## Aus dem Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

## PRIORISIERUNG IN DER MEDIZIN

EINE LÄNDERSTUDIE: DÄNEMARK

## Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck

- Aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von Shirin Caroline Pornak aus Siegen

Lübeck 2011

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Raspe

2. Berichterstatter/-in: Prof. Dr. med. C. Borck

Tag der mündlichen Prüfung: 13.02.2012

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 13.02.2012

## Inhaltsverzeichnis

A١	Abkurzungsverzeichnis					
1	Einleitung					
	1.1	Vorber	merkung	1		
	1.2	Hinter	grund	1		
	1.3	Zur Be	edeutung der Begriffe "Priorisierung" und "Rationierung"	3		
	1.4	Frages	tellungen	4		
2	Methoden					
	2.1	Planun	ng	6		
	2.2	Durch	führung	8		
3	Ergebnisse					
	3.1	Das dä	inische Gesundheitssystem	11		
	3.2	Wer ha	at Einfluss auf die Prioritäten des Gesundheitswesens?	16		
	3.3	Verwe	ndung der Begriffe Priorisierung und Rationierung	19		
	3.4	Histori	ische Entwicklung der Priorisierungsdebatte	21		
	3.5	Die Priorisierungsdiskussion in verschiedenen Gesellschaftsbereichen				
		3.5.1	Priorisierung aus Sicht der Politik	25		
		3.5.2	Priorisierung aus Sicht der Ärzte	33		
		3.5.3	Priorisierung aus Sicht des Ethikrates	39		
		3.5.4	Priorisierung aus Sicht der Gesundheitsökonomie	41		
		3.5.5	Priorisierung aus rechtlicher Sicht	44		
	3.6	Prioris	ierungskriterien	46		
	3.7	Bürgerbeteiligung				
	3.8	Rezeption von Priorisierungsaktivitäten anderer Länder				
	3.9	Umgesetzte Priorisierungsmodelle				
		3.9.1	Amtsbezirk Fyn	61		
		3.9.2	Amtsbezirk Storstrøm	62		
		3.9.3	Die Intensivmedizin	67		
		3.9.4	Die Dänischen Regionen	67		
	3.10	Auswi	rkungen der Priorisierung auf die Gesundheitsversorgung	68		

## Inhaltsverzeichnis

4	Disk	xussion	<b>71</b>			
	4.1	Diskussion der dänischen Priorisierungsdebatte	71			
	4.2	Limitationen der Untersuchungsmethode	73			
	4.3	Schlussfolgerungen für die deutsche Priorisierungsdebatte	74			
	4.4	Resümee	80			
5 Zusammenfassung						
Li	Literaturverzeichnis					
Anhang  Leitfäden der Experteninterviews						
						Prog
Da	Danksagung					
Le	Lebenslauf					
Ve	Veröffentlichungen					

## Abkürzungsverzeichnis

BIP Bruttoinlandsprodukt

DMS Dansk Medicinsk Selskab (Dänische Medizinische Gesellschaft)

DSI Dansk Sundhedsinstitut (Dänisches Gesundheitsinstitut)

HIV Human Immunodeficiency Virus

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence

QALY Quality Adjusted Life Year

## 1 Einleitung

### 1.1 Vorbemerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit in den meisten Fällen auf getrennte männliche beziehungsweise weibliche Endungen verzichtet. Wenn nicht anders erwähnt, werden bei Verwendung der männlichen Form weibliche Personen mit eingeschlossen.

## 1.2 Hintergrund

Die demographische Entwicklung stellt eine Herausforderung für unser solidarisch getragenes Gesundheitssystem dar. Der (erfreulicherweise) steigenden Lebenserwartung steht eine niedrige Geburtenrate gegenüber - der Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft nimmt also zu. Dadurch sinken einerseits die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, andererseits steigen die Ausgaben für die Krankenversorgung, da ältere Menschen im Durchschnitt mehr Leistungen aus dem Gesundheitssystem beanspruchen als jüngere [1]. Außerdem bringt der medizinische Fortschritt immer wieder neue Technologien mit sich, die meist zunächst einen vermehrten Ressourceneinsatz erfordern.

Um vor diesem Hintergrund sicherzustellen, dass alle Bürger eine gute Versorgung erhalten, gilt es, die dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel mit Bedacht einzusetzen. Für die gerechte Verteilung der Ressourcen ist ein transparenter, öffentlicher Prozess erforderlich, bei dem festgelegt wird, in welcher Reihenfolge und mit welchen Prioritäten die Aufgaben des Gesundheitswesens erfüllt werden sollen. In Deutschland gibt es bisher kein solches Verfahren. Die Prioritäten der medizinischen Versorgung werden durch die täglichen Entscheidungen der zahlreichen Akteure im Gesundheitswesen, zum Beispiel von Ärzten, Pflegepersonal, Politikern und der Verwaltung, bestimmt. Es ist nicht durchsichtig, welche Wertvorstellungen den einzelnen Entscheidungen zugrunde liegen und inwieweit Zufälle, Traditionen oder Einflussgruppen bestimmen, was beziehungsweise wer Vorrang hat.

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) hat im Jahr 2000 und erneut im Jahr 2007 den Versuch unternommen, eine Diskussion über die Priorisierung

#### 1 Einleitung

im Gesundheitswesen anzustoßen. Unter Priorisierung versteht die ZEKO (2007, S. 3) die "ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit" bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Durch Priorisierung entstehe eine "mehrstufige Rangreihe", in der das oben stehe, "was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsensus als unverzichtbar beziehungsweise wichtig erscheint." Ihr Gegenteil werde mit "Posteriorisierung" bezeichnet. Nach unten nehme die Bedeutung ab, so dass am Ende das stehe, was wirkungslos sei oder mehr schade als nütze [2].

Das Thema Priorisierung findet jedoch trotz Vorstößen der ZEKO und einiger anderer Aktivitäten, zum Beispiel den Untersuchungen der Themengruppe "Allokation" der Enquete-Kommission zu "Ethik und Recht der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages [1], in der Öffentlichkeit keine große Resonanz (zur deutschen Priorisierungsdebatte siehe auch 4.3). Rationierung im Sinne von Vorenthaltung von Leistungen und der Umgang mit begrenzten Ressourcen werden dagegen seit einigen Jahren regelmäßig thematisiert. So fand zum Beispiel im Jahr 2001 das Symposium des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Thema "Rationierung im Gesundheitswesen" statt, im Jahr 2006 die Jahrestagung des Nationalen Ethikrates zum Thema "Gesundheit für alle – wie lange noch?". Hier ging es vor allem um offene und verdeckte Vorenthaltung von Leistungen angesichts knapper Mittel im Gesundheitswesen.

Priorisierung ist kein einfaches Verfahren. Um allgemein akzeptierte Rangfolgen zu erstellen, die mit unseren Grundwerten übereinstimmen, müssen neben der medizinischen Beurteilung noch ethische, rechtliche, politische und ökonomische Betrachtungen vorgenommen werden. Zu diesem Zweck hat im April 2007 eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Forschergruppe zum Thema "Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung" die Arbeit aufgenommen. Die Forschergruppe besteht aus Experten der Bereiche Ethik, Recht, Medizin, Ökonomie, Philosophie und Psychologie. Sie hat das Ziel, "durch disziplin-übergreifende, theoretische und empirische Untersuchungen und Analysen in verschiedenen Teilprojekten Fragen der Priorisierung unter besonderer Berücksichtigung der Betroffenen, also Patienten, Mediziner, Bürger zu beantworten und möglicherweise Leitlinien zur Priorisierung zu erstellen" [3].

Diese Arbeit entsteht im Rahmen des Teilprojekts B4 "Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner Übertragbarkeit" der DFG-Forschergruppe. Im Rahmen dieses Teilprojekts sollen mehrere europäische Länder in Hinblick auf ihren Umgang mit der Priorisierung im Gesundheitswesen studiert werden. Der Fokus wird dabei auf Schweden gelegt, da dort die Prioritätensetzung scheinbar am weitesten in den klinischen Alltag integriert worden ist. Außerdem werden England, Dänemark, Frankreich, Norwegen und die Niederlande untersucht. In Dänemark wird schon seit den 1970er Jahren über Priorisierung in der Medizin

diskutiert. Heute ist ein Großteil der Dänen von der Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen überzeugt. Davon sind wir in Deutschland noch weit entfernt. In dieser Arbeit sollen die dänischen Diskussionen und Aktivitäten auf dem Gebiet der Priorisierung analysiert und daraus Anregungen für die deutsche Debatte gewonnen werden.

# 1.3 Zur Bedeutung der Begriffe "Priorisierung" und "Rationierung"

Ein erhebliches Hindernis für die sachliche Diskussion über Prioritätensetzung im Gesundheitswesen stellt die unterschiedliche Verwendung der Begriffe "Priorisierung" und "Rationierung" dar. Daher wird im Folgenden darauf eingegangen, welche Definitionen dieser Arbeit zugrunde liegen sollen.

Priorisierung – oder auch Prioritätensetzung – soll als gedankliche Operation zur Schaffung einer Rangfolge verstanden werden, analog der oben beschriebenen Definition der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Priorisierung ist nach dieser Ansicht ein explizites Verfahren, das für jeden offen ersichtlich und nachvollziehbar ist. Im Gegensatz dazu verwenden besonders die skandinavischen Länder den Begriff Priorisierung in einer Weise, die auch implizite Formen der Prioritätensetzung einschließt. Dieses Verständnis von Priorisierung setzt im Gegensatz zu der vorhergehenden Definition keine bewusste Auseinandersetzung im Vorfeld mit Prioritäten und Priorisierungskriterien voraus. Allen Entscheidungen im Gesundheitswesen liege eine mehr oder weniger sichtbare Priorisierung zugrunde [4].

Rationierung soll wie die Priorisierung als explizites Verfahren verstanden werden: Raspe (2009) definiert Rationierung als "das bewusste und systematische Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens überwiegend nützlicher, grundsätzlich aber verfügbarer Interventionen aus Knappheitsgründen" [5]. In dem Falle einer Rationierung sollte Priorisierung vorausgehen, um das Ziel einer gerechten Ressourcenverteilung zu erreichen. Priorisierung ist jedoch keineswegs als bloßes Konzept zur Vorbereitung von Rationierung zu verstehen. Es kann ebenso dazu dienen, Bereiche zu identifizieren, in denen eine Ausweitung von Leistungen erfolgen sollte [4].

Die genannten Definitionen von Priorisierung und Rationierung sind gegenüber anderen gebräuchlichen Bedeutungen abzugrenzen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Dies soll der Vermeidung von Missverständnissen aufgrund unklarer Begriffe dienen.

Weit verbreitet ist die Auffassung, dass es sich bei "Priorisierung" um ein euphemistisches Synonym für "Rationierung" handele. Wie Meyer (2009) darlegt, ist es jedoch nicht sinnvoll, "Priorisierung" – ein Instrument, dass auch mit dem Ziel eingesetzt werden kann, Leistungen

auszuweiten – synonym zu "Rationierung" im Sinne von Vorenthaltung von Leistungen zu verwenden [4].

Einige Autoren fassen den Begriff der Rationierung weiter auf als oben beschrieben und schließen auch implizite Formen ein. So formulieren Ubel und Goold (1998): "Rationierung in der Gesundheitsversorgung bedeutet, implizit oder explizit zuzulassen, dass Menschen nützliche Versorgung nicht erhalten."<sup>1</sup> [6]

Ökonomen betrachten die Rationierung üblicherweise nicht aus der Perspektive des Vorenthaltens von Leistungen, sondern der Verteilung von "Rationen". Kliemt (2009) definiert Rationierung als "Vorgang, in dem weitgehend unabhängig von Zahlungsbereitschaft oder -fähigkeit der Empfänger feste Quantitäten eines Gutes oder einer Dienstleistung, in einem kollektiv finanzierten Prozess privater Verwendung unterhalb markträumender Preise zur Sicherung eines wesentlichen Interesses zugänglich gemacht werden." [7]

### 1.4 Fragestellungen

Als Voraussetzung für das Verständnis der dänischen Priorisierungsdebatte ist zu klären, wie das dänische Gesundheitssystem aufgebaut ist und welche Akteure auf die Prioritäten des Gesundheitswesens Einfluss nehmen. Um Missverständnissen aufgrund von begrifflichen Unklarheiten, die im Bereich der Priorisierung allgegenwärtig sind, vorzubeugen, soll die Verwendung der Begriffe "Priorisierung" und "Rationierung" in der dänischen Debatte beleuchtet werden. Als nächstes soll die Entwicklung der Priorisierungsdebatte in Dänemark von den Anfängen bis in die Gegenwart nachgezeichnet werden. Priorisierung im Gesundheitswesen ist ein Thema, das nicht nur die medizinischen Fachkreise betrifft, sondern eine umfassende Betrachtung aus unterschiedlichen Blickwinkeln erfordert, wie zum Beispiel aus ethischer, politischer, rechtlicher und ökonomischer Sicht. Es soll daher untersucht werden, in welchen Gesellschaftsbereichen medizinische Priorisierung in Dänemark thematisiert worden ist und welche Standpunkte die unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen dazu haben. Eine weitere Fragestellung wird sein, welche Kriterien für Priorisierungsentscheidungen verwendet beziehungsweise diskutiert werden. Außerdem ist von Interesse, wie in Dänemark die Bürger in die Priorisierungsdiskussion mit einbezogen werden, denn in einer demokratischen Gesellschaft sind bei der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen demokratische Prozesse gefragt. Ferner wird Gegenstand der Untersuchung sein, wie die Priorisierungsaktivitäten anderer Länder in Dänemark aufgenommen worden sind. Schließlich soll an einigen Beispielen die Entwicklung und Umsetzung von Priorisierungsmodellen nachvollzogen sowie konkrete

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>im Original: "...health care rationing is best defined as implicitly or explicitly allowing people to go without beneficial health care services."

#### 1 Einleitung

Veränderungen in der Gesundheitsversorgung infolge der Priorisierungsdebatte identifiziert werden.

Anhand der oben beschriebenen Fragestellungen soll ein möglichst präzises Bild der dänischen Priorisierungsdebatte gezeichnet werden, das es ermöglicht, gezielt Aspekte herauszugreifen, die für eine deutsche Debatte relevant sind. Es wird aufgezeigt werden, welche dänischen Ansichten, Modelle und Methoden der Prioritätensetzung geeignet sind, in die deutsche Diskussion aufgenommen zu werden. Auch die Probleme, die sich in Dänemark aufgetan haben und die weniger erfolgreichen Priorisierungsmaßnahmen sollen identifiziert werden, um daraus für die Prioritätensetzung in Deutschland Lehren zu ziehen.

## 2.1 Planung

Die im Einleitungsteil skizzierten Fragestellungen sollen mit Hilfe von im Vorfeld formulierten Perspektiven bearbeitet werden (siehe Abbildung 1). Diese dienen auch den anderen Länderstudien im Projekt als Grundlage. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Länderstudien gewährleistet.

Zur Beantwortung der Fragestellungen soll Literatur von dänischen Primärautoren herangezogen werden. Bei der Quellensuche soll auf folgende Weise vorgegangen werden:

- 1. Medline-Recherche mit der Suchstrategie: ("Health Care Rationing"[Mesh]) OR ("Health Priorities"[Mesh]) AND (Denmark[ad])
- 2. Recherche in der zentralen Datenbank der dänischen Bibliotheken "bibliotek.dk" mit den dänischen Suchbegriffen "prioritering" (Priorisierung), "rationering" (Rationierung) und "ressourcefordeling" (Ressourcenallokation), jeweils in Verknüpfung mit "sundhed?" (Gesundheit?)<sup>3</sup>
- 3. Internetrecherche auf dänischen Webseiten, insbesondere dänischer Ministerien und Behörden sowie des Parlaments
- 4. Entnahme von weiterführenden Literaturstellen aus den jeweils gefundenen Quellen

Ergänzend zum Literaturstudium sollen dänische Experten aus verschiedenen Gesellschaftsbereichen (Ökonomie, Ethik, Medizin, Politik, Recht) zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen im Kontext der dänischen Priorisierungsdebatte befragt werden. Bei der Rezeption der Literatur sollen geeignete Experten identifiziert und Fragen für Experteninterviews formuliert werden. Dabei sollen jeweils allgemeine Fragen (unter anderem zur Rolle des Experten in der Priorisierungsdebatte, zu dem Verständnis des Priorisierungsbegriffs, zu Entwicklung, Bedeutung und Auswirkungen der Priorisierung in Dänemark) und spezifische Fragen je nach Hintergrund des Experten gestellt werden. Die Ergebnisse der Experteninterviews sollen in die Beantwortung der formulierten Fragestellungen mit einfließen.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>www.bibliotek.dk

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup>Das Fragezeichen wird in der Suche als "Joker" verwendet: es werden dadurch alle Begriffe gesucht, die mit "sundhed" beginnen, wie zum Beispiel "sundhedsvæsen" (Gesundheitswesen) oder "sundhedspolitik" (Gesundheitspolitik).

Die Arbeiten im Projekt sollen sich auf alle explizierten gedanklichen Aktivitäten in einem Land beziehen, die dazu dienen, Elemente der Versorgung von kranken Menschen im jeweiligen Gesundheitssystem in eine Rangordnung zu bringen, beziehungsweise auf die aus diesen Aktivitäten entstandenen Produkte beziehungsweise auf die Folgen dieser Aktivitäten.

#### Aufbau der Arbeiten

#### Hintergrund

- Rahmenbedingungen für die Versorgung kranker Menschen (Gesundheitssystem)
- Verwendung der Begriffe Priorisierung und Rationierung

#### **Historische Entwicklung**

- Phasen der Priorisierung
- Meilensteine der Priorisierung
- relevante Auslöser (zum Beispiel klinische Fälle)

#### **Systematische Perspektiven**

- Identifikation der gesellschaftlichen Bereiche beziehungsweise Institutionen, in denen Priorisierung thematisiert und vorgenommen wird (zum Beispiel Ärzteschaft, Recht, Politik, Gesundheitsökonomie...)
- Identifikation der Ebenen, auf denen Priorisierung thematisiert und vorgenommen wird (Mikro-Ebene = Klinik, zum Beispiel Wartelisten; Meso-Ebene, zum Beispiel innerhalb eines Versorgungssektors oder eines Fachgebiets; Makro-Ebene = Gesundheitssystem; nicht gemeint ist hier die über das Gesundheitsystem hinausgehende politische Ebene) mit Darstellung der jeweiligen Formen der Priorisierung
- Identifikation der Kriterien, nach denen priorisiert wird (Priorisierungskriterien, Rationierungskriterien)
- Produkte der Priorisierung
- Folgen beziehungsweise Auswirkungen der Priorisierung, zum Beispiel tatsächliche Veränderungen der Versorgung Kranker, Leistungseinschränkungen, verbesserter Zugang zu Innovationen
- Rezeption von Priorisierungsbemühungen anderer Länder
- Besondere Betrachtung von Aspekten, die die Übertragbarkeit der Erfahrungen auf das deutsche GKV-System betreffen, insbesondere
  - Rolle der ärztlichen Profession in der Priorisierungsdebatte
  - fördernde und hinderliche (System-)Bedingungen für die Priorisierung

#### Abbildung 1: Länderübergreifender Darstellungs- und Analyseansatz

Eine Zusammenfassung der unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus der Literatur und der Expertenmeinungen fertiggestellten Arbeit sollen mit der Bitte um Kommentierung des Verfassten an dänische Experten auf dem Gebiet der Priorisierung im Gesundheitswesen gesendet werden.

## 2.2 Durchführung

Die Literatursuche erfolgte im Zeitraum von August bis Oktober 2008. Die Medline-Recherche ergab 44 Treffer, wovon nur 8 relevant waren. Erheblich mehr Literatur konnte bei der Suche in der Datenbank der dänischen Bibliotheken gefunden werden. Die Datenbank umfasst das gesamte Material aller öffentlichen Bibliotheken Dänemarks und enthält somit alle Bücher, Zeitschriften und Zeitungen, die in Dänemark herausgegeben worden sind. Die Suche ergab 987 Treffer, wovon 108 als relevant eingestuft wurden. Die geeignete Literatur wurde über die Dänische Bibliothek in Flensburg (Dansk Centralbibliotek for Sydslesvig e.V.) bestellt.

Die Internetrecherche erfolgte auf den Webseiten der Dänischen Regionen (Danske Regioner)<sup>4</sup>, des Gesundheitsministeriums (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)<sup>5</sup>, der Nationalen Gesundheitsbehörde (Sundhedsstyrelsen)<sup>6</sup> und des dänischen Parlaments (Folketinget)<sup>7</sup>.

Die eingangs formulierten Perspektiven, aus deren Sicht die dänische Priorisierungsdebatte betrachtet wurde, dienten zum einen der Auswahl von geeigneter Literatur und zum anderen der Gliederung der Arbeit. So finden sich die in Abbildung 1 aufgeführten Punkte zum Großteil in den Kapitelüberschriften des Ergebnisteils wieder. Im Zuge der Auseinandersetzung mit den Priorisierungsaktivitäten in Dänemark und anderen Ländern haben sich die Perspektiven um folgende Aspekte erweitert:

- sozio-kulturelle Rahmenbedingungen der Krankenversorgung im jeweiligen Land
- zentrale vs. periphere/regionale Diskussionen/Entwicklungen
- Formen der Priorisierung (vertikal vs. horizontal)
- Gegenstände der Priorisierung (zum Beispiel Leistungen, Personengruppen, Conditiontreatment-pairs)

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>www.regioner.dk

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup>www.sum.dk

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup>www.sst.dk

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup>www.folketinget.dk

- Kriterien, Kriteriologie (und wenn möglich ihr soziokultureller Hintergrund); inklusive Bedeutung von Autonomie/Präferenzen, Selbstverantwortung, Mitwirkungsverpflichtung
- Ethische Plattform, Axiologie
- Beteiligung der Öffentlichkeit (public involvement) lokal/regional und/oder national (Bürger, Patienten beziehungsweise Patientenvertreter)
- Implementationswege und -methoden

Die neuen Perspektiven konnten aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der dänischen Länderstudie nur teilweise in diese Arbeit mit einfließen.

Tabelle 1 gibt Aufschluss über die befragten Experten. Die Auswahl der Personen erfolgte auf Grundlage des Literaturstudiums und mit Hilfe von Hinweisen der jeweils kontaktierten Experten. Dabei wurden an der dänischen Priorisierungsdebatte Beteiligte identifiziert, deren Erfahrungen und Meinungen den aus der dänischen Literatur gewonnenen Eindruck von der Priorisiserungsdebatte ergänzen beziehungsweise Lücken schließen konnten.

Tabelle 1: Übersicht der befragten Experten

Experte	Tätigkeitsgebiet	
Jan Foss	Schauspieler bei "Teater Nu" (interaktives Theater zum Thema	
	Priorisierung)	
Bent Hansen	Sozialdemokratischer Politiker, Präsident der Dänischen Regionen	
Prof. Søren Holm	Arzt und Ethiker, ehemaliges Mitglied des Ethikrates	
Prof. Kjeld Møller Pedersen	Gesundheitsökonom	
Bent Normann Olsen	Sozialdemokratischer Politiker im Amtsbezirk Storstrøm (1975-	
	2006) beziehungsweise Region Sjælland (ab 2007)	
Peter Orebo Hansen	Ökonom, 1992-1997 Gesundheitsdirektor im Amtsbezirk Stor-	
	strøm	
Peter Ravn Riis	Oberregierungsrat in der Gesundheitsverwaltung der Region Midt-	
	jylland	
Ida Toldbod	Beauftragte für Bürgerbeteiligung in Priorisierungsprojekt im	
	Amtsbezirk Fyn 1988-1989	
Jens Winther Jensen	Arzt, Vorsitzender der Ärztevereinigung (Lægeforeningen)	
Henrik Wisbech	Ökonom, beteiligt an Priorisierungsprojekt im Amtsbezirk Fyn	
	1988-1989	

Der Arzt und Ethiker Søren Holm und der Ökonom Peter Orebo Hansen wurden aufgrund ihrer umfassenden praktischen Erfahrungen mit Priorisierung in einem persönlichen Interview ausführlich befragt (Leitfäden der Interviews siehe Anhang). Die anderen Experten wurden zur

Beantwortung spezieller Fragen telefonisch (Ida Toldbod, Henrik Wisbech) beziehungsweise per E-Mail kontaktiert.

Zusätzlich wurden durch den Besuch des Jahrestreffens der Dänischen Medizinischen Gesellschaft zum Thema Priorierung am 23. Januar 2009 in Kopenhagen Erkenntnisse über die Standpunkte verschiedener an der dänischen Priorisierungsdebatte beteiligter Personen gewonnen. Auf dem Jahrestreffen tauschten sich Ärzte, Politiker, Theologen und Gesundheitsökonomen über die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen aus (Programm siehe Anhang).

Eine in dänischer Sprache erstellte Zusammenfassung der Arbeit wurde mit der Bitte um Kommentierung an den Arzt und Ethiker Søren Holm, den Gesundheitsökonomen Kjeld Møller Pedersen und den Ökonomen Peter Orebo Hansen geschickt. Die Auswahl der Experten begründet sich in dem umfassenden Überblick dieser Personen über die dänische Priorisierungsdebatte. Die Experten bestätigten in ihrer Rückmeldung die ausgearbeitete Analyse der dänischen Priorisierungsdebatte und lieferten einige ergänzende Kommentare, die in die vorliegende Arbeit mit eingeflossen sind.

## 3 Ergebnisse

## 3.1 Das dänische Gesundheitssystem

Dänemark hat ein staatliches Gesundheitssystem, das allen Bürgern kostenlose Behandlung in allgemeinmedizinischen Praxen und Krankenhäusern bietet [8]. Zentrale Werte der dänischen Gesellschaft, die dem Gesundheitswesen zugrunde liegen, sind Solidarität und Chancengleichheit. Der Zugang zum Gesundheitswesen soll für alle gleich sein und alle sollen sich sicher fühlen können. Für benachteiligte und schwache Gruppen der Gesellschaft wird besonders Sorge getragen. Das Ziel ist es, allen zu ermöglichen, am Leben und Entscheidungsprozess der Gesellschaft teilzunehmen [9].



- 1 Kommune Kopenhagen
- 2 Kommune Frederiksberg
- 3 Amtsbezirk Kopenhagen
- 4 Amtsbezirk Frederiksborg
- 5 Amtsbezirk Roskilde
- 6 Amtsbezirk Vestsjælland
- 7 Amtsbezirk Storstrøm
- 8 Amtsbezirk Fyn
- 9 Amtsbezirk Sønderjylland
- 10 Amtsbezirk Ribe
- 11 Amtsbezirk Vejle
- 12 Amtsbezirk Ringkjøbing
- 13 Amtsbezirk Viborg
- 14 Amtsbezirk Nordjylland
- 15 Amtsbezirk Århus
- 16 Amtsbezirk Bornholm

Abbildung 2: Verwaltungsgliederung Dänemarks von 1970 bis 2006

Zwei entscheidende Jahre für die Entwicklung des Gesundheitssystems sind 1970 und 2007. In dem Zeitraum dazwischen hat es keine großen strukturellen Veränderungen gegeben. Mit der Kommunalreform von 1970 wurde Dänemark in 14 Amtsbezirke (amter) unterteilt, die wiederum in 275 Kommunen (kommuner) aufgeteilt waren.<sup>8</sup> Im Jahr 2007 erfolgte eine Verwaltungsreform, bei der die 14 Amtsbezirke zu 5 Regionen (regioner) zusammengelegt (0,6-1,6 Millionen Einwohner pro Region) und die Kommunen auf eine Anzahl von 98 reduziert wurden.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup>Die Kommunen Kopenhagen und Frederiksberg hatten einen Sonderstatus und waren keinem Amtsbezirk zugeordnet.

Geleitet werden Regionen (beziehungsweise bis 2007 Amtsbezirke) und Kommunen von Ratsversammlungen, die alle vier Jahre von der Bevölkerung gewählt werden. Vor der Verwaltungsreform von 2007 lag der größte Teil der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung bei den Amtsbezirken [8]. Dänemark hatte damit eines der dezentralisiertesten Gesundheitssysteme in Europa. Es war auf drei Ebenen organisiert: der staatlichen Ebene sowie der Ebene der Amtsbezirke und die der Kommunen. Finanziert wurde das System hauptsächlich durch Steuern, die von allen drei Instanzen erhoben wurden [10]. Auch nach der Verwaltungsreform ist die Organisation des Gesundheitswesens auf drei Ebenen erhalten geblieben, wobei die Ebene der Amtsbezirke durch die der Regionen ersetzt und die Finanzierung des Systems geändert worden ist [8].



Abbildung 3: Verwaltungsgliederung Dänemarks seit 2007

#### Die staatliche Ebene

Der Staat ist verantwortlich für den gesetzlichen Rahmen der Gesundheitsversorgung und beaufsichtigt die Erbringung der Gesundheitsleistungen auf lokaler Ebene. Eine weitere Aufgabe des Staates besteht in der Durchführung von jährlichen Verhandlungen mit den Regionen und Kommunen über das Budget für die Gesundheitsversorgung. Vertreter der Kommunen und Regionen einigen sich mit dem Finanzministerium auf die maximale Höhe der kommunalen Steuern und die staatlichen Zahlungen an Regionen und Kommunen [8]. Das Gesundheitsministerium<sup>9</sup> erfüllt administrative Aufgaben bezüglich der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, der Weiterbildung von medizinischem Personal und der Zulassung von Arzneimitteln [11]. Zum Gesundheitsministerium gehört die nationale Gesundheitsbehörde (Sundhedsstyrelsen), die für die Autorisation und Beaufsichtigung

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup>Seit November 2007 gibt es ein eigenständiges Gesundheitsministerium, das "Ministerium für Gesundheit und Prävention" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse), davor war der Bereich Gesundheit im "Innenund Gesundheitsministerium" (Indenrigs- og Sundhedsministerium) angesiedelt.

von medizinischem Personal zuständig ist und Ministerien, Regionen und Kommunen in Gesundheitsfragen berät [8].

#### Die Ebene der Amtsbezirke beziehungsweise Regionen

Die Amtsbezirke gaben ca. 70% ihres Gesamtbudgets für Gesundheitsversorgung aus [12]. Sie waren Besitzer und Betreiber der öffentlichen Krankenhäuser. Jedes Krankenhaus bekam von seinem Amtsbezirk ein festes Budget für Ausgaben zugeteilt, das nicht überschritten werden durfte. Innerhalb des gegebenen Budgets konnte die Krankenhausleitung weitgehend frei über den Einsatz des Geldes entscheiden. Im Laufe der Jahrzehnte gingen die Amtsbezirke jedoch dazu über, mit den Krankenhäusern zu erreichende Ziele der Gesundheitsversorgung auszuhandeln [10]. Auch von staatlicher Seite wurde im Laufe der Zeit vermehrt Einfluss auf die Leistungen des Gesundheitssystems genommen, zum Beispiel durch die Vergabe von sogenannten "øremærkede puljer", das heißt zweckgebundenen Geldmitteln, die die Amtsbezirke nur für bestimmte Bereiche ausgeben durften. Beispiele aus den letzten Jahren sind der besondere Einsatz von Geldern für Einzelzimmer in der Psychiatrie und für die Verkürzung der Wartelisten für Herzchirurgie [13]. Die Amtsbezirke waren auch für die Finanzierung der Allgemeinmediziner, der niedergelassenen Ärzte, der Zahnmediziner und Physiotherapeuten zuständig. Die Verantwortung für stationäre psychiatrische Versorgung wurde Ende der 70er Jahre vom Staat auf die Amtsbezirke übertragen und liegt heute bei den Regionen [8]. Die Regionen haben im Bereich der Gesundheitsversorgung größtenteils die gleichen Aufgaben wie die Amtsbezirke vor der Reform, jedoch haben sie nicht das Recht Steuern zu erheben. Die Finanzierung der regionalen Gesundheitsausgaben geschieht zu 80% durch Einnahmen aus der staatlich erhobenen "Gesundheitssteuer" (8% Einkommenssteuer) an die Regionen in Form von sogenannten Blockzuschüssen, deren Größe vor allem von der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung der jeweiligen Region abhängt. Einen weiteren Teil ihrer Geldmittel erhalten die Regionen von den Kommunen, die weiterhin Steuern erheben dürfen [8].

#### Die kommunale Ebene

In den Aufgabenbereich der Kommunen fielen bis 2007 Altenpflege, schulärztlicher Dienst und zahnärztliche Behandlung für Kinder und Behinderte. Die Kommunen haben durch die Reform von 2007 zusätzliche Aufgaben erhalten, ihnen obliegt jetzt auch die Verantwortung für Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung. Sie beteiligen sich seit 2007 an der Finanzierung der regionalen Gesundheitsaufgaben. Die Regionen erhalten von den Kommunen einen Grundbetrag pro Einwohner und Zahlungen, die abhängig sind von der Inanspruchnahme der regionalen Gesundheitsleistungen durch die Einwohner der Kommune. Dadurch soll

für die Kommunen ein Anreiz geschaffen werden, die Anzahl der Krankenhauseinweisungen durch präventive Maßnahmen zu reduzieren [8].

