



Foto: Fotolia

PRIORISIERUNG

Öffentlicher Diskurs erforderlich

Die Einbeziehung von gesunden und kranken Bürgern ist zwingend geboten, wenn es darum geht, gesundheitspolitische Entscheidungen zu legitimieren.

Adele Diederich, Jeannette Winkelhage, Maike Schnoor, Margit Schreier



Die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) veröffentlichte im Jahr 2000 ihre erste Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie hoffte damit auch, einen gesellschaftlichen und politischen Diskurs über die Begrenztheit der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zu initiieren und ein Problembewusstsein für die Notwendigkeit bestimmter Schwerpunktsetzungen in der medizinischen Versorgung zu schaffen (1). Die Resonanz war eher verhalten, und die ZEKO lud in einer zweiten Stellungnahme 2007 Angehörige des Gesundheitswesens, die Bevölkerung allgemein und die Politik nachdrücklich dazu ein, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen; denn ohne öffentliche Diskussion der Ressourcenknappheit sei eine konkrete Priorisierung zum Scheitern verurteilt (2).

Die ZEKO empfiehlt die Einrichtung einer nationalen Prioritätenkommission („Gesundheitsrat“). Diese soll sich aus Fachleuten verschiedener Disziplinen zusammensetzen und die Prioritäten schrittweise in einem durchsichtigen Verfahren erarbeiten. In einem weiteren Schritt sollen die Vorschläge dieser Kom-

mission einer breiten fachlichen, öffentlichen und politischen Diskussion und Prüfung unterzogen werden. Ausdrücklich weist die ZEKO darauf hin, gesunde und kranke Bürger in die Diskussion einzubeziehen und deren Interessen, Erwartungen und Präferenzen zu berücksichtigen. Damit stimmt sie mit den in der Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung (3) getroffenen Vereinbarungen überein; dort heißt es, dass sich „Gesundheitsreformen [...] mit den Bedürfnissen der Bürger auseinandersetzen und durch den demokratischen Prozess die von ihnen in Gesundheit und Gesundheitsversorgung gesetzten Erwartungen berücksichtigen“ müssten

und dass das Votum der Bürger respektiert werden solle.

Grundsätzlich wird die Einbeziehung von gesunden und kranken Bürgern als zwingend erforderlich erachtet, wenn es darum geht, gesundheitspolitische Entscheidungen zu legitimieren (4–6). Fehlende Transparenz des Versorgungsgeschehens und der Entscheidungsfindung wird als wesentliche Ursache für die mangelnde Akzeptanz bisheriger Gesundheitsreformen sowie auch für den Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem gesehen (5, 6). Eine Berücksichtigung der Werte, Präferenzen und Erwartungen der Bevölkerung bei Priorisierungsverfahren gilt als unabdingbar für eine gerechte Verteilung medizinischer Leistungen (7). Es gibt aber auch Einwände dagegen, die Öffentlichkeit in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. So wird häufig angeführt, Bürger seien nicht objektiv, jeder vertrete nur seine eigenen Interessen und nicht die der anderen. Der „community-oriented approach“, wonach jeder Einzelne sich mit der Perspektive der Gemeinschaft identifizieren soll, wohingegen er/sie seine/ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht berücksichtigen darf, wenn er/sie zu Allokationen im Gesundheitssystem

DÄ-ARTIKELSERIE

Die Artikelserie im DÄ befasst sich mit verschiedenen Aspekten zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“. Den Auftakt machte der Beitrag „Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?“ (DÄ, Heft 12/2009).

Zusätzlich ist ein Diskussionsforum auf www.aerzteblatt.de/foren eingerichtet.

gefragt wird, scheint unrealistisch. Es gibt zudem keinen Grund anzunehmen, dass Bürger weniger objektiv sind als alle anderen Interessengruppen, die an Prioritätensetzungen beteiligt sind – seien es Ärzte, Verwaltungsangestellte in Krankenhäusern oder Krankenkassen, Pharmader Patientenvertreter (6).

