
Lösungsansätze im Ländervergleich: Skandinavien

Uwe K. Preusker

1. Einführung

Die Gesundheitssysteme in Nordeuropa haben auf die Frage nach der gerechten Verteilung knapper Ressourcen frühzeitig eine Antwort gegeben, die auch heute in Deutschland zumindest teilweise als politisch höchst umstritten gilt: Weil die Bedürfnisse der Menschen in gesundheitlicher Hinsicht im Prinzip immer größer sein werden als die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen, wird man in einem ersten Schritt das Angebot an gemeinschaftlich finanzierten Gesundheitsleistungen im demokratischen Prozess festlegen. In einem zweiten Schritt wird man dann den Zugang zu diesen gesellschaftlich finanzierten Leistungen nach Prioritäten regulieren, die im gesellschaftlichen Diskurs bestimmt werden. Im nordeuropäischen Sprachgebrauch werden diese Regelungen Priorisierung genannt, weil mit ihrer Hilfe Prioritäten festgelegt werden, nach denen Patienten Zugang zu medizinischen Versorgungsangeboten erhalten.

Der erste Schritt ist natürlich auch in Deutschland ein akzeptierter Bestandteil der Regulierungsmechanismen des Systems der gesundheitlichen Versorgung. Nach dem Abschied von der durch langjähriges beständiges wirtschaftliches Wachstum gespeisten Illusion, Gesundheit sei ein prinzipiell freies Gut, hat sich in den vergangenen rund 20 Jahren die politische Bezeichnung „Gesundheits-

reform“ für solche Regulierungsschübe eingebürgert. Anders verhält es sich mit dem in Nordeuropa vollzogenen zweiten Schritt, der Priorisierung: Ihre Notwendigkeit, ja Unausweichbarkeit wird immer noch geleugnet und so die politische Illusion des „freien Gutes“ gesundheitliche Versorgung gegenüber den Bürgern aufrechterhalten. Die Folge ist jedoch nicht etwa die Abwesenheit von Priorisierung oder Rationierung, wie es in der deutschen Diskussion heißt, sondern die Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen auf nachgelagerte Ebenen. So fallen viele Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen im deutschen System auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses, doch noch häufiger werden diese Entscheidungen auf die direkte Versorgungsebene zwischen Patient und Leistungserbringer verlagert.

Eine solche Illusion ist in den nordeuropäischen Gesundheitssystemen nicht vorhanden: Priorisierung ist in den Gesundheitssystemen Nordeuropas alltägliche Normalität, meist in der Form von Wartezeiten bzw. -listen. Sie hat – jeweils nach breiter gesellschaftlicher Diskussion – in allen nordeuropäischen Staaten Eingang in die gesetzlichen Bestimmungen für die Gesundheitssysteme gefunden. Dabei wird zwischen horizontaler Priorisierung auf der politischen Ebene und vertikaler oder klinischer Priorisierung auf der Ebene der Versorgung des einzelnen Patienten unterschieden. Mittlerweile existieren für die vertikale Priorisierung konkrete Hilfsmittel, zum Teil in Form von Fragebögen mit entsprechenden Bewertungsskalen wie in Schweden oder in Form allgemeingültiger Leitlinien für die Einordnung von Patienten nach dem Schweregrad ihrer nicht-akuten Erkrankungen wie in Finnland. Die in Finnland im Jahr 2005 veröffentlichten einheitlichen Kriterien für den Zugang zu nicht-akuter medizinischer Versorgung für insgesamt 193 Erkrankungen bzw. diagnostische Maßnahmen stellt wohl derzeit nicht nur in Nordeuropa das bisher am

weitesten entwickelte Modell der Regulierung des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung auf der Basis von im Konsens der jeweiligen medizinischen Fachgebiete erarbeiteten medizinischen Kriterien dar.

Im nachfolgenden Beitrag wird sowohl die gesellschaftlich-politische Entstehung, Einordnung und Entwicklung der Priorisierung in den Staaten Nordeuropas als auch die konkrete Vorgehensweise bei der Priorisierung beschrieben. Um ein zutreffendes Bild der verschiedenen Maßnahmen zur Ressourcen-Verteilung zu bekommen, müssen aber auch andere Aspekte berücksichtigt werden. Hierzu gehören neben der Regulierung des Zugangs zu medizinischen Leistungen unter anderem

- die Bestimmung des Umfangs des Angebotes an gesundheitlicher Versorgung sowie der Zugang zu den Gesundheitsberufen,
- der Umfang des Leistungskatalogs und
- die Rolle von Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument.

Zum Verständnis der Ressourcen-Verteilung ist jedoch zunächst eine kurze Einführung in die grundlegende Gestaltung der nordeuropäischen Gesundheitssysteme¹ erforderlich.

