

# Rationierung und Priorisierung im Gesundheitssystem

## Internationale Erfahrungen

von Jeanine Staber<sup>1</sup> und Heinz Rothgang<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**In Deutschland sind Rationierung und Priorisierung** im Gesundheitswesen Themen, die zwar in Wissenschaft und Praxis diskutiert, in der Gesundheitspolitik allerdings tabuisiert werden. In anderen Ländern hat sich dagegen bereits seit längerem eine Rationierungs- beziehungsweise Priorisierungspraxis etabliert. In diesem Beitrag sollen internationale Erfahrungen aufgezeigt und für einen politischen Diskurs einer expliziten und transparenten Rationierungs- beziehungsweise Priorisierungspolitik im Gesundheitswesen in Deutschland nutzbar gemacht werden. Dazu werden exemplarisch die Entwicklung und Umsetzung von Rationierungs- beziehungsweise Priorisierungsentscheidungen im US-Bundesstaat Oregon, in England und Schweden dargestellt. Anschließend werden ausgehend von den internationalen Erfahrungen Empfehlungen für die deutsche Gesundheitspolitik abgeleitet.

**Schlüsselwörter:** Rationierung im Gesundheitswesen, Priorisierung, Gesundheitspolitik

**In Germany, the issues of rationing and prioritisation in healthcare** are discussed within the academic and practitioner discourse but are deemed by health policy to be taboo subjects. In contrast, other countries have long established a practice of rationing and prioritisation. This paper sets out to describe international experience and lessons learned, in order to prompt an informed political discourse about an explicit and transparent policy of rationing or prioritisation in Germany's healthcare sector. To exemplify the issues, an account is given of the development and implementation of rationing and prioritisation decisions in Sweden, the United Kingdom, and the US state of Oregon. On the basis of this international experience, recommendations are subsequently derived for German health policy.

**Keywords:** rationing in the healthcare sector, prioritisation, health policy

## 1 Einführung

Seit den 1990er-Jahren hat sich die Wissenschaft auch in Deutschland verstärkt mit dem Problem der Rationierung im Gesundheitswesen beschäftigt. Vertreter aus Wissenschaft und Praxis im Gesundheitswesen sind sich mittlerweile einig: Das Finanzierungsproblem der Solidargemeinschaft „gesetzliche Krankenversicherung“ wird sich zunehmend derart verschärfen, dass sich nicht mehr die Frage stellt, „ob“ rationiert werden soll, sondern nur noch „wie“. Gefordert wird dabei eine offene Rationierungsdebatte, aus der transparente und gerechte Kriterien für die Verteilung von Gesundheitsleistungen hervorgehen. Lediglich auf diese Weise können die

bereits in der medizinischen Praxis stattfindenden impliziten (verdeckten) Rationierungen, die abgelehnt werden, beseitigt beziehungsweise eingedämmt werden (Marckmann 2006; Rothgang et al. 2004a; Zentrale Ethikkommission 2000).

In der deutschen Gesundheitspolitik sind Rationierung und Priorisierung im Gesundheitssystem allerdings keine gern gesehenen Themen: Die ehemalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt lehnte eine explizite Rationierung und Priorisierung als menschenverachtend ab; selbst Diskussionen darüber wurden verweigert (Schmidt 2005; Rabbata et al. 2009, A1340). Eine offene Debatte scheint nicht in Sicht: Auch der Koalitionsvertrag der neuen Regierung sieht nichts Derartiges vor (CDU et al. 2009).

<sup>1</sup> Dipl.-Gesundheitsökonomin Jeanine Staber, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung · Barkhof – Parkallee 39 · 28209 Bremen · Telefon: 0421 218-4404 · Telefax: 0421 218-7540 · E-Mail: j.staber@zes.uni-bremen.de

<sup>2</sup> Professor Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung · Barkhof – Parkallee 39 · 28209 Bremen · Telefon: 0421 218-4132 · Telefax: 0421 218-7540 · E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Andere Länder hingegen führen zum Teil nicht nur bereits seit zwanzig Jahren politische Diskussionen über Rationierung und/oder Priorisierung, sondern praktizieren sie teilweise auch. Ziel der nachstehenden Ausführungen soll es sein, die Entwicklung und Umsetzung von Rationierungsbeziehungsweise Priorisierungsentscheidungen in dem staatlichen Gesundheitsprogramm Medicaid des US-Bundesstaates Oregon sowie in den Gesundheitssystemen von England und Schweden zu analysieren und Implikationen für einen politischen Priorisierungsdiskurs in Deutschland aufzuzeigen. Denn in allen drei Fällen werden nicht lediglich entsprechende Debatten geführt, sondern bereits Rationierungs- und Priorisierungsentscheidungen in die jeweilige staatliche Gesundheitsversorgung implementiert.