Als weiterer Einwand gegen eine Bürgerbeteiligung wird häufig angeführt, dass Bürger nicht über das Wissen verfügen, das nötig ist, um sich konstruktiv am Priorisierungsprozess beteiligen zu können. In diesem Zusammenhang wird allerdings auch nicht erwartet, dass Bürger objektive Experten sind und sich mit allen wissenschaftlichen, klinischen und verwaltungstechnischen Aspekten der Gesundheitsversorgung auskennen. Die meisten haben jedoch eigene Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gesammelt, indem sie es in Anspruch genommen haben. Ihre Werte, Präferenzen und Erwartungen geben wertvolle Informationen, um Priorisierungen optimal zu gestalten.

Ein letzter Einwand gegen eine Bürgerbeteiligung, der hier angeführt werden soll, betrifft die Durchführbarkeit. Es gibt Befürchtungen, dass eine Bürgerbeteiligung den Entscheidungsprozess verkompliziert und verzögert. Daher stellt sich die Frage, wie und in welcher Form die Bevölkerung bei der Prioritätensetzung beteiligt werden soll und kann. Bei den Bürgern selbst ist eine hohe Bereitschaft zu erkennen, an Entscheidungsprozessen bei der Allokation medizinischer Leistungen zu partizipieren. Der Grad der Beteiligung hängt dabei von der Entscheidungsebene ab (8). Auf der Systemebene (zum Beispiel Entscheidung zwischen Gesundheit und Bildung) und auf der Ebene der Entscheidung zwischen verschiedenen medizinischen Leistungen (zum Beispiel Entscheidung zwischen Onkologie und Kardiologie) ist der Wunsch nach Partizipation sehr hoch, wenn auch die letzte Entscheidung bei den Gesundheitsexperten, die über die nötige Erfahrung, das Wissen und die Qualifikation verfügen, liegen soll. Bei Entscheidungen auf der Patientenebene dagegen ist

ZUSTÄNDIG IM AUSLAND

Mit Priorisierung befasste Kommissionen gibt es zum Beispiel in:

- Norwegen (Lønning Committee I und II, 1987/1997)
- Oregon/USA, (Oregon Health Service Commission, 1989)
- den Niederlanden (Dunning Committee, 1992/1995)
- Schweden (Commission of Parliament and Experts, 1993/1995)
- Neuseeland (Core Services Committee/National Health Committee, 1993)
- Israel (Medical Technical Forum and National Advisory Committee, 1995)
- Dänemark (Danish Council of Ethics, 1997)
- England, Wales (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 1999)

der Wunsch nach Partizipation eher weniger ausgeprägt. Hier wird die Entscheidung ebenfalls den Gesundheitsexperten überlassen, wenn auch der Bürger sich an der Erstellung von Priorisierungskriterien beteiligen möchte (8). Wichtig in diesem Zusammenhang erscheint, dass der Bürger gehört werden möchte und so an der Entscheidungsfindung beteiligt wird, die Entscheidung selbst jedoch den Experten überlassen wird.

Seit Ende der 80er-Jahre wurden von einigen Landesregierungen Kommissionen eingerichtet und seitdem teilweise neu strukturiert, die sich mit Fragen der Priorisierung beschäftigen. Die Einrichtung der Kommissionen war unter anderem die Antwort auf berichtete Missstände in der medizinischen Versorgung, lange Wartelisten für Behandlungen oder neue Gesetzgebungen in der Krankenversicherung (9). Alle bis auf NICE wurden als Regierungsausschüsse eingerichtet; in sämtlichen Kommissionen waren Gesundheitsexperten als Mitglieder vertreten, in drei Ländern (Israel, Norwegen, Oregon/USA) Regierungsbeamte, und bis auf die Niederlande waren an allen Kommissionen direkt oder indirekt Bürgervertreter beteiligt.