#### **Ambulante Versorgung**

Allgemeinmediziner und andere niedergelassene Fachärzte arbeiten in privater Praxis und werden von den Regionen (vor 2007 von den Amtsbezirken) entlohnt. Die Zahlungen setzen sich für Hausärzte zusammen aus einem Pauschalbetrag pro Patient und leistungsabhängigen Beträgen. Spezialisten werden nur durch letztere vergütet. Welche Leistungen voll oder zum Teil von den Regionen finanziert werden, ist in der jeweiligen Gebührenordnung festgelegt, die von den Regionen mit den jeweiligen Gewerkschaften der Fachgruppen ausgehandelt wird [8]. In Dänemark muss sich jeder Bürger ab 16 Jahren für eine von zwei sogenannten Versicherungsgruppen entscheiden. Die meist gewählte ist Gruppe 1, welche die Registrierung bei einem Hausarzt beinhaltet, die jederzeit (gegen eine geringe Gebühr) geändert werden darf. Im Jahr 2004 waren 99% der Bevölkerung bei einem Hausarzt registriert. Für den Besuch eines Spezialisten, der für Personen der Gruppe 1 kostenfrei ist, ist die Überweisung des Hausarztes notwendig, ausgenommen sind Ärzte der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Augenärzte. Personen, die sich für Gruppe 2 entscheiden, können alle Ärzte ohne Registrierung oder Überweisung besuchen, müssen jedoch für einen Teil des Honorars selbst aufkommen. Die gewählte Versicherungsgruppe kann nach frühestens 12 Monaten getauscht werden [14].

#### **Patientenrechte**

Seit 1993 dürfen Patienten, die ins Krankenhaus eingewiesen werden, sich die Klinik unter allen öffentlichen Krankenhäusern des Landes selbst aussuchen. Seit 2002 gilt die "erweiterte freie Krankenhauswahl", das heißt die Wahl umfasst auch private Kliniken und ausländische Krankenhäuser (vorausgesetzt es besteht eine Vereinbarung mit der Heimatregion des Patienten), wenn die Region nach Einweisung des Patienten nicht innerhalb von zwei Monaten, beziehungsweise seit 2007 innerhalb eines Monats, Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus garantieren kann [8]. In die Berechnung des einen Monats Wartezeit fließen auch Wartezeiten auf diagnostische Untersuchungen mit ein, die zwei Wochen überschreiten. Nicht von der "erweiterten Krankenhauswahl" umfasst sind Organtransplantationen, Sterilisation, Fertilisationsbehandlung, Versorgung mit Hörgeräten, ästhetische Behandlung, psychiatrische Behandlung (außer Kinder- und Jugendpsychiatrie), Geschlechtsumwandlungsoperationen, Kuraufenthalte sowie experimentelle oder alternative Behandlung [15]. Von November 2008 bis Juni 2009 war nach Beschluss des dänischen Parlaments das Recht auf "erweiterte freie Krankenhauswahl" außer Kraft gesetzt. Dies geschah vor dem Hintergrund eines Streiks von Gesundheitspersonal der öffentlichen Krankenhäuser im Frühjahr

2008, aufgrund dessen nach Angaben der Regionen 376.897 Behandlungen abgesagt werden mussten [16].

Für die Behandlung von Krebserkrankungen und bestimmten Herzerkrankungen gelten zusätzliche Regeln zu maximaler Wartezeit. Zum Beispiel haben Patienten mit einer Krebserkrankung das Anrecht auf Operation beziehungsweise Chemotherapie innerhalb von zwei Wochen, nachdem sie der jeweiligen Behandlung zugestimmt haben [17].

#### Der Arzneimittelsektor

Apotheken sind private Unternehmen, unterliegen jedoch staatlicher Regulation, zum Beispiel was Arzneimittelpreise und Standorte angeht [8]. Die Dänische Arzneimittelbehörde (Lægemiddelstyrelsen), die zum Gesundheitsministerium gehört, ist zuständig für die Zulassung von Medikamenten und die Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie deren Vertrieb [18]. Ausgaben für Medikamente im Krankenhaus werden vollständig von den Regionen finanziert. Für Arzneimittel im ambulanten Bereich müssen Patienten einen Teil der Kosten selbst tragen [8]. Auch einige andere Gesundheitsleistungen wie Zahnbehandlung und Physiotherapie müssen dänische Patienten anteilig selbst bezahlen. Viele Bürger schließen freiwillig zusätzliche Krankenversicherungen ab, die diese Kosten übernehmen und teilweise auch Behandlung in einem privaten Krankenhaus umfassen [12]. Es gibt nur sehr wenige private, gewinnorientierte Kliniken in Dänemark. Sie stellen ungefähr 2% der Krankenhausbetten [8].

#### Eckdaten des deutschen und des dänischen Gesundheitssystems

Tabelle 2: Vergleich einiger Parameter des deutschen und des dänischen Gesundheitssystems aus den "Global Health Observatory Country Statistics" der WHO [19]

Eckdaten des Gesundheitssystems	Dänemark	Deutschland
Lebenserwartung bei Geburt	1990: 75 Jahre	1990: 75 Jahre
(Gesamtbevölkerung)	2009: 79 Jahre	2009: 80 Jahre
Öffentliche Ausgaben pro Einwohner für	1995: 2325	1995: 2548
das Gesundheitswesen in US\$	2009: 5024	2009: 3502
Anteil der Ausgaben für das Gesundheits-	1995: 8,1%	1995: 10,1%
wesen am Bruttoinlandsprodukt	2009: 11,2%	2009: 10,7%
Säuglingssterblichkeitsrate pro 1.000 Le-	1990: 7	1990: 7
bendgeburten	2009: 3	2009: 3
Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Le-	1990: 7	1990: 13
bendgeburten	2009: 5	2009: 4

# 3.2 Wer hat Einfluss auf die Prioritäten des Gesundheitswesens?

In vielen dänischen Veröffentlichungen zur Priorisierung im Gesundheitswesen findet sich ein Abschnitt über die verschiedenen Personen, Gruppen und Institutionen, die Einfluss auf die Ressourcenverteilung im Gesundheitssektor haben. Es ist dabei oft davon die Rede, dass jene Gruppen erhebliches Gewicht bei der "Priorisierung" hätten. Hierbei handelt es sich allerdings um den in Dänemark oft sehr breit verwendeten Priorisierungsbegriff, der nicht nur bewusste, offene Prioritätensetzung bezeichnet, sondern auch verdeckte, nicht auf den ersten Blick sichtbare Einflüsse mit einschließt. Es folgt eine Übersicht der Akteure, denen in der dänischen Debatte eine entscheidende Rolle bei der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen zugemessen wird.

#### **Finanzministerium**

Eine wichtige Rolle bei der Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen spielt das Finanzministerium. Die Wochenzeitung Dagens Medicin ("Die aktuelle Medizin") kürte im Januar 2009 den damaligen Finanzminister Lars Løkke Rasmussen zur mächtigsten Person des Gesundheitssektors [20]. Die jährlichen Verhandlungen der Regionen (beziehungsweise früher der Amtsbezirke) und Kommunen mit dem Finanzministerium über das Budget der Gesundheitsversorgung haben sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend zu einem Forum entwickelt, in dem von Seiten der Regierung konkrete Prioritäten gesetzt werden. Während in der Vergangenheit bei den Verhandlungen lediglich der finanzielle Rahmen bestimmt wurde, innerhalb dessen die Amtsbezirke weitgehend frei die Gesundheitsversorgung gestalten konnten, werden nun immer mehr Geldmittel zweckgebunden vergeben. So erhielten in den letzten Jahren zum Beispiel die Behandlung von Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen sowie die Reduktion von Wartelisten besondere Aufmerksamkeit von Seiten der Regierung [8].

#### **Parlament**

Auch das Parlament nimmt in steigendem Ausmaß Einfluss auf konkrete Themen der Gesundheitsversorgung. Dabei ist es schon häufiger zu Konflikten zwischen den Parlamentsmitgliedern und den Politikern auf Amtsbezirks- beziehungsweise Regionsebene gekommen. So werfen die lokalen Politiker, die für den Betrieb der Krankenhäuser zuständig sind, den Parlamentsabgeordneten vor, oft populistische Entscheidungen zu treffen, ohne sich über deren Umsetzung und Finanzierung Gedanken zu machen. Ein Beispiel aus dem Jahr 1995 ist die vom Parlament beschlossene maximale Wartezeit von drei Monaten auf Kniegelenksund Bandscheibenoperationen. Die Amtsbezirke waren daraufhin gezwungen, Ressourcen

von anderen Bereichen des Gesundheitssektors zu Gunsten dieser Operationen abzuziehen. Trotzdem war es ihnen nicht möglich, die Garantie zu erfüllen, weshalb sie nach zwei Jahren wieder abgeschafft wurde [21].

#### Amtsbezirke/Regionen

Vor der Strukturreform 2007 wurden die wichtigsten Entscheidungen im Gesundheitswesen auf Ebene der Amtsbezirke getroffen [22, 23]. Die Amtsbezirke waren für den Betrieb der öffentlichen Krankenhäuser zuständig und finanzierten die niedergelassenen Allgemeinmedizinier und Spezialisten. Damit hatten sie erheblichen Einfluss auf das Leistungsspektrum des Gesundheitssektors. Der Arzt Daniel Andersen kritisierte Ende der 80er Jahre, dass auf Ebene der Amtsbezirke meist "positive Priorisierungsentscheidungen" getroffen würden, das heißt dass bestimmten Leistungen ein höherer Rang eingeräumt werde. Oft würden dadurch gleichzeitig andere Bereiche posteriorisiert, welches aber keine Beachtung fände und nicht im Zusammenhang mit den priorisierten Leistungen diskutiert werde [24]. Der Politiker Erling Tiedemann thematisierte auf einer gemeinsamen Konferenz des Ethikrates und der Vereinigung der Amtsbezirke im Jahr 1993 das Problem, dass Amtsbezirkspolitiker von ihrer Tätigkeit nicht leben könnten und daher keine Zeit für tiefergehende ethische Überlegungen und Diskussionen hätten [22].

Die Aufgabenbereiche der 2007 errichteten Regionen entsprechen weitgehend denen der früheren Amtsbezirke, jedoch haben sich die Rahmenbedingungen für Priorisierung auf dieser Ebene etwas verändert. So könnte die Zusammenlegung der 14 Amtsbezirke zu nur fünf Regionen zu einer erleichterten Umsetzung von Priorisierungsentscheidungen führen, da die Regionen im Bereich Gesundheit nun weitgehend selbstversorgend sind. Die Amtsbezirke hatten weniger die Möglichkeit, eigenständige Initiativen zur Prioritätensetzung umzusetzen, da sie Leistungen anderer Amtsbezirke in Anspruch nehmen mussten, um eine vollständige Gesundheitsversorgung ihrer Bürger zu gewährleisten [Quelle: Experteninterview].

#### Ärzte

Im Jahr 2007 beklagte eine Gruppe von Ärzten in der Tageszeitung Politiken, dass sie als Mediziner eine sehr große Verantwortung für ihre Patienten hätten, aber nur begrenzten Einfluss auf die Priorisierung im Gesundheitswesen [25]. In der Priorisierungsdebatte wird den Ärzten jedoch oft eine entscheidende Rolle bei der Prioritätensetzung zugeschrieben. Der Arzt Daniel Andersen bemerkte im Jahr 1989, dass Ärzte dazu neigten, den Bedarf der Patientengruppen, die sie selbst behandeln, besonders hervorzuheben [24]. Der dänische Ethikrat (Det Etiske Råd) kam in seiner Stellungnahme zur Priorisierung im Gesundheitswesen aus

dem Jahr 1996 (siehe 3.5.3) zu einer ähnlichen Auffassung. Die Ärzte empfänden vor allem Verantwortung gegenüber den eigenen Patienten und verteidigten diese "gegen das System". Daneben seien sie auf ihre Karriere bedacht und versuchten möglichst viele Ressourcen zur eigenen Abteilung zu lenken, um neue und möglicherweise Prestige einbringende Behandlungen durchführen zu können [21]. Der Technologierat – eine Institution zur Beurteilung von Technologien, die sich seit 2006 mit Priorisierung in der Medizin auseinandersetzt – stellte im Jahr 2007 fest, dass die Oberärzte in erheblichem Ausmaß Prioritäten setzten. So bestimmten diese je nach Interesse und Forschungsgebiet, mit welchen Patienten sie sich am meisten befassen wollten. In diesem Zusammenhang falle gelegentlich der sarkastische Begriff "freie Patientenwahl des Krankenhauses" [26].

#### Medien

In der Priorisierungsdebatte herrscht Einigkeit darüber, dass die Medien einen großen Einfluss auf den Priorisierungsprozess haben. Der Politiker Erling Tiedemann bezeichnet sie als größtes Problem der medizinischen Priorisierung, denn viele Prioritäten kämen dadurch zustande, dass über die Medien Druck ausgeübt werde [27]. Dabei spielten verschiedene Interessen eine Rolle. Die Medien selbst seien daran interessiert, möglichst viele Leser/Zuschauer/Zuhörer zu gewinnen und stellten daher oft Einzelschicksale in den Mittelpunkt ihrer Berichterstattung. Damit gerieten wiederum die Gesundheitspolitiker unter Druck, jeweils in den Einzelfällen zu handeln und den Personen zu helfen, deren Probleme in den Medien präsentiert würden [28]. Damit, so der Präsident der Dänischen Regionen Bent Hansen, eilten die Politiker von einem Fall zum nächsten, um in der Öffentlichkeit gut da zu stehen, statt eine ganzheitliche Gesundheitspolitik zu führen. <sup>10</sup>

#### Medizinindustrie

Der Medizinindustrie wird in der dänischen Debatte ein entscheidender Einfluss auf die Prioritäten im Gesundheitswesens zugeschrieben – zum einen durch die Finanzierung eines Großteils der medizinischen Forschung, zum anderen durch die weitverbreitete Werbung für ihre Produkte [21].

#### **Fachgesellschaften**

Laut Ethikrat hätten die medizinischen Fachgesellschaften einige Möglichkeiten, Prioritäten zu bestimmen. So leisteten sie "Expertenrat" bei der Leitlinienentwicklung und nähmen Teil

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup>Bent Hansen auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft (DMS) am 23. Januar 2009

an der Entscheidung, wie viele Facharztstellen in den verschiedenen medizinischen Gebieten ausgeschrieben werden [21].

#### Patientenvereinigungen

Der Oberarzt Allan Flyvbjerg thematisierte auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft (DMS) im Januar 2009 die sogannte "Megafon-Priorisierung". Darunter wird die Einflussnahme von starken Patientenorganisationen auf die Prioritäten des Gesundheitssektors zu Lasten von weniger gut vertretenen Patienten verstanden. Seit den Anfängen der Priorisierungsdebatte ist dies immer wieder als Problem identifiziert worden. Durch das Wirken von Einflussgruppen sei, so Michael Hasenkam, der Vorsitzende der DMS, derzeit das Gesundheitswesen zu sehr auf Krebs- und Herz-Kreislauferkrankungen fokussiert. <sup>11</sup>

# 3.3 Verwendung der Begriffe Priorisierung und Rationierung

Der Gesundheitsökonom Kjeld Møller Pedersen sieht eines der größten Probleme der dänischen Priorisierungsdebatte darin, dass die Begriffe allgemein schlecht definiert seien und die Teilnehmer daher oft aneinander vorbeiredeten [29]. Tatsächlich werden die Begriffe Priorisierung und Rationierung nicht einheitlich verwendet und es hat nur wenige sichtbare Bemühungen gegeben, zu einem gemeinsamen Verständnis zu kommen.

Der Begriff Priorisierung wurde in medizinischem Zusammenhang erstmalig bei der Gründung der Priorisierungskommission im Jahre 1974 verwendet (siehe 3.4). In ihrem Bericht definiert die Kommission den Ausdruck nicht, verwendet ihn jedoch im Sinne der Verteilung von Ressourcen zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens [30].

Einer der ersten, die sich mit dem Konzept Priorisierung im Gesundheitswesen ausführlicher auseinandergesetzt haben, ist der Amtsbezirkspolitiker Erling Tiedemann. Er unterscheidet zwischen offener, bewusster Priorisierung, die selten auftrete und verdeckter, impliziter Priorisierung, die den Regelfall darstelle. Die verdeckte Priorisierung könne man aus den Entscheidungen, die im Gesundheitswesen getroffen werden, ableiten. Tiedemann vergleicht die implizite Priorisierung mit der Rückseite des Mondes. Man könne sie von vorne nicht sehen, aber sie sei immer da. Man müsse dahinter gehen, um sie zu erkennen [31].

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup>Michael Hasenkam auf dem Jahrestreffen der D\u00e4nischen Medizinischen Gesellschaft (DMS) am 23. Januar 2009

Das Wort Priorisierung wird in der dänischen Debatte oft im Sinne der von Tiedemann geschilderten "impliziten Priorisierung" benutzt. Der Arzt Søren Holm schreibt: "...it is often argued that priority setting is inevitable. It may be non-visible or not recognised, but it has always taken place, and it will continue to take place. The belief that we do not prioritise now is just a delusion." [32]

Seit Mitte der 80er Jahre wird der Begriff Priorisierung im Gesundheitswesen meistens im Sinne einer Rangordnung von Patientengruppen verwendet, so dass die am höchsten rangierenden die sind, für die als erstes Ressourcen zur Verfügung gestellt werden [33]. Andere Bedeutungen des Ausdrucks Priorisierung sind allerdings nicht selten anzutreffen und tragen nach Meinung der Oberärztin Jette Jansen von der Gesellschaft für Zukunftsforschung (Selskabet for Fremtidsforskning) zu erheblicher Verwirrung in der Debatte und zu Unsicherheit in der Bevölkerung bei. Die Definition von "Priorisierung" könne so gegensätzliche Züge annehmen wie einerseits "einer Patientengruppe/einem Gesundheitsziel hohen Wert beimessen" und andererseits "Begrenzung oder Streichung der öffentlich finanzierten Behandlung von bestimmten Patientengruppen" [34].

Obwohl in den meisten Fällen Priorisierung als Aufstellung einer Reihenfolge verstanden wird, gibt es in der Debatte die Tendenz, Fragen der Priorisierung auf ein Ja-Nein zu reduzieren, zum Beispiel ob eine Behandlung eingeführt werden soll oder nicht, ob bestimmte Patientengruppen von Behandlung ausgeschlossen werden sollen oder nicht [29].

Eine Gruppe von Gesundheitsökonomen der Universität Odense beklagt in ihrer Veröffentlichung zum Thema Priorisierung aus dem Jahr 1995, dass der Begriff Priorisierung in der Bevölkerung negativ behaftet sei [35]. Er werde oft gleichgesetzt mit Kürzungen und Einsparungen. Ihrer Ansicht nach sei Priorisierung an sich wertneutral und habe nichts mit Sparmaßnahmen zu tun. Auch in Verbindung mit der Ausweitung eines Budgets sei Priorisierung notwendig.

Rationierung ist ein Ausdruck, der in Dänemark im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen nur äußerst selten zur Anwendung kommt. Der Gesundheitsökonom Kjeld Møller Pedersen stellt fest, dass in der dänischen Debatte fast immer von Priorisierung die Rede sei, auch in Situationen, in denen man eher von Rationierung sprechen solle [36]. Er ist einer der wenigen Teilnehmer der Priorisierungsdebatte, die sich ausführlicher mit der Unterscheidung zwischen Priorisierung und Rationierung befasst haben. Für Møller Pedersen ist Priorisierung der politische Prozess, bei dem die Verteilung der Ressourcen vorgenommen wird. Priorisierung sei die Entscheidung über Einführung, Abschaffung, Ausweitung oder Begrenzung von Therapie/Diagnostik, die in die Zukunft gerichtet für eine größere Gruppe von Personen getroffen werde. In Abgrenzung dazu versteht Møller Pedersen unter Rationierung die Verteilung von knappen Gütern nach bestimmten Kriterien. Rationierung betreffe bekannte Patienten und werde in Dänemark meist von Ärzten durchgeführt, während es bei

Priorisierung, vorwiegend eine Aufgabe der Politiker, um anonyme Gruppen gehe. So sei die Entscheidung, ob in Dänemark Herz- und Lebertransplantationen angeboten werden sollten, eine klassische Priorisierungsentscheidung, die Verteilung der knappen Spenderorgane dagegen Rationierung [29].

## 3.4 Historische Entwicklung der Priorisierungsdebatte

Im Folgenden soll ein Überblick über die dänische Priorisierungsdebatte von den Anfängen bis in die Gegenwart gegeben werden. Viele Punkte werden hier nur angerissen und in den nächsten Kapiteln ausführlicher behandelt.

Die Anfänge der Debatte über Priorisierung in der Medizin sind in den frühen 70er Jahren zu suchen. Hier wurde Priorisierung im Gesundheitswesen das erste Mal thematisiert und politische Beteiligung an dem Prozess, der vorher allein den Ärzten vorbehalten war, gefordert. Den Anfang machte der "Perspektivplan 1" von 1971: der Bericht einer 1968 begonnenen Ausschussarbeit von Vertretern mehrerer Ministerien zur Priorisierung der gesamten öffentlichen Ausgaben. Im Kapitel über das Gesundheitswesen wird konstatiert, dass politische Einmischung im Gesundheitssektor ein heikles Thema sei, weshalb die Politiker bisher die Geschwindigkeit der Entwicklung des Gesundheitssektors durch die technologischen Fortschritte hätten bestimmen lassen und der Ärzteschaft die Priorisierung überlassen hätten [37].

Im "Perspektivplan 2" von 1973 wird die Notwendigkeit der Stärkung des politischen Einflusses auf das Gesundheitswesen betont. Die Öffentlichkeit solle allerdings nicht in Fragen des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel die Priorisierung, miteinbezogen werden, da es im Interesse aller sei, "gefühlsgeladene Reaktionen" zu vermeiden [37].

Im Jahre 1974 gründete die dänische Regierung nach Aufforderung durch das Parlament eine Kommission, die sich mit Priorisierung im Gesundheitswesen befassen sollte. Anlass war einerseits die Sorge um steigende Ausgaben des Gesundheitssektors, andererseits die Erkenntnis, dass aufgrund des geänderten Krankheitsspektrums neue Schwerpunkte im Gesundheitswesen gesetzt werden müssten. Die effektive Bekämpfung der aktuell am meisten verbreiteten Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und psychische Krankheiten erforderte, so die vorherrschende Meinung im Parlament, einen verstärkten präventiven Einsatz [38]. Im Perspektivplan 2 war konstatiert worden, dass das Wachstum des Ressourcenverbrauches im Gesundheitswesen der vorangegangenen Jahrzehnte weitestgehend auf den Krankenhaussektor begrenzt gewesen sei, während der Primärsektor (ambulante Versorgung und Prävention) hinsichtlich des Ressourcenverbrauches stagniert habe. Die Priorisierungskommission sollte vor diesem Hintergrund unter anderem die Aufgaben- und Ressourcenverteilung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens mit dem Ziel einer bestmöglichen Nutzung

der begrenzten Ressourcen untersuchen. Im Bericht der Kommission von 1977 wurde die Empfehlung abgegeben, bei der Ressourcenverteilung in Zukunft die Prävention zu Lasten der Behandlung von Krankheiten höher zu gewichten [30]. Im Gegensatz zu den Perspektivplänen 1 und 2 wird es im Bericht der Priorisierungskommission nicht länger als problematisch angesehen, über die politische Beteiligung an der Priorisierung im Gesundheitswesen zu diskutieren [37].

Die neuere Priorisierungsdebatte entstand Anfang der 80er Jahre vor dem Hintergrund eines geringeren Anstiegs der Gesundheitsausgaben im Vergleich zu den 70er Jahren. Die neu gewählte bürgerliche Regierung hatte sich das Ziel gesetzt, das Wachstum der öffentlichen Ausgaben einzudämmen und machte auch vor dem Gesundheitssektor nicht Halt [39]. Die öffentlichen Ausgaben pro Einwohner für das Gesundheitswesen hatten sich im Zeitraum von 1971 bis 1982 fast verdreifacht, was einer Zunahme des Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) um knapp 1,5 % entsprach [40]. Nach dem Regierungswechsel von 1982 ging der Anteil der Ausgaben für den Gesundheitssektor am BIP zurück und stagnierte bis Ende der 90er Jahre. Daraus resultierte zwar aufgrund zunehmenden BIPs ein stetiges Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben, jedoch beklagten vor allem Krankenhausärzte, dass das Wachstum der Gesundheitsausgaben nicht ausreichte, um den wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen zu decken [41]. Im Jahr 1984 erschienen in der dänischen Ärztezeitschrift (Ugeskrift for Læger) und in der Tagespresse mehrere Artikel von Ärzten, die ihre Unzufriedenheit mit den Sparmaßnahmen kundtaten. Aus der Diskussion über die Angemessenheit der dem Gesundheitssektor zugeführten Mittel entwickelte sich die Fragestellung, wie man die knappen Ressourcen einsetzen sollte, um den Patienten gerecht zu werden. So entstand eine Priorisierungsdebatte zwischen Ärzten, Politikern und der Verwaltung im Gesundheitswesen [29].

Für heftige Diskussionen sorgte im Jahr 1987 die Aussage der damaligen Gesundheitsministerin Agnete Laustsen, dass sie es vorziehe, wenn 50 Patienten eine neue Hüfte bekämen statt eine Person für das gleiche Geld eine Herztransplantation. Nach Einschätzung des Gesundheitsökonoms Kjeld Møller Pedersen kam dadurch die Priorisierungsdebatte in Dänemark erst richtig in Schwung [29]. Zu der Zeit wurden in Dänemark noch keine Herztransplantationen durchgeführt. Die Diskussion des Parlaments im Jahr 1989 über einen Gesetzesentwurf zur Änderung des Todeskriteriums von Herztod zu Hirntod löste eine rege Beteiligung verschiedener Personen und Institutionen an der Priorisierungsdebatte aus. Die damit sich eröffnende Möglichkeit, in Dänemark Herz- und Lebertransplantationen durchzuführen, stieß auf ein geteiltes Echo. Einerseits wurde dies, besonders von betroffenen Patienten und ärztlichem Personal, begrüßt. Andererseits wurden Stimmen laut, die andere Aufgaben des Gesundheitswesens für vordringlicher hielten und diese durch die Einführung kostenintensiver Transplantationen gefährdet sahen. Diese Kontroverse ließ unter anderem den Ethikrat und das

Dänische Gesundheitsinstitut DSI (Dansk Sundhedsinstitut)<sup>12</sup> in die Priorisierungsdebatte einsteigen.

Das DSI ist eine Forschungseinrichtung, die sich mit Organisation und Struktur des Gesundheitswesens, Gesundheitsökonomie, Qualitätsentwicklung, HTA (Health Technology Assessment) und Medizininformatik befasst [42]. Die erste Publikation des DSI zur medizinischen Priorisierung stammt aus dem Jahr 1989. Vor dem Hintergrund des Gesetzentwurfes zur Änderung des Todeskriteriums diskutierte das DSI Kosten und Nutzen von Herz- und Lebertransplantationen in gesellschaftlichem Zusammenhang und darüber hinaus medizinische Priorisierung im Allgemeinen. Dabei wurde besonders auf die Verwendung von QALYs (Quality Adjusted Life Years) eingegangen – ein gesundheitsökonomisches Instrument für Kosten-Nutzen-Bewertungen im Gesundheitswesen [43]. In den folgenden Jahren gab das DSI weitere Berichte heraus, die sich mit medizinischer Priorisierung anhand eines aktuellen Beispiels auseinandersetzten. 1991 war die Behandlung von Frühgeborenen im Fokus [44], 1994 Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren [45].

Der Ethikrat (Det Etiske Råd) stieg zu Beginn der 90er Jahre in die Priorisierungsdebatte ein. Der Rat wurde 1987 gegründet und soll das Parlament und Gesundheitsbehörden in ethischen Fragestellungen der Bio- und Gentechnologie beraten sowie Diskussionen über ethische Fragen im Gesundheitswesen anregen. Der Ethikrat setzt sich zusammen aus 17 ehrenamtlichen Mitgliedern, die einen unterschiedlichen fachlichen Hintergrund haben sollen und aufgrund ihres Interesses an ethischen Fragestellungen teils vom Parlament, teils von verschiedenen Ministerien jeweils für drei Jahre ernannt werden. Die Mitglieder des Ethikrates dürfen nicht Mitglied des Parlamentes oder der regionalen/kommunalen politischen Organe sein [46]. Nach Aussage des Theologen Svend Andersen, Mitglied des Ethikrates von 1988 bis 1993, wurde dem Rat medizinische Priorisierung als wichtige ethische Fragestellung bewusst, als in der dänischen Politik über die Einführung des Hirntod-Kriteriums diskutiert wurde [22]. Der Ethikrat veröffentlichte im Jahr 1990 ein Arbeitspapier zur Priorisierung, das vor allem die Erfahrungen anderer Länder mit dem Thema darstellte [47]. Außerdem initiierte der Rat eine Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Amtsbezirke, die unter anderem in zwei Konferenzen, 1993 und 1996, mündete. In Kooperation mit dem "Experimentarium" in Kopenhagen, einem 1991 eröffneten sogenannten "Science Center", in dem Forschungsergebnisse auf anschauliche und interaktive Weise vermittelt werden sollen, entwickelte der Ethikrat ein Spiel zur Priorisierung. Dieses wurde im Jahr 1993 im "Experimentarium" von Schulklassen und anderen Besuchergruppen gespielt sowie auf etlichen Bürgertreffen zur Priorisierung dazu genutzt, die Diskussion zu fördern [48]. Der Ethikrat schloss seine Arbeit zum Thema Priorisierung Mitte der 90er Jahre ab mit der Veröffentlichung einer Diskussionsgrundlage zur medizinischen Priorisierung im Jahr 1995 [49] und einer abschließenden Stellungnahme im Jahr 1996. Letztere gehört zu den wenigen Dokumenten der dänischen

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup>zu der Zeit noch Dansk Sygehusinstitut (Dänisches Krankenhausinstitut) genannt

#### 3 Ergebnisse

Priorisierungsdebatte, die auch in einer englischen Version vorliegen [21, 50]. Die letzte Publikation des Ethikrates zum Thema Priorisierung ist ein Ordner mit Arbeitsmaterialien für unterschiedliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen von 1997 [51].

Im Jahre 1988 gründete eine Gruppe von Ärzten, Politikern und Administratoren die Dänische Gesellschaft für Medizinische Priorisierung (Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering). Die Gesellschaft hat die Absicht, die Priorisierungsdebatte zu fördern, indem regelmäßige öffentliche Themenabende und Konferenzen mit Beteiligung der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens abgehalten werden. Die Vorträge der in den letzten Jahren abgehaltenen Treffen sind zum Teil auf der Webseite der Gesellschaft einsehbar. Die abgedeckten Themen reichen von allgemeinen Aspekten der Gesundheitsversorgung wie die Rolle der Forschung in der Medizin oder die grundlegenden Werte des dänischen Gesundheitswesens hin zu spezielleren Fragestellungen der Priorisierung [52].

Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre beteiligten sich einige Amtsbezirke an der Priorisierungsdiskussion. Das Ausmaß des Engagements in der Debatte war sehr unterschiedlich. Der Amtsbezirk Fyn gründete im Jahr 1989 einen Ausschuss, die "FynGruppe", der sich neun Monate lang mit Priorisierung in der Medizin auseinandersetzte und die Bevölkerung in die Diskussion mit einbezog [24]. In vielen Amtsbezirken wurden Bürgertreffen zum Thema Priorisierung veranstaltet und Fragebögen an die Bevölkerung verschickt. Teilweise, wie zum Beispiel in den Amtsbezirken Fyn und Storstrøm, wurden Ergebnisse der Debatte umgesetzt.

Die Jahre 1995 und 1996 waren sehr ergiebig, was die Anzahl der Publikationen und Konferenzen zum Thema Prioritätensetzung angeht. In den folgenden Jahren wurde es still um die medizinische Priorisierung in Dänemark. So ergab die Literaturrecherche für den Zeitraum 1997 bis 2005 nur durchschnittlich zwei Artikel pro Jahr, die sich mit dem Thema Prioritätensetzung in der Medizin befassen. Auch erbrachten die Quellen keine Hinweise auf in diesem Zeitraum stattgefundene Konferenzen oder Diskussionsveranstaltungen zur Priorisierung. Eine Ausnahme stellt das Jahr 1999 dar, in dem die Ausweitung des Indikationsbereichs des Arzneimittels Betainterferon bei Multipler Sklerose für großen Wirbel sorgte. Am Anfang stand eine Diskussion darüber, ob Betainterferon, das bisher schon Patienten mit schubförmig verlaufender Multipler Sklerose angeboten wurde, auch bei einer späteren Phase der Krankheit, dem sekundär progredienten Stadium, eingesetzt werden sollte. Im gleichen Jahr war eine Technologiebewertung zu der Fragestellung veröffentlicht worden, die keine eindeutige Empfehlung für die Ausweitung des Indikationsbereichs beinhaltete. Die Amtsbezirke beschlossen daher, die Behandlung nicht einzuführen. Ungewöhnlicherweise intervenierte daraufhin der Staatsminister Poul Nyrup Rasmussen und setzte mit Hilfe des Gesundheitsministers durch, dass Betainterferon dem erweiterten Patientenkreis zugänglich gemacht wurde. Das Einschreiten des Staatsministers in dieser Sache löste eine Debatte über Prinzipien der Priorisierung und den Verlauf von Priorisierungsprozessen aus [29].