Für unsere Ausführungen legen wir Definitionen der Zentralen Ethikkommission zugrunde. Danach liegt Rationierung dann vor, „wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden“. Priorisierung in der medizinischen Versorgung ist dagegen „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“. Priorisierung ist somit als Voraussetzung für planvolle Rationierung zu sehen. Wenn nicht rationiert werden soll, ist Priorisierung überflüssig (*Zentrale Ethikkommission 2000, A-1017*).

## 2 Oregon

Das bekannteste und zugleich eines der ersten Beispiele für eine explizite Rationierungspolitik durch eine staatliche Institution ist der „Oregon Health Plan“ (OHP) des Bundesstaates Oregon in den USA. Ausgangspunkt war 1987 der Ausschluss von verschiedenen Transplantationen für Kinder aus dem Leistungspaket von Medicaid, der staatlichen Krankenversicherung für die arme Bevölkerung, da die Kosten als zu hoch und die Qualität dieser Interventionen als zweifelhaft angesehen wurden (*Rothgang et al. 2004a, 209*). Die eingesparten Ressourcen sollten für zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen für Schwangere und Kinder aus armen Familien verwendet werden (*Sachverständigenrat 1994, Rn. 388*). Wenig später starb ein 7-jähriger Junge an Leukämie, was medienwirksam der ihm versagten notwendigen Knochenmarktransplantation zugeschrieben wurde.

Daraufhin wurde im Jahre 1989 durch die Legislative des Bundesstaates Oregon der „Oregon Health Plan“ verabschiedet. Der Umfang des Medicaid-Leistungspakets sollte damit reduziert und die frei werdenden Ressourcen dazu verwendet werden, den Versicherungsschutz des Medicaid-Programms auf bislang unversicherte Bevölkerungsgruppen auszuweiten. Der Leistungsausschluss sollte mittels einer Prioritätenliste für medizinische Leistungen erfolgen, die die Oregon Health Service Commission (OHSC) auf wissenschaftlicher

Basis erstellen sollte. Die OHSC setzte sich aus parlamentarisch bestätigten Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern zusammen. Die Bevölkerung wurde durch öffentliche Anhörungen und Versammlungen in den Priorisierungsprozess mit einbezogen, um ihre Wertpräferenzen äußern zu können. Die erste Prioritätenliste der Kommission wurde allerdings strikt nach dem Kriterium der Kosteneffektivität der zur Verfügung stehenden medizinischen Maßnahmen erstellt. Der Begriff Kosteneffektivität stellt dabei auf das Verhältnis der Kosten einer Intervention zu ihrer Nützlichkeit ab. Bei der Prioritätenliste des OHP wurde die Nützlichkeit anhand qualitäts-adjustierter Lebensjahre (QALYs) abgebildet (*Rothgang et al. 2004a, 209 ff.*). Das QALY selbst ist ein Nutzwert, der die Nutzendimensionen „gewonnene Lebensjahre“ und „Lebensqualität“ gleichgewichtet multiplikativ verknüpft und damit auch Vergleiche über verschiedene Indikationen hinweg zulässt. Die Lebensjahre werden als solche genommen; die Lebensqualität wird zwischen 0 (Tod) und 1 (Zustand vollständiger Gesundheit) indexiert (*Schöffski und Greiner 2007*).

Die ermittelten Kosten wurden in Verhältnis zu den ermittelten QALYs gesetzt, sodass für jede betrachtete Intervention die Kosten pro zusätzlichem QALY errechnet werden konnten. Diese Kosten pro QALY wurden daraufhin für alle Interventionen aufsteigend in eine Rangfolge gebracht (League Table). Abhängig von den verfügbaren finanziellen Ressourcen wäre dann eine Finanzierungslinie gezogen worden: Alles oberhalb dieser Linie wird durch die Versicherung finanziert, alles unterhalb nicht. Die erstellte Prioritätenliste wurde 1990 vorgestellt und von der Öffentlichkeit wie auch von Experten vehement kritisiert, da sie als nicht akzeptabel angesehene Ergebnisse enthielt: Die Prioritätensetzung allein auf Basis der Kosteneffektivität führte zu dem in der Literatur oft zitierten Ergebnis, dass zum Teil nicht lebensnotwendige Maßnahmen wie Zahnüberkronung gegenüber effektiven und (allein) lebensrettenden Maßnahmen wie der Entfernung des Blinddarms bei akuter Appendizitis priorisiert wurden. Das verletzte unter anderem die in der Bevölkerung weit verbreitete Auffassung der *rule of rescue*, nach der lebensrettende Maßnahmen vorzuziehen sind. Insgesamt mussten die Prioritätenliste und die primär angesetzten Kriterien mehrfach überarbeitet werden. Schlussendlich wurde im Jahr 1994 eine Prioritätenliste implementiert, die die zu erwartenden Lebensjahre als dominantes Kriterium hat (*Rothgang et al. 2004a, 210 ff.*).