2. Kurzüberblick: Gesundheitssysteme in Nordeuropa – gemeinsame Grundlage, aber vier Ausprägungen

2.1 Finanzierung

Bei den nordeuropäischen Gesundheitssystemen (Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland) handelt es sich im Grundsatz um steuerfinanzierte Gesundheitssysteme. Dabei ist einschränkend zu sagen, dass mittlerweile zum Teil auch vom Arbeitseinkommen abhängige Beiträge erhoben werden, die allerdings in der Gesamtfinanzierung immer

noch lediglich einen geringen Prozentsatz ausmachen. So zahlen etwa in Finnland die Arbeitnehmer 1,5 % ihres zu versteuernden Einkommens als Beitrag für die Krankenversicherung, und die Arbeitgeber zahlen 1,614 % (öffentlicher Dienst: 2,864 %) der Lohnsumme für die Finanzierung der Krankenversicherung.²

Die Ausgaben für die Gesundheit werden dabei überwiegend durch solche Steuern finanziert, die von den jeweils für das Gesundheitswesen zuständigen lokalen oder regionalen Gebietskörperschaften erhoben werden, meist proportionale Einkommensteuern, um deren Höhe ein intensiver Wettstreit zwischen den Gebietskörperschaften besteht. Hohe proportionale Einkommensteuern, entstehend aus hohen Ausgaben für Gesundheit, die meist einen großen, wenn nicht den größten Teil der Gesamtausgaben dieser Gebietskörperschaften ausmachen, stellen einen massiven Standortnachteil für die jeweilige Gebietskörperschaft dar.

Zusätzlich zur Finanzierung aus solchen eigenen Steuern gibt es in allen Ländern gesamtstaatliche Zuschüsse aus Steuermitteln. Diese Zuschüsse werden vom Zentralstaat an die unmittelbar für das Gesundheitswesen zuständigen Gebietskörperschaften gezahlt. In Finnland wurde auf diese Weise im Jahr 2005 rund ein Drittel der gesamten Ausgaben der für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Kommunen durch staatliche Zuschüsse gedeckt. Darüber hinaus werden bestimmte Ausgaben direkt auf der gesamtstaatlichen Ebene finanziert und verwaltet, so etwa in Finnland die staatlichen Zuschüsse für Arzneimittel, die von der staatlichen Rentenversicherungsanstalt (Kansaneläkelaitos – KELA) ausgezahlt werden. In Norwegen werden heute die Ausgaben für die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung an Krankenhäusern direkt aus gesamtstaatlichen Mitteln finanziert.

2.2 Versicherungspflicht, Leistungskatalog, Sicherstellung der Versorgung und Budget-Steuerung

Die Versicherungspflicht in den nordeuropäischen Ländern beruht auf dem Wohnsitzprinzip. Sie umfasst damit jeden im Lande gemeldeten Einwohner. Damit ist in Nordeuropa grundsätzlich jede im Lande gemeldete Person krankenversichert, unabhängig von ihrer Nationalität, einer Berufstätigkeit oder ihrem Einkommen. Der Versicherungsbestand ist damit nicht auf Beschäftigung (Versicherte) oder der Familienzugehörigkeit zur Familie eines Versicherten (mitversicherte Familienangehörige) aufgebaut wie in Deutschland, sondern, wie bereits erwähnt, auf dem Wohnsitz-Prinzip. Dieses Prinzip gilt als Grundlage für die Kranken- und Rentenversicherung in allen nord-europäischen Ländern. Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine selbständige Tätigkeit ist nur teilweise ein ergänzendes Merkmal zur Beitragserhebung bzw. zur Gewährung von bestimmten Geldleistungen.

Der Leistungskatalog wird in allen nordeuropäischen Gesundheitssystemen traditionell möglichst schlank gehalten. Dies bedeutet unter anderem, dass grundsätzlich Leistungen, die den „besonderen Therapierichtungen“ zugeordnet werden, bzw. Leistungen, die nicht ausreichend evidenzbasiert sind, nicht aufgenommen werden. Beispiele hierfür sind etwa Kuren und zum Teil auch Rehabilitationsleistungen, Naturheilkunde sowie homöopathische Arzneimittel. Einen weiteren Ansatz zur Begrenzung des Leistungskataloges stellt die intensive Nutzung von Health Technology Assessment dar (vgl. weiter unten). Darüber hinaus gibt es die Ausgrenzung von ganzen Leistungsbereichen: So sind zum Beispiel Zahnbehandlung und Zahnersatz in Norwegen für Erwachsene traditionell nicht Bestandteil des Leistungskataloges. In Finnland wurden private Unfälle 2005 aus dem Leistungskatalog des öffent-

lichen Gesundheitssystem für alle Bürger ausgeschlossen; sie müssen seit der Neuregelung privat, durch private Unfallversicherungen bzw. durch die Kfz-Haftpflichtversicherungen finanziert werden.

