

**Prof. Per Carlsson**  
**Nationales Zentrum für Prioritätensetzung im Gesundheitswesen**  
**Universität Linköping**

2004-11-24

**Antworten von Herrn Professor Per Carlsson zum Fragenkatalog über die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen**

1. Die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen wurde deshalb zu einem Politikum, weil die Anforderungen und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung ständig steigen. Diesem Phänomen liegen verschiedene langfristige Trends in unserer Gesellschaft zugrunde. Die Zahl älterer Menschen wächst, Veränderungen im sozialen Gefüge führen zu einem Anstieg der Zahl der allein Lebenden und die Innovation der Gesundheitsleistungen scheint sich ständig zu beschleunigen. Gleichzeitig setzt sich aber auch mehrheitlich die Erkenntnis durch, dass die Möglichkeiten zur Finanzierung öffentlicher Dienstleistungen durch Steuern begrenzt sind.

„Es scheint heute ein allgemeiner Konsens darüber zu bestehen, dass die Gründe für die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen offen genannt und diskutiert werden müssen, wenn das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung auf die Dauer erhalten bleiben soll“ (Schwedische Parlamentarische Priorisierungskommission, 1995).

Die politische Diskussion über die Prioritätensetzung fand Ende der 80er Jahre statt und mündete in der Einsetzung der Schwedischen Parlamentarischen Priorisierungskommission im Jahr 1992. Das damalige Gesundheitssystem war unserem heutigen bereits ähnlich. Dennoch befand sich Schweden damals in einer dramatischen Übergangssituation, die eine Vielzahl verschiedener Initiativen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung und des öffentlichen Sektors insgesamt mit sich brachte. Überdies steckte der öffentliche Sektor in Schweden in einer tiefen Krise mit hohen Haushaltsdefiziten.

2. Zwischen 1992 und 1995 untersuchte die Parlamentarische Kommission die Bedeutung expliziter Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung und ging der Frage nach, welche ethischen Grundsätze diese Prioritätensetzung bestimmen sollten. Die Kommission erarbeitete Leitlinien für die Prioritätensetzung, der einen gewissen Einfluss auf den Prozess hatte. Das Parlament verabschiedete diese Leitlinien mit geringfügigen Änderungen. Hierbei wurde eine Rangfolge nach folgenden Kategorien vorgeschlagen:

Priorisierungsgruppe 1: Behandlung von lebensbedrohlichen akuten Krankheiten sowie Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidisierung oder zu vorzeitigem Tod führen würden. Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen. Palliative Versorgung in der Endphase des Lebens. Versorgung von Personen mit verringerter Selbstständigkeit.

Priorisierungsgruppe 2: Prävention mit nachweisbarem Nutzen. Rehabilitation/Rehabilitation usw. entsprechend der Definition im Gesetz über Gesundheitsversorgung und Gesundheitsdienstleistungen.

Priorisierungsgruppe 3: Behandlung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen.

Priorisierungsgruppe 4: Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

3. 1993 legte die Kommission drei Grundprinzipien vor, die auf alle Gesundheitsleistungen angewandt werden sollten. Diese so genannte „ethische Plattform“ wurde zum Gegenstand einer breiten politischen Diskussion, teilweise mit Beteiligung der Öffentlichkeit, deren Ergebnis 1997 zu einer Änderung der Eckpunkte des Gesundheitsversorgungsgesetzes führte. Auch wenn sich die meisten Bürger der ethischen Plattform nicht bewusst sind, gelten die drei Grundprinzipien: (i) Alle Menschen sind gleichwürdig und gleichwertig; (ii) Mittelvergabe nach Dringlichkeit des Bedarfs und (iii) Berücksichtigung der Kosteneffektivität. Die Rangfolge dieser drei Prinzipien entspricht dieser Reihenfolge.

Die allgemeine Unterordnung der Bedürfnisse z.B. von älteren Menschen, Frühgeborenen oder Menschen mit selbst zugefügten Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen, die mit der Lebensweise zusammenhängen, stellt eine Form der Diskriminierung dar und wird als unvereinbar mit den ethischen Grundprinzipien angesehen. Auch eine Bezugnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse, den Sozialstatus sowie etwaige Positionen mit persönlicher Verantwortung und andere Aspekte in Verbindung mit der sozialen Position ist nicht mit diesen ethischen Prinzipien vereinbar.