## 3 England

Kern des englischen Gesundheitssystems ist ein steuerfinanzierter staatlicher Nationaler Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS). Jeder Wohnbürger hat (kostenlosen) Zugang zu den Leistungserbringern des NHS. Gesteuert wird der NHS zentral durch das Gesundheitsministerium, das den gesetzlichen Rahmen für die Gesundheitsversorgung fest-

legt. Das Budget des NHS wird prospektiv durch das Parlament bewilligt (Budgetprinzip) und dann als lokale Budgets an die regionalen Gesundheitsbehörden, die Primary Care Trusts (PCTs), verteilt. Diese erbringen hauptsächlich die Primärversorgung (hausärztliche Versorgung), für die fachärztliche Versorgung schließen sie Verträge mit den regionalen Krankenhäusern. Jeder PCT teilt eigenverantwortlich sein Budget für die Versorgung seiner Patienten und Investitionen auf. Die Kontrolle über die Behörden der Leistungserbringung haben die dem Gesundheitsministerium unterstehenden Strategic Health Authorities (Bagott 2004).

Die Budgetverantwortung auf lokaler Ebene hat dazu geführt, dass die Gesundheitsversorgung innerhalb des NHS nicht durchgängig auf dem gleichen Niveau erfolgt: Leistungen, die in einem PCT-Gebiet gewährt werden, können im nächsten ausgeschlossen sein (Postcode Rationing). Grund sind die (zu) knapp bemessenen Budgets, die zu impliziten Rationierungen über Wartelisten geführt haben. Allerdings wurde das NHS-Budget durch die englische Regierung unter Tony Blair seit dem Jahr 2000 deutlich erhöht, um die Ausgaben – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – auf das europäische Durchschnittsniveau anzuheben (Newdick 2005, 89; Baggott 2004, 136, 205 ff.).

Um dem Postcode Rationing entgegenzuwirken und die bis dato bemängelte Qualität des NHS zu verbessern, wurde

unter anderem im Jahr 1999 das National Institute for Clinical Excellence (inzwischen National Institute for Health and Clinical Excellence) (NICE) eingerichtet (Cullum et al. 2004, 2). Im Rahmen seiner Kompetenz „Technologiebewertung“ (Bewertung bestehender und neuer Gesundheitsleistungen wie Arzneimittel, diagnostische und therapeutische Methoden) definiert NICE auf zentraler Ebene, welche Leistungen durch die lokalen Behörden erbracht werden müssen (Rothgang et al. 2004b). Das Entscheidungsgremium (Appraisal Committee) von NICE, das konkret über den Ein- und Ausschluss aus dem „Leistungskatalog“ des NHS entscheidet, setzt sich aus Vertretern von Patientenorganisationen, relevanter wissenschaftlicher Disziplinen, des NHS und der Industrie zusammen (NICE 2008a, 66). Das Verfahren der Technologiebewertung ist in Abbildung 1 skizziert.

Kernstück und Ausgangspunkt des Entscheidungsprozesses für das Appraisal Committee des NICE ist der Evaluationsbericht. Hauptbestandteil des Evaluationsberichts ist ein umfassender Bewertungsbericht (evidence review group report), der durch eine unabhängige Bewertungsgruppe (Assessment Group) erstellt wird. Eine Assessment Group ist eine multidisziplinäre Forschergruppe (mit Vertretern aus Medizin, Ökonomie, Epidemiologie und anderen), die zu einem der sieben englischen wissenschaftlichen Zentren

**TABELLE 1**

**Ablauf eines Technologiebewertungsprozesses durch NICE (vereinfachte Darstellung)**

Prozess	zentrale Inhalte
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition des konkreten Arbeitsauftrages (Fragestellung)</li> <li>• Benennung der Consultees (zum Beispiel Hersteller, Verbände von Gesundheitsberufen und Patienten)</li> <li>• Benennung der Commentators (zum Beispiel Hersteller von Konkurrenztechnologien)</li> <li>• Benennung des akademischen Zentrums (Assessment Group), das den umfassenden Bewertungsbericht (Evidence Review Group [ERG] Report) erstellt</li> </ul>
Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appraisal Group (Entscheidungsgremium) auf Basis des Evaluationsberichts, Beratungen und Anhörungen</li> <li>• Bestandteile des Evaluationsberichts sind unter anderem                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– umfassender Bewertungsbericht</li> <li>– Evidenzunterlagen der Consultees</li> <li>– Stellungnahmen der Commentators</li> <li>– persönliche Stellungnahmen von Patientenexperten</li> <li>– persönliche Stellungnahmen von klinischen Spezialisten</li> </ul> </li> <li>• Gegebenenfalls provisorisches Entscheidungsberatungsdokument (appraisal consultation document) mit Gelegenheit zur Stellungnahme für Consultees und Commentators</li> <li>• Endgültige Bewertung (final appraisal determination)</li> </ul>
Einspruchsphase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gegebenenfalls Einspruch von Consultees</li> </ul>
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung der Entscheidung durch die lokalen Gesundheitsbehörden (Primary Care Trusts, NHS-Trusts)</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Newdick 2005, 90 ff. und NICE 2009