Erfahrungen im Ausland

Alle Kommissionen befürworteten, die Öffentlichkeit bei Fragen der Priorisierungen im Gesundheitswesen einzubeziehen, beließen es aber dann

teilweise bei der Erkenntnis, dass eine Diskussion wünschenswert sei (zum Beispiel Norwegen). Die Mehrheit jedoch versuchte, die Öffentlichkeit aktiv einzubeziehen, etwa durch öffentliche Veranstaltungen zum Thema Priorisierung oder durch die Verteilung von entsprechendem Informationsmaterial. Ziel war es, das Problembewusstsein in der Bevölkerung zu wecken und für ein öffentliches Verständnis für die Notwendigkeit einer Prioritätensetzung zu werben. Ferner gab es in einigen Ländern Gemeindetreffen, öffentliche Anhörungen, Diskussionsforen, regionale Konferenzen und (Telefon-)Surveys, um die Meinung der Bevölkerung zu diesem Thema in den Entscheidungsprozess einzubeziehen (9, 10).

In England und Wales bestand und besteht die Möglichkeit, dass sich die Öffentlichkeit auf verschiedenen Ebenen einbringt. Sie kann sich zu allgemeinen Priorisierungsleitlinien sowie zu spezifischen Richtlinienentwicklungen äußern. Zum Beispiel wird ein Entwurf über neue Richtlinien auf die NICE-Website (www.nice.org.uk) gestellt, um öffentliche Rückmeldungen zu erhalten, bevor die endgültigen Richtlinien in Kraft treten. Eine Beteiligung der Bürger ist ausdrücklich erwünscht. In welchem Maß die Bevölkerung involviert werden kann, hängt von der gewählten Methode ab. Qualitative Methoden wie Fokusgruppen, „citizen juries“ oder offene Interviews ermöglichen eine intensive öffentliche Auseinandersetzung mit der Thematik, sodass ein vielschichtiges Meinungsbild erfasst werden kann (11, 12). Der Umfang der öffentlichen Beteiligung ist natürlich beschränkt, eine Repräsentativität ist nicht gegeben. Diese kann wiederum durch Bevölkerungssurveys erreicht werden, bei denen aber die Schwierigkeit besteht, die Multidimensionalität bei Entscheidungen zur Priorisierung abzubilden (13, 14). Bei der Untersuchung solcher Fragen, die unter Anwendung einer einzelnen Methode nicht hinreichend beantwortet werden können, sind aus methodologischer Sicht „Mixed Methods Designs“ indiziert, die in spezifischer Weise Elemente qualitativer und

quantitativer Forschung kombinieren (15, 16).

Will man die öffentliche Meinung in Fragen der Priorisierung einbeziehen, sollte man zunächst erfassen, welche Einstellungen es überhaupt dazu in der Bevölkerung gibt – also das gesamte Meinungsspektrum in seiner Komplexität darzustellen versuchen. In einem zweiten Schritt sollte man der Frage nachgehen, wie verbreitet diese verschiedenen Meinungen jeweils sind. Dies ist zugleich die typische methodologische Indikation für ein sogenanntes exploratives Design, das die Anwendung einer qualitativen und anschließend – zwecks Ermittlung von Prävalenzen – einer quantitativen Methode vorsieht (16).

In Deutschland gibt es bis jetzt noch keine Priorisierungskommission. Die ZEKO (1, 2) und der Deutsche Ärztetag (21) haben mit Nachdruck die Einrichtung einer solchen Kommission beziehungsweise eines Gesundheitsrates empfohlen und eingefordert, eine öffentliche Diskussion zu Priorisierungsfragen dauerhaft zu implementieren. Es gibt bereits einige Untersuchungen in Deutschland, die die Präferenzen der Bürger hinsichtlich einer Priorisierung in der Medizin erfassen. Allerdings konzentrieren sich diese bisher ausschließlich auf bestimmte Bereiche und Leistungen in der Medizin, wie zum Beispiel präventive Maßnahmen, oder sie untersuchen einzelne Priorisierungskriterien, wie zum Beispiel Alter oder Wartezeit. Andere Studien befassen sich wiederum nur mit sehr generellen Themen, wie der Finanzierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen. Studien, die die Priorisierungspräferenzen der Bevölkerung erfassen und dabei alle Bereiche der medizinischen Versorgung einbeziehen, stehen hierzulande noch aus.