Aktuell scheint die Debatte wieder aufzuleben, beginnend mit einem Projekt des Technologierates (Teknologirådet), einer Institution, die (nicht nur medizinische) Technologien beurteilen und Diskussionen darüber fördern sowie das Parlament und die Regierung in Fragen zu Technologien beraten soll [53]. Im Jahr 2006 begann der Technologierat sich mit Priorisierung im Gesundheitswesen zu befassen. Im Rahmen dessen wurden Interviews mit Experten und Workshops mit Gesundheitspersonal durchgeführt. Im Jahr 2007 veröffentlichte der Technologierat eine umfassende Stellungnahme zur Priorisierung [26] und – wie üblich nach Abschluss eines Projektes – eine an die Parlamentsmitglieder adressierte Kurzfassung des Berichts mit Empfehlungen zum Umgang mit dem Thema [54].

Im Jahr 2008 thematisierten die Dänischen Regionen medizinische Priorisierung in verschiedener Weise. Im Oktober 2008 gaben die Regionen und der Technologierat ein Heft heraus, das als Diskussionsgrundlage über die Zukunft des Gesundheitswesens dienen soll. Darin fordern die Regionen zu einer umfassenden Priorisierungsdebatte auf [55]. Auf vier Bürgertreffen zur zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssektors im November 2008 war Prioritätensetzung eines der diskutierten Themen. Außerdem beschäftigten die Regionen sich Ende des Jahres 2008 mit der Priorisierung von Patienten auf der Warteliste vor dem Hintergrund von Streiks des Krankenhauspersonals im Frühjahr, die zu einem erheblichen Behandlungsausfall geführt hatten.

Anfang des Jahres 2009 meldete die Ärzteschaft sich wieder zu Wort. Die Dänische Medizinische Gesellschaft DMS (Dansk Medicinsk Selskab), ein Zusammenschluss von 115 medizinischen Gesellschaften mit 22.883 Mitgliedern, veranstaltete im Januar 2009 ihr Jahrestreffen zu dem Thema "Priorisierung im Gesundheitswesen". Die DMS forderte eine Debatte über horizontale Priorisierung, das heißt die Prioritätensetzung zwischen unterschiedlichen Patientengruppen [56].

# 3.5 Die Priorisierungsdiskussion in verschiedenen Gesellschaftsbereichen

### 3.5.1 Priorisierung aus Sicht der Politik

#### Die Gesundheitsminister

Seit Beginn der Priorisierungsdebatte Ende der 80er Jahre haben sich fast alle Gesundheitsminister zum Thema Prioritätensetzung geäußert.

Die von 1987 bis 1988 amtierende Gesundheitsministerin Agnete Laustsen von der Partei Konservative sorgte im Jahr 1987 mit ihrer Aussage für Aufruhr, sie ziehe es vor, wenn 50

Patienten eine neue Hüfte bekämen statt eine Person für das gleiche Geld eine Herztransplantation. Zu den Protesten, die darauf folgten, äußerte Laustsen sich im Jahr 1988 in der "Zeitschrift für dänische Krankenhäuser" (Tidskrift for Danske Sygehuse). Sie sehe in den heftigen Diskussionen ein Paradebeispiel dafür, wie die Botschaften, die man versuche zu vermitteln, durch die Presse vereinfacht und verdreht würden. Dadurch laufe die Diskussion aus dem Ruder und werde sehr persönlich. Sie könne nicht beurteilen, ob in Zukunft die Notwendigkeit bestehen werde, im Zuge der Priorisierung bestimmte Behandlungen zu streichen. Sie hätte lediglich mit einem Gedankenbeispiel illustrieren wollen, welche heiklen Probleme entstehen könnten, wenn man vor die Möglichkeit gestellt würde, sehr komplizierte, aufwendige und damit teure Technologien benutzen zu können, die die finanzielle Situation der Krankenhäuser erheblich belasteten [57].

In ihrer Rede auf einem Seminar der Vereinigung der Krankenhausadministratoren FSAD (Foreningen af Sygehusadministratorer) im Februar 1988 stellte Agnete Laustsen ihre Ansichten zum Thema Priorisierung dar. Zunächst setzte sie sich mit dem Standpunkt von Priorisierungsgegnern auseinander, dass man ohne Rücksicht auf die ökonomischen Möglichkeiten helfen und heilen müsse. Die Konsequenz dieser Sichtweise sei, so Laustsen, dass der Gesundheitssektor immer gegenüber anderen Sektoren bevorzugt werden müsse. Dies führe im Extremfall dazu, dass, solange eine Person von einer Behandlung profitiere – und sei der Nutzen noch so gering, es keine Grenzen dafür gebe, was andere entbehren müssten.

Die entscheidende Fragestellung der Priorisierung sei, wer die Prioritäten setzen solle. Ihrer Ansicht nach hätten Politiker die Aufgabe, die Ressourcen zum einen zwischen den Sektoren der Gesellschaft und zum anderen innerhalb der Sektoren zwischen den verschiedenen Bereichen zu verteilen. Auf den Gesundheitssektor bezogen sei es also eine politische Entscheidung, wieviel Geld für Präventionsmaßnahmen aufgewendet werden solle, wieviel für den Krankenhaussektor, wieviel für den ambulanten Bereich et cetera. Natürlich würden diese Beschlüsse nicht ohne die Beratung durch medizinisches Fachpersonal gefasst, aber die Verantwortung für die Verteilung der Ressourcen des Gesundheitswesens müsse bei den Politikern liegen. Auch die Entscheidungen darüber, welche Behandlungsmethoden eingeführt werden sollten und welche nicht, müssten von Politikern getroffen werden. Eine ganz andere Sache sei es, konkret dazu Stellung zu nehmen, welche Patienten in welcher Reihenfolge behandelt werden sollen. Dies sei die Priorisierung, die vom medizinischen Fachpersonal, insbesondere von den Ärzten, innerhalb der politisch festgesetzten Rahmen vorgenommen werden sollte [57].

Die von 1989 bis 1993 amtierende Gesundheitsministerin Ester Larsen von der Partei Venstre ("Linke")<sup>13</sup> kommentierte im Jahr 1992 in der Tageszeitung "Berlingske Tidende" die Priorisierungsdebatte. In Dänemark würden die Patienten in der Reihenfolge behandelt, in der

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup>Der Name "Linke" stammt aus der Gründungszeit der Partei Ende des 19. Jahrhunderts, als die Partei Venstre im Vergleich zu den übrigen Parlamentsparteien linksgerichtet war. Heute wird Venstre zum bürgerlichen Spektrum gezählt und unter den im Parlament vertretenen Parteien eher mitte-rechts eingeordnet.

sie Kontakt zum Gesundheitswesen aufgenommen hätten. Patienten mit besonders großem Bedarf würden vorgezogen. Dies sei ein anständiges Prinzip. Sie betonte, dass man in Dänemark nicht in einer Situation sei, in der es Krankheitsgruppen gebe, die nicht behandelt würden. Man könne einem kranken Menschen nicht sagen: "Tut uns leid, du kannst nicht drankommen. Dein Leben ist nichts wert!" Bisher habe man noch niemandem "nein" sagen müssen. Auch dürfe es keine festen Altersgrenzen für Behandlungen geben. Die Verantwortung für Priorisierung liege gleichermaßen bei Politikern und Ärzten, aber je dichter man an den einzelnen Patienten herankomme, desto mehr sollten die Politiker in den Hintergrund treten [58].

Die von 1994 bis 1996 amtierende christdemokratische Gesundheitsministerin Yvonne Herløv Andersen sprach in ihrer Rede auf dem Jahrestreffen der Vereinigung der Oberärzte (Overlægeforeningen) im August 1995 von der Wichtigkeit einer breiten Priorisierungsdebatte. Die Einbeziehung der Bürger sei notwendig für gelungene Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Denn wenn die Entscheidungen, die von Politikern und Ärzten getroffen werden, nicht die Haltungen der Bevölkerung widerspiegelten, könnten ernsthafte Probleme entstehen. Schlimmstenfalls könnte dies dazu führen, dass die Bürger dem ganzen System misstrauten. Eine Gefahr sei jedoch, dass die Priorisierungsdebatte auf eine Frage von "entweder oder" vereinfacht werde, zum Beispiel wie viele Hüftersatz-OPs man statt einer Herztransplantation durchführen könne. In Dänemark sei man jedoch nicht gezwungen, auf bestimmte Behandlungen zu verzichten. Es könne zwar in gewissen Bereichen zu Kapazitätsproblemen und Wartelisten kommen, aber wenn es eine wirksame Behandlung für eine Krankheit gebe, müsse diese angeboten werden. Statt "entweder oder" sei bei Priorisierung gefragt, welche Bereiche man wie gewichten wolle [59].

Aus Sicht des von 2000 bis 2001 amtierenden sozialdemokratischen Gesundheitsministers Arne Rolighed sollten die Politiker sich weitgehend aus der Priorisierung im Gesundheitswesen heraushalten. Die Entscheidung über die Behandlung, die einem Patienten angeboten werde sowie die Einführung neuer Technologien im Gesundheitswesen solle allein eine Sache der Ärzte sein. Er sei nicht der Ansicht, dass dies eine hemmungslose Selbstbedienung seitens der Patienten und Ärzte zur Folge haben würde. Zum einen müssten die von den Politikern festgesetzten Budgets eingehalten werden, zum anderen trügen die Ärzte die Verantwortung dafür, dass die durchgeführten Behandlungen wohlbegründet seien. Der Ausgangspunkt müsse sein, dass jede Behandlung, für deren positive Wirkung Evidenz vorliege, angeboten werden solle – vorausgesetzt die Forschung zu positiven und negativen Effekten der Behandlung sei abgeschlossen. In diesen Tagen, in denen die Menschen sich frei über Landesgrenzen hinwegbewegten, sei es nicht realistisch, den dänischen Patienten nicht die gleichen Behandlungsmöglichkeiten zu bieten wie sie die Patienten der Nachbarländer hätten. Es würde zudem gegen die ethische Pflicht, kranken Menschen zu helfen, verstoßen und zu einer Ausweitung des privaten Gesundheitssektors führen. Eine nicht akzeptable soziale Ungleichheit in der

Versorgung kranker Menschen wäre die Folge [60].

In den Jahren 2001 bis 2007 gab es kein eigenständiges Gesundheitsministerium. Der Innenminister Lars Løkke Rasmussen (Venstre) war für den Bereich Gesundheit zuständig. Er äußerte sich im Jahr 2001 zum Thema Prioritätensetzung. In Dänemark finde die Priorisierung über Wartelisten statt. Alles werde prinzipiell behandelt, aber wenn etwas als nicht so wichtig erachtet werde, müsse man sich auf lange Wartezeiten einstellen. Das sei eigentlich unehrlich, so Lars Løkke Rasmussen. Er plädierte für die Schaffung einer auf gesellschaftlichem Konsens basierenden "Positivliste", auf der die Diagnosen aufgeführt sein sollten, die im öffentlichen Gesundheitswesen behandelt würden [61].

Der von 2007 bis 2010 amtierende konservative Gesundheitsminister Jacob Axel Nielsen hielt im Januar 2009 auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft DMS (Dansk Medicinsk Selskab) eine Rede zum Thema Priorisierung. Am Beispiel des kürzlich eingeführten sogenannten NAT-Screenings (Nukleinsäure-Amplifikationstechnik) von Spenderblut auf HIV (Humanes Immundefizienz-Virus), das durch immense Kosten Aufmerksamkeit erregt hatte (siehe auch 3.5.4), schilderte er, wie man als Politiker zu der Entscheidung über die Einführung von neuen Technologien komme. Zum einen sei man in der Politik, insbesondere als Gesundheitsminister, massivem Druck durch die Medien ausgesetzt. Zum anderen müsse man als Politiker bei der Priorisierung im Gesundheitswesen auch auf das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung Rücksicht nehmen.

#### Die Parlamentarier

Das Interesse der Politik an der Priorisierung im Gesundheitswesen begann in den 70er Jahren. Im Jahr 1974 forderte das Parlament die Regierung auf, eine Kommission zu gründen, die sich mit der Priorisierung im Gesundheitswesen befassen sollte (siehe 3.4). Die zuvor als problematisch angesehene Beteiligung der Politik an der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen wurde von da an kaum in Frage gestellt.

Die unterschiedlichen Haltungen der Politiker zur Priorisierung lassen sich gut an einer Parlamentsdebatte aus dem Jahr 1988 nachvollziehen, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt wird [62]. Anlass war die Anfrage des Abgeordneten Jørgen Tved von der linksgerichteten Partei "Fælles Kurs" (Gemeinsamer Kurs) an die Gesundheitsministerin, welcher Art die Priorisierung sei, die zur Zeit im Gesundheitswesen vorgenommen werde, wer die Kriterien dafür bestimme und welche Konsequenzen die Priorisierung bisher gehabt habe und in Zukunft haben werde. Er wolle genau wissen, wer aussortiert werde und ob das Alter der Patienten dabei eine Rolle spiele, so Tved. Seine Besorgnis rühre von einer Aussage der Gesundheitsministerin her, 90-jährige Patienten sollten nicht erwarten, dass für sie alle Ressourcen der Gesellschaft zur Verfügung gestellt würden. Die Bevölkerung habe

zudem ein Recht darauf zu wissen, welche Krankheiten in Zukunft nicht behandelt werden sollten.

Die damalige Gesundheitsministerin Agnete Laustsen erläuterte in ihrer Antwort auf die Anfrage zunächst ihr Verständnis von Priorisierung. Gewisse Politiker glaubten, so Laustsen, dass Priorisierung mit Einsparung und Kürzung von Leistungen gleichzusetzen sei. Bei Priorisierung gehe es jedoch lediglich darum, eine Reihenfolge dafür aufzustellen, in welchem Umfang und in welcher Zeit man Aufgaben gelöst haben wolle. Ihre weiteren Ausführungen decken sich mit den Aussagen ihrer oben erwähnten Rede auf dem Seminar der Vereinigung der Krankenhausadministratoren im Februar 1988.

Jørgen Tved stellte daraufhin seine Ansicht von Priorisierung dar. Es gehe dabei nicht um Ressourcenverteilung zwischen verschiedenen Sektoren der Gesellschaft, sondern um Leben oder Tod. Man könne nicht von den Ärzten verlangen, die Entscheidung zu treffen, wer behandelt werden solle und wer noch ein paar Jahre leben dürfe. Das Parlament solle beschließen, dass keinem Menschen die Behandlung vorenthalten werden dürfe, sofern eine Behandlungsmöglichkeit bestehe. Dafür müssten die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Brigitte Husmark von der Sozialistischen Volkspartei (Socialistisk Folkeparti, SF) zeigte sich besorgt über den geringen Einfluss der Politik auf die Priorisierung im Gesundheitswesen. Insbesondere die Prioritäten auf dem Gebiet der Forschung und Entwicklung würden weder durch die Politiker bestimmt noch öffentlich diskutiert.

Britta Schall Holberg, ehemalige Gesundheitsministerin (1982-1986) von der Partei Venstre, erklärte, wenn eine Behandlung eine Verbesserung der Lebensqualität nach sich ziehe, müsse sie angeboten werden. Man dürfe keine Krankheiten festlegen, deren Behandlung zu teuer sei. Es sei ungerecht, wenn eine Person ein Leben lang immer wieder das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen könne, um zum Beispiel an Blinddarm, Krampfadern und Rücken behandelt zu werden, während eine andere Person, die bisher immer gesund gewesen sei und dann eine behandlungsintensive Krankheit bekomme, nicht behandelt werde, weil dafür keine Mittel zur Verfügung gestellt würden.

Die Debatte endete mit der Abstimmung des Parlaments über den Vorschlag der Sozialdemokraten und der Sozialistischen Volkspartei, die Regierung aufzufordern, allen Teilen der Bevölkerung in der Realität gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern. Die Sozialdemokratin Dorte Bennedsen begründete diese Formulierung mit der Notwendigkeit, die generellen Lebensbedingungen aller Bürger zu verbessern sowie Privatisierung und Selbstbezahlung (und damit soziale Ungleichheiten) im Gesundheitswesen zu verhindern. Der Vorschlag wurde angenommen.

Die Methode der Technologiebewertung, die sich in Dänemark Mitte der 90er Jahre etablierte, wurde von vielen Politikern sehr positiv aufgenommen und als Chance gesehen, Entscheidungen auf einer qualifizierten Grundlage zu treffen, statt die Priorisierung durch Stimmungen in Bevölkerung und Medien bestimmen zu lassen. Die Technologiebewertungen werden von Ärzten, Gesundheitsökonomen und anderen Fachleuten vorgenommen und enthalten Empfehlungen, ob die untersuchten Behandlungen, Untersuchungsmethoden oder Arzneimittel eingeführt werden sollten oder nicht. Der gesundheitspolitische Sprecher der Sozialistischen Volkspartei Jørn Jespersen begrüßte die Technologiebewertungen im Jahr 1996 als fachliche Grundlage, die es den Politikern ermögliche, zu entscheiden, ob eine Behandlung eingeführt oder abgelehnt werden solle. Aus Sicht der damaligen Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Parlaments, Ester Larsen von der Partei Venstre, gebe es keinen Weg, der um die Einbeziehung der Technologiebewertungen in die politischen Entscheidungen herumführe. Sie hebt vor allem den gesundheitsökonomischen Teil der Analysen hervor. Wenn eine Behandlung im Vergleich zu ihrem Effekt zu teuer sei, müsse die Politik sie ablehnen. Die konservative Parlamentsabgeordnete Henriette Kjær hält eine derartige Praxis für fern von "dänischem Gedankengang". Ökonomische Betrachtungen alleine dürften nicht zur Ablehnung von Behandlungen führen [63].

#### Die Politiker auf Amtsbezirks- beziehungsweise Regionsebene

Der Politiker Erling Tiedemann, Bürgermeister des Amtsbezirks Vejle von 1974 bis 1993, war einer der ersten, die sich öffentlich zur Priorisierung im Gesundheitswesen äußerten. In einem Artikel aus dem Jahr 1984 ruft er dazu auf, Priorisierung als Notwendigkeit offen anzuerkennen. Viele Menschen täten dies nicht, da sie sich durch Leugnung der Begrenztheit der Ressourcen eine Umverteilung zu Gunsten ihrer eigenen ökonomischen, fachlichen oder persönlichen Interessen erhofften. Tiedemann wirft die Frage auf, ob man Menschenleben gewichten könne. Seiner Ansicht nach würden Menschenleben seit Generationen mit einem unbewussten Preis versehen, welches er am Beispiel der Verkehrssicherheit erläutert. Es kämen in Dänemark jährlich 800 Menschen im Straßenverkehr ums Leben. Diese Todesopfer könnten fast alle vermieden werden, wenn man zusätzliche Milliarden in Autos und Straßen investieren und die zulässige Höchstgeschwindigkeit auf das Tempo eines Fahrrads senken würde. Die Erklärung dafür, dass man diese Maßnahmen noch nicht durchgeführt habe, könne nur darin liegen, dass die Gesamtkosten höher seien als der Wert der 800 Menschen [31]. Tiedemanns Idealvorstellung des Priorisierungsprozesses sehe vor, dass die Politiker die Obergrenze der Ressourcenanwendung festlegten und sowohl Ärzte als auch Politiker offen über die generelle Prioritätensetzung innerhalb dieses Rahmens diskutierten. Die Priorisierung der einzelnen Patienten sollten die Ärzte übernehmen, ohne die Patienten im Kampf um Ressourcen gegen konkurrierende Kollegen zu gebrauchen und ohne die für die Deckung des basalen Bedarfs bewilligten Mittel für neue teure Technologien zu verwenden [27].

#### 3 Ergebnisse

Im Februar 2009 legte Erling Tiedemann in einem Radio-Interview seine Ansichten zum Thema Priorisierung dar. Er wiederholte zum Großteil seine Ausführungen aus den 80er Jahren mit dem Unterschied, dass er heute den Personalmangel als entscheidendes Element der Ressourcenknappheit sieht. Die Begrenztheit der Zeit sei viel eher limitierend als die Begrenztheit des Geldes, so Tiedemann [64].

In einem Artikel in der Zeitschrift der Dänischen Amtsbezirke "Danmarks amtsråd" aus dem Jahr 1999 heißt es, die Politiker erlebten einen enormen Druck von Seiten der Medien, Patientenvereinigungen und Wähler, während ihr Hintergrundwissen, aufgrund dessen sie Entscheidungen träfen, nur gering sei. Sie fühlten sich unsicher und wünschten sich bessere Beratung. Der Vorsitzende der Vereinigung der Amtsbezirke (Amtsrådsforeningen), Kresten Philipsen, hält die übergeordnete Priorisierung von Bereichen der Medizin für eine Aufgabe der Politik, so zum Beispiel die Entscheidung, der Prävention von Zivilisationskrankheiten hohe Priorität einzuräumen. Die weitere Priorisierung sollten die Fachleute übernehmen. Allerdings sei der Spielraum für Prioritätensetzung eingeschränkt. Durch die freie Krankenhauswahl könnten die Bürger einfach eine Klinik in einem anderen Amtsbezirk aufsuchen, wenn sie mit den Prioritäten ihres eigenen Amtsbezirks nicht einverstanden seien [65].

Auch der Politiker Niels Handskemager vom Amtsbezirk Storstrøm beklagt, die freie Krankenhauswahl wirke wie Gift auf dezentrale Initiativen zur Priorisierung. Die Rechnung für den Krankenhausaufenthalt im benachbarten Amtsbezirk müsse der Amtsbezirk zahlen, in dem der Patient wohnhaft sei. Wenn also bestimmte Patienten posteriorisiert werden sollten, müsse darüber Einigkeit zwischen den Amtsbezirken herrschen [66].

Der von Politikern besetzte Gesundheitsausschuss des Amtsbezirkes Frederiksborg setzte sich Mitte der 90er Jahre mit Prioritätensetzung im Gesundheitssektor auseinander. Die Politiker wollten eine offene Priorisierung auf der Grundlage von zuvor festgelegten Prinzipien erreichen. Es gab allerdings nur wenige Anhänger einer handfesten Priorisierungsliste. Nach Meinung der Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses, Ingrid Christensen (Venstre), sei es zu rigide und entspreche nicht dänischer Mentalität, Menschen auf diese Weise zu sortieren [67].

Der sozialdemokratische Politiker Bent Hansen, Präsident der Dänischen Regionen, forderte im Jahr 2008 zu einer Diskussion über Priorisierung auf. Er warf die Frage auf, ob alle Patienten das gleiche Recht auf schnelle Behandlung haben sollten, oder ob man nicht zum Beispiel auf eine Krampfadern-Operation länger warten könne als auf die Behandlung eines schmerzhaften Rückenleidens. Es sei entscheidend zu erkennen, dass es bei der Schwere von Krankheiten beziehungsweise der Dringlichkeit ihrer Behandlung Abstufungen gebe. Dazu kämen drei Faktoren, die es noch wichtiger machten zu priorisieren: eine alternde Bevölkerung, neue Behandlungsmöglichkeiten und zunehmender Mangel an Gesundheitspersonal [68]. Vor

dem Hintergrund steigender Arzneimittelausgaben rief Bent Hansen zu einer Diskussion darüber auf, ob der Preis dafür, das Leben eines Menschen um ein, zwei oder vier Monate zu verlängern, zu hoch werden könne. Es sei nicht realistisch zu glauben, dass man in Zukunft jedes neu entwickelte Arzneimittel bezahlen könne. Daher müsse man priorisieren und das Geld so gut wie möglich einsetzen [69]. Im Januar 2009 kündigte Bent Hansen auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft an, die Regionen würden alles tun, um die Priorisierungsdebatte am Leben zu erhalten. Er äußerte die Sorge, dass "andere Kräfte" wie der sich ausweitende private Gesundheitssektor schleichend die Priorisierung übernehmen könnten, wenn keine offene Diskussion zustande komme.

## **Politikberatung**

Der Technologierat (Teknologirådet), eine Institution, die die Möglichkeiten und Konsequenzen von (auch nicht-medizinischen) Technologien beurteilen und die politischen Entscheidungsträger sowie die Bevölkerung darüber informieren soll, begann im Jahr 2006 ein Projekt zur Priorisierung im Gesundheitswesen. Die Mitglieder des Technologierates werden jeweils für drei Jahre von verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen und Ministerien ernannt, zum Beispiel von Forschungsministerium, Verbraucherrat, Arbeitgebervereinigung und Ökologischem Rat [70]. Der Technologierat verfolgt mit seinem Projekt das Ziel offenzulegen, wie die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen aktuell vorgenommen werde und einen öffentlichen und demokratischen Dialog über Priorisierungskriterien zu fördern [71].

In einem Bericht aus dem Jahr 2007 präsentiert der Technologierat die Ergebnisse des Projekts [26]. Im ersten Teil des Berichts wird beschrieben, wie und in welchen Foren die Prioritäten des Gesundheitswesens bestimmt werden (siehe 3.2). Außerdem werden ausländische Priorisierungsmodelle vorgestellt (siehe 3.8). Der Rat formuliert ein "demokratisches Ideal", wie die Prioritätensetzung ablaufen solle. So sollten auf der Grundlage eines aufgeklärten Entscheidungsprozesses sämtliche öffentlichen Mittel nach Wunsch der demokratisch gewählten Volksvertreter transparent verteilt werden. Auf diese Weise solle den Bürgern größtmöglicher Einfluss auf die Priorisierung gewährt werden.

Im zweiten Teil des Berichts werden die Ergebnisse von fünf Workshops präsentiert, die der Technologierat im Rahmen seiner Arbeit zur Prioritätensetzung im Jahr 2006 veranstaltet hat. Dazu waren in jeder Region Mitarbeiter des Gesundheitswesens und Politiker eingeladen, über Verbesserungsvorschläge für den Priorisierungsprozess zu diskutieren. Die Teilnehmer sprachen sich mehrheitlich dafür aus, ein übergeordnetes Priorisierungsmodell zu entwickeln, an dem man die Prioritätensetzung auf jedem Niveau ausrichten könne. Es sollten ethische Kriterien aufgestellt werden, anhand derer eine transparente, für jeden nachvollziehbare Priorisierung vorgenommen werden sollte. Als Beschlussgrundlage für die Priorisierung und

als "Bollwerk" gegen den großen Einfluss der Medizinindustrie bei der Einführung von neuen Behandlungen sollte das Verfahren der medizinischen Technologiebewertungen ausgebaut werden.

## **Zusammenfassende Betrachtung**

Die Mehrheit der dänischen Politiker, die sich in der Priorisierungsdiskussion geäußert haben, sehen die Notwendigkeit, sich mit der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen zu beschäftigen. Begründet wird dies meist damit, dass eine Ressourcenknappheit vorliege, die es gebiete sicherzustellen, dass die begrenzten Mittel gerecht verteilt würden. Allerdings gibt es auch immer wieder Stimmen, die fordern, dass kranke Menschen nicht in eine Rangfolge gebracht werden dürften.

Die Politik forderte schon frühzeitig (Mitte der 70er Jahre) die Beteiligung an der Priorisierung im Gesundheitswesen. Es herrscht seitdem weitgehend Einigkeit darüber, dass es Aufgabe der Politiker sei, die übergeordneten Prioritäten in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zu setzen, während die klinische, patientennahe Priorisierung den Ärzten überlassen werden sollte.

Generell lässt sich sagen, dass die Priorisierungsdiskussion über Parteigrenzen hinweg verläuft und kein Zusammenhang zwischen jeweiliger Parteizugehörigkeit und Standpunkten der Politiker in der Debatte zu erkennen ist.

# 3.5.2 Priorisierung aus Sicht der Ärzte

Die dänische Ärzteschaft scheint in der Priorisierungsdiskussion gespalten zu sein. Viele Mediziner sind misstrauisch, wenn es um den Begriff "Priorisierung" geht und vermuten dahinter die Absicht, Kürzungen im Gesundheitssektor vorzunehmen. Andere sehen die Notwendigkeit, Prioritätensetzung zu thematisieren, wodurch sie sich mehr Offenheit und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen erhoffen.

Einer der ersten Ärzte, die sich mit dem Thema Priorisierung auseinandergesetzt haben, war der Arzt Daniel Andersen aus Odense. Im Jahr 1984 meldete er sich in der Ärztezeitschrift "Ugeskrift for Læger" zu Wort und beklagte Kürzungen im Krankenhauswesen. Aus seiner Sicht schrieben die Politiker den Krankenhäusern einen viel zu engen finanziellen Rahmen zu und überließen den Ärzten – unter dem Deckmantel des euphemistischen Begriffes "Priorisierung" – die Aufgabe zu entscheiden, welche Patienten die Bürde der Einsparungen tragen sollten [72].

In den folgenden Jahren veröffentlichte Andersen einige Artikel, in denen er seine Vorstellungen des idealen Priorisierungsprozesses darlegt. Für entscheidend hält er den direkten

Dialog zwischen Ärzten und Politikern, der zur Zeit nicht stattfinde, weil eine Ebene von Administratoren zwischen ihnen stehe. Alle an der Priorisierung Beteiligten, auch die für Makroallokation (Ressourcenverteilung zwischen den verschiedenen Gesellschaftsbereichen und zwischen verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens) zuständigen Politiker, müssten sich zudem klar darüber werden, dass letztendlich immer Einzelpersonen von den Entscheidungen betroffen seien. Ökonomische Aspekte und Nutzen-Ethik - darunter versteht er die Vorrangigkeit dessen, wovon die meisten Menschen profitieren - dürften bei der Prioritätensetzung nicht überhand nehmen. Fachliche Kriterien alleine seien allerdings auch nicht ausreichend, daher müsse eine Diskussion darüber geführt werden, welche Werte eine Rolle spielen sollten [73].

Im Rahmen seiner Beteiligung an den Aktivitäten der FynGruppe im Jahr 1989 (siehe 3.7) stellte Andersen ein "Beschlussmodell" vor, an dem man sich bei der Priorisierung auf klinischer Ebene orientieren könne [28]. Dabei nennt er fünf Aspekte, die bei der Abwägung der Wichtigkeit verschiedener medizinischer Maßnahmen beachtet werden sollten:

#### Schwere der Krankheit

- physiologisch-anatomische Konsequenzen (rein medizinische Konsequenzen für die Krankheit, zum Beispiel Ausbreitung eines Tumors)
- Funktionseinschränkung (Fähigkeit des Patienten, seinen Interessen nachzugehen, empfundene Lebensqualität et cetera)
- Belastung anderer (Angehörige, Gesellschaft), zum Beispiel durch Pflegebedürftigkeit

## Änderung der Lebenszeit

- Verkürzung oder Verlängerung des Lebens durch die medizinische Maßnahme

## Patientenrechte

- Autonomie (Selbstbestimmungsrecht des Patienten)
- keine Ungleichbehandlung von Patienten aufgrund von sozialem Status, erwartetem Nutzen für die Gesellschaft, Selbstverschulden et cetera
- erworbene Rechte: wenn eine Patientengruppe eine Zeit lang eine bestimmte Behandlung erhalten habe, könne man diese nicht ohne weiteres wieder abschaffen
- besonderer Behandlungsbedarf: persönliche Verhältnisse des Patienten, durch die einer Behandlung besondere Wichtigkeit zukomme (zum Beispiel eine Handverletzung bei einem Klavierspieler)

– eventuell Alter (umstritten, ob jüngere Patienten bevorzugt werden sollen)

## Respekt für die einzelne Person

 die Verpflichtung des Arztes dem Patienten gegenüber sei umso größer, je mehr die Behandlung Einfluss nehmen würde auf die Möglichkeit des Patienten, sich physisch, psychisch und emotional zu entfalten

## Ökonomische Aspekte

- möglichst effektive Ressourcennutzung

Im Jahr 1993 verkündete Daniel Andersen, er glaube nicht länger, dass es möglich sei, übergeordnete Richtlinien für Priorisierung zu finden. Er selbst gewinne mehr und mehr Respekt vor der "grauen" Priorisierung, die ohne formulierte Prinzipien vor sich gehe. Die Priorisierungskriterien, die bisher in der Debatte erwogen worden seien, erschreckten ihn. So könne er es nicht akzeptieren, wenn ein Amtsbezirk vorschlage, Arbeitslose an das Ende der Warteliste zu setzen [74].

Der Oberarzt Axel Lademann vom Krankenhaus Ålborg spricht sich in einem Beitrag der Gesellschaft für Zukunftsforschung (Selskabet for Fremtidsforskning) von 1992 gegen Priorisierung aus. Durch Priorisierung werde Ungleichheit zwischen Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten geschaffen. Es würden Krankheiten benannt, die es nicht wert seien behandelt zu werden. Damit würde in der Medizin ein Rückschritt vollzogen von der Behandlung des ganzen Menschen zu der bloßen Krankheitsbehandlung [75].

Der Psychiater Leif Olstrup setzt sich in einem Artikel von 1993 für Kosten-Nutzen-Analysen in der Medizin ein. Die Ressourcen sollten dort eingesetzt werden, wo sie am meisten nützten. Um den Nutzen zu quantifizieren, sollten QALYs (Quality Adjusted Life Years) verwendet werden. Hierbei handelt es sich um ein Instrument, mit dem der Effekt einer medizinischen Intervention unter Einbeziehung der gewonnenen Lebensdauer, Lebensqualität und der Kosten berechnet wird. Dabei müsse aber jedes Fachgebiet für sich betrachtet werden. Durch aktive Teilnahme am Priorisierungsprozess könnten die Ärzte laut Olstrup erreichen, dass Gerechtigkeit zwischen den Patienten herrsche. Wenn man versuche, für die Behandlung eines Patienten möglichst viele Ressourcen zu sichern, vermindere man die Ressourcen, die für den nächsten Patienten zur Verfügung stünden. Abschließend fordert Olstrup seine Kollegen dazu auf, sich mit Gesundheitsökonomie zu beschäftigen und sich in die Debatte einzubringen. Andernfalls werde den Ärzten ihre Rolle als Entscheidungsträger abgenommen [76].