gehört, die das Gesundheitsministerium zwecks Technologiebewertung unter Vertrag genommen hat. Der Bericht umfasst im Wesentlichen eine systematische Übersicht über die Datenlage zum Nachweis der Wirksamkeit einer Technologie unter Ideal- (klinische Studien) und unter Alltagsbedingungen (Studien der Versorgungsforschung) sowie zum Verhältnis von Kosten und Nutzen (Kosteneffektivität). Die Datenlage zur Kosteneffektivität wird – soweit vorhanden – mittels eines eigenen Modells der Assessment Group auf Plausibilität überprüft (*NICE 2008a; NICE 2009*).

Entscheidungskriterien sind unter anderem der Nachweis der Effektivität (clinical and public health effectiveness) durch entsprechende Evidenzbasierung sowie ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis; nachgewiesen in Kosten-Nutzwert-Analysen, die QALYs als Nutzenparameter verwenden. NICE verwendet bei der Beurteilung der Kosteneffektivität keinen vorab definierten Schwellenwert, doch der Begründungsaufwand steigt mit abnehmender Kosteneffektivität. Bei einem Wert bis 20.000 £/QALY (rund 22.000 Euro) muss NICE begründen, warum die Maßnahme nicht kosteneffektiv ist; bei einem höheren Wert, warum sie es ist. Auch die sogenannten vier biomedizinischen Prinzipien Selbstbestimmung, Nichtschaden, Fürsorge und Gerechtigkeit sowie die Bedarfe gegenwärtiger und zukünftiger Patienten werden beachtet (*NICE 2008b*). Diese Prinzipien entsprechen den in der Medizinethik weit verbreiteten Prinzipien ärztlichen Handelns in der Arzt-Patienten-Beziehung (*Beauchamp und Childress 2001*).

Die endgültige Empfehlung der Appraisal Group beinhaltet, ob die Leistung durch den NHS bei der geprüften Indikation zu finanzieren und ob sie gegebenenfalls auf bestimmte Subpopulationen zu beschränken ist (*NICE 2008a*). Einschränkungen in der Empfehlung liegen beispielsweise vor, wenn die Technologie nicht für den Routineeinsatz, sondern nur als „second line“-Therapie, also bei Unwirksamkeit der Standardtherapie, oder nur für definierte Risikogruppen empfohlen wird. Das ist insbesondere bei sehr teuren Maßnahmen der Fall (*Jordan 2008, 211*). Seit dem Jahr 2000 wurden rund 140 Bewertungen vorgenommen; nur wenige der tatsächlich erbrachten Leistungen wurden also überprüft (*Bryan 2009, 30*). Eine Übersicht über die Entscheidungen von NICE bis Juni 2007 bietet Abbildung 2.

Etwa 71 Prozent der in diesem Zeitraum bewerteten Technologien sind Arzneimittel, bei zirka 11 Prozent handelt es sich um chirurgische und bei rund 9 Prozent um therapeutische Verfahren. Die am häufigsten einer Leistung zugrunde liegenden Krankheiten sind Krebserkrankungen mit etwa 30 Prozent, gefolgt von Technologien für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (rund 12 Prozent) und Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie psychische Erkrankungen mit je zirka 8 Prozent (*Jordan 2008, 202 ff.*). Bemerkenswert ist, dass nur bei 36 Prozent der Entscheidungen eine uneingeschränkte Empfehlung abgegeben und nur in 4 Prozent gegen die Technologie votiert wird. In der Hälfte der Fälle endet das Verfahren dagegen mit einer eingeschränkten Empfehlung.