Ein weiterer Grundsatz der Rahmenregelungen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Nordeuropa betrifft den Einsatz von Selbstbeteiligungen als Steuerungsinstrument. Die grundlegende Überlegung lautet hierbei: Neben der allgemeinen Finanzierung überwiegend durch Steuermittel muss der Einzelne bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zuzahlen, um unnötige Inanspruchnahme zu begrenzen bzw. zu vermeiden. Eine Ausnahme bildet hierbei allerdings das dänische Gesundheitssystem, in dem für die meisten Versicherten weder für die ambulante ärztliche noch die stationäre Versorgung Zuzahlungen erhoben werden. In den übrigen nordeuropäischen Staaten ist Zuzahlung jedoch generell mit einem Armutschutz versehen, der einerseits die Zuzahlung im Gesundheitssystem auf Höchstsummen begrenzt, andererseits jedoch für die Beträge unterhalb dieser Höchstsummen Bedürftige auf das Sozial- bzw. Steuersystem verweist. (Ausführliche Darstellung des Zuzahlungssystems siehe weiter unten.)

Der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung liegt in allen Ländern bei Gebietskörperschaften (Kommunen oder Kommunalzusammenschlüssen bzw. Provinziallandtagen in Schweden), die unterhalb der gesamtstaatlichen Ebene angesiedelt sind. In Schweden ist dabei im Laufe der vergangenen 15 Jahre die Zuständigkeit der Kommunen im Gesundheits- und Sozialbereich so stark angestiegen, dass sich die zunächst allein für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Provinziallandtage (schwedisch: *landsting*) und die Kommunen immer mehr angenähert haben. Vor wenigen Jahren haben sich die beiden Interessenverbände der Kommunen und

der Provinziallandtage zu einem gemeinsamen Interessenverband unter dem Namen „Sveriges Kommuner och Landsting“ zusammengeschlossen, der unter anderem auch Arbeitgeber- und Tarifpartner-Aufgaben für den Großteil der im Gesundheitswesen und im öffentlichen Dienst insgesamt beschäftigten Arbeitnehmer übernimmt.

In allen Fällen handelt es sich dabei in Nordeuropa um Gebietskörperschaften mit demokratisch auf Zeit gewählten Parlamenten und Führungsgremien und damit auch mit einer entsprechenden demokratischen Kontrolle und Legitimation. Der Versorgungsauftrag ist entsprechend dieser Grundkonstruktion ebenfalls auf die Wohnbevölkerung der jeweiligen Gebietskörperschaft beschränkt. Traditionell bedeutete die Zuständigkeit für die medizinische Versorgung der Wohnbevölkerung auch die Zuständigkeit für die tatsächliche Leistungserbringung. Sie fand viele Jahrzehnte lang fast ausschließlich in eigenen Einrichtungen – Gesundheitszentren und Krankenhäusern – statt. Eine Ausnahme bildet hier die primärärztliche Versorgung in Dänemark, die traditionell durch in eigener Praxis niedergelassene Hausärzte erfolgt. Mittlerweile sind die meisten Gesundheitseinrichtungen in Nordeuropa rechtlich selbstständig worden, vergleichbar dem Eigenbetrieb³ einer deutschen Kommune oder der formalen Privatisierung durch Gründung einer GmbH oder AG, die jedoch zu 100 Prozent in öffentlicher Trägerschaft bleibt. Mit diesen Maßnahmen werden auch die Management-Funktionen der Gesundheitseinrichtungen einerseits und die Erfüllung der Finanzierungs-Funktion andererseits strikt voneinander getrennt. Die für die Finanzierung des Gesundheitswesens zuständigen Organe der Gebietskörperschaften verhandeln in diesem Modell mit dem Management der Gesundheitseinrichtungen über Mengen und Preise für eine Zeitperiode und schließen dann entsprechende Verträge ab.