Der Arzt Henrik R. Wulff lehnt die Verwendung von QALYs ab. Das menschliche Leben habe zu viele Dimensionen, um eine Messung der Lebensqualität möglich zu machen. Er

zweifle daran, dass ein gutes Leben darin bestehe, so viel Glück wie möglich anzusammeln. Außerdem sehe er die Gefahr, dass die Politiker die Verantwortung für die Priorisierung im Gesundheitswesen aus der Hand gäben, indem sie sich auf Berechnungen von Gesundheitsökonomen ausruhten. In seinem Buch "Den samaritanske pligt" (Die samaritanische Pflicht) von 1995 stellt Wulff seine Ansichten zur medizinischen Ethik vor, die er als Alternative zu der utilitaristischen Sichtweise, dass es die Aufgabe des Gesundheitswesens sei, die Summe der Lebensqualität zu maximieren, bezeichnet. Ein Grundprinzip, auf dem das Gesundheitswesen beruhen müsse, sei die "samaritanische Pflicht", das heißt die Pflicht, Leiden und frühen Tod zu verhindern. Um eine gerechte Ressourcenverteilung zu erreichen, müssten zwei Kriterien erfüllt sein. Zum Einen solle das Gleichheitsprinzip gelten, das allen das gleiche Recht auf Leistungen des Gesundheitswesens einräume, zum Anderen das Bedarfsprinzip. Jeder solle je nach seinem Bedarf Leistungen erhalten [77].

Der Allgemeinmediziner Frede Olesen sieht die Rolle der Ärzte im Priorisierungsprozess darin, umfangreiche Daten für die Debatte bereitzustellen. Diese sollten neben dem rein medizinischen Nutzen einer Behandlung auch Informationen zu Kosten und Nebenwirkungen beinhalten. Auch sollten die Ärzte darüber Auskunft geben, wie die medizinischen Ressourcen alternativ verwendet werden könnten, das heißt welche Vorteile und Nachteile es hätte, sich auf andere Krankheiten zu konzentrieren [78].

Der Oberarzt Torben Jørgensen vom Krankenhaus Glostrup meint dagegen, die Ärzte seien nicht für Priorisierung gerüstet. Es sei für den einzelnen Arzt unmöglich, einen Überblick über die aktuelle Studienlage zu behalten [65].

Auf dem Jahrestreffen der Vereinigung der Oberärzte im August 1995 wurde das Thema Priorisierung im Gesundheitswesen diskutiert. Der Chefarzt Bent Christensen forderte zu einer Debatte über medizinische Technologien auf. Es würden weltweit Milliarden Dollar für medizinische Technologie ausgegeben, ohne dass irgendein Land hinterfrage, wie diese Milliarden am besten eingesetzt werden könnten und was man mit ihnen erreiche. Nur wenige Länder führten eine Politik, die die Forschung und damit die technologische Entwicklung in eine Richtung lenkten, die von der Bevölkerung im Voraus beschlossen worden sei. Im Kontext von Priorisierung sei daher eine zielgerichtete Forschungspolitik die wichtigste Maßnahme, denn die Forschung schaffe die Technologien, so Bent Christensen [59].

Der Vorsitzende der Vereinigung der Fachärzte (die Dachorganisation, der die Vereinigung der Oberärzte neben zehn weiteren Vereinigungen angehört), Jan Søltoft, fand auf dem Jahrestreffen der Oberärzte im Jahr 1995 scharfe Worte. Die gesundheitspolitische Debatte habe ein politisch repressives Ziel bekommen. Mit der Priorisierungsdiskussion würden Leistungskürzungen legitimiert. Die Ärzte seien zur Zeit die einzigen, die auf der Seite der Patienten stünden und das müsse so bleiben. Søltoft sprach sich für eine Änderung der Prioritätensetzung auf oberstem Niveau aus. Die Verteilung der Ressourcen zwischen den Sektoren finde ohne

politische und gesellschaftliche Debatte statt. Der soziale Sektor habe in den letzten Jahren einen unverhältnismäßig hohen Ressourcenzuwachs erfahren, während der Gesundheitssektor mit engen finanziellen Rahmen auskommen müsse. Dies sei auf die Vielzahl von Rechten zurückzuführen, die man im sozialen Sektor geltend machen könne. Søltoft forderte eine Behebung dieses Missstandes, indem entweder eine Ressourcenverschiebung vom Sozialsektor zum Gesundheitssektor vorgenommen oder ein Patientenrecht auf Behandlung eingeführt werde [59].

Aus Sicht des Professors der Mikrobiologie Niels Høiby sollten klinisch tätige Ärzte sich bei ihren Entscheidungen von dem sogenannten "Onkeltest" leiten lassen. Der Arzt müsse sich dem Patienten gegenüber so verhalten, als wäre dieser sein eigener Onkel. Die Priorisierungsdebatte als solche sei "in Ordnung", würde aber zu Verunsicherung und Furcht unter den Patienten führen, wenn sie sich nicht darauf verlassen könnten, dass die Ärzte auf ihrer Seite seien und ein Gegengewicht zu der wachsenden Anzahl von Gesundheitsbürokraten darstellten. Diese seien zu weit vom Patienten entfernt, um sich für die von ihnen vorgenommene Priorisierung persönlich verantwortlich zu fühlen [79].

Immer wieder Anlass zur Kontroverse zwischen Ärzten und Regierung bietet die sogenannte "erweiterte freie Krankenhauswahl". Die Einführung dieses Patientenrechts im Jahr 2002 stieß in der Ärzteschaft auf Protest. Führende Ärzte beschuldigten laut der Wochenzeitung "Weekendavisen" die Regierung, eine populistische Gesundheitspolitik ohne fachlichen Hintergrund zu führen. Die "erweiterte freie Krankenhauswahl" gab den Patienten das Recht, sich in privaten Kliniken oder im Ausland behandeln zu lassen, falls ihnen nicht innerhalb von zwei Monaten eine Therapie - meist handelte es sich um Operationen - in einem öffentlichen Krankenhaus angeboten werden konnte. Aus Sicht der Ärzte sollte sich die Aufmerksamkeit der Regierung statt auf die chirurgischen Patienten auf das größte Problem des Gesundheitswesens richten, die internistischen – meist älteren – Patienten. Die Ärzte hätten schon lange ein schlechtes Gewissen, weil die älteren Patienten auf den internistischen Stationen miserablen Verhältnissen auf überfüllten Fluren ausgesetzt seien, während das Geld an andere Patientengruppen gehe, so die "Weekendavisen" [66]. Die Suspension der "erweiterten freien Krankenhauswahl" im November 2008 (siehe 3.1) fand unter den Ärzten große Zustimmung. Sie forderten zusammen mit den dänischen Regionen die Regierung dazu auf, sie nicht wie geplant wieder einzuführen. Dann könnte man eine auf fachlichen Kriterien beruhende Priorisierung vornehmen, statt alle Patienten ungeachtet ihres Bedarfs innerhalb eines Monats - die ursprünglich in dem Gesetz vorgeschriebenen zwei Monate wurden im Jahr 2007 auf einen verkürzt - behandeln zu müssen. 14

Im Jahr 2007 machte eine Gruppe von Ärzten in der Tageszeitung "Politiken" auf den aus ihrer Sicht beunruhigenden Zustand des Krankenhauswesens aufmerksam. Es fehle an

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup>Ärztevertreter auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft (Dansk Medicinsk Selskab) am 23.01.2009

Personal, die Kliniken seien abgenutzt und veraltet, während die Behandlungsmöglichkeiten, Ansprüche und Erwartungen von Patienten und Politikern stiegen. Die Ärzte würden durch die Priorisierungen der Politiker dazu gezwungen, nur mangelhafte Leistungen zu erbringen. Sie hätten einerseits eine sehr große Verantwortung für die Patienten, aber andererseits nur einen sehr begrenzten Einfluss auf die Priorisierung der Ressourcen im Gesundheitssystem. Die Ärzte appellierten an die Regionen und die Regierung, an diesem Umstand etwas zu ändern [25].

Der Professor und Oberarzt Mikael Rørth aus Kopenhagen hält eine Priorisierungsdebatte für unumgänglich. Man könne sich nicht alles leisten und gerate daher in Situationen, in denen man wählen müsse, erklärte Rørth im Jahr 2008 in der Tageszeitung "Politiken" vor dem Hintergrund erheblich gestiegener Arzneimittelausgaben. Rørth, der Vorstandsmitglied der Dänischen Gesellschaft für Medizinische Priorisierung (siehe 3.4) ist, schlägt vor, die Priorisierung in Europa an zentraler Stelle vorzunehmen, zum Beispiel in einem gesamteuropäischen NICE-Institut [80]. Er nimmt hier Bezug auf das britische "National Institute for Health and Clinical Excellence", das medizinische Technologien hinsichtlich ihrer Kosten und Nutzen bewertet.

Die Dänische Medizinische Gesellschaft (DMS), ein Zusammenschluss von 115 medizinischen Gesellschaften mit 22.883 Mitgliedern, hielt im Januar 2009 ihr Jahrestreffen zum Thema Priorisierung im Gesundheitswesen ab. Michael Hasenkam, der Vorsitzende der DMS, kündigte an, dieses Treffen solle der Startschuss für eine umfassende Priorisierungsdebatte sein. Er begründete die Notwendigkeit einer Diskussion über Prioritätensetzung damit, dass die Ärzte bisher nur für ihre eigenen Patienten kämpften. Im Zusammenspiel mit unterschiedlich starken Patientenvereinigungen entstehe dadurch ein Ungleichgewicht, aus dem einige Patientengruppen als Sieger, andere als Verlierer hervorgingen. Die Dänische Medizinische Gesellschaft wolle erreichen, dass eine auf fachlichen Kriterien beruhende Priorisierung mit Blick auf die gesamte Gesundheitsversorgung vorgenommen werde.

Der Vorsitzende der Ärztevereinigung (Lægeforeningen) Jens Winther Jensen setzt sich für die Beteiligung der Ärzteschaft auf allen Ebenen der Priorisierung ein. Es sei wichtig, dass Ärzte auch auf dem politisch-administrativen Niveau eine Rolle spielten. Für die beratende Tätigkeit auf dieser Ebene hat die Ärztevereinigung im Jahr 2006 einen Kodex herausgegeben, nach dem sich die Ärzte richten sollten. Darin wird den Ärzten unter anderem empfohlen, ausführlich über den eigenen Hintergrund und eventuelle Interessenkonflikte Auskunft zu geben, sowie die Quellen anzuführen, auf die sie bei ihrer Beratung zurückgreifen. Außerdem sollten immer auch die Nachteile, Risiken und Kosten für Patienten und Gesellschaft genannt werden, die bei der Befolgung der Ratschläge zu erwarten seien [81].

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup>Jens Winther Jensen auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft (Dansk Medicinsk Selskab) am 23.01.2009

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Meinungen der Ärzteschaft zur Priorisierung sehr weit gestreut sind. Die Ansichten reichen von der Erkennung der Notwendigkeit, Priorisierung vorzunehmen bis zur völligen Ablehnung derselben. Viele Ärzte sehen sich als Anwälte ihrer Patienten. Dieser Umstand wird aktuell von der Dänischen Medizinischen Gesellschaft (DMS) als "Einzelkämpfertum" kritisiert, wodurch der ganzheitliche Blick auf den Gesundheitssektor verstellt werde und Ungerechtigkeiten in der Patientenversorgung entstünden.

## 3.5.3 Priorisierung aus Sicht des Ethikrates

Mit den ethischen Gesichtspunkten der Priorisierung hat sich vor allem der Ethikrat befasst (zum Ethikrat siehe auch 3.4). Er begann Anfang der 90er Jahre die Arbeit zu dem Thema mit der Durchsicht der damals verfügbaren (auch nicht-dänischen) Literatur zur Priorisierung. Dabei setzte er sich insbesondere mit den Aktivitäten des norwegischen Priorisierungskomitees (siehe 3.8) auseinander [47]. Im Jahr 1995 gab der Ethikrat eine Diskussionsgrundlage zur Prioritätensetzung im Gesundheitssektor heraus. Darin rief er zu einer offenen Diskussion über die Aufgaben und Ziele des Gesundheitswesens sowie über Priorisierungskriterien auf. Andernfalls würden Zufälle über die Verteilung der Ressourcen entscheiden. Außerdem stellte der Ethikrat die Priorisierungsmodelle Norwegens, Schwedens und der Niederlande vor, an denen man sich orientieren könne, da in diesen Ländern ähnliche Wertvorstellungen wie in Dänemark herrschten [49].

Im Jahr 1996 erschien die abschließende Stellungnahme des Ethikrates zur Priorisierung im Gesundheitswesen. Der Ethikrat widerspricht in seiner Stellungnahme der Meinung von Priorisierungskritikern, dass man Priorisierung durch eine Ausweitung des finanziellen Rahmens des Gesundheitssektors vermeiden könne. Auch im Falle eines Ressourcenzuwachses sei Priorisierung notwendig, da Entscheidungen darüber getroffen werden müssten, welche Bereiche ausgeweitet werden sollten. Der Ethikrat stellt klar, dass nicht zu erwarten sei, dass man durch eine breite, offene Debatte Einigkeit über jedes einzelne Detail der Priorisierung erreichen könne. Viele Entscheidungen müssten durch Ärzte und Pflegepersonal am Patientenbett getroffen werden. Allerdings sollten alle an dem Beschluss beteiligt werden, welche Kriterien in die Prioritätensetzung mit einzubeziehen seien. Außerdem solle durch eine offene Diskussion sichergestellt werden, dass die Priorisierung im ganzen Land einheitlich von statten gehe. Um zu vermeiden, dass die Behandlung, die man als Patient im Gesundheitswesen erhalte, davon abhängig sei, welche Ärzte zufällig gerade Dienst hätten, müssten die Entscheidungen auf einer mehr oder weniger ausdrücklich formulierten Wertgrundlage beruhen. Der Ethikrat schlägt vor, dem dänischen Gesundheitswesen folgende Werte zugrunde zu legen [21]:

- "Gleicher Wert" aller Menschen: jede Person sei einzigartig, daher dürfe die Verteilung der Ressourcen nicht auf ethnische Zugehörigkeit, Wohnsitz, Geschlecht, Alter, Selbstverschulden, sozialen Status oder Rolle in der Gesellschaft Rücksicht nehmen
- Solidarität: je größer der Bedarf des Einzelnen an Hilfe, desto größer sei die Verpflichtung der Gesellschaft, demjenigen zu helfen
- Sicherheit: alle sollten sich aufgrund der Gewissheit, dass ihnen im Bedarfsfall geholfen werde, sicher fühlen können
- Selbstbestimmung: niemand dürfe gegen seinen Willen behandelt werden; jeder sollte so weit wie möglich in die Gestaltung der Behandlung und Pflege miteinbezogen werden

Nach Festlegung der grundlegenden Werte müsse man nach Ansicht des Ethikrates definieren, welche Ziele man mit dem Gesundheitswesen erreichen wolle. Die übergeordneten Ziele des Gesundheitswesens könne man folgenderweise formulieren: "Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Bekämpfung und Linderung von Krankheiten im Hinblick darauf, allen die Möglichkeit zu geben, ihr Leben zu gestalten, unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund und ihren finanziellen Mitteln." Außerdem sollten Teilziele aufgestellt werden, die keinen Wert an sich hätten, sondern lediglich dazu dienen sollten, die übergeordneten Ziele zu erreichen. Der Ethikrat halte folgende Teilziele für sinnvoll [21]:

- soziale und geographische Gleichheit: unabhängig von geographischen Gegebenheiten sollte das Gesundheitswesen für alle in gleicher Weise zugänglich sein und es müsse sichergestellt werden, dass alle Gruppen der Gesellschaft sich bei Bedarf an das Gesundheitswesen wendeten
- Qualität: die im Gesundheitswesen angebotenen Leistungen sollten von höchst möglicher Qualität innerhalb des gegebenen ökonomischen Rahmens sein
- Kosten-Nutzen-Effektivität: die Ressourcen des Gesundheitssektors sollten so angewendet werden, dass sie so viel gesundheitlichen Gewinn wie möglich erzielten
- Demokratie und Mitbestimmung: die wichtigen Entscheidungen des Gesundheitssektors müssten demokratisch getroffen werden und die Nutzer des Gesundheitswesens sollten so viel Einfluss wie möglich auf die Behandlung und Pflege haben

Im Gegensatz zu früheren Ausführungen rät der Ethikrat in seiner letzten Stellungnahme zur Prioritätensetzung davon ab, von politischer Seite ein Priorisierungsmodell nach norwegischem, niederländischem oder schwedischem Vorbild auszuarbeiten. Diese seien durch ihre zu allgemeine Formulierung für die alltägliche Arbeit nicht besonders hilfreich. Stattdessen solle man sich auf die Gestaltung des Priorisierungsprozesses und die Diskussion einzubeziehender Priorisierungskriterien (zu den vom Ethikrat empfohlenen Kriterien siehe 3.6) konzentrieren. Der Priorisierungsprozess müsse durch Offenheit, Bürgerbeteiligung und die Möglichkeit,

Prioritäten ständig zu hinterfragen und zu ändern, gekennzeichnet sein. Schließlich müsse bei der Prioritätensetzung auf bestimmte Patientengruppen besondere Rücksicht genommen werden. Es handele sich um "schwache" Patienten, die von schweren Krankheiten betroffen seien und/oder Schwierigkeiten hätten, ihre Interessen in der Öffentlichkeit geltend zu machen. Als Beispiel nennt der Ethikrat die unheilbar Kranken und Sterbenden sowie die psychiatrischen Patienten [21].

Es bleibt weitgehend unklar, wie die Stellungnahme des Ethikrates zur Priorisierung in der Medizin aufgenommen wurde. Dazu konnte keine Literatur ausfindig gemacht werden, wobei es aus den Jahren 1997 bis 2005 ohnehin nur wenige Treffer bei der Recherche gab. Der Arzt und Ethiker Søren Holm, der an der Veröffentlichung der Stellungnahme im Jahr 1996 beteiligt war, berichtet von positiven Rückmeldungen vor allem aus der Politik. 16 Jedoch seien die Anregungen des Ethikrates nicht umgesetzt worden. Der Ethikrat selbst habe dies aber nicht weiterverfolgt, was sich aus der Arbeitsweise des Rates ergebe, jeweils ein Thema zur Zeit zu bearbeiten und dieses mit der Veröffentlichung einer Stellungnahme abzuschließen.

## 3.5.4 Priorisierung aus Sicht der Gesundheitsökonomie

Die gesundheitsökonomische Sicht auf die Fragestellungen der Priorisierung hat seit Ende der 80er Jahre vor allem das Dänische Gesundheitsinstitut DSI (Dansk Sundhedsinstitut) vertreten. Das DSI ist eine rechtlich selbstständige Forschungseinrichtung, die sich mit Organisation und Struktur des Gesundheitswesens, Gesundheitsökonomie, Qualitätsentwicklung, HTA (Health Technology Assessment) und Medizininformatik befasst. Sie wird getragen vom Staat, von den Dänischen Regionen und von der Vereinigung der Dänischen Kommunen [42].

Die Publikationen des DSI zum Thema Priorisierung im Gesundheitswesen stellen detaillierte Analysen der Kosten und Nutzen von ausgewählten Behandlungen/Vorsorgeprogrammen dar. Als Beispiel soll im Folgenden die erste Veröffentlichung des DSI zum Thema Prioritätensetzung dienen: der 1989 erschienene Bericht "Priorisierung im Gesundheitswesen. Gesellschaftsökonomische Analysen von Herz- und Lebertransplantationen- eine kommentierte Übersicht" [43]. Die Autoren wollten durch Zusammenstellung der Daten zu Nutzen und Kosten von Herz- und Lebertransplantationen den Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens eine Grundlage für wohlüberlegte Beschlüsse zur Verfügung stellen. Aus Sicht des DSI ist es in steigendem Maße notwendig, die Ökonomie in der Priorisierung zu berücksichtigen, da die Konkurrenz um die Ressourcen härter geworden sei. Es sei daher

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup>Experteninterview, Oktober 2009

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup>früher Dänisches Krankenhausinstitut (Dansk Sygehusinstitut) genannt

nötig zu hinterfragen, was man bei den Leistungen des Gesundheitswesens für das Geld bekomme.

Den größten Teil des Berichts nimmt die Aufführung von ausländischen Daten zu Kosten und Nutzen von Herz- und Lebertransplantationen für die Gesellschaft, die Patienten und die Angehörigen ein. Darauf folgt eine Einführung von QALYs (Quality Adjusted Life Years) als Methode, das Ausmaß des Nutzens einer Maßnahme im Gesundheitswesen festzustellen. Es werden auch Probleme der QALYs aufgeführt. Abschließend wird in Frage gestellt, ob die QALYs sich als Priorisierungsinstrument bewähren werden und die Forderung formuliert, dass im Falle einer Verwendung von QALYs die Entscheidungsträger mit den Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen dieser Methode vertraut sein und diese für alle offen legen müssten.

In den folgenden Jahren gab das DSI weitere Berichte nach dem gleichen Schema heraus. Im Jahr 1991 war das Thema die ökonomische Analyse der Behandlung von Frühgeborenen in Dänemark [44], im Jahr 1994 ging es um die gesundheitswissenschaftliche Planung und Priorisierung von Schwangerenvorsorge [45].

Anita Alban, eine Gesundheitsökonomin, die an den Publikationen des DSI zum Thema Priorisierung beteiligt war, fordert in einem Artikel aus dem Jahr 1992, QALYs in die Prioritätensetzung mit einzubeziehen [82]. Bei begrenzten Ressourcen gelte es, so viel Gesundheit wie möglich für das zur Verfügung gestellte Budget zu bekommen. Sie räumt ein, dass die Methode noch verbesserungswürdig sei, aber es sei auch utopisch, auf den "perfekten Priorisierungsprozess" zu warten. Die Verwendung von QALYs sei aus Sicht der Gesundheitsökonomie attraktiv, weil diese generalisierbar seien und eine solide theoretische Grundlage hätten. Man könne QALYs sowohl für die Betrachtung von hypothetischen als auch von aktuellen Situationen verwenden und sie leicht in ökonomische Analysen einfließen lassen. Allerdings dürften QALYs nicht alleine stehen. Immer müsse bei Priorisierung auch eine politische Abwägung von ethischen Aspekten und Gleichheitsbegriffen erfolgen [44].

Ab Mitte der 90er Jahre wurde es still um das Dänische Gesundheitsinstitut in der Priorisierungsdebatte. Mit dem Wiederaufleben der Diskussion im neuen Jahrtausend meldete sich auch das DSI erneut zu Wort. Der Gesundheitsökonom Jakob Kjellberg kritisierte im Jahr 2008 den aus seiner Sicht fehlenden politischen Willen zur Prioritätensetzung [83]. Sobald eine neue medizinische Technologie in den Medien vorgestellt werde, führten die Politiker sie sofort ein, obwohl das Geld an anderer Stelle im Gesundheitswesen viel besser eingesetzt werden könnte. Als Beispiel nennt Kjellberg das NAT-Screening (Nukleinsäure-Amplifikationstechnik) von Spenderblut, dessen Einführung im Frühjahr 2008 vom Parlament beschlossen wurde. Diese zusätzliche Untersuchung von Spenderblut auf HIV koste 42 Millionen Kronen im Jahr, verhindere eine HIV-Infektion alle 10 Jahre und sei damit im Verhältnis zu ihrem Nutzen extrem teuer [84]. Es gebe unendliche Möglichkeiten, an anderen Stellen des

Gesundheitswesens mehr für das Geld zu bekommen. Kjellberg zeigt allerdings Verständnis dafür, dass Politiker, die sich im ständigen Licht der Öffentlichkeit befänden, solche aus seiner Sicht irrationalen Entscheidungen träfen. Daher sei es nötig, die Priorisierung vom alltäglichen politischen Prozess abzuschirmen, zum Beispiel indem man sich bei der Einführung von neuen Technologien im Gesundheitssektor an den Stellungnahmen des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) orientiere.

Der Professor der Gesundheitsökonomie und Direktor des DSI, Jes Søgaard, empfiehlt ebenfalls, Kosten-Nutzen-Berechnungen und die Empfehlungen des NICE in die Priorisierung mit einzubeziehen. Allerdings warnt er davor, gesundheitsökonomische Analysen mit einem Automatismus zu belegen und allein diese als Grundlage für Prioritätensetzung zu verwenden, ohne andere Aspekte zu berücksichtigen. <sup>18</sup>

Weiter beteiligte sich Mitte der 90er Jahre eine Gruppe von Gesundheitsökonomen von der Universität Odense mit einem Beitrag an der Priorisierungsdebatte. Mit ihrem Buch "Auswählen – über Priorisierung im Gesundheitssektor" beabsichtigen die Autoren, in leicht zugänglicher Form die ökonomische Sichtweise von Priorisierung darzustellen [35]. Der Gesundheitsökonom Kjeld Møller Pedersen, der nicht an dieser Veröffentlichung beteiligt war, bezeichnet das Buch als "stillen Protest" gegen die im gleichen Jahr herausgegebene Diskussionsgrundlage des Ethikrates zur Priorisierung im Gesundheitswesen [49]. Die Gesundheitsökonomen waren der Ansicht, dass in der Veröffentlichung des Ethikrates die ökonomische Dimension zu wenig Raum einnehme. In ihrem Buch stellen sie ökonomische Modelle vor und übertragen marktwirtschaftliche Prinzipien auf das Gesundheitswesen. Es wird jedoch nicht nur eine rein ökonomische Betrachtung vorgenommen. Ein Kapitel beschäftigt sich mit Gleichheit im Gesundheitssektor [35].

Bei einer Anhörung im Parlament zu der Priorisierung von Arzneimitteln im September 1999 machten die Gesundheitsökonomen Jes Søgaard und Kjeld Møller Pedersen darauf aufmerksam, dass fast alle gesundheitsökonomischen Analysen durch Pharmafirmen durchgeführt oder zumindest zum Teil von diesen finanziert würden. Es sei daher nötig, ein Gegengewicht zu schaffen, um unabhängige Informationen zu erhalten [65].

Der Professor der Gesundheitsökonomie Kjeld Møller Pedersen hat sich seit Beginn der 90er Jahre bis in die heutige Zeit mit Priorisierung auseinandergesetzt. Dabei geht er oft weit über die Grenzen seines eigenen Fachgebietes hinaus. Am ausführlichsten beleuchtet Møller Pedersen das Thema Prioritätensetzung in seinem Buch "Gesundheitspolitik" aus dem Jahr 2005 [29]. Anhand von zahlreichen Beispielen wie künstliche Befruchtung, Mammographie-Screening und die Debatte über das Arzneimittel Beta-Interferon stellt Møller Pedersen seine Auffassung von Priorisierung dar. Er grenzt sich "den Kreisen" gegenüber ab, die Priorisierung auf die Anwendung von ökonomischen Analysen begrenzen wollten. Im Priorisierungsprozess

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup>Jes Søgaard auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft (DMS) am 23.01.2009

dürfe man sich nicht darauf beschränken, nur Kosten und Nutzen zu betrachten, sondern müsse auch Aspekte der Gerechtigkeit und ethische Kriterien mit einbeziehen. Bei Prioritätensetzung in einem öffentlich finanzierten Gesundheitswesen würden die Entscheidungen immer für andere getroffen. Die Politiker, Administratoren und Ärzte müssten ihre Priorisierung daher mit Verweis auf allgemein akzeptierte Werte begründen können.

## 3.5.5 Priorisierung aus rechtlicher Sicht

Die rechtliche Perspektive der Prioritätensetzung nimmt in der dänischen Priorisierungsdebatte nur einen kleinen Raum ein. Am meisten hat sich der Jurist Lars Nordskov Nielsen mit dieser Fragestellung beschäftigt. Er war sowohl an den Priorisierungsaktivitäten im Amtsbezirk Fyn Ende der 80er Jahre (siehe 3.7) als auch an der Arbeit des Ethikrates zur Prioritätensetzung Mitte der 90er Jahre (siehe 3.5.3) beteiligt. In der Debatte über rechtliche Gesichtspunkte geht es vor allem um die Vor- und Nachteile der Einführung von Rechtsansprüchen von Patienten gegenüber dem Gesundheitswesen.

In der Stellungnahme der "FynGruppe" aus dem Jahr 1989 [85] ist ein von dem Juristen Lars Nordskov Nielsen verfasstes Kapitel zu den rechtlichen Gesichtspunkten der Prioritätensetzung enthalten. Nordskov Nielsen stellt darin drei denkbare Priorisierungsmodelle vor:

- 1. eine relativ präzise Rangliste über alle Kategorien von Krankheiten, Patientengruppen oder Behandlungen, welche von oben nach unten "abgearbeitet" wird, so weit die Ressourcen reichen
- 2. die Entscheidung über die Durchführung von Behandlungen beruht immer auf einer konkreten Abwägung des Einzelfalles, wobei im Vornherein festgelegt wird, welche Kriterien bei der Entscheidung berücksichtigt werden sollen beziehungsweise nicht einbezogen werden dürfen
- 3. eine Mischung aus 1 und 2, wobei auf der einen Seite Rechtsansprüche der Patienten auf Behandlung bestimmter Krankheiten festgelegt werden und auf der anderen Seite wie unter 2 beschrieben konkrete Beurteilungen vorgenommen werden

Außerdem befasste Nordskov Nielsen sich mit der Frage, ob Patienten im derzeitigen Gesundheitswesen einen Anspruch auf gewisse Behandlungen hätten. Er stellte dabei fest, dass die Gesetzeslage auf diese Fragestellung nur sehr wenige Antworten biete. Nur wenige Bereiche wie Schwangerschaft, Geburtshilfe und Schwangerschaftsabbruch seien gesetzlich klar geregelt. Die Ursache dafür sehe er in der unter Politikern und Bevölkerung weit verbreiteten Ansicht, dass jeder immer Anspruch auf die bestmögliche Behandlung habe [85].

Da nach Lars Nordskov Nielsen die Rechtsprechung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens keine Aussage treffe über die Kriterien, die bei der Priorisierung eine Rolle spielen sollten, müssten allgemein anerkannte generelle Rechtsprinzipien zur Anwendung kommen. Diese sprächen klar dagegen, Kriterien wie Geschlecht oder sozialer Status in die Prioritätensetzung mit einzubeziehen. Andererseits müsse darauf Wert gelegt werden, ob Patienten bisher ein "Recht" auf eine gewisse Behandlung gehabt hätten. Die Weiterführung von bisher angebotenen Behandlungen solle der Einführung neuer Behandlungen (für andere Patienten) vorgezogen werden [85].

Im Jahr 1985 wurde vom Obersten Gerichtshof ein Urteil gefällt, das aus Sicht von Nordskov Nielsen den Amtsbezirken einen relativ großen Spielraum einräumte, die Behandlungsstandards an den Ressourcenverhältnissen auszurichten. So wurde ein Krankenhaus, in dem nach Operationen die Patienten aus medizinischer Sicht nicht optimal überwacht wurden, von Schadensersatzpflicht freigesprochen, da die Vorgehensweise der Klinik dem entspreche, was in vergleichbaren Krankenhäusern praktiziert werde. Der Oberste Richter Nils Pontoppidans begründete das Urteil damit, dass es nicht in erster Linie eine juristische, sondern eine politisch-ökonomische Fragestellung sei, wie viele Ressourcen dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt würden. Daher müsse der Standard innerhalb recht weiter Rahmen von den politischen Instanzen festgelegt werden – begrenzt dadurch, was medizinisch zu verantworten sei [85].

Bei der Priorisierung sei darauf zu achten, so Nordskov Nielsen, dass das Gesundheitswesen wie andere öffentlich verwaltete Bereiche gewisse Rechtssicherheitsstandards einhalten müsse. Dabei sei vor allem die Vorhersehbarkeit und die Prozesssicherheit zu nennen. Die Vorhersehbarkeit sei im Gesundheitswesen so zu verstehen, dass dem Patienten eine fachlich gute, auf den jeweiligen Bedarf abgestimmte Behandlung zugesichert werde. Prozesssicherheit sei in gewissem Maße gewährleistet durch die Pflicht, den Patienten vor Eingriffen aufzuklären und sein Einverständnis einzuholen. Außerdem müsse es im Zusammenhang mit Priorisierung für den Patienten eine Möglichkeit geben, sich mit Klagen über bestimmte Prioritäten an eine Beschwerdestelle zu wenden [85].

Beim Jahrestreffen der Vereinigung der Oberärzte im Jahr 1995 zum Thema Priorisierung im Gesundheitswesen wurden auch rechtliche Aspekte der Priorisierung angesprochen. Es herrschte weitgehend Einigkeit darüber, dass ein Gesetz zu Patientenrechten eingeführt werden müsse. Allerdings gab es auch kritische Stimmen. Der Arzt Erik B. Obel vom Krankenhaus Øresund gab zu bedenken, dass Rechtsansprüche von Patienten innerhalb eng gefasster Budget-Rahmen zu einer übermäßigen Priorisierung bestimmter Patientengruppen führen könne. So sei in seiner Abteilung zu beobachten, dass aufgrund des Rechts auf Abtreibung bis zur 12. Schwangerschaftswoche andere Behandlungen posteriorisiert würden [59].