Seit 2002 sind die PCTs verpflichtet, die Entscheidungen von NICE innerhalb von drei Monaten umzusetzen und finanzielle Ressourcen für die entsprechenden Leistungen zur Verfügung zu stellen. Allerdings erfolgt keine entsprechende Aufstockung der lokalen NHS-Budgets. Das hat in der Praxis zu erheblichen Problemen bei der Umsetzung der NICE-Entscheidungen geführt: Da in der Regel nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, die lokalen Behörden ihr NHS-Budget aber nicht überschreiten können, werden die Entscheidungen entweder nicht umgesetzt oder andere (notwendige) Leistungen zwecks Quersubventionierung beschränkt. NICE hat daher Leitfäden für die Implementierung seiner Entscheidungen erstellt (*NICE 2005*). Das Ziel, ein einheitliches Versorgungsniveau zu schaffen, wird ohne ausreichende Budgets nicht erreicht werden; die Ungleichheiten werden bei den von NICE nicht bewerteten Maßnahmen sogar noch zunehmen (*Newdick 2005, 97 ff.*).

## 4 Schweden

Das schwedische Gesundheitssystem beruht ebenfalls auf einem steuerfinanzierten Nationalen Gesundheitsdienst. Die Einwohner haben (bis auf die Zuzahlungen) kostenlosen Zugang zum System. Die unmittelbare Organisation des Gesundheitssystems obliegt den Provinziallandtagen (Landsting) und den Kommunen, wobei die Provinzen für die ambulante und stationäre Versorgung zuständig sind. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen sind überwiegend bei den Provinzialregierungen angestellt. Hinsichtlich der Ausgestaltung des Systems gibt der Staat durch das Gesundheits- und Krankenversorgungsgesetz (Hälsa- och sjukvårdslag) Rahmenbedingungen vor (*Carlsson 2009, 93; Meyer und Raspe 2009, 99 ff.*).

Die offizielle Diskussion um Priorisierung begann in Schweden auf Bundesebene im Jahr 1992 mit der Bildung der schwedischen parlamentarischen Priorisierungskommission (Prioriteringsutredningen), die sich aus Vertretern der politischen Parteien und Experten mit lediglich beratender Funktion zusammensetzte. Ihr Auftrag war es, eine sogenannte ethische Plattform zu formulieren. Diese sollte die grundlegenden Prinzipien für die Priorisierung von Gesundheitsleistungen festlegen (*Marckmann 2009, 87; Meyer und Raspe 2009, 104 f.*). Formuliert wurden die „Plattform-Prinzipien“ in der entsprechenden Rangfolge:

- **Menschenwürde:** gleiche Würde und Rechte aller Menschen unabhängig von persönlichen Eigenschaften und Stellung innerhalb der Gesellschaft.
- **Bedarf und Solidarität:** Einsatz der zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen in den Bereichen mit dem größten medizinischen Bedarf.
- **Kosteneffektivität:** angemessenes Verhältnis zwischen Kosten und Effektivität bei der Auswahl zwischen verschiedenen Betätigungsfeldern oder Maßnahmen (*Commission 1995, 103 ff.*).

TABELLE 2

### Entscheidungen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) bei den Technologiebewertungen

(Zeitraum: Anfang 2000 bis Juni 2007  
Die erste Entscheidung des NICE wurde im März 2000 veröffentlicht.)

Entscheidung NICE	Bewertete Leistungen
<b>A: Empfehlung</b> , davon – uneingeschränkt – eingeschränkt auf bestimmte Indikationen und/oder Patientengruppen	<b>105 (86,1%)</b> 44 (36,1%) 61 (50,0%)
<b>B: Empfehlung nur im Kontext klinischer Studien</b>	7 (5,7%)
<b>C: keine Empfehlung</b>	5 (4,1%)
Entscheidung nicht eindeutig A–C zuzuordnen	5 (4,1%)
<b>Gesamt</b>	<b>122 (100,0%)</b>

Quelle: eigene Darstellung, nach Jordan 2008, 210 f.

Diese ethische Plattform bildete die Grundlage für die Definition von fünf Priorisierungsgruppen durch die Kommission. Mit der Erstellung des Abschlussberichts endete 1995 die Arbeit der Priorisierungskommission. Die Plattform-Prinzipien wurden 1997 in das Gesundheits- und Krankenversorgungsgesetz aufgenommen. Doch eine Umsetzung der Priorisierung durch die zuständigen Provinzen und Gemeinden erfolgte ohne erkennbaren Grund nur rudimentär bis gar nicht. Auf Empfehlung einer erneut temporär eingesetzten parlamentarischen Priorisierungsdelegation wurde im Jahre 2001 ein nationales Zentrum für Priorisierungsfragen, das PrioriteringsCentrum an der Universität Linköping, gegründet, das für die wissenschaftliche Begleitung sowie für die Unterstützung der praktischen Priorisierungsaktivitäten zuständig ist (Meyer und Raspe 2009, 105 f.).

Zu einer ersten Umsetzung von Priorisierungsentscheidungen kam es in einem anderen Handlungsstrang: Im Jahr 1997 beauftragte der schwedische Reichstag die oberste Gesundheitsbehörde des Landes (Socialstyrelsen [SOS]) damit, für die wichtigsten Krankheiten und zugehörigen Behandlungen nationale Leitlinien auszuarbeiten, um damit die Verantwortungsträger im Gesundheitssystem bei ihren Entscheidungen zur Verteilung der Ressourcen zu unterstützen.