Die Kommission hat das Leistungsprinzip im Sinne einer Priorisierung von Leistungen, die für die größte Anzahl der Versicherten einen größtmöglichen Nutzen bringen, abgelehnt. Ebenso wurden das Nachfrageprinzip und das Lotterieprinzip abgelehnt.

4. Ein Gesundheitssystem befindet sich immer im Übergang, so dass sich Zuständigkeiten und Machtverhältnisse ständig verändern. Dies trifft vor allem dann zu, wenn neue Interessensfelder entstehen. In Schweden besteht ein Machtdreieck zwischen der Zentralregierung mit ihren verschiedenen Behörden, den Bezirksräten und den Berufsständen des Gesundheitswesens.

Die Entwicklung der Technologiebewertung im Gesundheitssystem spielt eine Schlüsselrolle bei der Einführung einer systematischen und offenen Priorisierung. In den letzten Jahren wird die Technologiebewertung verstärkt für politische Entscheidungsprozesse allgemein und speziell für Prioritätensetzung herangezogen. Die Schaffung der „Arzneimittelleistungsstelle“, eines neuen Amtes für die Erstattung von Arzneimittelkosten, stellt ein anschauliches Beispiel für eine offene Priorisierung dar.

Tabelle 1. Beteiligte an der Technologiebewertung und Prioritätensetzung im schwedischen Gesundheitssystem und ihre jeweilige Rolle

<b>Makroebene</b>	Technologiebewertung im Gesundheitssystem	Prioritätensetzung
Schwedisches Parlament	Ergreift manchmal Initiative zur Durchführung bestimmter Technologiebewertungen	Entscheidet über Grundprinzipien für die Prioritätensetzung
Ministerium für Gesundheit und Soziales	Ergreift Initiative zur Durchführung bestimmter Technologiebewertungen durch SBU Entscheidet über Haushaltsmittel und Aufgaben der beteiligten staatlichen Stellen, z.B. SBU	Aufteilung bestimmter staatlicher Subventionen zwischen den verschiedenen Sektoren der Gesellschaft und des Gesundheitswesens durch jährliche Haushaltsverfahren und Erstellung von Grundsatzpapieren
Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde (NBHW)	Erstellt nationale Leitlinien. Die jüngsten Leitlinien basieren auf systematischen Bestandsaufnahmen, die in Zusammenarbeit mit SBU erstellt wurden	Seit 2002 sind die Empfehlungen zur Prioritätensetzung wesentlicher Bestandteil der nationalen Leitlinien
SBU	Führt umfassende systematische Bestandsaufnahmen durch und erstellt kurze Bewertungen neuer und neu entstehender Gesundheitstechnologien	Keine explizite Rolle
Amt für Arzneimittelprodukte	Genehmigt Vermarktung neuer Arzneimittel auf der Grundlage von Wirkungsdaten. Erstellt Leitlinien für die Arzneimittelverschreibung (Workshop-Reihe)	Keine explizite Rolle
LFN – Amt für Preisgestaltung und Erstattungspraxis bei Arzneimitteln	Bewertung der Wirksamkeit, Kosteneffektivität und klinischen Relevanz neuer Arzneimittel	Entscheidungen über Erstattung von Arzneimittelkosten
Verband der Bezirksärzte	Aktive Rolle bei der Reformierung des Systems zur Bewertung und Verteilung von Arzneimitteln. Unterstützung von Maßnahmen der Technologiebewertung im Gesundheitssystem auf regionaler und kommunaler Ebene, insbesondere in Bezug auf Arzneimittel	Beteiligt an Erstellung und Umsetzung nationaler Leitlinien in Zusammenarbeit mit NBHW
Schwedische Gesellschaft für Medizin	Keine explizite Rolle	Keine offizielle Rolle. Beteiligung an der Entwicklung von Verfahren der offenen Priorisierung bei Gesundheitsdienstleistungen, für die verschiedene medizinische Spezialleistungen erforderlich sind
Hochschulen	Erstellen wichtigste klinische Forschungsarbeiten und Technologiebewertungen im Gesundheitssystem. Viele Forscher im medizinischen Bereich und in anderen relevanten Fachbereichen sind an Projekten der SBU und anderer nationaler Akteure beteiligt	Keine explizite Rolle neben der Arbeit an den Grundsätzen und der Entwicklung von Verfahren
Andere Beteiligte an der Technologiebewertung, z.B. Consulting-Firmen	Erstellen Technologiebewertungen in der primären Gesundheitsversorgung	Keine explizite Rolle
Nationale Patientenorganisationen	Ergreifen manchmal Initiative zur Durchführung bestimmter Technologiebewertungen und teilweise zu ihrer Finanzierung	Beteiligung an formellen Entscheidungsprozessen durch Mitwirkung in Ausschüssen. Informelle Rolle als Lobbyisten
<b>Mesoebene</b>		
Bezirksräte	Ergreifen manchmal Initiative zur Durchführung von Technologiebewertungen. Einsetzung kommunaler Arbeitsgruppen zur Technologiebewertung (wenige Beispiele). In erster Linie Nutzer von Technologiebewertungen. Zuständig für die Entwicklung klinischer Leitlinien auf regionaler und kommunaler Ebene	Zuständig für Finanzierung und Erbringung nahezu aller Dienstleistungen im öffentlichen Gesundheitswesen. Dies erfordert implizit ein hohes Maß an Priorisierung. Entscheiden über größere Investitionen in neue medizinische Technologien. Entwicklung offener Priorisierungsverfahren für das Gesundheitswesen ist derzeit in einigen Regierungsbezirken im Gange.
Kommunale Arzneimittelausschüsse	Bewertung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Arzneimitteln	Erstellen Empfehlungen für die Verschreibung von Arzneimitteln im Sinne einer effektiven medizinischen Praxis
Kommunalverwaltungen	Spielen keine Rolle mehr	Zuständig für Finanzierung und Durchführung der Altenpflege
<b>Mikroebene</b>		
Kliniker	Ergreifen Initiative zur Durchführung von Technologiebewertungen. An Untersuchungen beteiligt. In zunehmendem Maße Nutzer von Technologiebewertungen	Prioritätensetzung für Einzelpatienten. Beteiligung an der Erarbeitung klinischer Leitlinien und Investition in neue Technologien in kleinerem Umfang
Andere Berufsstände	Ergreifen Initiative zur Durchführung von Technologiebewertungen. An Untersuchungen beteiligt. In zunehmendem Maße Nutzer von Technologiebewertungen	Prioritätensetzung für Einzelpatienten