Der Ethikrat befasst sich in seiner Diskussionsgrundlage zur Priorisierung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 1995 mit der Frage, ob der Bevölkerung ein Rechtsanspruch auf gewisse medizinische Leistungen gewährt werden solle. Das Hauptargument für ein Gesetz zu bestimmten Patientenrechten sei, dass dieses eine wünschenswerte Stärkung der Rechtspostition der Bürger darstellen würde. Dagegen spreche, dass die ökonomischen Konsequenzen für die Gesellschaft schwer zu überschauen seien. Außerdem könnten auf dem Gebiet des Gesundheitswesens Rechtsansprüche nicht so präzise formuliert werden wie es im allgemeinen bei der Ausformung von Gesetzen anzustreben sei. Andererseits könnten auch vage formulierte prinzipielle Rechtsansprüche eine politische Signalwirkung haben und die Behörden stärker verpflichten einzugreifen, wenn gewisse Minimalstandards von Leistungen nicht erfüllt würden [49].

Im Jahr 1998 wurde ein Gesetz zur rechtlichen Position von Patienten erlassen. Es sichert den Patienten unter anderem das Recht auf Selbstbestimmung und Akteneinsicht zu. Im Jahr 2002 wurde das seitdem viel diskutierte Recht auf erweiterte freie Krankenhauswahl eingeführt. Patienten, denen nicht innerhalb von zwei Monaten eine Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus angeboten werden konnte, hatten das Recht auf Behandlung in einer Privatklinik oder im Ausland. Im Jahr 2007 wurde die Zeitspanne auf einen Monat verkürzt [8]. Besonders die Dänische Medizinische Gesellschaft, eine Dachorganisation medizinischer Fachgesellschaften, und die Dänischen Regionen kritisieren aktuell das Recht auf erweiterte freie Krankenhauswahl als Verursacher von Ungleichheit im Gesundheitswesen. Durch das Gesetz würden bestimmte Patientengruppen, bei denen sich eine Wartezeit explizit angeben lasse (vor allem chirurgische Patienten) zu Lasten von anderen Gruppen bevorzugt. An Stelle der Zusicherung einer bestimmten Wartezeit ungeachtet des Bedarfs des jeweiligen Patienten solle nach Ansicht der Kritiker eine differenzierte Priorisierung anhand von fachlichen Kriterien treten. <sup>19</sup>

# 3.6 Priorisierungskriterien

Es existieren in Dänemark keine offiziellen Richtlinien für die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Nach Ansicht des Technologierates, der im Jahr 2007 einen Bericht zur Priorisierung veröffentlicht hat, gibt es jedoch eine Reihe von allgemein akzeptierten Kriterien, die bei der alltäglichen Priorisierung verwendet werden [54]. Vorrang werde gewährt:

- der lebensbedrohenden Erkrankung vor der weniger bedrohlichen
- der akuten Erkrankung vor der, die nicht sofortiges Handeln erfordere

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup>Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft (DMS) am 23. Januar 2009

- dem schmerzhaften Leiden vor dem weniger schmerzhaften
- der vielversprechenden Behandlung vor der aussichtslosen
- der weniger riskanten Behandlung vor der riskanten
- der kosteneffizienteren Behandlung vor der weniger kosteneffizienten
- der Behandlung, die viele gute Lebensjahre bringe vor der, die es nicht tue
- der Behandlung, die die Möglichkeit biete, eine Technologie weiterzuentwickeln, wodurch langfristig eine bessere Versorgung in Aussicht gestellt werde
- dem Versorger vor dem Alleinstehenden
- dem Kind vor dem Greis

Im Folgenden soll auf die Priorisierungskriterien näher eingegangen werden, die in der dänischen Priorisierungsdebatte diskutiert und zum Teil tatsächlich in der Gesundheitsversorgung verwendet werden.

## Schwere der Krankheit

Es herrscht Einigkeit darüber, dass die Schwere der Krankheit bei der Priorisierung eine bedeutende Rolle spielen soll.

Im Amtsbezirk Storstrøm wurde Mitte der 90er Jahre ein Priorisierungsmodell entwickelt, das auf nur zwei Kriterien beruhte: die Schwere der Krankheit und der Nutzen der vorgesehenen Behandlung (siehe 3.9.2). Definiert wurde die Schwere der Krankheit durch das Ausmaß der Funktionseinschränkung und der Schmerzen sowie das Risiko für Invalidität oder Tod bei ausbleibender Behandlung [86].

In der Bevölkerung findet dieses Kriterium nahezu uneingeschränkten Zuspruch. In einer von der Gesundheitsverwaltung des Amtsbezirks Frederiksborg im Jahre 1994 durchgeführten Umfrage wurde die Meinung der Bürger zu verschiedenen Priorisierungskriterien eingeholt [67]. Von den 1186 Personen, die den Fragebogen zurückgeschickt hatten (bei 1416 Angeschriebenen) gaben 90% an, dass Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten als erstes behandelt werden sollten. 88% der Befragten waren zudem der Meinung, dass Patienten mit starken Schmerzen bevorzugt werden sollten.

## Berufstätigkeit/Nutzen für die Gesellschaft

In nahezu allen Beiträgen der dänischen Debatte wird es abgelehnt, Berufstätigkeit als Priorisierungskriterium zu verwenden. Nach Meinung des Arztes Daniel Andersen, der sich seit Ende der 80er Jahre rege an der Diskussion beteiligt hat, ist die Bevorzugung derjenigen, die der Gesellschaft am meisten nutzen könnten, nicht mit dänischen Wertvorstellungen vereinbar. Es gelte das Prinzip, dass die Gesellschaft allen Bedürftigen Hilfe anbiete, ungeachtet von Gegenleistung [33]. Im Rahmen seiner Arbeit in der FynGruppe im Jahr 1989 (siehe 3.7) stellte Andersen heraus, dass man keine "Ungleichbehandlung" von Patienten zulassen könne und daher keine Rücksicht auf den zu erwartenden Einsatz des Patienten für die Gesellschaft genommen werden dürfe [28].

Der Ethikrat unterscheidet in seiner abschließenden Stellungnahme zur Priorisierung von 1996 zwischen zwei Ebenen, auf denen Erwerbstätigkeit als Priorisierungskriterium zur Anwendung kommen könne [21]. Während auf der politisch-administrativen Ebene Berufstätigkeit unter keinen Umständen als Kriterium genutzt werden dürfe, sei es auf der klinischen Ebene in speziellen Situationen akzeptabel. So könne man Patienten bevorzugen, für die der Verlust ihres Arbeitsplatzes eine ganz besondere Härte bedeuten würde. Im Prinzip sei aber die Einbeziehung von sozialem Status oder der Rolle in der Gesellschaft für den Ethikrat nicht zulässig, da einer der grundlegenden Werte des Gesundheitswesens der "gleiche Wert" aller Menschen sei.

In der oben vorgestellten Umfrage der Gesundheitsverwaltung des Amtsbezirks Frederiksborg antworteten nur 30% der Befragten, dass Patienten, die aufgrund von Krankheit in Gefahr sind, ihre Arbeit zu verlieren, vor solchen behandelt werden sollten, die nicht erwerbstätig sind [67].

Dass die Realität anders aussehen kann als die theoretischen Überlegungen zur Unbrauchbarkeit des Kriteriums Berufstätigkeit vermuten lassen, zeigt ein Interview mit dem Oberarzt Kjell Hougaard aus dem Jahre 1997 [87]. Seiner Ansicht nach müsse man erwerbstätige Patienten Rentnern gegenüber bevorzugen, da jene aufgrund ihres Arbeitsausfalls in soziale und ökonomische Schwierigkeiten kämen.

In den Richtlinien der Region Midtjylland vom Oktober 2008 zur Priorisierung von Patientengruppen heißt es, Erwerbsstatus, Wohnverhältnisse oder soziale Faktoren könnten bei der Rangordnung der Patienten eine Rolle spielen [88]. Wenn ein Patient in der Gefahr sei, aufgrund von Krankheit seinen Arbeitsplatz zu verlieren, könne dieser bevorzugt werden, so Peter Ravn Riis von der Gesundheitsverwaltung der Region Midtjylland im April 2009. Allerdings dürfe dieses Kriterium nur selten zur Anwendung kommen. Es dürfe nicht zu einer generellen Priorisierung von Erwerbstätigen gegenüber Arbeitslosen kommen.<sup>20</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup>Experteninterview, April 2009

Jens Elkjær, der Gesundheitsdirektor der Region Syddanmark, ist in der Hinsicht anderer Meinung. Wenn das Risiko bestehe, dass jemand seine Arbeit verliere, müsse er bevorzugt werden. "Wir brauchen Priorisierung im dänischen Gesundheitswesen, wenn uns Arbeitskräfte fehlen." [89]

Auch von Seiten des Staates finde laut Sophie Hæstorp Andersen, sozialdemokratisches Parlamentsmitglied, eine Bevorzugung von erwerbstätigen Personen statt. Der Staat gewähre arbeitgeberbezahlten privaten Krankenversicherungen Steuererleichterungen, was dazu führe, dass insbesondere größere Unternehmen ihren Mitarbeitern Zusatzversicherungen finanzierten [90].

#### Alter

Umstritten ist die Frage, inwiefern Alter in Priorisierungsentscheidungen mit einbezogen werden darf beziehungsweise sollte. Von vielen Autoren wird dies abgelehnt, oft aber auch offen gelassen und auf die Notwendigkeit hingewiesen, darüber zu diskutieren.

Daniel Andersen bezieht im Rahmen der Veröffentlichung der "FynGruppe" noch keine klare Stellung zu dem Kriterium Alter. Er präsentiert lediglich jeweils ein Argument für die Bevorzugung von jüngeren beziehungsweise älteren Patienten. So hätten jüngere Menschen noch keine Gelegenheit gehabt, ihr Leben zu gestalten, andererseits hätten die Älteren schon einen verdienstvollen Einsatz für die Gesellschaft gezeigt und zum Beispiel das Gesundheitswesen mitaufgebaut [28]. Einige Jahre später zeigte sich Andersen deutlicher in seiner Haltung. Alter als Priorisierungskriterium zu verwenden sei ungerecht, auch wenn es seiner Ansicht nach von der Gesellschaft akzeptiert sei, die Jüngeren vorzuziehen. Andersen widerspricht dem Argument, dass Jüngere zu bevorzugen seien, weil sie mehr Jahre zu gewinnen hätten als Ältere. Die Anzahl der gewonnenen Jahre sage nichts über deren Qualität aus – vielleicht erlebten Ältere die gewonnenen Jahre besonders intensiv [33].

Auch in einem Beitrag der Gesellschaft für Zukunftsforschung wird Alter als Priorisierungskriterium abgelehnt. Natürlich dürfe und müsse aber die Behandlung bei einem älteren Patienten bei zu hohem Komplikationsrisiko unterlassen werden [39].

Der Ethikrat lehnt prinzipiell eine Rangordnung von Patienten aufgrund ihres Alters ab, da jeder Mensch "gleich viel wert" sei. Allerdings sei auf der klinischen Ebene in ganz besonderen Fällen, in denen eine Wahl zwischen zwei Personen getroffen werden müsse, eine Anwendung des Alters-Kriteriums zulässig [21]. Davon nahm der Vorsitzende der Vereinigung der Fachärzte Jan Søltoft im Jahr 1995 Abstand. Für ihn sei das Fragezeichen, das der Ethikrat an dem Alterskriterium hängen lasse, inakzeptabel. Das Alter der Patienten dürfe bei Priorisierung keine Rolle spielen [59].

In der Umfrage des Amtsbezirks Frederiksborg zeigte sich die Mehrheit (48%) uneinig mit der Aussage, dass jüngere Patienten älteren gegenüber bevorzugt werden sollten. 34% der Befragten bezogen keine Stellung zu dieser Frage [67].

In der Realität kommt das Alters-Kriterium anscheinend nicht selten zum Einsatz. Die dänische Tageszeitung "Jyllandsposten" deckte Mitte der 90er Jahre auf, dass im Universitätsklinikum Odense Patienten über 70 Jahre bei Schlaganfall oder Hirnblutung nicht auf die neurologische Station gelegt wurden. Sie kamen stattdessen auf eine internistische Station, wo ihnen keine speziell auf ihr neurologisches Krankheitsbild ausgerichtete Behandlung angeboten werden konnte. Nach Einschätzung des Journalisten Henrik Dørge sei dies kein Einzelfall und nur durch die Unvorsichtigkeit der Ärzte, ihre Praxis in einer internen Anweisung zu formulieren, bekannt geworden [91]. Das Vorgehen der Kliniken wurde laut Arzt und Ethiker Søren Holm in den auf die Bekanntwerdung folgenden Diskussionen mehrheitlich als unzulässige Altersdiskriminierung angesehen und von den zuständigen Behörden untersagt.<sup>21</sup>

## Selbstverschulden

Ein Kriterium, das durchweg abgewiesen wird, ist das Ausmaß der eigenen Schuld am Krankheitszustand.

Daniel Andersen begründet seine Ablehnung dieses Priorisierungskriteriums mit der Nächstenliebe, die es verbiete, seine Mitmenschen in Schuldige und Nichtschuldige aufzuteilen. Außerdem müsse man berücksichtigen, dass alle Menschen in unterschiedlicher Weise durch ihr Erbe und ihre Umwelt beeinflusst und damit erhaben über persönliche Schuld seien [33].

Der Ethikrat sieht Selbstverschuldung als ein Kriterium, das unter keinen Umständen zur Anwendung kommen dürfe. Krankheiten hätten selten nur eine Ursache und außerdem wisse man nicht, ob der Mensch seinen Lebensstil selbst aussuchen könne [21].

Der Arzt Henrik R. Wulff lehnt die Einbeziehung eigener Schuld am Krankheitszustand bei Priorisierung im Gesundheitswesen ab. Obwohl er davon ausgehe, dass der Mensch einen freien Willen habe, sei das nicht gleichbedeutend damit, dass man Herr über all seine Handlungen sei. Gespräche mit Alkoholikern über deren Lebensläufe hätten ihm oft das Gefühl gegeben, dass er wohl auch zum Alkoholiker geworden wäre, wenn er dasselbe erlebt hätte wie sie [77].

Die Meinung der Bürger scheint zu diesem Kriterium ähnlich gespalten zu sein wie bei der Frage, ob Alter oder Erwerbstätigkeit bei Priorisierung eine Rolle spielen dürfen beziehungsweise sollen. In der Umfrage des Amtsbezirks Frederiksborg sprach sich die Mehrheit (44%)

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup>Experteninterview, Oktober 2009

gegen die Posteriorisierung selbstverschuldeter Erkrankungen aus. Dem gegenüber stehen 24% der Befragten, die sich dafür entschieden und relativ viele (32%), die keine Stellung beziehen konnten oder wollten [67].

#### Zufall

Der Amtsbezirkspolitiker Erling Tiedemann schlug im Jahre 1989 vor, den Zufall als Priorisierungskriterium zu benutzen. Dieses solle zur Anwendung kommen, wenn man zwischen Patienten wählen müsse, bei denen aufgrund gleicher Diagnose, Prognose et cetera fachliche Kriterien zur Priorisierung nicht ausreichten [27].

Auch Daniel Andersen forderte im Jahr 1992 eine stärkere Einbeziehung des Zufalls in Priorisierungsentscheidungen. Auslosen sei unparteiisch und könne zum Beispiel verwendet werden, um zu entscheiden, wer ein Transplantationsorgan erhalten solle. Seiner Ansicht nach spiele der Zufall schon heute verdeckt oft eine Rolle bei der Priorisierung. So werde die Gewebetypisierung vor Transplantationen viel ausführlicher vorgenommen als es klinisch relevant sei, wodurch die Auswahl des geeigneten Empfängers zum Teil durch den Zufall bestimmt sei [33].

# 3.7 Bürgerbeteiligung

Während Politiker in den 70er Jahren noch vor der Einbeziehung der Öffentlichkeit in Fragen der Priorisierung warnten (siehe 3.4), wird heute Bürgerbeteiligung von den meisten Teilnehmern der dänischen Priorisierungsdebatte als grundlegend für gelungene Prioritätensetzung im Gesundheitswesen angesehen. Seit Ende der 80er Jahre hat es mehrere Versuche gegeben, die Bürger in die Priorisierung mit einzubeziehen.

Die Ratsversammlung des Amtsbezirkes Fyn setzte sich im Jahr 1988 das Ziel, die Bürger besser an der Priorisierung im Gesundheitswesen zu beteiligen und die Offenheit der Prioritätensetzung zu fördern. Sie beauftragte eine Gruppe von 10 Personen, sich über einen Zeitraum von 10 Monaten dieser Aufgabe anzunehmen. Die Mitglieder der sogenannten "FynGruppe" hatten einen unterschiedlichen fachlichen Hintergrund, unter anderem aus dem medizinischen, ökonomischen, juristischen und ethischen Bereich. Grundlage für die Arbeit der "FynGruppe" waren regelmäßige öffentliche Diskussionsveranstaltungen in verschiedenen Städten auf der Insel Fyn. Dabei kamen verschiedene Methoden zum Einsatz, den Bürgern das Thema Priorisierung näher zu bringen, zum Beispiel ein Priorisierungsspiel, das später vom Ethikrat und dem "Experimentarium" weiterentwickelt wurde (siehe weiter unten). Lokale Radio- und Fernsehsender wurden für Diskussionen und Verbreitung von Informationen genutzt [24]. Die Theatergruppe "Gadesjakket" wurde engagiert, um mit Forumtheater – einer interaktiven

Form des Theaters, die die Zuschauer in den Verlauf des Stücks miteinbezieht – den Bürgern die Problemstellungen der Priorisierung zu veranschaulichen. Die Theatergruppe kam in Volkshochschulen und auf Diskussionsveranstaltungen zum Einsatz. Laut Ida Toldbod, Beauftragte für Bürgerbeteiligung im Priorisierungsprojekt des Amtsbezirkes Fyn, waren die Aktionen besonders erfolgreich in den Volkshochschulen. Hier konnten sich die Teilnehmer im Voraus intensiv mit der Thematik auseinandersetzen. Ein typischer Ablauf begann mit einer Einführung in die Prioritätensetzung im Gesundheitssektor durch Vertreter der "FynGruppe". Daraufhin erarbeiteten die Teilnehmer in Kleingruppen kurze Theaterstücke zum Thema Priorisierung. Diese wurden dann aufgeführt, wobei die Zuschauer unter der Moderation der Theatergruppe "Gadesjakket" laufend das Stück mit Kommentaren und Vorschlägen unterbrechen konnten. Auf diese Weise sollten andere Blickwinkel auf die Priorisierung ermöglicht und neue Ideen für die alltägliche Prioritätensetzung entwickelt werden [92].

Am Ende der zehnmonatigen Arbeitsperiode der "FynGruppe" wurde eine sogenannte "Zukunftswerkstatt" abgehalten. Daran nahmen 120 Personen teil, die sich aus Angestellten des
Gesundheitssektors, Mitgliedern der Amtsbezirksverwaltung und "gewöhnlichen" Bürgern
des Amtsbezirks zusammensetzten. Die Teilnehmer diskutierten in Gruppen über die Priorisierung im Gesundheitswesen – zunächst über den aktuellen Zustand und anschließend über
Verbesserungsvorschläge. Wesentliches Arbeitswerkzeug waren dabei Wandzeitungen, die im
Laufe des Diskussionsprozesses entstanden und die Ergebnisse festhielten. Diese bezogen sich
weniger auf die Frage, wie Priorisierung vorgenommen werden sollte, sondern stellten eher
konkrete Vorschläge zur Änderung der Struktur und der Prioritäten des Gesundheitswesens
dar. Die Ideen der Teilnehmer wurden in Form von Stichworten gesammelt: zum Beispiel
weitere Dezentralisierung des Gesundheitswesens, höhere Priorität für Ältere und chronisch
Kranke, Stärkung der Prävention und stärkere Akzeptanz von ökonomischen Kriterien. Diese
Ideensammlung wurde in der Folgezeit von den Gesundheitspolitikern des Amtsbezirk in ihre
Arbeit miteinbezogen [24].

Dem Beispiel von Fyn folgend unternahmen mehrere Amtsbezirke Mitte der 90er Jahre Bürgerbefragungen und Bürgerkonferenzen, um die Priorisierung im Gesundheitswesen demokratischer zu gestalten. Der von Politikern besetzte Gesundheitsausschuss des Amtsbezirks Frederiksborg verschickte im Jahr 1994 einen Fragebogen an 1.416 Bürger zur Priorisierung im Gesundheitswesens sowie den Kriterien, auf denen die Prioritätensetzung beruhen soll. Die erste Frage bezog sich auf die Priorisierung zwischen verschiedenen Sektoren der Gesellschaft, zum Beispiel dem Gesundheitswesen, dem Verkehrswesen, dem Schulwesen und dem Militär. Das Gesundheitswesen wurde von der Mehrheit der befragten Bürger unter zehn angegebenen Bereichen als das Gebiet ausgewählt, an dem am wenigsten gespart werden sollte. In der nächsten Frage wurden 14 verschiedene Aufgaben des Gesundheitswesens angegeben mit der Aufforderung die vier wichtigsten und die vier unwichtigsten auszuwählen. Die

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup>Experteninterview, November 2008

Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen sowie die Prävention von Krankheiten wurde von der Mehrheit mit hoher Priorität versehen. Niedrigste Priorität bekamen die Behandlung von Frühgeborenen, künstliche Befruchtung und ästhetische Operationen (zu weiteren Ergebnissen der Umfrage siehe 3.6) [67].

Im Jahr 1996 wurden im Amtsbezirk Frederiksborg Bürgerkonferenzen zum Thema Priorisierung veranstaltet. Dabei waren Repräsentanten des Ethikrates, des Gesundheitsausschusses, der Gesundheitsverwaltung und Interessenorganisationen zugegen, die zur Anregung der Diskussion ihre Sicht der Dinge schilderten [67].

Der Ethikrat veröffentlichte im Herbst 1997 eine Mappe mit Arbeitsmaterialien für Seminare zum Thema Priorisierung. Diese richten sich an alle, die im Gesundheitswesen arbeiten und sind in drei unterschiedlichen Versionen auf die jeweiligen Fachgruppen zugeschnitten. Eine Ausgabe ist für Ärzte, Krankenpflegepersonal, Ergo- und Physiotherapeuten konzipiert. Eine andere Version richtet sich an Personen, die auf administrativer oder politischer Ebene Entscheidungen im Gesundheitssektor treffen. Die dritte Ausgabe soll Krankenpflegehelfer und Altenpfleger ansprechen. Der Ethikrat verfolgt mit den Arbeitsmaterialien das Ziel, die Priorisierungsdebatte zu fördern, indem er die vielen Entscheidungen, die im Gesundheitswesen getroffen werden, sichtbar macht und zur Reflexion über die zugrunde liegenden ethischen Kriterien anregt. Die Mappen enthalten verschiedene Texte und Fallgeschichten, die sich mit Problemstellungen der Prioritätensetzung beschäftigen. Außerdem sind zwei Videokassetten mit den im dänischen Fernsehen ausgestrahlten Sendungen "De syge huse" ("Die kranken Häuser") und "De svære valg" ("Die schwierigen Entscheidungen") beigefügt. Sie beschäftigen sich mit Rationalisierungspotentialen in den dänischen Krankenhäusern beziehungsweise mit der Prioritätensetzung im klinischen Alltag. Das vom Ethikrat und dem "Experimentarium" Anfang der 90er Jahre entwickelte Priorisierungsspiel ist auch in den Arbeitsmaterialien enthalten, ebenso eine Einführung in die medizinische Ethik und die abschließende Stellungnahme des Ethikrates zur Priorisierung aus dem Jahr 1996 [51].

Das Priorisierungsspiel "Ein Spiel um Leben und Tod" wurde im Jahr 1993 von Ethikrat und "Experimentarium" entwickelt. Es basiert auf einer Idee des Politikers Leif Vestergaard Petersen im Rahmen der Arbeit der "FynGruppe" Ende der 80er Jahre. Das Spiel besteht aus einem ärztlichen und einem politischen Teil, wodurch den Mitspielern ermöglicht werden soll, zwei unterschiedliche Seiten der Priorisierung kennenzulernen. Die Teilnehmer werden zunächst in die Rolle von Medizinern versetzt und sollen verschiedene Fälle bearbeiten. Jeder Fall ist so aufgebaut, dass drei Patienten vorgestellt werden, die an derselben Krankheit leiden, zum Beispiel grauer Star oder Leberzirrhose, und auf der Warteliste für eine Behandlung stehen. Den Teilnehmern wird eröffnet, dass sie einen der drei Patienten sofort behandeln könnten, da ein anderer Patient kurz vor Therapiebeginn abgesprungen sei. Die Mitspieler sollen sich Gedanken machen, wen sie auswählen und welche Kriterien sie bei ihrer Entscheidungsfindung anwenden. Anschließend bekommen sie zwei neue Informationen zu den

Patienten und sollen diskutieren, ob sie mit diesem Wissen ihre Entscheidung ändern würden. Die Zusatzinformationen beziehen sich zum Beispiel auf den Hintergrund der Erkrankung (die vom Auto angefahrene Patientin war ohne Licht Fahrrad gefahren) oder den sozialen Status der Patienten (der Patient hat angeboten, dem Krankenhaus wertvolle Geräte zu spenden). Im politischen Teil des Spiels sind die Teilnehmer Politiker eines Amtsbezirks und erfahren, dass im folgenden Jahr sechs Millionen Kronen zusätzlich für das Gesundheitswesen bewilligt werden. Nun müssen sie von sechs Gebieten des Gesundheitssektors drei auswählen, denen je zwei Millionen Kronen zugute kommen sollen. Die Wahl steht zum Beispiel zwischen 350 zusätzlichen Operationen gegen Grauen Star, 20 Bypass-Operationen am Herzen oder einer Verkehrssicherheitskampagne, durch die erwartungsgemäß acht Unfälle und ein Unfalltod verhindert werden könnten [51].

Vier der fünf dänischen Regionen veranstalteten im November 2008 zeitgleich vier Bürgergipfel zum Thema "Die Zukunft des Gesundheitswesens" (Borgertopmøde om fremtidens sundhedsvæsen).<sup>23</sup> Insgesamt waren 1.000 per Zufall ausgewählte Bürger eingeladen, über die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssektors zu diskutieren. Die Teilnehmer wurden an Tische zu je acht Personen verteilt, an denen jeweils ein Politiker saß, der sich nicht selbst an den Diskussionen beteiligen, sondern nur die Ergebnisse schriftlich festhalten sollte [93]. Die Debatte war thematisch unterteilt. Die Diskussion zu jedem Thema wurde durch einen Moderator eröffnet, der in die Thematik einführte und einen kleinen Film zur Anregung der Diskussion zeigte [94]. Ein Diskussionsthema war Priorisierung. Im einleitenden Film wurde der Gesundheitsökonom Jacob Kjellberg in zwei Rollen gezeigt. "Der eine" Jacob Kjellberg gab sich als Verfechter von QALYs, "der andere" war der Ansicht, dass diese nicht ausreichten. Es sei schließlich vom Zufall bestimmt, ob man an einer Krankheit leide, deren Behandlung teuer sei. Er plädierte dafür, in einem demokratischen Prozess die Werte festzulegen, die bei der Prioritätensetzung eine Rolle spielen sollten [95]. Nach dieser Einleitung sollten die Bürger an den Tischen diskutieren und die wichtigsten Herausforderungen des zukünftigen Gesundheitswesens formulieren. Jeder Tisch sollte sich auf zwei Punkte einigen, die für entscheidend gehalten wurden. Zusätzlich sollte angegeben werden, welcher der zwei Punkte erste, welcher zweite Priorität habe. So kamen in jeder Region insgesamt ca. 50 Themen zusammen. In allen vier Regionen wurde die offene und für jeden nachvollziehbare Priorisierung in der Gesundheitsversorgung als eine der wichtigsten Herausforderungen des Gesundheitswesens genannt und fand sich noch dazu unter den Punkten erster Priorität wieder. Zum Abschluss des Bürgergipfels sollten die Teilnehmer über folgende Fragen abstimmen:

1. Für welche Erkrankungen soll es ein Recht auf schnelle Behandlung durch eine Wartezeit-Garantie geben?

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup>Die Region Syddanmark hatte schon im Jahr 2007 eine ähnliche Bürgerkonferenz abgehalten und beteiligte sich daher im Jahr 2008 nicht an den Bürgergipfeln.

- 2. Wieviel Evidenz muss für eine Behandlung vorliegen, bevor sie vom Gesundheitswesen kostenlos angeboten wird?
- 3. Wie groß soll der Effekt einer Behandlung mindestens sein, um vom Arzt angeordnet werden zu können?

Die Auswertung der Stimmen aller vier Bürgergipfel zusammen ergab folgendes Ergebnis [96]:

- 1. Während sich gut 10% der Teilnehmer generell gegen eine Wartezeitgarantie aussprachen, forderten gut 20%, dass alle Leiden von einer Wartezeitgarantie gedeckt sein sollten. Die restlichen knapp 70% differenzierten zwischen Krankheiten, für die eine Wartezeitgarantie gelten sollte und solchen, bei denen keine Garantie nötig sei. Fast alle stimmten darin überein, dass es bei lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Krebs sowie sehr schmerzhaften Zuständen wie Bandscheibenvorfällen ein Recht auf schnelle Behandlung geben sollte. Ungefähr die Hälfte forderte für funktionseinschränkende (zum Beispiel Sportverletzungen) und kosmetisch entstellende Leiden (zum Beispiel Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) eine Wartezeitgarantie. Nur wenige sahen die Notwendigkeit einer Garantie bei leicht schmerzhaften, die Lebensqualität leicht einschränkenden oder kosmetisch leicht beeinträchtigenden Zuständen.
- 2. Die meisten Teilnehmer (jeweils über 85%) sprachen sich für die Übernahme von Behandlungen durch das öffentliche Gesundheitswesen aus, für die wissenschaftliche Evidenz vorliegt oder deren Wirkung von Fachpersonen bestätigt wurde oder die in der Hoffnung auf Wirkung experimentell durchgeführt werden, wie zum Beispiel eine neue Chemotherapie. Neue, ungeprüfte Behandlungen wie zum Beispiel die Anwendung von Blutegeln sollten nach Meinung von gut 30% der Teilnehmer umsonst angeboten werden. Knapp 8% votierten für die Erstattung von Behandlungen, zu denen es keine wissenschaftlichen Untersuchungen gibt.
- 3. Die Grenze wurde von der Mehrheit (gut 50%) da gezogen, wo es eine begrenzte Chance auf Heilung oder wesentliche Verlängerung der Lebenszeit gibt. Sechzehn Prozent forderten als Voraussetzung für die Anordnung einer Behandlung, dass es eine sichere Chance auf Heilung gebe. Neun Prozent der Teilnehmer stimmten für Behandlung bei Aussicht auf eine Lebensverlängerung von wenigen Wochen. Achtzehn Prozent waren der Meinung, dass man aus Rücksicht auf den Lebensmut des Patienten ihn selbst dann behandeln solle, wenn es keine Aussicht auf Besserung gebe.

Ein Katalog mit den Diskussionsergebnissen der Bürger wurde Regionspolitikern als Hilfe für Entscheidungen über Fragen der Gesundheitsversorgung an die Hand gegeben [96]. Dabei standen folgende Forderungen der Bürger im Vordergrund:

• gleiche Zugänglichkeit des Gesundheitswesens für alle Bürger

- weiterer Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens, Stärkung gegenüber dem privaten Sektor
- Beibehaltung eines privaten Sektors
- höhere Priorität für Prävention
- Priorisierung im Gesundheitswesen, vor allem auf Basis von medizinischen Kriterien
- Einführung von differenzierten Wartezeiten: Bevorzugung von lebensbedrohlichen und schmerzhaften Zuständen
- bessere Ausnutzung der dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachgruppen im Gesundheitswesen
- Einführung von landesweiten elektronischen Patientenakten
- Einführung einer Widerspruchslösung im Transplantationswesen
- Rekrutierung von mehr medizinischem Fachpersonal

Die Diskussionsergebnisse der Bürger dienten auch als als Grundlage für ein gesundheitspolitisches Gipfeltreffen im Januar 2009. Daran waren über 100 Politiker aus dem Parlament, von Regionen und Kommunen sowie Vertreter von Patientenvereinigungen und von medizinischem Fachpersonal beteiligt. Die Entscheidungsträger sollten ausgehend von den Anregungen der Bürger über die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens diskutieren. Es sollten dabei keine konkreten Entscheidungen getroffen werden, sondern verschiedene Akteure an einen Tisch gebracht und gemeinsame Schwerpunkte für die weitere Entwicklung der medizinischen Versorgung gefunden werden. In einer Veröffentlichung der Dänischen Regionen zum Gipfeltreffen wird konstatiert, dass die Teilnehmer weitgehend mit den auf den Bürgergipfeln formulierten Forderungen übereinstimmen. Hinweise auf konkrete Strategien zur Umsetzung erhält das Papier jedoch nicht [97].