Im Jahr 2004 wurde die erste nationale Leitlinie veröffentlicht. Diese kardiologische Leitlinie umfasst Kombinationen von medizinischen Zuständen und Interventionen mit beleg-

tem Nutzen, für die Priorisierungskategorien von 1 (sehr wichtig und gut begründet) bis 10 (kaum wichtig und weniger gut begründet) formuliert wurden. Für Maßnahmen in den wichtigsten Priorisierungskategorien bedarf es keiner besonderen Rechtfertigung; je niedriger eine Maßnahme in der Rangfolge steht, desto besser muss begründet werden, warum sie im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes durchgeführt werden soll. Die grundlegenden Prinzipien dieser Priorisierung innerhalb eines Versorgungsbereichs (vertikale Priorisierung) entsprechen im Wesentlichen denjenigen der ethischen Plattform (Carlsson 2009, 94 ff.; Meyer und Raspe 2009, 106 ff.).

Bisher wurden die nationalen Leitlinien mit den Priorisierungen von Maßnahmen noch nicht zur Begrenzung medizinisch sinnvoller Maßnahmen, also zur Rationierung, verwendet. Das Hauptgewicht lag auf der einheitlichen Einführung neuer Methoden und der Setzung von Behandlungsstandards. Nicht finanziert werden sollen bislang nur Interventionen, deren Nutzen im Zuge der Leitlinienerstellung nicht ausreichend wissenschaftlich belegt wurde und die daher in keine der Priorisierungsgruppen eingeordnet wurden (Carlsson 2009, 97). Demnach sind diese Versorgungsleitlinien bisher nicht als Instrumente zur Priorisierung im eingangs definierten Sinne zu verstehen, sondern werden bisher allein zur Rationalisierung verwendet.

## 5 Fazit

Wie könnte vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen eine Rationierungs- oder Priorisierungspraxis in Deutschland aussehen? Zunächst ist es notwendig, dass sich die Politik nicht länger weigert, das Thema überhaupt öffentlich zu verhandeln. Dabei muss geklärt werden, welche Rolle Rationierung und Priorisierung in einem Gesundheitssystem spielen. Hierbei ist zwischen verschiedenen Gesundheitssystemtypen zu unterscheiden (Wendt et al. 2009):

- In nationalen Gesundheitsdiensten wie in England und Schweden erfolgt die explizite Begrenzung der Gesundheitsausgaben durch das Budget. Priorisierungen von Leistungen dienen hier dazu, die ansonsten auf Mikroebene ungesteuert erfolgende Rationierung zu kanalisieren. Diese Priorisierung bezieht sich auf die Frage, welche Leistungen rationiert werden sollen, und darauf, regionale Unterschiede auszugleichen oder zu begrenzen (Rothgang et al. 2004b).
- Ausgabenbegrenzende Wirkung können Leistungsausschlüsse nur in Gesundheitssystemen wie in Deutschland oder Oregon haben, in denen Leistungen nach dem Bedarfsprinzip gewährt und nicht durch im Vorfeld politisch festgelegte Budgets begrenzt werden.

Hinsichtlich der Art der Priorisierung können zwei Gruppen von Priorisierungsansätzen unterschieden werden:

- Priorisierung durch Rahmenprinzipien (outlining principles), wie zunächst in Schweden, und
- Priorisierung durch Definition der Gesundheitsleistungen (defining practices) wie in England und Oregon (*Sabik und Lie 2008, 5*).

Die Definition leitender abstrakter Prinzipien in Schweden führte zwar zu einer Selbstvergewisserung originär schwedischer Grundwerte (*Meyer und Raspe 2009, 110*), genügte aber nicht, um umsetzbare Priorisierungsentscheidungen hervorzubringen (*Sabik und Lie 2008, 12*). Die konkrete Festlegung von Versorgungsleistungen oder Rangfolgen hingegen hat sich als gangbarer Weg für eine Implementierung von Rationierungs- oder Priorisierungsbeschlüssen erwiesen. Unklar ist bisher aber noch, wie mittels Leitlinien horizontal priorisiert werden kann, das heißt, welche Rangfolgen zwischen den Versorgungsbereichen (zum Beispiel Kardiologie versus Onkologie) festgelegt werden können (*Carlsson 2009, 97 f.*). Aus pragmatischen Gründen sind daher Einzelentscheidungen über konkrete Leistungsein- und -ausschlüsse vorzuziehen.