Zunehmend wird in Schweden vor allem der Betrieb ambulanter Versorgungseinrichtungen, der sogenannten Gesundheitszentren, in die Verantwortung der dort Tätigen (vor allem Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal) gegeben und damit faktisch privatisiert. Gegen die Privatisierung von Krankenhäusern sind allerdings in Schweden zusätzliche Hürden errichtet worden: So ist es derzeit einem Krankenhaus, das Patienten des öffentlichen Gesundheitssystems behandelt, zum Beispiel untersagt, Privatpatienten zu behandeln. Dies bedeutet, dass sich ein Krankenhaus entweder auf die Behandlung von Patienten aus dem öffentlich finanzierten Gesundheitssystem konzentrieren muss oder aber ausschließlich Privatpatienten behandeln kann. Die im Herbst 2006 ins Amt gekommene neue schwedische Regierung will diese Regelung allerdings zur Jahresmitte 2007 ersatzlos streichen.⁴

Mit dem Prinzip der Sicherstellung und dem Grundsatz, dass die Gesundheitseinrichtungen im Eigentum der Gebietskörperschaften stehen, eng verbunden war lange Zeit die Beschränkung der Wahlfreiheit: Der Bürger konnte im Prinzip um medizinische Behandlung nur in den Einrichtungen der eigenen, für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Gebietskörperschaft nachsuchen. Dieses Grundprinzip des Zusammenfallens von Versorgungsauftrag und Leistungserbringung wird jedoch seit nunmehr gut 15 Jahren zunehmend infrage gestellt. Immer häufiger werden Leistungen gebietsüberschreitend ausgeschrieben, wobei auch private Leistungserbringer zugelassen werden. Dennoch ist deren Anteil auch heute noch als relativ gering anzusetzen. Auch die Wahlfreiheit ist mittlerweile deutlich verbessert worden, vor allem durch sogenannte Behandlungsgarantien, die durch jüngere Reformmaßnahmen in allen nordeuropäischen Gesundheitssystemen eingeführt wurden (Details siehe weiter unten).

Eine Ausnahme vom Prinzip der Sicherstellung durch lo-

kale oder regionale Gebietskörperschaften bildet Norwegen: Hier hat das norwegische Parlament, der Storting, den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung per Beschluss mit dem Jahresbeginn 2002 an sich gezogen. Seither verantwortet die gesamtstaatliche Ebene die Krankenhausversorgung. Im Zuge dieser Maßnahme sind die Krankenhäuser, die sich bis dahin überwiegend in der Trägerschaft von Großkommunen (Fylkekommunen) befanden, in die Trägerschaft des Gesamtstaates übernommen worden. Dies ist gleichzeitig ein Beispiel für die Nutzung der Rechtsform der Aktiengesellschaft für Betrieb und Trägerschaft von Gesundheitseinrichtungen in Nordeuropa. Denn heute gehören alle in öffentlicher Hand befindlichen Krankenhäuser des Landes zu fünf regionalen Aktiengesellschaften, die vollständig in der Eigentümerschaft des norwegischen Staates stehen (weitere Details siehe weiter unten).

Alle nordeuropäischen Systeme bauen auf Budgets zur Steuerung der Gesundheitsausgaben auf. Allerdings sind dies – mit Ausnahme des Krankenhaus-Budgets in Norwegen – weit überwiegend Budgets auf der Ebene der jeweiligen Gebietskörperschaften, nicht aber Globalbudgets für das Gesundheitswesen. Gesamtstaatliche Globalbudgets wären mit dem Prinzip der dezentralen Zuständigkeit und Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung nicht vereinbar. Zunehmend ergänzt wird das Budget-System durch eine Politik des „goldenen Zügels“, d. h. durch Finanzierungsmittel der Zentralstaaten, deren Gewährung an die Erfüllung bestimmter Auflagen gebunden wird. Ziel dieser Politik ist es vor allem, bestimmte gesundheitliche Ziele, etwa die Verringerung der Wartezeiten für medizinische Behandlung, zu erreichen. Diese Politik wird vor allem in Dänemark und Schweden, teilweise auch in Norwegen eingesetzt.

2.3 Gliederung der Versorgung

Eine weitere Gemeinsamkeit der nordeuropäischen Systeme und zugleich ein Unterschied zu Deutschland ist die Gliederung der Versorgung in ambulante Primärversorgung einerseits sowie fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung andererseits, wobei diese vielfach durch die gleichen Ärzte erfolgt, überwiegend an Kliniken. Damit wird die deutsche Besonderheit der doppelten Vorhaltung einer spezialärztlichen ambulanten und stationären Versorgungsstruktur sowie möglicher Versorgungsbrüche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weitgehend vermieden. Damit einher geht auch eine andere Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Berufsstand: Pflegekräfte haben – aufbauend auf einer Ausbildung auf Fachhochschul-Niveau – deutlich weiter gehende Kompetenzen und Befugnisse, die bis zur Verordnung bestimmter Arzneimittel durch entsprechend erfahrene und qualifizierte Pflegepersonen reichen. Ein weiteres Beispiel: Hausbesuche durch Ärzte sind in Nordeuropa weitgehend unüblich. Diese Aufgabe der häuslichen Betreuung wird über das System der Bezirkskrankenschwester von Pflegepersonen übernommen.