Quelle: Carlsson, Int J Tech Ass in Health Care 2004; Bd. 20, S. 44-54.

Die Bürgerbeteiligung ist bei der Prioritätensetzung nicht von unmittelbarer Bedeutung. Doch spielen ihre Vertreter, z.B. gewählte Politiker mit Zuständigkeit für den Gesundheitsbereich, eine aktive Rolle bei Entscheidungsprozessen auf Bezirks- und Kommunalebene.

5. Aufgrund der Dezentralisierung des schwedischen Gesundheitswesens ist eine Beantwortung dieser Frage schwierig. Das Gesundheitsministerium hat in diesem Bereich eine Reihe von Initiativen ergriffen. So war beispielsweise zwischen 1998 und 2000 ein Ausschuss damit befasst, die Umsetzung der Grundsätze der Prioritätensetzung auf Bezirks- und Kommunalebene zu unterstützen und zu überwachen. Zweitens wurde die Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde beauftragt, Methodologien zu erarbeiten und die Regierungsbezirke bei der Umsetzung der Leitlinien für die medizinische Behandlung, einschließlich der Prioritätensetzung für gewöhnliche Krankheiten, zu unterstützen. Drittens wurde im Januar 2001 in Linköping das Nationale Zentrum für Prioritätensetzung im Gesundheitswesen geschaffen, dessen Aufgabe darin besteht, das für Priorisierungsmaßnahmen im gesamten Land erforderliche Wissen bereitzustellen. Ziel ist die Förderung des Wissens- und Erfahrungsaustauschs zwischen den an der Gesundheitsforschung und -praxis Beteiligten.

Der Schwerpunkt der Arbeit des Zentrums liegt auf der Schaffung von Transparenz bei der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen auf der Grundlage einer im Vergleich zur derzeitigen Praxis größeren Transparenz bei Entscheidungsprozessen wie auch Entscheidungen. Dies betrifft sowohl politische Entscheidungen als auch Entscheidungen von Fachkräften im Gesundheitswesen.

Die übergeordnete Zielsetzung der Arbeit des Zentrums besteht darin,

- die Erforschung und Entwicklung von Methodologien und Verfahren voranzutreiben, die die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen erleichtern und gleichzeitig medizinischen Anforderungen gerecht werden,
- Foren und Mechanismen für den Wissens- und Erfahrungsaustausch einzurichten und
- Fachwissen über Transparenz bei der Prioritätensetzung bereitzustellen und diesbezügliche Entwicklungsbemühungen der Kommunen zu unterstützen.

