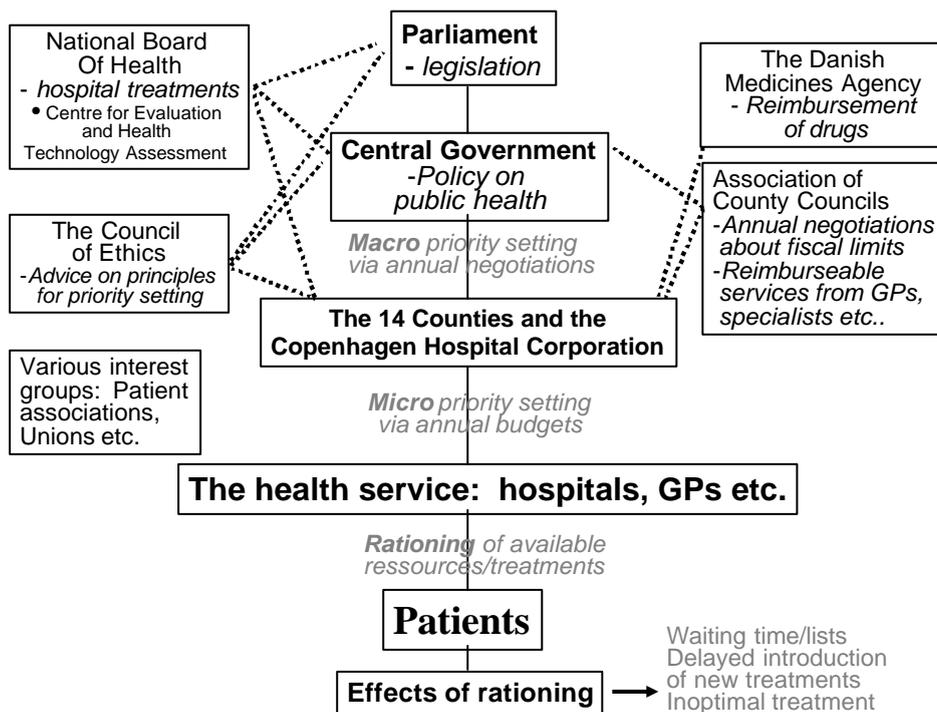


ABB. 4

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

[Legende ABB. 4] Wartezeit in Tagen für verschiedene chirurgische Eingriffe

Hüftoperation
Knieoperation
Katarakte
Krampfadern
Hysterektomie
Prostataoperation
Entfernung der Gallenblase
Bruchoperation
CABG
PTCA

Australien Dänemark Finnland Norwegen Niederlande Spanien Schweden England

Quelle: Hurst und Siciliani 2003