In allen vier nordeuropäischen Gesundheitssystemen existiert heute ein Haus- bzw. Primärarzt-System. Dabei gibt es allerdings erhebliche Variationen in der Tragweite und Konsequenz der verschiedenen Lösungen. Das stringenteste Primärarztsystem haben Dänemark, Norwegen (seit Anfang 2001) und Finnland, wo das Aufsuchen der fachärztlichen Ambulanz oder auch des niedergelassenen Facharztes, der im Auftrag der Gebietskörperschaft Patienten betreut, bis auf akute Ausnahmefälle nur mit Überweisung eines Primärarztes möglich ist. In Finnland gibt es allerdings die Möglichkeit, privat tätige Fachärzte zu

konsultieren. In diesem Fall wird ein Teil der Behandlungskosten von der staatlichen Sozialversicherungsanstalt KELA erstattet. In Schweden dagegen können fachärztliche Ambulanzen auch direkt aufgesucht werden – das Hausarztsystem ist hier als Angebot ausgestaltet; die Steuerung geschieht vor allem über entsprechend ausgestaltete Selbstbeteiligungs-Regelungen.⁵

Tabelle: Kennziffern der nordeuropäischen Gesundheitssysteme (Stand 2003 oder später)

<i>Gegenstand</i>	<i>Schweden</i>	<i>Finnland</i>	<i>Norwegen</i>	<i>Dänemark</i>
Gesamtausgaben für Gesundheit in Landeswährung	216.778 Mio. SEK	10.671 Mio. Euro	160.820 Mio. NOK	125.538 Mio. DKK
Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf	24.289 SEK (2002)	2044 Euro	35.230 NOK	23.288 DKK
Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP*)	9,2 % (2002)	7,4 %	10,3 %	9,0 %
Gesundheitszentren	Ca. 1000	257	– *)	– *)
Akutkrankenhäuser	81	98	50	52 (2004)
Akutbetten/ 1000 Einwohner	2,2 (2004)	2,2 (2004)	3,1 (2004)	3,2 (2003)
Durchschnittl. Verweildauer in Akutkrankenhäusern	6,2 Tage	4,3 Tage	5,4 Tage	4,5 Tage
Berufstätige Ärzte	28.483	11.267	14.278	16.152
Berufstätige Ärzte/ 1000 Einwohner	3,3	2,4 (2004)	3,5 (2004)	3,0

Arzneimittel- ausgaben in % der Gesund- heitsausgaben	13,1 %	16,0 %	9,4 %	9,8 %
Einwohner	9,08 Mio. (2006)	5,27 Mio. (2006)	4,64 Mio. (2006)	5,43 Mio. (2006)
Fläche (qkm)	449.964	338.145	386.958	43.000
Einwohner/qkm	20,0	15,6	14,3	125,0

Umrechnungskurse September 2006: 1 Euro = 9,258 SEK; 1 Euro = 8,3455 NOK; 1 Euro = 7,4602 DKK

*) Gesundheitszentren im eigentlichen Sinne gibt es flächen-
deckend nur in Schweden und Finnland; in Norwegen existieren
ebenfalls teilweise kommunale Gesundheitszentren; überwiegend
wird die ambulante primärärztliche Versorgung jedoch wie auch in
Dänemark durch niedergelassene Allgemeinärzte sichergestellt.

Quellen: European Health Observatory (div. Länder und Jahre);
OECD Health Data (div. Jahre); nationale Statistiken.

3. Ressourcenverteilung und Priorisierung in Nordeuropa⁶

3.1 Priorisierung: Historischer Überblick

Seit Mitte der 80er Jahre gibt es in Nordeuropa eine öffent-
lich geführte Diskussion über die Notwendigkeit einer Prio-
ritätensetzung im Gesundheitswesen. Dabei wird die gesell-
schaftliche und politische Diskussion in Nordeuropa unter
dem Leitbegriff der „Priorisierung“ oder Festlegung von
Prioritäten mit einer den festgelegten Prioritäten entspre-
chenden Ressourcenverteilung auf der politischen wie der
individuellen Ebene geführt. Priorisierung, so definiert Peter
Garphenby⁷ in der Schriftenreihe des „PrioriteringsCen-
trum“, bedeutet dabei „bewusste Wahl, bei der erwogene
Alternativen nach bewusst gewählten Kriterien in eine
Rangordnung gesetzt werden“. Rationierung bedeutet nach

seiner Definition dagegen, dass „ein Versorgungsbedarf nicht optimal erfüllt“ wird. Allerdings fügt Garphenby hinzu, dass aus Priorisierungsmaßnahmen eine Rationierung entstehen könne, insbesondere in Form der zeitlichen Rationierung durch Bildung von Wartelisten.⁸ Diese Priorisierung mit der Folge der zeitlichen Rationierung, also dem Zuweisen eines einzelnen Patienten auf eine Warteliste, ist in der heutigen Realität der Priorisierung in Nordeuropa die weitaus am häufigsten anzutreffende Form.