Neben den vom Zentrum durchgeführten Maßnahmen sind in Schweden eine zunehmende Zahl von Projekten und Versuchen zur Einrichtung von Systemen der expliziten Priorisierung im Gange (z.B. im Regierungsbezirk Östergötland und in der Region Västra Götaland).

6. In der Theorie sollten bei Priorisierungsentscheidungen die vorstehend genannten Prinzipien (s. Frage 3) Anwendung finden. In der Praxis gibt es jedoch eine große Anzahl Werte und Kriterien, die in den Entscheidungsprozess einfließen.

Aufgrund der Entwicklungsarbeit an einigen Projekten auf nationaler und regionaler Ebene konnte ein Rahmengerüst erstellt werden, anhand dessen sich die ethischen Prinzipien (s.u.) gewissermaßen operationalisieren lassen:

## Faktoren bei der Prioritätensetzung

Prinzip der Gleichwürdigkeit und Gleichwertigkeit				
Bedarfs- und Solidaritätsprinzip		Prinzip der Kosteneffektivität		
<b>Schwere der Erkrankung</b>	<b>Nutzen für den Patienten (Wirkung der medizinischen Behandlung)</b>	<b>Kosteneffektivität</b>	<b>KRITERIEN</b>	
<b>* Gegenwärtiger Gesundheitszustand</b> - Symptome - Funktionsfähigkeit - Lebensqualität  <b>* Risiko</b> - Vorzeitiger Tod - Dauerhafte Erkrankung / Verletzung  - Verschlechterung der Lebensqualität  <b>* Verringerte Selbständigkeit</b>	<b>* Auswirkungen auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand</b> - Symptome - Funktionsfähigkeit - Lebensqualität  <b>* Einfluss auf das Risiko</b> - Vorzeitiger Tod - Dauerhafte Erkrankung / Verletzung  - Verschlechterung der Lebensqualität  <b>* Risiko von Nebenwirkungen und ernststen Komplikationen infolge der Behandlung</b>	<b>* Direkte Kosten</b> - Medizinische Kosten - Nichtmedizinische Kosten  <b>* Indirekte Kosten</b> - Produktionsausfall - Sonstige Zeitkosten  <b>...im Verhältnis zum Nutzen des Patienten aus der Behandlung</b>		
Prävention	- Diagnose	- Behandlung		- Rehabilitation

7.-9. Für die Umsetzung des Konzeptes der expliziten Priorisierung sowie die Umsetzung der Priorisierungsentscheidungen des Gesundheitsministeriums, z.B. bei Maßnahmen zur Ausdehnung und Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung, sind die Bezirksräte zuständig.

Um zu bestimmen, ob bei der Prioritätensetzung Transparenz geboten ist oder nicht, und um zu einem besseren Verständnis etwaiger Hindernisse für eine offene Priorisierung zu gelangen, hat das Nationale Zentrum für Prioritätensetzung den Entscheidungsprozess innerhalb des Bezirksrates von Östergötland evaluiert, dessen Zielsetzung darin besteht, auf dem Gebiet der Prioritätensetzung mehr Transparenz zu schaffen. Der Bezirksrat hatte bereits seit mehreren Jahren die Einführung von mehr Transparenz nach Maßgabe des Beschlusses des schwedischen Parlaments über die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen geplant. Unmittelbarer Auslöser für diesen Wunsch nach mehr Transparenz bei der Priorisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen war das für das Jahr 2004 erwartete hohe Defizit. Um ein solch hohes Defizit zu vermeiden, wollte der Bezirksrat von Östergötland 2004 nach den geltenden Haushaltsrichtlinien Ausgaben in Höhe von 300 Mio. SKR (entsprechend vier Prozent des Gesamthaushalts) einsparen. Als ersten Schritt beauftragte der Bezirksrat seine einzelnen Dienststellen mit der Ausarbeitung von Listen vertikaler Prioritäten innerhalb der verschiede-

nen Krankheitskategorien sowie eines Vorschlags zur Effizienzsteigerung und zu strukturellen Veränderungen.