An diese Stelle knüpft die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Forschergruppe FOR 655 „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung“ an. Um zunächst zu einer Bestandsaufnahme der Meinungen in der Bevölkerung zu Priorisierungs-

kriterien zu kommen, wurden in einem Teilprojekt Vertreter verschiedener Interessengruppen (Gesunde, Erkrankte, Ärzte, Pflegepersonal, Politiker, Vertreter der GKV) einer qualitativen Befragung zur Priorisierung medizinischer Leistungen unterzogen. Die Untersuchung zielte darauf ab, die Priorisierungspräferenzen und die ihnen zugrunde liegenden Kriterien in ihrer Vielfalt und Komplexität zu explorieren. Insgesamt wurden 45 teilstrukturierte Leitfadeninterviews in etwa 20 verschiedenen deutschen Städten/Dörfern durchgeführt, die im Durchschnitt etwa eine Stunde dauerten.

Wünsche der Betroffenen

Der Leitfaden beinhaltete Fragen zu persönlichen Erfahrungen mit Priorisierung, allgemeine Fragen zu Wunschvorstellungen hinsichtlich der Verteilung medizinischer Leistungen sowie konkretere Fragen dazu, welche Patientengruppen, Versorgungsformen, therapeutischen Verbesserungen und Ziele in der Medizin bevorzugt werden sollten. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse auf der Basis eines Kategoriensystems. Aufbauend darauf wurde deskriptiv die Häufigkeit der Nennungen in den einzelnen Kategorien ermittelt. Im Folgenden werden exemplarisch die Priorisierungsbeziehungsweise Posteriorisierungskriterien aufgeführt, die von mindestens 30 Prozent aller Befragten genannt wurden.

62 Prozent aller Interviewten würden bei der medizinischen Versorgung einen Schwerpunkt in der Prävention setzen. In diesem Zusammenhang sprachen sich die Interviewten beispielsweise für eine Stärkung der Gesundheitsaufklärung oder der Vorsorgeuntersuchungen aus, um Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen oder frühzeitig zu erkennen. Hinsichtlich der Bereiche, die eingeschränkt werden sollten, nannten 36 Prozent nicht notwendige Behandlungen, worunter zum Beispiel Behandlungen mit einem geringen zu erwartenden Nutzen für den Heilungsprozess verstanden wurden. Als zu stärkende Personengruppen wurden von 36 Prozent der Befrag-

ten Kinder beziehungsweise junge Menschen genannt und von 33 Prozent Behandlungsbedürftige. Unter letzterer Gruppe wurden ganz allgemein jene Personen verstanden, die auf eine gesundheitliche Versorgung angewiesen sind, um eine Krankheit zu überwinden, geheilt zu werden oder ihr Leiden zu verringern. 31 Prozent der Befragten sprachen sich für eine Benachteiligung von Personen aus, die ihre Krankheit selbst verschuldet haben. In diese Kategorie fallen Personen, die durch ihre ungesunde/leichtsinnige Lebensweise ihre Gesundheit gefährdet haben: Raucher, Alkoholiker, Drogenabhängige, Extremsportler, Übergewichtige, Sonnenbadende. Als weitere Priorisierungskriterien wurden soziale Verantwortung, gesellschaftlicher Nutzen und Komorbidität genannt. Der Nachweis der Evidenz einer therapeutischen Maßnahme war für die Mehrheit der Befragten kein Priorisierungskriterium. Auch wurden die Quality-Adjusted Life Years (QALY) als Entscheidungsgrundlage für die Finanzierung einer therapeutischen Maßnahme abgelehnt. Ein Großteil der Befragten sprach sich aber für die Umsetzung leitlinienbasierter Medizin aus.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie können zwar Tendenzen aufzeigen, erlauben aber keine verallgemeinerbaren Aussagen. Deshalb wird in einem weiteren Schritt eine repräsentative Bevölkerungsbefragung erfolgen, um zu klären, inwieweit sich die erfassten Priorisierungskriterien in der Gesamtbevölkerung wiederfinden.