Die Region Midtjylland nutzte im Jahr 2008 das Internet zur Beteiligung der Öffentlichkeit an der Priorisierung. Die Bürger der Region waren aufgerufen, von elf Themenbereichen des Gesundheitswesens vier auszuwählen, die ihnen als besonders wichtig erschienen. Primäre Zielgruppe waren die 377 Personen, die im November 2008 am Bürgergipfel der Region Midtjylland teilgenommen hatten (siehe oben), es konnten aber alle Interessierten mit abstimmen. Die meistgewählten Bereiche sollten in den folgenden Jahren besonders hohe Priorität im regionalen Gesundheitssektor erhalten. Die zur Auswahl stehenden Themenbereiche wurden auf der Internetpräsenz der Region vorgestellt. Neben der Funktion, vier Aufgabenbereiche auszuwählen, bestand auf der Internetseite die Möglichkeit, Kommentare abzugeben und neue Themenbereiche vorzuschlagen [98]. In den zwei Wochen, in denen die Abstimmung

freigeschaltet war, gaben 456 Personen ihre Stimme ab. Höchste Priorität erhielten folgende Themen:

- bessere Zusammenarbeit zwischen Region, Kommunen und niedergelassenen Ärzten
- Beseitigung der sozialen Ungleichheiten in Bezug auf den Gesundheitszustand und Sicherung des ungehinderten Zugangs zum Gesundheitswesen für alle
- Optimierung des täglichen Betriebs des Gesundheitswesens, zum Beispiel bessere Nutzung der Informationstechnologie im Gesundheitssektor, Anwendung evidenzbasierter Medizin und Führen einer öffentlichen Debatte über medizinische Priorisierung [99]

# 3.8 Rezeption von Priorisierungsaktivitäten anderer Länder

## Norwegen

Kaum ein dänischer Beitrag zum Thema Priorisierung kommt ohne einen Abschnitt zu den Erfahrungen anderer Länder aus. Am häufigsten wird auf die norwegischen Aktivitäten auf dem Gebiet der Priorisierung Bezug genommen, insbesondere auf die Ergebnisse der im Jahre 1985 eingesetzten Kommission. Das sogenannte Lønning-Komitee stellte ein hierarchisches System von Richtlinien für die Priorisierung im Gesundheitswesen auf. Dabei wurden die verschiedenen Leistungen des Gesundheitswesens folgenden fünf Prioritäten zugeordnet:

- 1. Priorität: Maßnahmen, ohne deren sofortigen Einsatz der Patient, Patientengruppen oder die Gesellschaft als Ganzes unmittelbar vom Tode bedroht wäre
- 2. *Priorität*: Maßnahmen, ohne deren Einsatz auf längere Sicht katastrophale oder sehr ernste Konsequenzen zu erwarten wären
- 3. Priorität: Maßnahmen, für deren Nutzen Evidenz vorliegt und ohne deren Einsatz unerwünschte, aber nicht so ernste Konsequenzen wie bei den höheren Prioritäten zu erwarten sind
- 4. *Priorität*: nachgefragte Maßnahmen, die vermutlich die Gesundheit beziehungsweise die Lebensqualität verbessern
- *Keine Priorität*: Leistungen, die nachgefragt werden, aber weder notwendig sind noch klare Evidenz für ihren Nutzen aufweisen [47]

Als der Ethikrat im Jahr 1990 die Arbeit zum Thema Priorisierung aufnahm, beschäftigte er sich ausführlich mit dem Bericht des norwegischen Priorisierungskomitees von 1987. Der Student der Politikwissenschaften Kenneth Flex, der für den Ethikrat die damals verfügbare Literatur zur Prioritätensetzung durchging, bezeichnete das norwegische Modell als durchdachten und konsistenten Vorschlag für ein konkretes Priorisierungssystem [47]. Sechs Jahre später, in der abschließenden Stellungnahme des Ethikrates zur Priorisierung, ist das Urteil ein anderes. Der Ethikrat rät davon ab, ein Priorisierungsmodell wie das norwegische einzuführen, da es durch die sehr generelle Formulierung für die tägliche Arbeit im Gesundheitswesen nicht zu gebrauchen sei [21].

Der Amtsbezirkspolitiker Erling Tiedemann lobte im Jahr 1989 den Versuch der Norweger, verschiedene Niveaus zu definieren, an denen man die Priorisierung ausrichten könne. Er plädierte dafür, es den Norwegern gleich zu tun und Richtlinien für die Prioritätensetzung aufzustellen. Dabei komme es gar nicht darauf an, dass diese perfekt sein und wortwörtlich umgesetzt werden müssten. Es gehe lediglich darum, eine offene Diskussion über die bisher weitgehend verborgene Priorisierung zu stimulieren [27].

Gesundheitsökonomen der Universität Odense kritisierten Mitte der 90er Jahre das norwegische Modell als ungeeignet für Priorisierung, da Kriterien der Effektivität und Gesundheitsökonomie zwar vom Lønning-Komitee als wesentlich benannt würden, aber sich nicht in den aufgestellten fünf Prioritäten widerspiegelten. Es gehe nicht aus dem Modell hervor, wie man auf Effekt und Kosten einer Behandlung Rücksicht nehmen sollte [35].

Von anderer Stelle lautete die Kritik, in den norwegischen Richtlinien werde die Forderung nach wissenschaftlicher Evidenz für den Nutzen der Behandlung erst ausdrücklich im Zusammenhang mit der dritten Priorität genannt. Außerdem habe sich das norwegische Priorisierungssystem zu einer Karikatur entwickelt. Die Prioritätensetzung sei in der Praxis zu reiner Wartelistenregistrierung verkommen [100].

Außer Frage steht, dass das norwegische Priorisierungsmodell einen großen Einfluss auf die wenigen umgesetzten Priorisierungsmodelle in Dänemark gehabt hat. Die Priorisierungsübersichten der Amtsbezirke Storstrøm und Fyn sind an die norwegische Prioritätenliste angelehnt (siehe 3.9).

Auch in der aktuellen dänischen Priorisierungsdebatte wird nach Norwegen geschaut. Der Gesundheitsökonom Kjeld Møller Pedersen lobt die jüngeren Aktivitäten der Norweger auf dem Gebiet der Priorisierung als äußerst gut durchdachte Arbeit, die in Dänemark weit mehr Aufmerksamkeit verdiene, als sie bekomme [29]. Der Vorsitzende der dänischen Ärztevereinigung, Jens Winther Jensen, empfiehlt ebenfalls, sich vom norwegischen Modell inspirieren zu lassen. Er hebt besonders hervor, dass es in Norwegen keine generelle einmonatige Wartezeitgarantie gebe wie in Dänemark. Die Wartezeit der Patienten beruhe dort auf

fachlichen Kriterien und sei damit individuell unterschiedlich [68]. Lone de Neergaard, verantwortlich für Gesundheitsplanung in der dänischen Gesundheitsbehörde (Sundhedsstyrelsen), bezeichnet die Berichte der norwegischen Priorisierungskommission als "wertvolle Literatur". Die Gesundheitsbehörde lasse sich vor allem durch den norwegischen Rat für Qualität und Priorisierung inspirieren, der im Jahr 2007 gegründet wurde.<sup>24</sup>

## **USA**

Das Priorisierungsmodell des US-Bundesstaates Oregon wird in einigen Beiträgen zur dänischen Debatte erwähnt. Der seit Anfang der 90er Jahre existierende "Oregon Health Plan" enthält eine von der Bevölkerung mitgestaltete Priorisierungsliste von über 700 nach Wichtigkeit geordneten Leistungen des Gesundheitssystems. Die Finanzlage des Gesundheitssystems bestimmt darüber, wie viele der im unteren Bereich der Liste aufgeführten Leistungen noch vom öffentlichen Gesundheitswesen übernommen werden [101].

Nach Ansicht von Kjeld Møller Pedersen zeigten die Erfahrungen aus Oregon, dass es möglich sei, explizit zu priorisieren und zu rationieren. Aus Oregon könne man lernen, dass der Prozess offen und öffentlich unter Einbeziehung aller zentralen Akteure vonstatten gehen müsse, wenn Priorisierung gelingen solle. Die Anwendung von Kosten-Nutzen-Analysen bei der Erstellung der Prioritätenliste sei allerdings fehlgeschlagen, was die begrenzte Rolle der ökonomischen Werkzeuge bei der praktischen Priorisierung unterstreiche. Die wahre Bedeutung der Liste von Oregon sieht Møller Pedersen darin, dass dadurch eine Basis für die Einführung von neuen sowie Abschaffung von existierenden Behandlungen und eine Plattform für eine lebhafte gesundheitspolitische Debatte geschaffen worden sei [29].

Aus Sicht des Technologierates (Teknologirådet) kommt das Oregon-Modell nah an das demokratische Ideal des Priorisierungsprozesses heran. Jedoch hätten nachfolgende Evaluationen gezeigt, dass die Realität in Oregon erheblich vom Modell abweiche. Auch sei zu bedenken, dass der Oregon-Plan nie von einem anderen Staat übernommen worden sei [26].

## Schweden

Die Anfänge der schwedischen Priorisierungsdiskussion in den frühen 90er Jahren wurden in Dänemark rezipiert. So stellte der dänische Ethikrat die Ergebnisse der schwedischen Regierungskommission zur Prioritätensetzung in seiner "Diskussionsgrundlage zur Priorisierung im Gesundheitswesen" vor [49].

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup>Lone de Neergaard auf dem Jahrestreffen der D\u00e4nischen Medizinischen Gesellschaft DMS am 23. Januar 2009

Die neueren schwedischen Aktivitäten auf dem Gebiet der Priorisierung haben in Dänemark jedoch nur wenig Beachtung gefunden. In der Wochenschrift "Mandag Morgen" ist im Jahr 2004 von "bahnbrechenden Erfahrungen" der Schweden mit Priorisierung auf nationalem Niveau zu lesen. Gemeint sind die Priorisierungsleitlinien auf dem Gebiet der Herzkrankheiten, die in der Regie des schwedischen Zentralamts für Gesundheit und Sozialwesen (Socialstyrelsen) erarbeitet wurden. "Mandag Morgen" konstatiert, der schwedische Anlauf zu einer bewussten und offenen Priorisierung der Ressourcen gehe viel weiter, als man es bisher in einem anderen Land gesehen habe. Die wichtigste Lehre für dänische Gesundheitspolitiker daraus sei, dass ein solches Vorhaben sich überhaupt durchführen lasse [102].

Der Technologierat bezeichnet Schweden in seiner Veröffentlichung zur Priorisierung aus dem Jahr 2007 als das Land, das am zielgerichtesten daran gearbeitet habe, geeignete Methoden für offene Prioritätensetzung im Gesundheitswesen zu entwickeln. Allerdings seien bei der Bürgerbeteiligung keine klaren Wege für die Zukunft erkennbar. So fragten sich viele Gesundheitsexperten, ob das demokratische Ideal auf dem Gebiet der Priorisierung überhaupt erreichbar sei. Als vorbildlich wird der Priorisierungsprozess in der schwedischen Provinz Östergötland beschrieben. Dort sei viel unternommen worden, um die Bürger in die Prioritätensetzung mit einzubeziehen. Auf diese Weise seien im Jahr 2004 40 Millionen schwedische Kronen, ein Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben der Provinz, umverteilt worden [26].

Auf dem Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft zur Priorisierung im Gesundheitswesen im Januar 2009 wurden Erfahrungen aus Norwegen, Oregon und England in die Diskussion mit einbezogen. Schweden wurde nicht erwähnt.

## Großbritannien

Das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), das Richtlinien zur Prävention und Behandlung von Krankheiten herausgibt sowie Bewertungen von Gesundheitstechnologien vornimmt, findet in Dänemark besonders unter Gesundheitsökonomen Anhänger. Jacob Kjellberg, Gesundheitsökonom am Dänischen Gesundheitsinstitut (DSI), fordert die Entscheidungsträger des dänischen Gesundheitswesens dazu auf, sich an den Empfehlungen des NICE zu orientieren. Das Institut sei mittlerweile routiniert darin, Entscheidungen zur Einführung neuer Technologien zu treffen [83]. Im Vergleich mit dänischen Technologiebewertungen sei das NICE allerdings in viel höherem Ausmaß auf ökonomische Instrumente und quantitative Maßstäbe fokussiert. In Dänemark würden noch eine Reihe von ethischen Überlegungen und qualitativen Parametern mit einbezogen, zum Beispiel wie der Patient die Behandlung empfinde. Das NICE werde nicht umsonst von bösen Zungen als "National Institute of Cost Effectiveness" bezeichnet. Es sei aber einzigartig effektiv, wenn es darum gehe, Priorisierung in die Praxis umzusetzen [26].

Der Leiter des dänischen Instituts für rationale Arzneimitteltherapie (Institut for rationel farmakoterapi) Jens Peter Kampmann gibt an, die Empfehlungen des NICE mit Interesse zu lesen [103]. Das Institut für rationale Arzneimitteltherapie ist dem Gesundheitsministerium unterstellt und hat die Aufgabe, Leitlinien für die Arzneimitteltherapie herauszugeben. Angestrebt werde jeweils ein möglichst großer nützlicher Effekt und möglichst geringe Nebenwirkungen zu möglichst geringen Kosten [104]. Dabei würden die Empfehlungen des NICE zwar nicht eins zu eins übernommen, aber sie spielten eine wichtige Rolle bei der Entscheidungsfindung, so Kampmann. Ein Unterschied zwischen dem britischen und dem dänischen Institut sei die Verbindlichkeit der Richtlinien des NICE. Nach Kampmanns Ansicht sei das in Dänemark nicht denkbar. "Man kann dänische Ärzte zu nichts zwingen." [103]

# 3.9 Umgesetzte Priorisierungsmodelle

In Dänemark kam es im Zuge der Priorisierungsdebatte vor allem auf lokaler Ebene zu der Einführung von Priorisierungsmodellen, an denen die Gesundheitsversorgung ausgerichtet wurde. Im Folgenden werden entsprechende Initiativen von zwei Amtsbezirken (vor der Strukturreform im Jahr 2007), der Gesellschaft für Intensivmedizin und der Dänischen Regionen vorgestellt.

## 3.9.1 Amtsbezirk Fyn

Der Amtsbezirk Fyn schloss seit dem Jahr 1992 bis zur Niederlegung des Amtsbezirks Ende 2006 mit jedem Krankenhaus jährlich einen Vertrag, in dem die jeweilige Klinik sich zur Pflege und Behandlung einer bestimmten Anzahl akuter und elektiver Patienten verpflichtete (sogenannte Vertragsstrategie). Diese Aufstellung erfolgte für jede Abteilung einzeln und wurde mit einem Budget versehen. In dem Vertrag wurde außerdem festgehalten, in welcher Reihenfolge die elektiven Patienten behandelt werden sollten, wenn die Anzahl akuter Patienten die angenommene Anzahl übersteigen sollte. Diese Priorisierungslisten wurden von den einzelnen Abteilungen ausgearbeitet und mussten die politische Vorgabe berücksichtigen, dass nicht nach Alter, Geschlecht oder sozialen Verhältnissen priorisiert werden durfte. Die Listen sollten sich an folgendem Schema orientieren:

- 1. Priorität: lebensbedrohliche Erkrankungen mit akutem Behandlungsbedarf
- 2. *Priorität*: Krankheiten, bei denen ohne Behandlung langfristig mit ernsthaften Konsequenzen zu rechnen ist
- 3. Priorität: Krankheiten, für deren Behandlung Evidenz vorliegt und bei denen ohne Behandlung langfristig mit unerwünschten Konsequenzen zu rechnen ist

4. Priorität: Krankheiten, deren Behandlung eine Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität mit sich bringt, aber bei denen ohne Behandlung mit weniger ernsthaften Konsequenzen zu rechnen ist als bei den höher priorisierten Erkrankungen [105]

In einem Artikel der Zeitschrift "Sygeplejersken" (Die Krankenschwester) aus dem Jahr 1995 ist die Priorisierungspraxis der medizinischen Abteilung C des Universitätsklinikums Odense beschrieben. Für den Fall, dass die Anzahl der akuten Patienten die im Vertrag vorausgesetzte Anzahl überschreiten sollte, sah die Priorisierungsliste der Abteilung vor, die Abklärung seltener Arten von Bluthochdruck zu posteriorisieren. Falls dies nicht ausreichte, um die Versorgung der akuten Patienten sicherzustellen, sollte die Wartezeit elektiver rheumatologischer Patienten verlängert werden. Allerdings habe diese Übersicht den Politikern und der Krankenhausleitung verdeutlicht, dass die Abteilung ein größeres Budget benötigte. Überhaupt seien die Priorisierungslisten der verschiedenen Abteilungen des Universitätsklinikums nur selten zur Anwendung gekommen, da die Krankenhausleitung in den meisten Fällen die Konsequenzen der Posteriorisierung der elektiven Patienten als so ernsthaft einschätzte, dass sie dies nicht verantworten konnte. So wurden mehrmals entweder die Politiker um ein größeres Budget angerufen oder Ressourcen innerhalb des Klinikums umverteilt [106].

Nach Worten des Vorsitzenden des Krankenhausausschusses des Amtsbezirks Fyn aus dem Jahr 1995, Niels Handskemager, verberge sich hinter den Priorisierungslisten nichts anderes als das, was Ärzte schon jahrelang eigenständig praktiziert hätten. Die Prioritätensetzung sei durch die Listen nun transparenter und könne niemanden im Nachhinein überraschen. Zudem sei man durch die Übersichten in den Verträgen dazu gezwungen, bisherige Prioritäten zu überdenken und gegebenenfalls zu ändern [91].

Die leitende Krankenschwester des Universitätsklinikums Odense Mette Fink berichtete im Jahr 1996 auf einem Kongress des Ethikrates und der Vereinigung der Amtsbezirke von den Erfahrungen mit den Priorisierungslisten. Sie lobte die Offenheit und Durchschaubarkeit der Prioritätensetzung, die dadurch ermöglicht werde. Auch würden sich die Erwartungen der Politiker hinsichtlich dessen, was die Abteilungen leisten könnten, jetzt näher an der Realität orientieren. Andererseits sei es immer noch schwierig, ein haltbares Budget festzusetzen, es müssten oft Zusatzzahlungen erfolgen. Durch die Vertragsstrategie sei aber sichtbarer geworden, wo die Probleme lägen [105].

## 3.9.2 Amtsbezirk Storstrøm

Im Amtsbezirk Storstrøm begann Anfang der 90er Jahre eine Priorisierungsbewegung. Sie mündete in die Entwicklung eines Priorisierungsmodells, das einige Jahre lang verwendet wurde.

Bei den jährlichen Verhandlungen zwischen dem mit Politikern besetzten Gesundheitsausschuss und den Krankenhäusern des Amtsbezirks über das Budget der Kliniken wurde bis 1993 lediglich der finanzielle Rahmen beschlossen, ohne dass die Politiker darauf Einfluss nahmen, wie die Ressourcen im weiteren Verlauf eingesetzt wurden. Wenn das Budget niedriger ausfiel als im Vorjahr, zeigte der Gesundheitsausschuss laut Peter Orebo Hansen, Gesundheitsdirektor des Amtsbezirkes Storstrøm von 1992 bis 1997, kein großes Interesse daran, wie die Einsparungen in den Kliniken erreicht wurden. <sup>25</sup> Die Politiker erwarteten von den Ärzten, mit dem kleineren Budget auszukommen und die Aufgaben der Gesundheitsversorgung so gut wie möglich zu lösen, so dass keine Klagen von Patienten aufkamen. Nachdem aber in den Medien Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen angeprangert und Patienten präsentiert worden waren, die darunter gelitten hatten, beschlossen Politiker und Gesundheitsverwaltung des Amtsbezirks, die Priorisierung im Gesundheitssektor zu thematisieren. Das Ziel war, die Priorisierung in den Kliniken transparenter zu machen und von Seiten der Politik an der Prioritätensetzung teilzunehmen.

Ein erster Schritt war die Einführung der sogenannten Vertragsstrategie im Jahre 1993. Dabei wurden bei den jährlichen Budgetverhandlungen Verträge zwischen dem Gesundheitsausschuss und den Kliniken abgeschlossen, die Zielvereinbarungen über Aktivität, Qualität, Service und Ökonomie enthielten [86].

Bei der Verhandlung der Verträge Ende des Jahres 1994 wollten die Politiker das Budget im Vergleich zum Vorjahr reduzieren, was aus Sicht der Krankenhäuser unvereinbar mit dem erwarteten Patientenzugang war. So bat der Gesundheitsausschuss die Kliniken, Vorschläge zur Priorisierung der Patienten innerhalb des gegebenen Budgetrahmens auszuarbeiten. Dazu erarbeitete die Gesundheitsverwaltung unter der Leitung des Gesundheitsdirektors Peter Orebo Hansen zusammen mit Ärzten eine sogenannte Priorisierungsübersicht [86]. Sie sah die Verteilung der Patienten auf folgende sieben Gruppen vor:

## 1. akute Patienten:

- alle akuten Patienten unabhängig von der Diagnose

## 2. subakute Patienten:

- Patienten, die nicht akut, aber innerhalb weniger Tage aufgenommen werden müssen
- Patienten würden mit Sicherheit innerhalb von Tagen oder Wochen sterben, wenn sie nicht behandelt werden
- zum Beispiel: Krebspatienten, Patienten mit chronischem Herzversagen, Patienten mit schwerer Anämie

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup>Experteninterview, Januar 2009

- 3. Patienten, die auf längere Sicht vom Tode oder von schweren Funktionseinschränkungen bedroht sind:
  - Patienten, die sterben oder schweren Schaden nehmen könnten, wenn sie nicht im Laufe von wenigen Wochen behandelt werden
  - zum Beispiel: schwere Zustände von schlecht eingestellter Zuckerkrankheit, Asthma,
     Entzündungen des Darms, Steine in den Harnwegen, Bandscheibenvorfall mit Einklemmung von Nerven, zur Erblindung führende Augenerkrankungen, Schizophrenie,
     schwere Blutungsstörungen
- 4. Patienten mit bedeutend verminderter Lebensqualität:
  - Patienten mit bedeutend verminderter Lebensqualität aufgrund von anhaltenden Schmerzen und/oder Funktionseinschränkungen, denen eine Behandlung mit dokumentiert nützlichem Effekt helfen kann
  - zum Beispiel: schwere Arthrose in Hüften oder Knie, Angina Pectoris, Gefäßverkalkung in den Beinen, Schmerzbehandlung von unheilbar Krebskranken
- 5. Patienten mit verminderter Lebensqualität:
  - Patienten mit verminderter Lebensqualität aufgrund von anfallsweisen oder moderaten Schmerzen, leichterer Funktionseinschränkung und/oder anderen wesentlichen Leiden, bei denen eine Behandlung mit dokumentiert nützlichem Effekt helfen kann
  - zum Beispiel: Hernien, vergrößerte Prostata, Meniskus-Schäden, grauer Star, Gallensteine
- 6. Patienten, deren Lebensqualität in gewissem Ausmaße vermindert ist:
  - Patienten mit Leiden, die meist weder schmerzvoll noch besonders funktionseinschränkend sind, aber in gewissem Ausmaß die Lebensqualität vermindern
  - die Behandlung hat einen vermuteten Effekt
  - zum Beispiel: Schielen bei Erwachsenen, Tränenwegsleiden, Krampfadern, sexuelle Funktionsstörungen
- 7. Patienten, die nicht notwendige oder unwirksame Behandlungen wünschen:
  - Patienten, die Behandlung nicht krankheitsbedinger Zustände wünschen, oder Behandlungen mit zweifelhaftem Effekt
  - zum Beispiel: ästhetische Operationen, Sterilisationen, Behandlungen bei Kinderlosigkeit

Die Priorisierungsübersicht war von dem norwegischen Priorisierungsmodell aus dem Jahre 1987 inspiriert und beruhte auf den Kriterien "Schwere der Krankheit" (Ausmaß der Funktionseinschränkung und Schmerzen sowie das Risiko für Invalidität oder Tod bei ausbleibender Behandlung) und "dokumentierter Nutzen der Behandlung". Dabei wurden aufgrund der klinischen Erfahrung, dass zwei Patienten mit der gleichen Diagnose nicht immer den gleichen Behandlungsbedarf und den gleichen Nutzen von einer Behandlung haben, nicht Diagnosen zur Beschreibung der Priorisierungsniveaus verwendet. Außerdem wurden keine Patientengruppen von vornherein ausgeschlossen. Die Unterschiede in der Versorgung der verschiedenen Gruppen lagen darin, wie schnell die Patienten behandelt wurden – je weiter oben auf der Liste, desto dringlicher [86].

Jedes Krankenhaus im Amtsbezirk bekam die Aufgabe, eine eigene Priorisierungsübersicht zu erstellen, indem die für das nächste Jahr erwarteten Patienten auf die vorgegebenen sieben Niveaus verteilt wurden. Vor dem Hintergrund dieser Übersichten entstand eine heftige Debatte, unter anderem in der Presse, in der von gesetzwidrigen Einsparungen und Aussortierung von Patientengruppen die Rede war. Die Diskussionen führten schließlich dazu, dass die Ratsversammlung des Amtsbezirks Anfang 1995 beschloss, den finanziellen Rahmen des Gesundheitsausschusses um 10 Millionen Kronen zu erhöhen und die Priorisierungsübersichten nicht zu verwenden. Der Gesundheitsausschuss entwickelte jedoch die Idee der Übersichten weiter und ließ sie im darauf folgenden Jahr in die Verträge mit den Krankenhäusern einfließen [86]. Die Priorisierungslisten wurden im Amtsbezirk Storstrøm bis zum Jahr 2000 verwendet [107].

Bei der Verwendung der Priorisierungsübersichten traten einige Probleme auf. Zum einen fehlten den Kliniken Daten darüber, wie sich die Patienten in der Vergangenheit auf die Priorisierungsnivaus verteilt hatten, wodurch eine in die Zukunft gerichtete Abschätzung erschwert wurde. Außerdem stehen die beiden Priorisierungskriterien "Schwere der Krankheit" und "dokumentierter Nutzen der Behandlung" manchmal im Konflikt miteinander. So würde zum Beispiel einem schwer kranken Krebspatient durch ersteres Kriterium höchster Rang eingeräumt, wohingegen bei Anwendung des zweiten Kriteriums eventuell keine Behandlung erfolgen würde. Ein Grundproblem des Kriteriums "dokumentierter Nutzen der Behandlung" lag darin, dass für den Nutzen vieler Behandlungen keine Evidenz vorlag. Es kam zudem die Frage auf, ob die beiden Kriterien alleine ausreichten. Denkbar wäre schließlich der Fall, dass ein Arzt aus Kapazitätsgründen zwischen zwei Patienten wählen müsste, die hinsichtlich Schwere der Krankheit und Nutzen der vorgesehenen Behandlung die gleichen Voraussetzungen hätten. Die Frage stellte sich, ob noch andere Kriterien wie Alter, Kosten der Behandlung oder Erwerbstätigkeit berücksichtigt werden sollten [86].

Um die Bürger in die Priorisierungsbemühungen mit einzubeziehen, wurden sechs Bürgertreffen zu dem Thema abgehalten, auf denen unter anderem das Priorisierungsspiel des Ethikrates zur Anwendung kam (siehe 3.7). Im Vorfeld wurde eine Zeitung an alle Haushalte verschickt,

die in die Problemstellungen der Gesundheitsversorgung einführen sollte. Nach Einschätzung eines der Arrangeure der Treffen war das Verständnis der Bürger für die Notwendigkeit, Priorisierung zu thematisieren, groß und äußerte sich in engagierten Diskussionen [86]. Besonders zu Beginn der Priorisierungsdebatte im Amtsbezirk Storstrøm wurden allerdings auch viele wütende Leserbriefe von Bürgern, die Priorisierung als Aussortieren Kranker auffassten, in der Lokalpresse veröffentlicht [107].

Die Ärzteschaft war zum Großteil froh darüber, dass Priorisierung offen diskutiert wurde und sie damit nicht mehr die Bürde der Prioritätensetzung alleine zu tragen hatte. Teilweise gingen die Ärzte aber mit Skepsis an die Arbeit mit den Priorisierungsübersichten heran, wirkten jedoch an der Umsetzung mit, um nicht an Einfluss zu verlieren, so Jens Pagel, der damalige Vorsitzende des Ärztevereins im Amtsbezirk Storstrøm [108].

Die Reaktionen der Politiker des Amtsbezirks auf die Priorisierungsaktivitäten waren überwiegend positiv, da sie dadurch mehr Einfluss auf die Entscheidungen im Gesundheitswesen bekamen. Dies galt jedoch genau genommen nur für die Mitglieder des Gesundheitsausschusses. So beschreibt Peter Orebo Hansen, dass die anderen Politiker der Ratsversammlung des Amtsbezirkes den Eindruck bekamen, dass der Gesundheitsausschuss sich verschworen hatte, um mehr Geld für das Gesundheitswesen zu ergattern [107]. Was sich ebenfalls als problematisch erwies war die Schwierigkeit, in einer relativ kleinen Einheit wie einem Amtsbezirk eigenständig Priorisierung vorzunehmen. Oft war man darauf angewiesen, von einem benachbarten Amtsbezirk Leistungen in Anspruch zu nehmen, die in den eigenen Krankenhäusern nicht angeboten wurden [86].

Im Jahr 1998 bekamen die Priorisierungsaktivitäten des Amtsbezirks Storstrøm rechtliche Konsequenzen. Der Amtsbezirk wurde von der Vereinigung Unfreiwillig Kinderloser (Foreningen for Ufrivilligt Barnløse) verklagt, weil nicht alle Paare, die eine Fertilitätsbehandlung wünschten, diese sofort bekommen hatten. Vorausgegangen war die Entscheidung des Gesundheitsausschusses mit dem Politiker Bent Normann Olsen an der Spitze, nur 1 Million Kronen für assistierte Befruchtung zu verwenden statt der 1,5 Millionen, die nötig gewesen wären, um allen kinderlosen Paaren die Behandlung im selben Jahr zu ermöglichen. Im Gegenzug hatte man der Behandlung von Krebspatienten mehr Ressourcen zukommen lassen. Die Vereinigung Unfreiwillig Kinderloser verlor den Prozess, was den Gesundheitsdirektor Peter Orebo Hansen darin bestätigte, dass der Amtsbezirk mit den Bemühungen zur Priorisierung auf dem rechten Weg war. "Wenn wir den Prozess verloren hätten, wäre dies ein Präzedenzfall gewesen. Wir hätten das Urteil des Gerichts gehabt, dass Wartelisten gesetzwidrig sind. Dies hätte das ganze Krankenhauswesen verändert." [107]

Ende der 90er Jahre kam die Priorisierungsdebatte im Amtsbezirk Storstrøm zum Erliegen. Zum einen kamen andere drängende Themen wie zum Beispiel die anstehende Verwaltungsreform auf die politische Tagesordnung, zum anderen wurden dem Gesundheitswesen mehr

Ressourcen zugeführt, wodurch die Motivation, sich mit Priorisierung zu beschäftigen, abnahm. Die Priorisierungsübersichten gerieten in Vergessenheit. Trotzdem sind nach Ansicht eines am Priorisierungsprozess Beteiligten bleibende Veränderungen erzielt worden. Das Ziel, einen größeren Teil der Gesellschaft an der Prioritätensetzung zu beteiligen und damit den Ärzten einen Teil der Verantwortung abzunehmen, sei erreicht worden. Die Bürger hätten heute einen besseren Einblick in die Funktionsweise des Gesundheitswesens und die Priorisierung sei sichtbarer als vor der Debatte. Außerdem sei die Beziehung zwischen dem Gesundheitsausschuss und der Verwaltung auf der einen und den Ärzten auf der anderen Seite durch die Zusammenarbeit gestärkt worden [86].

## 3.9.3 Die Intensivmedizin

Die Dänische Gesellschaft für Intensivtherapie und die Dänische Anästhesiologische Gesellschaft nehmen in ihren "Generelle[n] Empfehlungen für Intensivtherapie in Dänemark" von 1998 Bezug auf die Priorisierung von Patienten. Sie unterteilen die intensivmedizinischen Patienten in drei Gruppen der Priorität 1 bis 3 und fordern dazu auf, in Zeiten hoher Auslastung und fehlender Behandlungskapazität auf Intensivstationen die Patienten in folgender Reihenfolge zu behandeln:

*Erste Priorität* sollten schwerkranke und instabile Patienten erhalten, die von Organversagen bedroht sind, zum Beispiel Patienten, die beatmet werden müssen.

Patienten *zweiter Priorität* sind zum Zeitpunkt der Einweisung nicht schwer krank, brauchen aber intensive Überwachung und Pflege und können unmittelbar einen Bedarf an Intensivtherapie entwickeln.

*Dritte Priorität* sollen Patienten erhalten, die schwerkrank und instabil sind, aber aufgrund ihres zugrundeliegenden Gesundheitszustandes oder ihrer akuten Erkrankung nur eine geringe Chance auf Besserung durch Intensivtherapie haben [109].

## 3.9.4 Die Dänischen Regionen

Nach Aufhebung des Rechts auf "erweiterte freie Krankenhauswahl" im November 2008 vor dem Hintergrund von Streiks des Krankenhauspersonals (siehe 3.1) führten die Dänischen Regionen verschiedene Modelle der Priorisierung von Wartelistenpatienten ein. Sie wurden verwendet bis zur Wiedereinführung der "erweiterten freien Krankenhauswahl" im Juni 2009.