Aus Beobachtungen und Gesprächen hat sich ergeben, dass das von Östergötland verwendete Priorisierungsverfahren im Verhältnis zur Theorie relativ gut funktioniert (Daniels & Sabin), andererseits aber auch Defizite aufweist. Der Entscheidungsprozess erfüllt zahlreiche Anforderungen in Bezug auf Kriterien wie Fairness und Legitimität – und wird von der Mehrheit als vernünftig angesehen und akzeptiert –, während einige andere Kriterien zu kurz kommen. Die Priorisierungsentscheidungen wurden in einem legitimen organisatorischen Rahmen getroffen, und ein entsprechendes Mandat lag vor. Bei der Entscheidungsfindung wurden die Sichtweisen zahlreicher beteiligter Akteure herangezogen, während die Belange anderer relevanter Gruppen nicht berücksichtigt wurden. Die Politiker waren sich der Prinzipien und Einflussfaktoren, die sie bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen sollten, in hohem Maße bewusst, doch bezogen sich in ihren fachlichen Diskussionen nur selten direkt auf einzelne Faktoren in dem Priorisierungsmodell. So waren für die Beschlüsse in der Regel nicht einzelne Einflussfaktoren, sondern meist eine Kombination von Faktoren maßgebend. Und obwohl im Internet umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung stand, wussten doch nur wenige Bürger davon bzw. konnten die Informationen inhaltlich und in ihrer Tragweite nicht richtig einschätzen. Mit anderen Worten: Obwohl das Material zugänglich war, hatte die breite Öffentlichkeit keinen „Zugriff“ darauf. Dennoch gibt es in der ersten Runde keinen Mechanismus zur Überprüfung von Entscheidungen im Lichte etwaiger neuer Tatsachen oder Argumente.

Zu den Bereichen mit dem größten Verbesserungsbedarf gehören vor allem:

- Vertretung der nichtärztlichen Berufsgruppen mit dem Ziel der Beleuchtung der Thematik aus den verschiedenen Blickwinkeln der Gesundheitskette, von der Prävention über den Pflegebereich bis zur Rehabilitation. Die Repräsentation der so genannten „Nutzer“, d.h. der Patienten und der Öffentlichkeit, und der Dialog mit ihnen müssen verstärkt werden, um ihre Sichtweise zur politischen Prioritätensetzung im Gesundheitswesen zu erhalten und um sicherzustellen, dass der Priorisierungsprozess als fair und legitim angesehen wird. Dazu müssen jedoch geeignete Diskussionsthemen identifiziert werden.
- Für den Entscheidungsprozess wird eine feste Routine benötigt, durch die gewährleistet ist, dass die an den Priorisierungsentscheidungen Beteiligten alle Komponenten des bewährten Priorisierungsmodells des Bezirksrates gebührend berücksichtigen.
- Im Hinblick auf Transparenz im Entscheidungsprozess ist es u.E. wichtig, dass die für die Entscheidungsfindung relevanten Daten mittels eines transparenten Prozesses gewonnen werden, an dem Angehörige der Gesundheitsberufe aus einer Vielzahl von Bereichen beteiligt sind und mit dem ein möglichst hohes Maß an interner Legitimität erreicht wird. Deshalb müssen ausreichende Informationen für die Organisation bereitgestellt werden, zunächst über den Prioritätensetzungsprozess, die Rollenverteilung und die Leitlinien und Zeitpläne sowie am Ende des Prioritätensetzungsprozesses über die Frage nach der praktischen Bedeutung der Entscheidungen für die Dienstleistungen.
- Die Leitlinien darüber, wer was wann und wie tun soll, müssen eindeutig sein. Hier muss auch die Öffentlichkeit informiert werden, zunächst über die Art der zu erledigenden Aufgabe, sowie am Ende des Priorisierungsprozesses über die tatsächlich getroffenen Entscheidungen, zusammen mit einer Darstellung möglicher Folgen. Die extern verbreiteten Informationen sollten möglichst gut vorbereitet sein und Fakten zu den Entscheidungen oder zu ersten Positionen der Politiker enthalten, die diese zur öffentlichen Diskussion stellen wollen.

- Ein Mechanismus zur Überprüfung von Entscheidungen im Lichte neuer Erkenntnisse oder Argumente fehlt bisher noch und sollte eingerichtet werden.
- Insbesondere aber gilt es, die Transparenz in Bezug auf Entscheidungen und ihre jeweilige Begründung zu verbessern. Entscheidungen zum Thema Prioritätensetzung können wesentlich besser bewertet und erörtert werden, wenn die Entscheidungen gut begründet sind und die Fakten und Grundwerte sowie das Für und Wider klar vermittelt werden.

10. Bisher noch nicht.

11. Definitive Aussage zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

12.-13. Bisherige Erfahrungen reichen für Beantwortung der Fragen 12 und 13 nicht aus.