In diesem Rahmen muss dann entschieden werden, wer die technische Bewertung (Assessment) und wer die Entscheidung (Appraisal) über den Leistungsein- oder -ausschluss durchführen soll. In Oregon und Schweden sind diejenigen Akteure, die die Maßnahmen bewerten, auch die, die die Entscheidung treffen. In Oregon waren sie parlamentarisch legitimiert, in Schweden nicht. Die in England praktizierte Trennung von Assessment und Appraisal ist auch für Deutschland zu fordern: Das Assessment sollte durch ein wissenschaftliches Institut wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erfolgen. Dessen gesetzlicher Auftrag müsste dafür erweitert werden. Das Appraisal und die Entscheidung über die Priorisierungsnormen müssen aus demokratietheoretischer Sicht durch politisch legitimierte Institutionen erfolgen (*Krauth et. al 2008, 5 f.*). Fraglich ist, ob alle Interessenvertreter wie Versichertenvertreter (Krankenkassen), Patientenorganisationen, Hersteller und Verbände der Leistungserbringer oder lediglich die Versichertenvertreter ein Entscheidungsrecht erhalten sollen.

Bei Einbezug aller Interessenvertreter würde das Appraisal aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive erfolgen, was in einem steuerfinanzierten Nationalen Gesundheitsdienst eher zu rechtfertigen ist. Ein alleiniges Entscheidungsrecht der Versichertenvertreter würde die enger gefasste Perspektive der Versichertengemeinschaft einnehmen, die das System mit ihren Beiträgen finanziert. Die Entscheidung über den expliziten Ein- oder Ausschluss von Leistungen, also die konkrete Definition des Leistungskatalogs, ist im Grunde die Festlegung dessen, was mit den Beiträgen der Versicherten der Solidargemeinschaft geschehen soll. Daher sollten die Versicherten als „Shareholder“ beziehungsweise ihre demokratisch legitimierten Vertreter auch selbst entscheiden, welche Leistungen rationiert beziehungsweise priorisiert werden sollen. Der Gemeinsame Bundesaus-

schluss repräsentiert in diesem Zusammenhang weder eine gesamtgesellschaftliche noch eine reine Versichertenperspektive und kommt daher für das Appraisal nicht in Betracht. Die Leistungserbringer sollten lediglich wie die anderen Interessengruppen durch diverse Anhörungsrechte in den Bewertungs- und Entscheidungsprozess einbezogen werden, jedoch ohne Entscheidungskompetenz.

Noch nicht zufriedenstellend geklärt ist die Frage, nach welchen expliziten Kriterien konkret rationiert oder priorisiert werden soll. Rationierungs- und Priorisierungsentscheidungen anhand eines einzigen Kriteriums zu treffen, ist als unangemessen anzusehen (*Sabik und Lie 2008, 11*). Die Probleme des Oregon Health Plan zeigen, dass Kosteneffektivität zwar ein wichtiges Prinzip ist, aber nicht das alleinige Entscheidungskriterium sein darf (*Marckmann und Siebert 2002; Rothgang et al. 2004a*). Vor diesem Hintergrund gilt inzwischen die rule of rescue als eigenes Kriterium, das explizit oder implizit berücksichtigt werden muss. Auch NICE verwendet mehrere Kriterien – Wirksamkeit, Kosteneffektivität sowie die vier biomedizinischen Prinzipien. Wird auf der Grundlage mehrerer Prinzipien priorisiert, bleibt allerdings die Schwierigkeit der Gewichtung der Prinzipien im Konfliktfall (*Sabik und Lie 2008, 11*). Die ethische Plattform in Schweden etwa gibt zwar eine klare Rangfolge der Prinzipien vor; diese sind aber zu abstrakt für praktische Priorisierungsentscheidungen.

In Deutschland sollten zumindest Effektivität und Kosteneffektivität der Leistungen sowie die rule of rescue Kriterien für Rationierungs- und Priorisierungsentscheidungen sein. Bedarfe von Schwerstkranken müssen nämlich besonders berücksichtigt werden: Lebensrettende Maßnahmen dürfen nicht direkt vorenthalten werden, da der Staat verfassungsrechtlich verpflichtet ist, ein medizinisches Existenzminimum bereitzustellen (*Neumann 2006*). Wünschenswert wäre, nach dem Beispiel von NICE bei sehr teuren Maßnahmen die Anwendung lediglich für Subpopulationen zuzulassen, die aufgrund ihres Krankheitsstatus am bedürftigsten sind oder bei denen die Ersttherapie versagt hat, um so einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Bedarf Einzelner und den begrenzten Ressourcen im Gesamtsystem zu finden.