Die Region Midtjylland beschloss ein dreistufiges Modell, das für akute, lebensbedrohliche oder sehr schmerzhafte Erkrankungen (zum Beispiel Krebserkrankungen, starke Schmerzen bei Arthrose, Herzerkrankungen) eine garantierte Wartezeit von unter einem Monat auf Diagnostik beziehungsweise Behandlung vorsah (Gruppe 1). Patienten, bei denen die Wartezeit

eine Bedeutung für die Prognose hatte, aber nicht in dem Ausmaß wie bei Gruppe 1, mussten nicht länger als drei Monate auf Untersuchung beziehungsweise Behandlung warten (Gruppe 2). Beispiele für Erkrankungen der Gruppe 2 sind Prothesenlockerung, Kreuzbandriss oder Riss der Supraspinatus-Sehne im Schultergelenk. Keine Wartezeitgarantie (Gruppe 3) gab es für Patienten, bei denen die Wartezeit keinen wesentlichen Einfluss auf die Prognose hatte und die trotz Krankheit ihrer Arbeit nachgehen und alltägliche Aufgaben verrichten konnten, zum Beispiel Inkontinenz, Sterilisation, Refertilisation.

Nach Empfehlung der Ärzteschaft wurden die Patienten jedoch nicht automatisch aufgrund ihrer Diagnose in die Gruppen verteilt. Der Arzt, der den jeweiligen Patienten als erstes sah, sollte eine individuelle Beurteilung vornehmen, die auch verkomplizierende Umstände wie vorbestehende Krankheiten des Patienten, Erwerbsstatus, Wohnverhältnisse oder soziale Faktoren berücksichtigen sollte [88]. Beispielsweise wurden Patienten, die sich aufgrund ihrer Krankheit nicht alleine versorgen konnten, zum Beispiel wegen ungünstiger Wohnverhältnisse (Treppen oder ähnliches), bevorzugt behandelt. Auch konnten Patienten, die in Gefahr waren, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, Vorrang erhalten. Dieses Kriterium durfte aber nur selten zur Anwendung kommen. Eine generelle Priorisierung von erwerbstätigen Patienten gegenüber arbeitslosen sollte nicht stattfinden.<sup>26</sup>

Die anderen Regionen führten ähnliche Modelle ein. Einzige Ausnahme ist die Region Sjælland, die beschloss, dass es gar keine Wartezeitgarantie geben sollte. Die Politiker wollten sich nicht in die Priorisierung einmischen, sondern es den Ärzten überlassen zu entscheiden, welche Patienten den größten Behandlungsbedarf hatten [89].

# 3.10 Auswirkungen der Priorisierung auf die Gesundheitsversorgung

Die Frage, welche konkreten Veränderungen sich im Zuge der Priorisierungsdebatte für die Krankenversorgung ergeben haben, ist zum Teil schon in den vorangegangenen Kapiteln behandelt worden (insbesondere in Abschnitt 3.9). Allgemein ist es schwierig, konkrete Effekte der Priorisierung in Dänemark auszumachen, da es nur wenige Beispiele expliziter Priorisierung gegeben hat. Im Folgenden sind einige Beispiele für Leistungskürzungen, aber auch für verbesserte Versorgung aufgeführt, die mit Priorisierungsaktivitäten in Zusammenhang gebracht werden können.

Die seit Anfang der 90er Jahre im Amtsbezirk Fyn angewendeten Priorisierungslisten im Rahmen der sogenannten "Vertragsstrategie" (siehe 3.9.1) führten laut der Zeitschrift "Sygeplejersken" (Die Krankenschwester) zu einem Ressourcengewinn der internistischen Abtei-

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup>Experteninterview, April 2009

#### 3 Ergebnisse

lungen. Diese hätten von Anfang an die Verträge nicht einhalten können. So sei vermehrte Aufmerksamkeit auf die internistischen Patienten, unter denen besonders viele Ältere seien, gelenkt und darüber diskutiert worden, wie ihnen besser geholfen werden könnte. Die Diskussionen führten unter anderem zu einer Erhöhung der Budgets der internistischen Stationen [106].

Von Posteriorisierung betroffen waren im Amtsbezirk Fyn dagegen die Patienten mit Hörschäden. Im Jahr 2001 betrug die Wartezeit für einen Hörtest in der audiologischen Abteilung der Universitätsklinik in Odense sieben bis acht Monate. Die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Amtsbezirks, Ester Larsen, begründete dies damit, dass andere Erkrankungen höhere Priorität hätten als Hörprobleme, so zum Beispiel Tumorerkrankungen und Herzkrankheiten. Hörschäden seien weder lebensbedrohlich noch stark funktionseinschränkend [110].

Einige Amtsbezirke nahmen im Zuge der Priorisierungsdebatte Leistungskürzungen vor mit der Begründung, dass es andere Krankheiten gebe, die Vorrang hätten. Der Amtsbezirk Vestsjælland beschloss im Jahr 1995, einige bisher durchgeführte Behandlungen nicht mehr in den öffentlichen Krankenhäusern anzubieten [111]. Es handelte sich um

- ästhetische Operationen außerhalb des Gesichts- und Halsbereichs (außer bei Folgen eines Traumas)
- rituelle Beschneidung
- Operationen zur Refertilisierung
- Operationen der Brust aus kosmetischer Indikation (außer bei starker Asymmetrie, Rekonstruktionen nach Tumorleiden oder anderen Krankheiten, sowie Brustverkleinerung bei schwerwiegender physischer oder psychischer Beeinträchtigung)

Zudem unternahmen die Amtsbezirkspolitiker einen Versuch, die In-Vitro-Fertilisation in Form der sogenannten Mikroinsemination (Einbringen eines einzelnen Spermiums in die ausgewählte Eizelle) aus dem Leistungskatalog der öffentlichen Krankenhäuser zu streichen. Sie bezeichneten dieses Verfahren als "Luxus-Behandlung" und gaben an, vorrangig eigentliche Krankheiten behandeln zu wollen. Die Klage eines kinderlosen Paares an das Innenund Justizministerium führte allerdings dazu, dass der Amtsbezirk angewiesen wurde, die Behandlung wieder anzubieten [29].

Der Amtsbezirk Storstrøm folgte dem Beispiel des Amtsbezirks Vestsjælland und nahm im Jahr 1995 die oben beschriebenen Leistungen aus dem Katalog der öffentlichen Krankenhäuser [111]. Zusätzlich wurden folgende Leistungen gestrichen:

– assistierte Befruchtung, außer bei unfreiwilliger Kinderlosigkeit<sup>27</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup>Dies betraf vorwiegend Frauen in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft.

#### 3 Ergebnisse

- Sterilisation, außer bei Krankheit oder anderen besonderen Verhältnissen
- Behandlung von unerwünschtem Haarwachstum bei Frauen

Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Amtsbezirks Storstrøm, der Politiker Bent Normann Olsen, betonte jedoch, dass es sich bei den Priorisierungsaktivitäten des Amtsbezirks nicht um ein Programm für Leistungskürzungen handele. Im Gegenteil, insgesamt sei das Budget für die Gesundheitsversorgung angehoben worden, da durch die Priorisierung in vielen Bereichen der Bedarf erst richtig sichtbar geworden sei. Prioritätensetzung sei vielmehr ein Werkzeug für die sinnvolle Verteilung der Ressourcen [108].

### 4.1 Diskussion der dänischen Priorisierungsdebatte

#### Wie ist die Haltung der Dänen zur Priorisierung im Gesundheitswesen?

"Kært barn har mange navne." (Ein geliebtes Kind hat viele Namen.) Glaubt man diesem dänischen Sprichwort, dürfte sich die Priorisierungsdebatte in Dänemark höchster Beliebtheit erfreuen. Denn sie ist über die Zeit mit verschiedensten Metaphern beschrieben worden. Dass darunter allerdings einige weniger schmeichelhafte Bezeichnungen sind, spricht eher dafür, dass wir es in diesem Fall mit einer Ausnahme von der Regel zu tun haben. Um nur einige der Metaphern zu nennen:

- "Zombie" für die Eigenart der Debatte, einerseits unsterblich, aber andererseits auch irgendwie leblos zu sein, ohne direkten Kontakt zu den alltäglichen Herausforderungen des Gesundheitswesen [26]
- "*Puzzle*" in der Hinsicht, dass in der Debatte oft Einzelfälle diskutiert würden, ohne Blick auf das Ganze [32]
- "Minenfeld" in Anspielung auf die Schwierigkeiten, in die man als Politiker geraten könne, wenn man sich auf dem Feld der Priorisierung bewege [112]

Das Verhältnis der Dänen zur Priorisierung im Gesundheitswesen scheint ambivalent zu sein. Die meisten sind der Meinung, dass es sehr wichtig sei, sich mit der Prioritätensetzung zu beschäftigen, wie die Ergebnisse der Bürgergipfel der Dänischen Regionen vom November 2008 zeigen. Trotzdem stehen einige der Priorisierung mit Skepsis gegenüber und befürchten dahinter ein Konzept zur Rechtfertigung von Leistungskürzungen. Diese Unsicherheit wird in erheblichem Maße durch die unklare Verwendung des Begriffs "Priorisierung" gefördert. Dass die Debatte in den 80er Jahren mit einer Diskussion über Sparmaßnahmen im Gesundheitssektor begann, hat sicherlich auch zu dem generellen Misstrauen, das den Priorisierungsbegriff umgibt, beigetragen.

#### Wo steht die dänische Priorisierungsdebatte heute?

Nach einer Pause von einigen Jahren ist die Priorisierungsdebatte seit dem Jahr 2007 wieder neu entfacht. Die antreibenden Kräfte sind die Dänischen Regionen und der Technologierat, also vor allem regionale Politiker und die Politikberatung. Ein Hauptfokus der aktuellen Debatte liegt auf der Bürgerbeteiligung. Es werden verschiedene Instrumente zur Involvierung der Bürger in die Diskussion entwickelt und erprobt. Dies ist allerdings nicht neu. Schon sehr früh in der dänischen Priorisierungsdebatte wurde die Bevölkerung mit einbezogen. Zu Beginn regte sich mancherorts massiver Widerstand. Eine in den späten 80er Jahren an Bürgertreffen Beteiligte, Ida Toldbod, berichtet von einer "feindlichen" Stimmung der Bürger, manchmal wurden die Organisatoren gar als "Faschisten" beschimpft. <sup>28</sup> Mit der Zeit, nach jahrelanger Aufklärungsarbeit vor allem auf lokaler Ebene, verflog jedoch die reflexhafte Ablehnung von Priorisierung, so dass heute für die meisten die Notwendigkeit von Prioritätensetzung im Gesundheitswesen eine Selbstverständlichkeit ist und sachlich darüber diskutiert wird.

In die aktuelle Debatte bringt sich auch die Ärzteschaft ein. Dabei steht ein neuer Gedanke im Vordergrund: Gerechtigkeit zwischen unterschiedlichen Patientengruppen. Führende Ärztevertreter fordern, die Ärzte müssten gemeinsam über die gesamte Gesundheitsversorgung diskutieren statt nur ihre eigenen Patienten im Blick zu haben. Unklar ist bisher, ob die Mehrheit der Ärzte hinter diesem Gedanken steht. Denn wie der Rest der Bevölkerung auch ist die Ärzteschaft in Hinsicht auf Prioritätensetzung im Gesundheitswesen gespalten. Auf der einen Seite waren die Ärzte in der Vergangenheit an verschiedenen Initiativen zur Priorisierung beteiligt und zeigten sich zufrieden damit, dass ihnen durch offene Prioritätensetzung eine Bürde im klinischen Alltag abgenommen werde. Auf der anderen Seite hatten sie bei den Priorisierungsaktivitäten meist keine leitende Position (diese übernahmen überwiegend Politiker) und erweckten teilweise den Anschein, mehr oder weniger widerwillig mitzuwirken, um nicht an Einfluss zu verlieren. Insofern ist es neu, dass die Ärzteschaft selbst Initiative ergreift und, wie beim Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft im Januar 2009 geschehen, den Startschuss für eine erneute Priorisierungsdebatte gibt.

#### Was hat die Priorisierungsdebatte bisher bewirkt?

In Dänemark wird seit mehr als 30 Jahren über Priorisierung im Gesundheitswesen diskutiert. In Anbetracht dieses Zeitraumes sind die Dänen auf dem Gebiet der Prioritätensetzung nicht so weit fortgeschritten, wie man hätte erwarten können. Die meisten der umgesetzten Priorisierungsmodelle waren von kurzer Dauer, da sie nur auf lokaler Ebene angewendet und allzu leicht verdrängt wurden, wenn neue lokalpolitische Themen auf die Tagesordnung

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup>Experteninterview, November 2008

kamen. So muss man konstatieren, dass nur wenig "Handfestes" aus der Priorisierungsdebatte hervorgegangen ist.

Die Diskussion hat dennoch bleibende Spuren in der dänischen Gesellschaft hinterlassen, was an der überwiegend positiven Haltung zur Prioritätensetzung (siehe oben) deutlich wird. Einige Amtsbezirke berichteten außerdem als Resultat der Priorisierungsaktivitäten von einer besseren Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, zum Beispiel zwischen Ärzten und Politikern. Auch hätten jetzt alle Beteiligten, insbesondere die Bürger, eine realistischere Vorstellung von der Funktionsweise des Gesundheitswesens und davon, was mit den gegebenen Ressourcen im Gesundheitssektor machbar sei. Generell scheint es zu mehr Transparenz hinsichtlich der Prioritäten des Gesundheitswesens gekommen zu sein. So ist durch die Priorisierungsdebatte eine Diskussion über die Kriterien, die den Entscheidungen im Gesundheitswesen zugrunde liegen, entstanden. Diese blieb nicht nur auf theoretische Erörterungen beschränkt, sondern führte zu Änderungen der bisherigen Praxis der Gesundheitsversorgung.

### 4.2 Limitationen der Untersuchungsmethode

Die Vorteile, die eine Länderstudie aus der Außenperspektive bietet, nämlich Distanz und Unabhängigkeit des Betrachters, sind zugleich die Nachteile eines solchen Unterfangens. Die Ergebnisse dieser Arbeit unterliegen somit folgenden Einschränkungen:

- 1. Die Suchstrategie umfasste die d\u00e4nischen Begriffe f\u00fcr Priorisierung, Rationierung und Ressourcenallokation. M\u00f6glicherweise gibt es im d\u00e4nischen Kontext andere Ausdr\u00fccke, die zum Fund weiterer relevanter Artikel \u00fcber explizite Priorisierung gef\u00fchrt h\u00e4tten. Allerdings ergaben die Experteninterviews keinen Hinweis auf andere Begriffe beziehungsweise weitere relevante Literatur.
- 2. Der Schwerpunkt der Methode wurde auf die Analyse d\u00e4nischer Literatur gelegt, wodurch haupts\u00e4chlich der Teil der d\u00e4nischen Priorisierungsdebatte erfasst wurde, der sich in Fachartikeln, Tageszeitungen und Positionspapieren widerspiegelte. Ein Teil der Debatte fand jedoch in direktem Kontakt zwischen den B\u00fcrgern und Fachleuten auf zahlreichen Diskussionsveranstaltungen statt, die nur sp\u00e4rlich dokumentiert sind und somit nicht hinreichend ber\u00fccksichtigt werden konnten.
- 3. Es konnte in Anbetracht des begrenzten Zeitrahmens der Arbeit nur eine Auswahl von d\u00e4nischen Experten befragt werden. Es wurden zudem nur Experten befragt, die in den gefundenen Dokumenten der d\u00e4nischen Priorisierungsdebatte erw\u00e4hnt wurden. So haben die rechtlichen Aspekte der Priorisierung in der Expertenauswahl zu wenig Beachtung gefunden, da der einzige auffindbare juristische Experte in der Debatte

- mittlerweile verstorben ist. Es ist allerdings zu bedenken, dass das Recht generell in der dänischen Priorisierungsdebatte nur eine geringe Rolle spielt.
- 4. Einige Experten gaben zu bedenken, dass die Aktivitäten und Diskussionen, zu denen sie befragt wurden, zum Teil bis zu zwei Jahrzehnte zurück lägen und daher ihr Erinnerungsvermögen eingeschränkt sei. Möglicherweise sind dadurch bei den Experteninterviews wichtige Aspekte verborgen geblieben oder verzerrt dargestellt worden.

# 4.3 Schlussfolgerungen für die deutsche Priorisierungsdebatte

Die deutsche Priorisierungsdiskussion steckt noch in den Kinderschuhen. Seit der letzten Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) im Jahr 2007 haben die Forschungstätigkeiten auf dem Gebiet der Prioritätensetzung zugenommen. Die interdisziplinäre DFG-Forschergruppe FOR 655 beleuchtet viele unterschiedliche Aspekte der Priorisierung wie zum Beispiel Fragen der Gerechtigkeit, rechtliche Vorgaben, Prioritätensetzung am Beispiel der Organtransplantation sowie die Bürgerbeteiligung und hat im Jahr 2009 das Buch "Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze" herausgegeben [113].

Ebenfalls in das Jahr 2009 fällt die Veröffentlichung eines Schwerpunkthefts der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) mit dem Titel "Priorisierung im Gesundheitswesen – eine Diskussion nimmt Fahrt auf", in dem es vor allem um die Definition der Begriffe Priorisierung und Rationierung, internationale Erfahrungen, rechtliche Rahmenbedingungen und Priorisierungskriterien geht [114]. Das deutsche Ärzteblatt begann im März 2009 eine Serie zur Priorisierung und veröffentlichte bis zum Oktober 2009 in monatlichem Abstand Artikel zum Thema.

In der gesundheitspolitischen Debatte wird Priorisierung in vielen Fällen als Bedrohung aufgefasst statt als Instrument zur effizienten und gerechten Verteilung der Ressourcen. Der Grund dafür dürfte die uneinheitliche Verwendung der Begriffe Priorisierung und Rationierung sein, wie eingangs geschildert (siehe 1.3). Es scheint in der Diskussion die Gleichsetzung der Priorisierung mit der Rationierung, also der Vorenthaltung von Leistungen, zu überwiegen. Dies erstaunt insofern, als dass die ZEKO, die sich als eine der ersten Institutionen in Deutschland ausführlich mit der Priorisierung befasst hat, die Begriffe klar trennt.

Hohe Wellen schlug die Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer Hoppe auf dem 112. Deutschen Ärztetag im Mai 2009, in der er beklagte, dass die dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellten Mittel nicht für die Versorgung der Patienten ausreichten. Wenn die

"Mangelverwaltung zum Dauerzustand" werde, so Hoppe, müsse man sich mit der Priorisierung auseinandersetzen. Dabei verwendet er den Priorisierungsbegriff auf unterschiedliche Weisen. Zum einen beruft er sich auf die Definition der ZEKO, Priorisierung sei die "Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen", so dass eine mehrstufige Rangreihe entstehe. Zum anderen erklärt Hoppe, Priorisierung bedeute eine Auswahl zu treffen, "welche Therapiemöglichkeiten für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss"– hier geht es also nicht um die Entwicklung einer Rangreihe, sondern um den reinen Aus- und Einschluss von Behandlungen. Die Verantwortung für die Rationierung scheint Hoppe allein bei der Politik zu sehen, bei der er mehr Ressourcen für die Medizin einfordert. Die Rolle der Ärzteschaft bei der Verteilung der Mittel kommt nicht zur Sprache.

Der Ansicht von Hoppe, dass die Ressourcen des Gesundheitswesens zu knapp seien und daher offen priorisiert beziehungsweise rationiert werden müsse, schließen sich in der gesundheitspolitischen Debatte viele Ärztevertreter an. Von der Politik wird Priorisierung derzeit weitgehend abgelehnt, wobei auch hier unter Priorisierung meist Rationierung, also Vorenthalten von Leistungen, verstanden wird. Über Parteigrenzen hinweg ist die vorherrschende Meinung, dass allen Bürgern eine hochwertige medizinische Versorgung zuteil werde und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben könnten.

Vor diesem Hintergrund ist es offensichtlich, dass in der deutschen Priorisierungsdebatte viel Klärungsbedarf herrscht. Hier wird sicherlich die Wissenschaft, die sich – wie eingangs erwähnt – in Deutschland schon ausführlich mit den zahlreichen Facetten der Priorisierung befasst, einen großen Beitrag leisten. Zusätzlich kann ein Blick über die Landesgrenzen helfen, einer eingefahrenen Debatte mithilfe von neuen Ideen eine andere Richtung zu geben. In diesem Sinne sollen im Folgenden Anregungen für die deutsche Priorisierungsdiskussion gegeben werden, die durch die Auseinandersetzung mit den dänischen Aktivitäten auf dem Gebiet der Prioritätensetzung gewonnen wurden.

#### Wer sollte an einer Priorisierungsdebatte beteiligt sein?

In Dänemark waren verschiedenste gesellschaftliche Gruppen an der Priorisierungsdebatte beteiligt. Dies hat dazu beigetragen, dass Priorisierung im Gesundheitswesen seit Ende der 70er Jahre immer wieder in der Diskussion gewesen ist. Mal wurde die Debatte hauptsächlich von Politikern getragen, mal von Ethikern, mal von Ökonomen, mal von Ärzten. So entstanden unterschiedliche Sichtweisen auf Priorisierung. Es ist also anzustreben, dass möglichst viele Gruppen an der Diskussion mitwirken.

Entscheidend ist auch die Einbeziehung der Bürger. Zum einen ist dies in einer demokratischen Gesellschaft ohnehin geboten und zum anderen kann nur so eine grundlegende Akzeptanz

der Priorisierung erreicht werden. Es lohnt sich, die dänischen Methoden zur Bürgerbeteiligung näher zu betrachten. In Dänemark haben viele lokale Diskussionsveranstaltungen in relativ kleinem Rahmen stattgefunden. Dies hat den Vorteil der Nähe an den Fragen und Bedürfnissen der einzelnen Bürger. Außerdem können - in Dänemark sehr erfolgreiche interaktive Methoden zur Anwendung kommen, bei denen die Bürger sich aktiv mit dem Thema auseinandersetzen.

Allerdings sollte die Diskussion nicht nur auf die lokale Ebene begrenzt sein. Es gibt viele Beispiele aus Dänemark, die zeigen, dass ansonsten die Gefahr der Versandung der Debatte besteht. Ideal wäre eine koordinierende Institution auf nationaler Ebene, die die lokalen Aktivitäten sammelt, analysiert, Anregungen gibt und vor allem die Diskussion in Gang hält.

#### Warum sollten Ärzte sich mit Priorisierung befassen?

Aus der Bundesärzteordnung und dem Sozialgesetzbuch ergibt sich die Verpflichtung der Ärzte, bei ihrem Wirken nicht nur das Wohl ihrer eigenen Patienten, sondern auch das der übrigen Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Bundesärzteordnung (§1 Abs.1) schreibt vor: "Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes." Im SGB V (§70 Abs.1) wird von den Krankenkassen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens die Gewährleistung einer "bedarfsgerechte[n] und gleichmäßige[n]... Versorgung der Versicherten" gefordert. Auch in der "Charter on medical professionalism" aus dem Jahr 2002, die Prinzipien für das ärztliche Wirken aufstellt, wird den Ärzten die Verantwortung für angemessene Ressourcenverteilung auferlegt: "...physicians are required to provide health care that is based on wise and cost-effective management of limited clinical resources." [115]

Ärzte kommen also nicht darum herum, sich mit dem Thema Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu befassen. Dänische Ärzte empfinden dabei eine offene Priorisierungsdebatte als Erleichterung. Sie beschreiben, dass ihnen dadurch die Bürde abgenommen werde, Entscheidungen über Prioritäten und Priorisierungskriterien ganz alleine im klinischen Alltag zu treffen.

# Auf welche Gefahren muss man in der Priorisierungsdebatte gefasst sein und wie kann man sie umgehen?

Missverständnisse aufgrund von unklar definierten Begriffen können eine sachliche und erfolgreiche Priorisierungsdebatte verhindern. Daher ist es wichtig, von Anfang an großen Wert auf die Erklärung des Begriffs "Priorisierung" zu legen und zu erläutern welche Ziele damit verfolgt werden. Priorisierung wird sehr schnell mit Leistungskürzungen in Zusammenhang

gebracht. Hier ist es wichtig zu verdeutlichen, dass es sich bei Priorisierung lediglich um ein gedankliches Verfahren handelt, welches keine direkten Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung hat. Mit Hilfe von Priorisierung können jedoch Entscheidungen über die Verteilung der Ressourcen des Gesundheitswesens auf eine transparente und gerechte Art und Weise gefällt werden – unabhängig davon, ob die Mittel gleich bleiben, weniger oder mehr werden. Das Priorisierungsmodell des dänischen Amtsbezirks Storstrøm, die bisher weitestgehende Implementierung von expliziter Priorisierung in Dänemark, wurde sogar als Schutz gegen Einsparungen angesehen. Durch die Priorisierung wurde für jeden Bereich des Gesundheitswesens der Bedarf an Ressourcen offengelegt und die Konsequenzen zu niedriger Budgets wurden direkt sichtbar. Dänische Erfahrungen zeigen, dass die meisten Beteiligten die Vorteile von offener Prioritätensetzung erkennen, wenn sie ausführlich über die Hintergründe und Ziele der Priorisierung aufgeklärt werden. Allerdings ist dies ein Prozess, der Zeit in Anspruch nimmt. In Dänemark war zu Beginn der Debatte die Ablehnung der Priorisierung groß. Es brauchte einige Jahre und etliche Diskussionsveranstaltungen, bis die Haltung der Mehrheit umschlug.

Eine weitere Gefahr könnte sich aus dem Umgang der Medien mit dem Thema Priorisierung ergeben. Zum einen neigen die Medien dazu, Sachverhalte möglichst einfach und polarisierend darzustellen, was dem komplexen Gebiet der Priorisierung nicht gerecht wird. Zum anderen könnten verschiedene Gruppen das Thema Priorisierung dazu nutzen, sich in den Medien gegenüber anderen zu profilieren. In Dänemark ist dieses Problem von vielen Teilnehmern der Debatte thematisiert worden, aber scheinbar ist nichts unternommen worden, um es zu lösen. Einige Ratschläge von dänischen Beobachtern der Priorisierungsdebatte könnten in Deutschland weiterhelfen:

- Die Priorisierungsdebatte muss auch außerhalb der Medien in der Öffentlichkeit Fuß
  fassen. Dies kann durch lokale Diskussionsveranstaltungen erreicht werden, auf denen
  die Thematik viel tiefgehender erläutert werden kann als es in den Medien möglich
  ist [32].
- 2. Die Priorisierung sollte vom tagespolitischen Geschäft abgeschirmt werden, das heißt die Prioritätensetzung sollte nicht ausschließlich anhand von Einzelbeispielen in den Medien ausdiskutiert werden. Stattdessen sollten politisch legitimierte Institutionen geschaffen werden, die sich mit Priorisierung befassen und die gesamte Gesundheitsversorgung im Blick haben [26].
- 3. Entscheidungsträger fühlen sich oft durch die von den Medien aufgeheizte Stimmung in die Ecke gedrängt und sehen sich dadurch nicht in der Lage, rationale Beschlüsse zu fassen. In dieser Situation würden unabhängige Technologiebewertungen sowie im gesellschaftlichen Konsens gefundene ethische Prinzipien helfen, auf die sie bei ihren Entscheidungen verweisen könnten [26].

# In welchen Bereichen des Gesundheitswesens sollte Priorisierung vorgenommen werden?

Priorisierung ist notwendig in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Es fängt ganz oben an, bei der Frage der Prioritätensetzung zwischen den unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen und der Festlegung der Ressourcen, die für den Gesundheitssektor eingesetzt werden sollen. Auch auf niedrigster Ebene, dem Kontakt zwischen Gesundheitspersonal und Patient, ist Priorisierung sinnvoll. Hier geht es zum Beispiel um die Kriterien für die Entscheidung, welcher Wartelistenpatient als nächstes behandelt werden soll. Alle Bereiche des Gesundheitswesens gehen die Gesellschaft als Ganzes an und daher sollte über die Priorisierung in allen Bereichen offen diskutiert werden.

Auch die Forschung im Gesundheitswesen ist ein wichtiger Bereich, der von Priorisierung umfasst werden sollte. In Dänemark wurde oft beobachtet, dass neu entwickelte Technologien "automatisch" eingeführt werden, weil jahrelang an ihnen geforscht wurde. Daher müssten von vornherein Prioritäten gesetzt werden, um zu erreichen, dass die öffentlichen Forschungsgelder den Gebieten zukommen, auf denen aus Sicht der Gesellschaft der Forschungsbedarf am größten ist. Zusätzlich müssten routinemäßig Technologiebewertungen durchgeführt werden. So kann man verhindern, dass neue Technologien ohne Prüfung "durch die Hintertür" eingeführt werden, obwohl sie keinen relevanten Nutzen für die Gesundheitsversorgung bringen.

#### Welche Voraussetzungen müssen für Priorisierung gegeben sein?

Um überhaupt Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren in eine Rangfolge bringen zu können, muss die Wirksamkeit beziehungsweise der Nutzen der verschiedenen Leistungen des Gesundheitswesens bekannt sein. Die medizinische Forschung spielt also als Voraussetzung für sinnvolle Priorisierung eine entscheidende Rolle. Als man in Dänemark begann, sich mit Priorisierung auseinanderzusetzen, stieß man bald auf das Problem, dass für den Großteil der medizinischen Interventionen keine ausreichende Evidenz vorlag.

In Dänemark hat sich gezeigt, dass zu kleine Einheiten – im Sinne von Zuständigkeit für die Versorgung – hinderlich für Priorisierung sind. Die Umsetzung von Priorisierungsmodellen auf Amtsbezirksebene war schwierig, weil posteriorisierte Patientengruppen, die längere Wartezeiten nicht akzeptieren wollten, in den Nachbaramtsbezirk auswichen. Auch eine garantierte maximale Wartezeit für Patienten unabhängig von der Art und Schwere der Erkrankung ist in Dänemark als erhebliches Hindernis für Priorisierung identifiziert worden. Denn gerade die Wartezeit auf Diagnostik beziehungsweise Behandlung wurde vor der Einführung der Garantie zur Differenzierung zwischen den verschiedenen Prioritäten der Gesundheitsversorgung genutzt. Kritiker der Wartezeitgarantie sehen darin eine von vornherein vorgegebene

Priorisierung weniger schwerwiegender Zustände zulasten der eigentlich dringlichen Versorgung.

#### In welcher Form sollte Priorisierung umgesetzt werden?

Zunächst ist es entscheidend, dass überhaupt praktische Konsequenzen aus den theoretischen Überlegungen zur Priorisierung im Gesundheitswesen folgen. Das dänische Beispiel zeigt, dass man sich jahrzehntelang damit aufhalten kann, das Konzept der Priorisierung theoretisch zu bearbeiten. Eine frühzeitige Umsetzung der in einer breiten, öffentlichen Diskussion erarbeiteten Prioritäten ist aus mehreren Gründen empfehlenswert. Zum einen wird dadurch das komplexe Gebiet der Priorisierung anschaulich und verdeutlicht allen Beteiligten die Notwendigkeit darüber zu diskutieren. Zum anderen ergeben sich aus der praktischen Umsetzung neue Problemstellungen, die anfangs nicht sichtbar waren. Die wenigen Priorisierungsmodelle, die in Dänemark umgesetzt wurden, förderten den Dialog zwischen Ärzten, Politikern und Bürgern und führten zu verstärkten Diskussionen über die Gewichtung der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens.

Bei der praktischen Anwendung von durch Priorisierung entwickelten Ranglisten sollte nicht das Ziel sein, möglichst von Beginn an perfekte Rangfolgen zu finden, die in der Praxis eins zu eins umgesetzt werden können. In Dänemark wurden bisher Modelle bevorzugt, die den Beschäftigten und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen Orientierung boten und bei denen ständig die Möglichkeit bestand, die Prioritäten zu ändern. Dementsprechend spielten rechtliche Aspekte eine geringe Rolle. In der Priorisierungsdebatte wurde mehrmals der Vorschlag geäußert, zeitgleich mit der Implementierung von expliziter Priorisierung eine Institution einzurichten, die Klagen von Bürgern über Prioritäten im Gesundheitswesen empfangen und bearbeiten sollte. Dieser Ansatz, auf die Etablierung eines fairen Prozesses der Entscheidungsfindung zu setzen, statt zu versuchen, im Vorfeld einen Konsens über Priorisierungsprinzipien zu erreichen, wurde auch von Daniels in dem Artikel "Accountability for reasonableness" aus dem Jahr 2000 befürwortet [116].

# Welche Anregungen ergeben sich für die Forschung auf dem Gebiet der Priorisierung?

In Bezug auf die dänische Priorisierungsdebatte gibt es viele Bereiche, die in dieser Arbeit nur angerissen wurden, um den Rahmen nicht zu sprengen. An vielen Stellen lohnt es sich tiefer einzusteigen – die Stellungnahmen des Ethikrates [50] und des Technologierates [26] sind dabei besonders hervorzuheben. In der Stellungnahme des Ethikrates wird umfassend auf die Werte und Ziele der Gesundheitsversorgung eingegangen, während der Bericht des

Technologierates besonders in Hinblick auf verschiedene Methoden der Bürgerbeteiligung lesenswert ist.

In Dänemark wurde schon viel und lange über Priorisierung diskutiert, aber noch sehr wenig in die Praxis umgesetzt. In Hinblick auf das Ziel der Implementierung von expliziter Priorisierung in Deutschland wäre es interessant, mehr über die Auswirkungen und Probleme bei der Anwendung von Rangfolgen im Gesundheitswesen zu erfahren. Es empfiehlt sich, bei weiteren Länderstudien darauf ein Augenmerk zu legen.

Als nächstes gilt es explizite Priorisierung in Deutschland konkret vorzubereiten. Dazu sollte erforscht werden, welche Prioritäten es zur Zeit in den einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens gibt und inwieweit diese mit den Vorstellungen der Gesellschaft übereinstimmen. Dafür ist die Basis der Prioritätensetzung – ethische Grundprinzipien und von der Gesellschaft akzeptierte Priorisierungskriterien – zu ermitteln.