Der wohl zentrale Unterschied in der Diskussion über Priorisierung in Skandinavien und über Rationierung in Deutschland ist, dass die Diskussion in Nordeuropa als öffentlicher Diskurs mit der Überzeugung geführt wird, dass Priorisierung unausweichlich ist. Angesichts dieser Ausgangs-These will man aber den als unausweichlich anerkannten Priorisierungsprozess so gerecht wie möglich und nach öffentlich festgelegten Kriterien ablaufen lassen. Allerdings muss darauf verwiesen werden, dass in der internationalen Diskussion um Rationierungsentscheidungen im Gesundheitswesen auch Prioritätensetzung als Rationierung interpretiert wird.⁹

In Nordeuropa begann die öffentliche gesellschaftliche und politische Debatte über die Notwendigkeit von Priorisierungen mit einem Beschluss des norwegischen Parlaments im Jahr 1987. Seinerzeit legte der Storting erstmals gesetzlich fest, dass bestimmte medizinische Maßnahmen priorisiert werden müssen. Im Jahr 1997 erfolgte dann eine erneute Überprüfung der Priorisierungspraxis durch eine vom norwegischen Parlament eingesetzte Arbeitsgruppe, die zu einer rechtlichen Präzisierung der Vorschriften zur Priorisierung im norwegischen Gesundheitswesen führten.¹⁰

In Schweden begann die intensivere Beschäftigung mit Priorisierungs- und Rationierungsfragen im Gesundheitswesen im Jahr 1992 mit der Einsetzung einer parlamentarischen Priorisierungskommission (Prioriteringsutrednin-

gen), der Repräsentanten der fünf größten Parteien des schwedischen Reichstages angehörten. Die Arbeit dieses Ausschusses mündete schließlich 1997 in einen Beschluss des schwedischen Reichstages, in dem Grundprinzipien der Priorisierung festgeschrieben und konkrete Richtlinien für die Priorisierung im Gesundheitswesen festgelegt wurden (siehe unten).

Schweden folgt mit seinem Modell des gesellschaftlichen Diskurses über die grundlegenden Prinzipien einer Priorisierung im Gesundheitswesen den gleichen Grundlinien, die der internationale Priorisierungskongress im Jahr 1996 in Stockholm erarbeitet hat:

- Da niemals alles, was medizinisch möglich ist, auch gesellschaftlich finanziert werden kann, ist Priorisierung unumgänglich.
- Dann aber ist offene Priorisierung der versteckten vorzuziehen, damit möglichst viele Menschen an der Festlegung der Priorisierungsprinzipien beteiligt werden.
- Auf der Makro- und Meso-Ebene – also der Ebene der Politik und der gesellschaftlichen Einrichtungen und Organisationen – muss über die explizite Priorisierung entschieden werden.
- Der Mikro-Ebene – vor allem das Verhältnis zwischen Patient und Arzt – ist die implizite Priorisierung vorbehalten, bei der nach professioneller Entscheidungskompetenz, Erfahrung und klinischer Bewertung sowie möglichst nach Behandlungs-Leitlinien auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin entschieden wird, ob und welche Behandlung erforderlich ist.
- Dabei sollte der Patient in wichtigen Fällen die Möglichkeit haben, eine „second opinion“ einzuholen.

In Finnland erfolgte die erste öffentliche Beschäftigung mit dem Thema Priorisierung im Jahr 1994 mit einer Studie von STAKES, dem finnischen staatlichen Forschungszentrum für das Gesundheits- und Sozialwesen, zu Fragen der

Priorisierung in der Medizin unter dem Titel *Von Werten zur Wahl*. Die Studie beruhte auf den Beratungsergebnissen einer Arbeitsgruppe, die STAKES 1992 eingesetzt hatte. Eines der wichtigsten Prinzipien für die Priorisierung sollte danach der Grundsatz „Gleicher Behandlungsbedarf erfordert gleiche Versorgung“ sein. Die weiteren im STAKES-Rapport festgelegten Kriterien waren:

- Bedarf,
- Dokumentation der Effektivität von Untersuchungs- und Behandlungsformen (konkret: Eine Behandlung soll nicht begonnen werden, wenn dadurch keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann),
- Kosteneffektivität.

Als nicht akzeptable Priorisierungs-Kriterien definierte die STAKES-Studie: Alter an sich, Lebensstil, ökonomische Leistungsfähigkeit.