Durch diesen Ansatz wird die öffentliche Debatte über Priorisierung angeregt, und die Forschergruppe trägt zur Transparenz und politischen Legitimation bei einem Priorisierungsverfahren bei.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2009; 106(14): A 654–6

Anschrift für die Verfasser
Prof. Dr. Adele Diederich
School of Humanities and Social Science
Jacobs University Bremen
Campus Ring 1, 28759 Bremen
E-Mail: a.diederich@jacobs-university.de

 Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit1409

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 14/2009, ZU:

PRIORISIERUNG

Öffentlicher Diskurs erforderlich

Die Einbeziehung von gesunden und kranken Bürgern ist zwingend geboten, wenn es darum geht, gesundheitspolitische Entscheidungen zu legitimieren.

Adele Diederich, Jeannette Winkelhage, Maike Schnoor, Margit Schreier

LITERATUR

1. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) – Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Dtsch Arztebl 2000; 97(15): A 1017–23.
2. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zusammenfassung. Dtsch Arztebl 2007; 104(40): A 2750–4.
3. WHO: Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung 1996.
4. Badura B: Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen: Vom Anbieter- und Verbraucherschutz. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2002; 45: 21–5.
5. Fleck LM: Rationing: don't give up. Hastings Cent Rep 2002; 32: 35–6.
6. Bruni RA, Laupacis A, Martin DK: Public engagement in setting priorities in health care. Canadian Medical Association Journal 2008; 179: 15–8.
7. Daniels N, Sabin J: Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources? New York: Oxford University Press 2002.
8. Litva A, Coast J, Donovan J et al: The public is too subjective: public involvement at different levels of health-care decision making. Social Science & Medicine 2002; 54: 1825–37.
9. Sabik L, Lie R: Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. 2008: 4.
10. Ham C: Priority setting in health care: learning from international experience. Health Policy 1997; 42: 49–66.
11. Lenaghan J: Setting priorities: is there a role for citizens' juries? BMJ 1996; 312: 1591–3.
12. Schopper D, Ammon C, Ronchi A, Rougemont A: When providers and community leaders define health priorities: the results of a Delphi survey in the canton of Geneva. Soc Sci Med 2000; 51: 335–42.
13. Oddsson K: Assessing attitude towards prioritizing in healthcare in Iceland. Health Policy 2003; 66: 135–46.
14. Myllykangas M, Rynnänen O-P, Lamintakanen J et al.: Clinical management and prioritisation criteria. Journal of Health Organization and Management 2003; 17: 338–48.
15. Gresswell JW, Plano Clark VL: Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks etc: Sage 2007.
16. Morse JM: Principles of mixed method research design. In: Tashakkori A, Teddlie C eds: Handbook of mixed methods in social and behavioural research. Thousand Oaks etc: Sage 2003: 189–208.
17. Rosen P: Public dialogue on healthcare prioritisation. Health Policy 2006; 79: 107–16.
18. Bowling A: Health care rationing: The public's debate. British Medical Journal 1996; 312: 670–4.
19. Shmueli A: Horizontal equity in medical care: A study of the Israeli public's views. Israel Medical Association Journal 2000; 2: 746–52.
20. Mossialos E, King D: Citizens and rationing: analysis of a European survey. Health Policy 1999; 49: 75–135.
21. Rabbata S, Rieser S: Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen – diese Reform jedoch macht krank. Resolution des außerordentlichen Ärztetages 2006. Dtsch Arztebl 2006; 103(43): A 2829–32.