## LITERATUR

- Baggott R (2004):** Health and Health Care in Britain; Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Beauchamp TL, Childress JF (2001):** Principles of Biomedical Ethics; Oxford, New York u. a. O.: Oxford University Press
- Bryan S (2009):** Balancing Cost-Effectiveness with other Values: Experiences of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Das Gesundheitswesen, Jahrgang 71, Suppl. 1, 330–333
- Carlsson J (2009):** Praxis der Priorisierung am Beispiel der Versorgungsleitlinie Kardiologie in Schweden. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Band 103, 92–98
- CDU, CSU, FDP (2009):** Wachstum, Bildung, Zusammenhalt: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode

**Commission (The Swedish Parliamentary Priorities Commission) (1995):** Priorities in health care: Ethics, economy and implementation. Stockholm

**Cullum N, Dawson D, Lankshear A et al. (2004):** The Evaluation of the Dissemination, Implementation and Impact of NICE Guidance. York

**Krauth C, John J, Aidelburger P et al. (2008):** Stellungnahme der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG) zu dem Methodenpapier „Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung“ des Instituts für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das Gesundheitswesen, Band 70, 1–16

**Jordan C (2008):** Die Rolle von Health Technology Assessment (HTA) bei der Festsetzung des Leistungskataloges in England und Deutschland. Dissertation. Bremen

**Marckmann G (2006):** Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Eine Einführung. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 183–208

**Marckmann G (2009):** Priorisierung im Gesundheitswesen: Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen?. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Band 103, 85–91

**Marckmann G, Siebert U (2002):** Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für medizinische Ethik, Band 48, 171–190

**Meyer T, Raspe H (2009):** Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner Übertragbarkeit – Hintergrund und erste Ergebnisse. In: Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin: Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 89–118

**Newdick C (2005):** Evaluating new health technology assessment in the English national health service. In: Jost TS (Hrsg.): Health Care Coverage Determinations: An International Comparative Study. London: Open University Press, 88–114

**Neumann V (2006):** Das medizinische Existenzminimum. Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Jahrgang 15, Heft 8, 393–397

**NICE (2005):** How to put NICE guidance into practice: A guide to implementation for organisations; London

**NICE (2008a):** Guide to the methods of technology appraisal; London

**NICE (2008b):** Social value and judgements: Principles for the development of NICE guidance; London

**NICE (2009):** Guide to the multiple technology appraisal process; London

**Rabbata S, Rieser S, Stüwe H (2009):** Interview mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD): „Ärger über die Gesundheitspolitik? Dafür gibt es keinen Grund!“. Deutsches Ärzteblatt. Band 106, Heft 26, A1337-1340

**Rothgang H, Greß S, Niebuhr D, Wasem J (2004a):** Der Oregon Health Plan: Ein Beispiel für „rationale Rationierung“?. Sozialer Fortschritt, Band 53, Heft 8–9, 206–219

**Rothgang H, Greß S, Niebuhr D, Wasem J (2004b):** Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) – Staatsmedizinisches Rationierungsinstrument oder Vorbild für die evidenzbasierte Bewertung medizinischer Leistungen. Das Gesundheitswesen, Band 66, 303–310

**Sabik LM, Lie RK (2008):** Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. International Journal for Equity in Health, Band 7, 4–17

**Sachverständigenrat (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1994):** Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden: Nomos

**Schmidt, Ulla (2005):** Rede von Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, anlässlich des 108. Deutschen Ärztetages am 03.05.2005 in Berlin.  
[www.baek.de/downloads/29Schmidt.pdf](http://www.baek.de/downloads/29Schmidt.pdf)

**Schöffski O, Greiner W (2007):** Das QALY-Konzept als prominentester Vertreter der Kosten-Nutzwert-Analyse. In: Schöffski O, Glaser P, von der Schulenburg J-M (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, Heidelberg: Springer, 95–137

**Wendt C, Frisina L, Rothgang H (2009):** Healthcare system types – A conceptual framework for comparison. In: Social Policy and Administration, Band 75, Heft 1, 70–90

**Zentrale Ethikkommission (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten) (2000):** Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 97, Heft 15, A-1017-1023

## DIE AUTOREN



**Dipl.-Gesundheitsökonomin  
Dipl.-Verwaltungswirtin (FH) Jeanine Staber, M.A.**  
Jahrgang 1979, Studium der Allgemeinen Verwaltung an der Fachhochschule für Öffentliche Verwaltung, Polizei und Rechtspflege Güstrow, Studium der Gesundheitsökonomie und Masterstudium Philosophie und Ökonomie an der Universität



**Prof. Dr. rer. pol. Heinz Rothgang,**  
Jahrgang 1963, Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an der Universität Köln und der University of Sussex (England). Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bremen. Seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie und seit 2006 Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungs-

Bayreuth und Universität Maastricht. Von 2005–2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

forschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie Teilprojektleiter im Pflegeforschungsverbund Nord und im DfG-Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“. Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).