In Dänemark erschien im Jahr 1996 erstmals ein Bericht des Ethikrates zur „Priorisierung im Gesundheitswesen“. Er war der Schlusspunkt unter einer öffentlichen Debatte, die 1995 in Gang gesetzt worden war. Der dänische Ethikrat betont in seinem Bericht vor allem den Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und präzisiert ihn in drei Begriffen:

- Schwere (Lebensbedrohlichkeit) der Erkrankung,
- zeitliche Notwendigkeit von Behandlung,
- möglicher Zugewinn an Gesundheit durch eine Behandlung.

Als Teilziele für die Priorisierung unterhalb der oben festgelegten Ebene stellt der Rat folgende Aspekte in den Vordergrund:

- soziale und geografische Gleichheit,
- Qualität,
- Kosteneffektivität,
- Demokratie und Verbrauchereinfluss.¹¹

Wie intensiv der Gedanke der Unausweichlichkeit von Priorisierungen im Gesundheitswesen in den nordeuropäischen Gesellschaften verankert ist, macht exemplarisch das schwedische „PrioriteringsCentrum“¹² deutlich. Dabei handelt es sich um eine Einrichtung, die seit Anfang 2001 existiert und gemeinsam vom schwedischen Staat, den Provinziallandtagen und den Kommunen finanziert wird. Konkrete Aufgaben des in Linköping angesiedelten „PrioriteringsCentrum“ sind:

- eine Referenzdatenbasis zu Priorisierungs-Themen aufzubauen,
- Übersichten über Material zur Priorisierung zu erstellen,
- aktuelle Projekte zur Priorisierung in Schweden zu dokumentieren,
- Grundlegende Entwicklungsarbeit für Priorisierung im Gesundheitswesen zu betreiben,
- Forschungs- und Entwicklungsarbeit zur Priorisierung im Gesundheitswesen zu initiieren und zu unterstützen sowie
- Informationen über die Aktivitäten des Zentrums in schriftlicher und elektronischer Form sowohl für die Bürger wie für Fachkreise anzubieten.

Der Grundansatz der Notwendigkeit der Priorisierung geht dabei einher mit der Überzeugung, dass jede Art von Priorisierung offen und auf einer für die Gesellschaft und den Einzelnen nachvollziehbaren Grundlage zu erfolgen hat. Die Einrichtung eines eigenen Zentrums für Priorisierungsfragen dokumentiert dies nachdrücklich.

3.2 Gesetzliche Voraussetzungen – das Beispiel Schweden

In allen nordeuropäischen Staaten ist die öffentliche Diskussion über die Notwendigkeit von Priorisierungen im Gesundheitswesen angesichts der Unbegrenztheit der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bürger und des medizi-

nisch-technischen Fortschritts einerseits sowie der Begrenztheit der für die Befriedigung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen andererseits eingemündet in konkrete Vorgaben und Beschlüsse der jeweiligen Parlamente. Daraus sind wiederum konkrete Handlungsanweisungen für die Verteilung der Ressourcen zwischen verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung auf der politischen Ebene (national, regional und lokal) wie auf der Leitungsebene von Gesundheitseinrichtungen (zum Beispiel Verteilung von Ressourcen zwischen einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses) – als horizontale Priorisierung bezeichnet – sowie für die konkrete individuelle Priorisierung von Patienten und ihren Erkrankungen durch medizinisches Fachpersonal – vertikale oder auch klinische Priorisierung genannt – entwickelt worden. Die sich ähnelnden rechtlichen Voraussetzungen und Grundlagen für die Priorisierung in den nordeuropäischen Ländern sollen nachfolgend anhand des konkreten Beispiels Schweden verdeutlicht werden.

Mit seinem grundlegenden Beschluss vom März 1997 zur Priorisierung im Gesundheitswesen verabschiedete der schwedische Reichstag nicht nur Richtlinien und ethische Grundprinzipien zur Priorisierung, sondern änderte auch das schwedische Gesetz über die Gesundheits- und Krankenversorgung.¹³ Die entscheidenden Veränderungen fanden in den Paragraphen 2, 2a und 28 statt. So wurden im § 2 folgende neue Sätze 2 und 3 angefügt:

- „Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.“ (Übersetzung: Die Versorgung soll mit Respekt vor dem gleichen Wert aller Menschen und vor der Würde des einzelnen Menschen gewährt werden. Derjenige, der den größten Bedarf an Gesundheits- und Krankenversorgung hat, soll Vorrang haben.)

Neu eingefügt wurde folgender Abschnitt in § 2a HSL:

- „Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.“ (Übersetzung: Jeder Patient, der sich an die Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung wendet, soll, wenn es nicht offenbar unnötig ist, schnellstens eine medizinische Beurteilung seines Gesundheitszustandes erhalten.)