#### 4.4 Resümee

Das dänische Beispiel zeigt, dass es sich lohnt, Priorisierung in die Gesundheitsversorgung einzubringen, auch wenn der Weg lang und mit Hindernissen bestückt zu sein scheint. Zwar sind die Dänen trotz intensiver Diskussionen in der praktischen Umsetzung der offenen Prioritätensetzung noch nicht sehr weit fortgeschritten, doch es lässt sich schon erkennen, was durch Priorisierung zu gewinnen ist. In Dänemark wird als Hauptgewinn oft Transparenz angeführt. Durch offene Priorisierung sind die Prioritäten für jeden sichtbar und können geändert werden. Patienten gewinnen an Sicherheit, weil sie schon vor ihrer Begegnung mit dem Gesundheitswesen wissen, nach welchen Kriterien Entscheidungen über ihre Versorgung gefällt werden. Das Gesundheitspersonal erhält Unterstützung in Entscheidungen, die über die rein fachliche Ebene hinausgehen. Die Politik bzw. die Bürger bekommen mehr Einfluss auf das Gesundheitswesen und können sicherstellen, dass die Entscheidungen im Gesundheitssektor auf den Grundwerten der Gesellschaft beruhen.

Die Hauptbotschaft, die sich aus dieser Arbeit ergibt, ist somit eine Ermunterung zu weiteren Initiativen auf dem Gebiet der Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen. Es bietet sich die Chance, besonders schnell zu guten Ergebnissen zu kommen, indem die bereits gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen Dänemarks und anderer Länder in die deutsche Debatte mit einbezogen werden.

# 5 Zusammenfassung

#### Hintergrund

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung gilt es sicherzustellen, dass die Ressourcen des Gesundheitswesens so eingesetzt werden, dass alle Bürger die notwendige medizinische Versorgung erhalten. In diesem Zusammenhang bietet sich das Verfahren der Priorisierung an, mit dem Elemente der Gesundheitsversorgung – zum Beispiel Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren – in eine nach Wichtigkeit bzw. Dringlichkeit geordnete Rangreihe gebracht werden. Im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts "Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung" wurde in dieser Arbeit die dänische Debatte über Priorisierung in der Medizin studiert, um Anregungen für die Anwendung von Priorisierung im deutschen Gesundheitswesen zu gewinnen.

#### Methoden

Als Grundlage für die dänische Länderstudie wurden systematische Perspektiven aufgestellt, die der Vergleichbarkeit mit anderen Länderstudien des Projekts dienen. Sie beinhalten unter anderem die Entwicklung der Priorisierungsdebatte, die verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche, in denen Priorisierung thematisiert und vorgenommen wird, Priorisierungskriterien und Folgen der Priorisierung. Zur Bearbeitung der Perspektiven wurde vor allem dänische Primärliteratur herangezogen, die in der zentralen Datenbank der dänischen Bibliotheken "bibliotek.dk" mithilfe der Suchbegriffe "prioritering" (Priorisierung), "rationering" (Rationierung) und "ressourcefordeling" (Ressourcenallokation) recherchiert wurde. Zusätzlich wurden Interviews mit dänischen Experten auf dem Gebiet der Priorisierung durchgeführt.

#### **Ergebnisse**

In Dänemark wird schon seit den 1970er Jahren über Priorisierung in der Medizin diskutiert. Die Debatte erstreckt sich auf verschiedene Gesellschaftsbereiche wie Ärzteschaft,

#### 5 Zusammenfassung

Politik, Ethik und Gesundheitsökonomie. Ein Großteil der dänischen Bevölkerung ist von der Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen überzeugt. Trotz der schon lange währenden Debatte hat es nur wenige Versuche gegeben, Priorisierung in den Alltag der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen einzubinden.

#### **Diskussion**

Die dänischen Aktivitäten auf dem Gebiet der Priorisierung haben hauptsächlich auf lokaler Ebene stattgefunden und waren nur von kurzer Dauer. Es fehlt eine nationale Institution, die eine nachhaltige und systematische Diskussion befördert und die Umsetzung von Priorisierung vorbereitet. Im Vergleich zur deutschen Situation mit einer erst in jüngster Zeit begonnenen Priorisierungsdebatte und weit verbreiteter Ablehnung von Priorisierung sind die Dänen aber einen großen Schritt voraus. Durch die Initiativen zur Priorisierung in der Medizin ist es zu größerer Offenheit über die Prioritäten der Gesundheitsversorgung gekommen. Am dänischen Beispiel lassen sich förderliche und hinderliche Bedingungen für Prioritätensetzung im Gesundheitswesen nachvollziehen, die es bei der Implementierung von Priorisierung in Deutschland zu beachten lohnt.

- [1] Schlussbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik". Drucksache 14/8800, Deutscher Bundestag, 2002.
- [2] Zentrale Ethikkommission: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer Langfassung September 2007.
- [3] Priorisierung in der Medizin- DFG-Forschergruppe FOR655, 27. September 2007, URL: http://www.priorisierung-in-der-medizin.de, Tag des Zugriffs: 27.11.2008.
- [4] Meyer T: Zusammenhang zwischen Priorisierung und Rationierung- zwei Modelle. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103, 80-84, 2009.
- [5] Raspe H, Kliemt H: Rationierung und Priorisierung- eine Kontroverse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103, 75-79, 2009.
- [6] Ubel PA, Goold SD: "Rationing" health care. Not all definitions are created equal. Archives of Internal Medicine 158, 209-214, 1998.
- [7] Kliemt H: Ethische Aspekte der Gesundheitsversorgung bei Ressourcenknappheit. Sozialpolitische Schriften 88, 45-59, 2006.
- [8] Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgårda S, Krasnik A, Vrangbæk K, Mossialos E: Denmark: Health system review. Health care systems in transition 9, 44, European observatory on health care systems, 2007.
- [9] Norden. De nordiske landes officielle samarbejde. URL: http://www.norden.org, Tag des Zugriffs: 28.08.09.
- [10] Møller Pedersen K, Christiansen T, Bech M: The Danish health care system: evolution not revolution in a decentralized system. Health Economics 14, 41-57, 2005.
- [11] Dänisches Ministerium für Gesundheit und Prävention (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse): Sundhed. URL: http://www.sum.dk, Tag des Zugriffs: 19.08.2008.

- [12] Vallgårda S, Krasnik A, Vrangbæk K: Health Care Systems in Transition. Denmark. European Observatory on Health Care Systems, 2001.
- [13] Houmøller J, Maarssø P, Toftgaard C: Magten i sundhedsvæsenet. Hvem har den og hvad bruger de den til? Forlaget Fremad A/S, Kopenhagen, 2000.
- [14] Borger.dk, URL: http://www.borger.dk, Tag des Zugriffs: 16.01.09.
- [15] Dänisches Innen- und Gesundheitsministerium (Indenrigs- og Sundhedsministeriet): Frit valg af sygehuse. Oktober 2007.
- [16] Danske Regioner, URL: http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/Nyheder juni 2008/Suspension af det frie sygehusvalg.aspx, Tag des Zugriffs: 17.11.08.
- [17] Dänisches Innen- und Gesundheitsministerium (Indenrigs- og Sundhedsministeriet): Maksimale ventetider på behandling for kræft og visse hjertesygdomme på sygehus. August 2006.
- [18] Dänische Arzneimittelbehörde (Lægemiddelstyrelsen): Om Laegemiddelstyrelsen. URL: http://www.laegemiddelstyrelsen.dk, Tag des Zugriffs: 21.08.2008.
- [19] WHO, Global Health Observatory (GHO) Country Statistics URL: http://www.who.int/gho/countries/en/, Tag des Zugriffs: 01.07.2011.
- [20] Dagens Medicin, 16.01.09, URL: http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2009/01/16/her-er-de-mest-magtfulde-i/, Tag des Zugriffs: 17.01.09.
- [21] Det Etiske Råd: Prioritering i sundhedsvæsenet- en redegørelse. 1996.
- [22] Det Etiske Råd og Amtsrådsforeningen i Danmark: Etik og medicinsk prioritering. En konferencerapport. 1993.
- [23] Møller Pedersen K: Prioritätensetzung in Dänemark. Vortrag bei der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages, 13.12.2004.
- [24] Glavind N: Udspil- om prioritering i sundhedssektoren. Fyns Amtskommune, 1989.
- [25] Arentoft Bondo L, Buhmann C, Dragsted D, Koldborg Jepsen H, Karpf M: Med lægers øjne. Politiken, 7, 04.05.2007.
- [26] Teknologirådet: Prioritering i sundhedssystemet. Et oplæg til debat om bedre beslutningsprocesser. 2007.
- [27] Tiedemann E: Medicinsk prioritering- politisk belyst. Medicinsk årbog 1989, 61-68, Munksgaard, Kopenhagen, 1989.

- [28] Andersen D: Prioritering set fra en lægelig synsvinkel. In: Glavind N: Udspil- om prioritering i sundhedssektoren. Fyns Amtskommune, 1989.
- [29] Møller Pedersen K: Sundhedspolitik. Syddansk Universitetsforlag, Odense, 2005.
- [30] Indenrigsministeriet: Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. Betænkning nr. 809. 1977, København, Indenrigsministeriet.
- [31] Tiedemann E: Prioritering i sundhedsvæsenet som månens bagside. Danmarks amtsråd 15, 8-10, 1984.
- [32] Holm S: The Danish debate about priorities in health care. In: Forsmann B, Holm S, Fleischhauer K, Serrao D: The Debate on Priorities in Health Care in Sweden, Denmark, Germany and Portugal. Studies in Medical ethics 6, 56-73, Department of Medical Ethics, Lund University, Schweden, 1999.
- [33] Andersen D: Livskvalitet og prioritering i sundhedsvæsenet. In: Sandøe P, Alban A, Andersen D, Simonsen HB: Livskvalitet og etisk prioritering. 59-83, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S, 1992.
- [34] Jansen J: Redaktionelle Konklusioner. In: Jansen TB, de Neergaard L, Lademann A, Rudfeld K, Jahn P, Høgh E, Jansen J: Prioritering af sygdomme. Futuriblerne 20, 27, Selskabet for Fremtidsforskning, 1992.
- [35] Christiansen T, Clausen J, Kidholm K, Langekilde L, Vesth Pedersen A, Petersen JH, Poulsen PB, Ulrichsen Draborg E: Tilvalg og fravalg- om prioritering i sundhedssektoren. Odense Universitetsforlag, Odense, 1995.
- [36] Møller Pedersen K: Prioriteringsproces, hjælpemidler og aktører. Ugeskrift for Læger 152, 3113-3119, 1990.
- [37] Zinck Pedersen K: Patientens politiske diskurshistorie. Center for Health Management, Copenhagen Business School, 2008.
- [38] Tørning J: Prioritering i sundhedssektoren- mål og midler. Kommunal Årbog 1978, 7-15, 1978.
- [39] Rudfeld K: Økonomisk prioritering inden for sundhedsvæsenet. In: Jansen TB, de Neergaard L, Lademann A, Rudfeld K, Jahn P, Høgh E, Jansen J: Prioritering af sygdomme. Futuriblerne 20, 10-12, Selskabet for Fremtidsforskning, 1992.
- [40] OECD Health Data, URL: http://stats.oecd.org/WBOS/, Tag des Zugriffs: 18.12.2008.
- [41] Kappel K: Prioriteringer i sundhedsvæsenet bliver en kronisk lidelse. Mandag Morgen 7, 25-29, 1995.

- [42] Dansk Sundhedsinstitut, URL: http://www.dsi.dk, Tag des Zugriffs: 6.01.09.
- [43] Alban A, Andersen B, Vainer F: Prioritering i sundhedsvæsenet. Samfundsøkonomiske analyser af hjerte- og levertransplantationer- en kommenteret oversigt. DSI-Rapport 89.07, 1989.
- [44] Alban A, Lehmann Knudsen J: Prioritering i sundhedsvæsenet. Økonomisk vurdering af behandlingen af de ekstremt små nyfødte i Danmark. DSI rapport 91.03, 1991.
- [45] Lehmann Knudsen J, Lange M: Prioritering i sundhedsvæsenet. Sundhedsfaglig planlægning og prioritering af svangreprofylakse. DSI rapport 94.07, 1994.
- [46] Det Etiske Råd, URL: http://www.etiskraad.dk, Tag des Zugriffs: 5.01.09.
- [47] Flex K: Prioritering og etik i sundhedsvæsenet: et arbejdspapir. Det Etiske Råd, Kopenhagen, 1990.
- [48] Experimentarium, URL: http://www.experimentarium.dk, Tag des Zugriffs: 10.12.2008.
- [49] Det Etiske Råd: Prioritering inden for sundhedsvæsenet- et debatoplæg. 1995.
- [50] The Danish Council of Ethics: Priority-setting in the health-service. 1997.
- [51] Bildsøe Lassen A, Lykkeskov A, Skyggebjerg A: De daglige valg. Det Etiske Råds debatmateriale om prioritering i sundhedsvæsenet. Det Etiske Råd, 1997.
- [52] Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering, URL:http://www.medicinskprioritering.dk, Tag des Zugriffs: 12.02.09.
- [53] Teknologirådet, URL: http://www.tekno.dk, Tag des Zugriffs: 6.01.09.
- [54] Teknologirådet: Grundlag for prioriteringer skal frem i lyset. Fra Rådet til tinget Nr. 246, 2007.
- [55] Danske Regioner, Teknologirådet: Debatmagasin om det danske sundhedsvæsen. Oktober 2008.
- [56] Dansk Medicinsk Selskab, URL: http://www.dms.dk, Tag des Zugriffs: 3.02.09.
- [57] Laustsen A: Prioritering i sundhedsvæsenet. Tidsskrift for danske sygehuse 64, 133-135, 1988.
- [58] Hagerup A: Alle syge bliver behandlet i dag. Berlingske Tidende, 4, 21.04.1992.
- [59] Overlægeforeningens sekretariat: Prioritering i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 157, 5610-5617, 1995.
- [60] Rolighed A: Hvem bestemmer hvad? prioritering i sundhedsvæsenet. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen 77, 138-139, 2001.

- [61] Andreassen J: Der skal være incitament for at gennemføre forandringer. Ugeskrift for Læger 163, 4246, 2001.
- [62] Anfrage des Abgeordneten Jørgen Tved, Forespørgsel F38, Folketinget, 22.03.1988.
- [63] Kvist E, Krogh Sørensen T: Politikere får hjælp til prioritering. Politiken, 8, 12.02.1996.
- [64] Erling Tiedemann im Interview auf dem dänischen Radiosender P1 am 25.02.2009.
- [65] Gerd Poulsen A: Politikere efterlyser bedre rådgivning. Danmarks amtsråd 16, 10-14, 1999.
- [66] Dørge H: De gamle må vente. Weekendavisen, 1, 14.06.2002.
- [67] Frederiksborg Amt: Prioritering i sundhedsvæsenet. Hvad siger borgerne? Sundhedsforvaltningen Frederiksborg Amt, 1996.
- [68] Steenberger A: Prioritering til debat. Ugeskrift for Læger 170, 1433, 2008.
- [69] Kaae M: Udgifter til medicin vokser vildt. URL: http://www.politiken.dk, 9.12.2008, Tag des Zugriffs: 12.12.2008.
- [70] Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling: Lov om Teknologirådet, Lov nr. 375 af 14/06/1995, URL: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=45391, Tag des Zugriffs: 23.03.2009.
- [71] Teknologirådet: Prioriteringer i sundhedsvæsenet: Projektbeskrivelse. 26.10.2006, URL: http://www.tekno.dk/subpage.php3?article=1355language=dkcategory=7topic=kategori7, Tag des Zugriffs: 29.10.2008.
- [72] Andersen D: Går besparelserne på sygehusene for vidt? Ugeskrift for Læger 146, 916-918, 1984.
- [73] Andersen D: Prioritering i sundhedssektoren=valg for andre. Ugeskrift for Læger 153, 475-478, 1991.
- [74] Bjørnsson K: Retfærdig prioritering. Sygeplejersken 93, 10-13, 1993.
- [75] Lademann A: Advokatur imod prioritering. In: Jansen TB, de Neergaard L, Lademann A, Rudfeld K, Jahn P, Høgh E, Jansen J: Prioritering af sygdomme. Futuriblerne 20, 8-9, Selskabet for Fremtidsforskning, 1992.
- [76] Olstrup L: Prioriteringer i sundhedsvæsenet. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 71, 243-247, 1993.

- [77] Holtug N, Lippert-Rasmussen K: Retfærdig sundhed: Henrik R. Wulff om prioritering inden for sundhedsvæsenet. Bibliotek for læger 188, 204-226, 1996.
- [78] Olesen F: Prioritering. Pulsen 5, 4, 1990.
- [79] Høiby N: Onkeltesten versus sundhedsbureaukratiets prioriteringsdiskussion. Ugeskrift for Læger 157, 1388-1389, 1995.
- [80] Skovmand K: Kræft-professor: Nødvendigt at prioritere. URL: http://www.politiken.dk, 9.12.2008, Tag des Zugriffs: 12.12.2008.
- [81] Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Medicinsk Selskab: Kodeks for lægefaglig rådgivning. September 2006, URL: http://www.laeger.dk, Tag des Zugriffs: 30.03.09.
- [82] Alban A: Kvaliteten af opnåede leveår som mål for sundhedsvæsenets indsats. In: Sandøe P, Alban A, Andersen D, Simonsen HB: Livskvalitet og etisk prioritering. 39-58, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S, 1992.
- [83] Thorsted CK: Tør politikerne ikke prioritere i sundhedsvæsenet? Pharma nr.4, 18-19, 2008.
- [84] Andersen J: Interview med Jacob Kjellberg. In: Teknologirådet: Prioritering i sundhedssystemet. Et oplæg til debat om bedre beslutningsprocesser. 65-70, 2007.
- [85] Nordskov Nielsen L: Retligt orienterede synspunkter på prioritering i sundhedssektoren. In: Glavind N: Udspil- om prioritering i sundhedssektoren. Fyns Amtskommune, 1989.
- [86] Orebo Hansen P: Erfaringer fra prioritering på amtsplan. In: Det Etiske Råd og Amtsrådsforeningen i Danmark: Prioritering i sundhedsvæsenet. Proceedings for debatdag den 22. februar 1996.
- [87] Undervisningsministeriet, Københavns Amt, DR undervisning: Prioritering i sundhedsvæsenet, Danmark i bevægelse 10:18, 1997.
- [88] Region Midtjylland: Retningslinjer for visitation og prioritering af patientgrupper i Region Midtjylland. 4.11.08.
- [89] Boysen M, Felsby O: Regioner: Vores garantier bedre end de gamle. Dagens medicin, 1.11.08 http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2008/10/24/regioner-vores-garantierb/index.xml, Tag des Zugriffs: 1.11.08.
- [90] Ib H: Stemmer i sundhed. Ugeskrift for Læger 167, 14-16, 2005.
- [91] Dørge H: Operation fravalg. Weekendavisen, 10, 08.03.1996.

- [92] Fyns Amt: Arrangement med teatergruppen Gadesjakket, 14.09.1988, J.nr. 2-50-0/1-88.
- [93] Teknologirådet: Borgertopmøde. 31.10.08, URL: http://www.tekno.dk/subpage.php3?article=1207toppic=kategori9language=dk, Tag des Zugriffs: 01.11.08.
- [94] Region Midtjylland: Program. Regioner i Danmark afholder borgertopmøde om fremtidens sundhedsvæsen. URL: http://www.regioner.net/sites/borgertopmoede/BorgertopmoedeMidtjyllland.pdf, Tag des Zugriffs: 29.10.2008.
- [95] Danske Regioner: Borgertopmøde. URL: http://www.regioner.net/sites/borgertopmoede.
- [96] Danske Regioner: Fremtidens sundhedsvæsen. Resultaterne fra regionernes borgertopmøde i Region Sjælland, Region Nordjylland, Region Midtjylland og i Region Hovedstaden Lørdag den 1. november 2008 URL: http://www.regioner.net/sites/borgertopmoede/Materialer.aspx, Tag des Zugriffs: 23.03.2009.
- [97] Danske Regioner: Sundhedspolitisk Topmøde 2009. Elektronische Version, URL: www.borgertopmoede.dk, Tag des Zugriffs: 01.09.2010.
- [98] Region Midtjylland: Borgermodul for prioritering af temaer til sundhedsplanen. URL: http://www.innovation4care.com/udi, Tag des Zugriffs: 11.11.2008.
- [99] Region Midtjylland: Afrapportering fra Internetafstemning. 25.11.2008, URL: http://www.rm.dk/sundhed, Tag des Zugriffs: 23.03.2009.
- [100] Meyer G: En karikatur. Sygeplejersken 95, 24-27, 1995.
- [101] Oregon Health Plan, url: http://www.oregon.gov/DHS/healthplan/priorlist/main.shtml, Tag des Zugriffs: 10.10.09.
- [102] Andersen J: Svensk gennembrud: Politisk prioritering af sundhedskronerne. Mandag Morgen 14, 32-35, 2004.
- [103] Bundgaard B: NICE har indflydelse. Ugeskrift for Læger 168, 3458, 2006.
- [104] Institut für rationale Arzneimitteltherapie (Institut for rationel farmakoterapi), URL: http://www.irf.dk, Tag des Zugriffs: 28.08.09.
- [105] Fink M: Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller. In: Det Etiske Råd og Amtsrådsforeningen i Danmark: Prioritering i sundhedsvæsenet. Proceedings for debatdag den 22. februar 1996.

- [106] Bjørnsson K: På vej i mange amter. Sygeplejersken 95, 7-20, 1995.
- [107] La Cour D, Theisen C, Hartz Thomas M, Skafte Jensen A, Brodin R: Fortællinger fra Storstrøms Amt. 1. Aufl., Storstrøms Amt, 2006.
- [108] Jungersen D: Prioriteringslister- et værn mod besparelser. Ugeskrift for Læger 158, 939-941, 1996.
- [109] Dansk Selskab For Intensiv Terapi, Dansk Anæstesiologisk Selskab: Generelle rekommendationer for intensiv terapi i Danmark. 1998. URL: http://www.dasaim.dk/menu-03/index.html, Tag des Zugriffs: 17.02.2009.
- [110] Glud T: Otte måneders ventetid på høreprøve på OUH. Fyens Stiftstidende, 30.05.2001.
- [111] Jansen TB: Sygdomsprioritering, økonomi og etik. In: Giversen J, Gøtrik JK, Jansen J, Jansen TB, Ladegaard-Pedersen HJ: Sundhedssektorens fremtider. 40-47, Selskabet for fremtidsforskning, Forlaget Fremad A/S, Kopenhagen, 1997.
- [112] Djørup S: Rapport fra et minefelt. Tandlægebladet 100, 196-198, 1996.
- [113] Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin Interdisziplinäre Forschungsansätze. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2009.
- [114] Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103, Schwerpunkt: Priorisierung im Gesundheitswesen – eine Diskussion nimmt Fahrt auf. 2009.
- [115] Medical Professionalism Project: Medical professionalism in the new milennium: a physicians' charter. Lancet 359, 520-522, 2002.
- [116] Daniels N: Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. British Medical Journal 321, 1300-1301, 2000.

# Leitfäden der Experteninterviews

# Allgemeine Fragen

Frühere und aktuelle Rolle des	Wie und wann kamen Sie das erste Mal mit dem
Experten in der Debatte und Ent-	Thema Priorisierung in der Medizin in Kontakt?
wicklung von Priorisierung	Wie haben Sie sich an der Priorisierungsdebatte be-
	teiligt?
	Beteiligen Sie sich noch an der dänischen Priorisie-
	rungsdebatte?
	Verfolgen Sie die dänische Priorisierungsdebatte?
	Haben Sie an der Umsetzung von Priorisierung im
	Gesundheitswesen mitgewirkt?
Definition der Begriffe Priori-	Wie würden Sie den Begriff "Priorisierung" definie-
sierung und Rationierung	ren? Wie den Begriff "Rationierung"?
	Wie hängen Priorisierung und Rationierung zusam-
	men?
Beginn der Priorisierungsdebat-	Wann begann die dänische Priorisierungsdebatte?
te in Dänemark	Gab es einen bestimmten Auslöser wie einen Fall,
	eine Untersuchung oder ähnliches?
Beteiligte an der Priorisierungs-	Wer beteiligt bzw. beteiligte sich an der Priorisie-
debatte	rungsdebatte?
Verlauf der Priorisierungsdebat-	Handelte es sich um eine große Priorisierungsdebat-
te	te oder gab es mehrere parallele Entwicklungen?
	Welche Themen wurden/werden diskutiert?
	Was wurde umgesetzt?
Wahrnehmung der Priorisierung	Wie wurde Priorisierung in der Öffentlichkeit auf-
in der Öffentlichkeit	genommen?
	Welche Assoziationen ruft der Begriff Priorisierung
	hervor?

Folgen der Priorisierung auf	Welche positiven Veränderungen hat die Priorisie-
verschieden Ebenen des Gesund-	rungsdebatte erbracht? Was hat sich zum Schlech-
heitswesens und in der Gesell-	teren verändert?
schaft	Welche Änderungen haben sich ergeben für
	die Patienten
	die Ärzte
	die Politiker
	die Verwaltung im Gesundheitswesen?
	Hat es juristische Konsequenzen gegeben?
	Was ist das derzeit größte Problem der Priorisierung
	in Dänemark?
Beurteilung der dänischen De-	Ist die dänische Priorisierungsbewegung aus Ihrer
batte durch den Experten	Sicht erfolgreich?
	Was hätte man anders machen sollen?
	Was steht einer offenen Priorisierung im Gesund-
	heitswesen im Weg?
	Welche Rahmenbedingungen haben sich als förder-
	lich bzw. hinderlich für Priorisierung erwiesen?
	Was ist Ihre Prognose für die Zukunft: wie wird
	sich Priorisierung in Dänemark weiterentwickeln?

# Spezielle Fragen an Peter Orebo Hansen

Beginn der Priorisierungsdiskus-	Auf wessen Initiative begann in Storstrøms Amt
sion in Storstrøms Amt	eine Priorisierungsdiskussion?
Priorisierungslisten	Wer war an der Entwicklung der Priorisierungslis-
	ten beteiligt?
	Welche Rolle hatte die Ärzteschaft in der Priorisie-
	rungsdiskussion? Wie wirkte sie an der Erstellung
	der Priorisierungslisten mit?
Anwendung der Priorisierungs-	Wie wurden die Priorisierungslisten angewendet?
listen	Wie reagierten Ärzte, Patienten und Bevölkerung
	auf die Listen?
	Welche Vorteile und Nachteile hatten die Listen?
	Wie lange wurden sie verwendet?
Andere Priorisierungsinitiati-	Gab es andere Priorisierungsinitiativen in Stor-
ven	strøms Amt?

# Spezielle Fragen an Søren Holm

Der Ethikrat in der Priorisie-	Wie und wann kam der Ethikrat zum Thema Priori-
rungsdebatte	sierung?
	Wie waren die Reaktionen auf die Veröffentlichun-
	gen des Ethikrates?
	Warum beendete der Ethikrat im Jahr 1996 sein
	Engagement in der Priorisierungsdebatte?
Die Rolle der Ärzte in der Prio-	Welche Rolle sollten aus Ihrer Sicht die Ärzte in der
risierung	Priorisierung übernehmen?
	Welche Rolle übernahmen bzw. übernehmen die
	Ärzte in der dänischen Priorisierungsdebatte?

# Programm des Jahrestreffens 2009 der Dänischen Medizinischen Gesellschaft

#### Jahrestreffen der Dänischen Medizinischen Gesellschaft<sup>29</sup>

Freitag, den 23. Januar 2009, 9:00-16:00 Uhr in Eigtveds Pakhus, Asiatisk Plads 2G., 1448 København K

#### **Priorisierung im Gesundheitswesen**

Nicht zu priorisieren ist auch Priorisierung (frei nach Kierkegaard)

Priorisierung von Diagnostik und Behandlung ist ein Teil des heutigen Gesundheitswesens – ob wir es wünschen oder nicht. Wie können wir erreichen, dass bei der Priorisierung die am schwersten Erkrankten Vorrang erhalten – auf der Grundlage fachlicher Kriterien und unter Berücksichtigung der ökonomischen Rahmenbedingungen?

Wie definieren wir Bedarf?

#### **Programm**

08:30	Morgenbuffet
09:00 - 09:10	Begrüßung und Einleitung
	/ J. Michael Hasenkam, Vorsitzender der DMS
09:10 - 09:30	Priorisierung – ja oder nein? Was sind die Konsequenzen?
	/ Jens Winther Jensen, Vorsitzender der Ärztevereinigung
09:30 - 09:50	Priorisierung aus Sicht der Regionen
	/ Bent Hansen, Präsident der Dänischen Regionen
9:50 - 10:10	Priorisierung aus Sicht der Nationalen Gesundheitsbehörde
	/ Lone de Neergaard, Verantwortliche für Gesundheitsplanung
	in der Nationalen Gesundheitsbehörde (Sundhedsstyrelsen)
10:10 - 10:30	Pause
10:30 - 10:50	Priorisierung aus Sicht einer Patientenvereinigung
	/ Allan Flyvbjerg, Vorsitzender der Diabetesvereinigung,
	Prof. dr. med.

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup>eigene Übersetzung aus dem Dänischen

10:50 - 11:10	Die Konsequenzen der Priorisierung im Alltag und die ärztliche Sicht darauf  / Gorm Greisen, Prof. dr. med., Rigshospitalet
11:10 - 11:30	Priorisierung aus ökonomischer Sicht in einer globalisierten Welt / Jes Søgaard, Prof. cand. rer. soc., Direktor des DSI
11:30 - 12:15	Experiences with prioritization in the UK health sector  / Andrew J Vallance-Owen, MBA, FRCSEd, Medical director,  BUPA, UK
12:15 - 13:15	Mittagspause
13:15 - 13:35	Wie priorisiert man als Politiker?  /Jacob Axel Nielsen, Minister für Gesundheit und Prävention
13:35 - 13:55	Schicksal oder Schuld - in der Priorisierung?  / Kjeld Holm, Bischof in Aarhus
13:55 - 14:30	Zusammenfassung und Ausblick: Der Arzt und die Priorisierungsdiskussion / Niels Qvist, Prof. dr. med., DMS
14:30 - 15:15	Diskussion
15:15 - 15:45	Verleihung des August Krogh Preises
15:45 - 16:00	Abschluss / J. Michael Hasenkam, Vorsitzender der DMS

# **Danksagung**

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe sehr herzlich für die Bereitstellung des Themas dieser Arbeit, die finanzielle Unterstützung und viele wertvolle Anregungen.

Danken möchte ich auch Herrn Dr. Thorsten Meyer für die hervorragende Betreuung meiner Arbeit. Er hatte immer ein offenes Ohr für meine Fragen und hat durch seine konstruktive Kritik entscheidend zu dem Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Den Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin bin ich dankbar für das angenehme Arbeitsklima und anregende Doktorandenseminare. Auch der "Prior"-Gruppe möchte ich danken für viele interessante Diskussionen und Denkanstöße.

Ein weiterer Dank geht an Frau Sabine Stumpf und an meine Eltern Hamid und Bente Pornak für das engagierte Korrekturlesen meiner Arbeit.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei den dänischen Experten, die mich bei der Analyse der dänischen Priorisierungsdebatte mit ihrem Fachwissen und ihren Erfahrungen unterstützt haben.

Nicht zuletzt danke ich meiner Familie und meinen Freunden für die liebevolle Unterstützung und die ausgleichenden Unternehmungen.

## Lebenslauf

#### **Shirin Caroline Pornak**

geboren am 13.01.1985 in Siegen

Staatsangehörigkeit: dänisch



#### **Schulischer Werdegang**

1991 – 1995 Grundschule Siegen, Deutsch Evern und Scharnebeck

1995 – 1997 Orientierungsstufe Scharnebeck

1997 – 2004 Gymnasium Scharnebeck, Abschluss: Abitur

#### **Studium**

10/2004 Beginn des Medizinstudiums an der Universität zu Lübeck

09/2006 1. Staatsexamen

06/2008 Beginn der Dissertation im Institut für Sozialmedizin

2010 Praktisches Jahr:

Psychiatrie UK-SH Campus Lübeck

Innere Medizin Sana-Klinik Eutin

Chirurgie Sana-Klinik Eutin

05/2011 2. Staatsexamen

# Veröffentlichungen

#### **Poster**

Poster "Wer kommt als erstes dran? Die dänische Debatte über Priorisierung in der Medizin" auf dem Lübecker Doktorandentag 2009 in der Petri-Kirche

# Vortrag

Vortrag "Priorisierung in der Medizin – Was können wir von Dänemark lernen?" beim Gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie und der European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS) zum Thema "Individualisierte Prävention und Epidemiologie: Die Moderne Medizin" (21.-25. September 2010, Berlin)

Abstract: Pornak S, Meyer T, Raspe H: Priorisierung in der Medizin – Was können wir von Dänemark lernen? Gesundheitswesen 72, 599, 2010.

#### **Artikel**

Pornak S, Meyer T, Raspe H: Priorisierung in der Medizin – Verlauf und Ergebnisse der dänischen Priorisierungsdebatte. Gesundheitswesen 73, 680-687, 2011. Elektronische Vorabpublikation 27.06.2011 (efirst: DOI: 10.1055/s-0031-1280841)