Mit diesen drei Zusätzen verankerte der schwedische Reichstag zwei der drei Grundprinzipien zur Priorisierung, die er in seinem Beschluss festgehalten hatte, im entsprechenden Gesetz: das Prinzip der Menschenwürde sowie das Bedarfs- bzw. Solidaritätsprinzip.

Das dritte im Reichstagsbeschluss verankerte Prinzip ist das der Kosteneffektivität. Dieses findet in § 28 HSL seinen konkreten rechtlichen Niederschlag:

- „Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.“

(Übersetzung: Die Leitung der Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung soll so organisiert sein, dass es hoher Patientensicherheit und guter Qualität der Versorgung dient sowie die Kosteneffektivität fördert.)

Der schwedische Reichstag verabschiedete in Konkretisierung der drei ethischen Grundprinzipien und der darauf aufbauenden Gesetzesergänzungen auch eine Priorisierungsordnung, die die Grundlage für die konkrete Priorisierungsarbeit der verschiedenen Ebenen und Gremien und auch im konkreten Einzelfall ist. Diese Ordnung umfasst insgesamt folgende vier Gruppen:

Priorisierungsgruppe 1:

- Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten,
- Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidisierung oder zu vorzeitigem Tod führen,

- Versorgung schwerer chronischer Krankheiten,
- palliative (lindernde) Versorgung sowie Versorgung in der Endphase des Lebens,
- Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie.

Priorisierungsgruppe 2:

- Prävention,
- Rehabilitation.

Priorisierungsgruppe 3:

- Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen.

Priorisierungsgruppe 4:

- Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

Dabei hat die Versorgung der ersten Gruppe die höchste Priorität, innerhalb dieser Gruppe dagegen hat nach dem Reichstagsbeschluss lediglich die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Erkrankungen Vorrang; die übrigen Teilgruppen dieser Gruppe haben dagegen untereinander gleichen Rang. Die zweite und dritte Priorisierungsgruppe sollen in abnehmender Reihenfolge öffentlich finanzierte Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen. Die vierte Priorisierungsgruppe dagegen wurde vom Reichstag als eine Gruppe qualifiziert, für deren Leistungen normalerweise keine öffentlichen Gelder zur Verfügung gestellt werden sollen, sondern deren Leistungen von den Personen, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, selbst bezahlt werden müssen.

Aufbauend auf dieser vom schwedischen Reichstag nach einem mehrjährigen gesellschaftlichen und politischen Diskussionsprozess, der unter Beteiligung aller relevanten betroffenen Gruppen stattgefunden hatte, verabschiedeten rechtlichen und ethischen Basis, wird seither in vielen Provinziallandtagen und Regionen Schwedens intensiv an der konkreten Umsetzung in Empfehlungen, Richtlinien und Vorschriften zur Priorisierung gearbeitet. Die beiden wohl

auch über die Grenzen Schwedens hinaus bekanntesten Beispiele hierfür sind einmal das sogenannte Blekinge-Modell, zum anderen die Priorisierungsrichtlinien des Provinziallandtages Västerbottens Län.

Die Priorisierungsrichtlinien des Provinziallandtages Västerbottens Län¹⁴ wurden über mehrere Jahre hinweg von der hauptamtlichen Leitung des Provinziallandtages und der Leitungsgruppe für die Gesundheits- und Krankenversorgung in Zusammenarbeit mit einzelnen, in Priorisierungsfragen besonders erfahrenen Vertretern des Gesundheitswesens im Provinziallandtag erarbeitet und im Februar 2003 von der politischen Leitung des Provinziallandtages verabschiedet. Die Richtlinie soll offene Priorisierung innerhalb der Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung sicherstellen und sowohl den politischen Beschlussgremien wie dem einzelnen Mitarbeiter des Gesundheitswesens klare Rahmenvorgaben für solche Beschlüsse an die Hand geben. Darüber hinaus soll sie sicherstellen, dass alle Priorisierungsbeschlüsse überprüfbar sind. Im Hinblick darauf heißt es dort weiter: „Mit offenen Priorisierungsbeschlüssen, die überprüfbar sind, wird der Bevölkerung die Möglichkeit gegeben, zu beurteilen, ob die Gesundheits- und Krankenversorgung den ethischen Prinzipien folgt und ob Versorgung zu gleichen Bedingungen im Provinziallandtag gegeben wird.“¹⁵

Als Basis der Priorisierung im Provinziallandtag wird die vom schwedischen Reichstag verabschiedete gesetzliche Leitlinie sowie die Priorisierungsordnung mit den vier Priorisierungsgruppen (siehe oben) herangezogen. Konkret wird darüber hinaus als spezifisches Ziel der Priorisierungsarbeit in Västerbottens Län festgeschrieben:

1. eine gute Versorgung für die drei letzten Gruppen innerhalb der Priorisierungsgruppe 1 (schwer chronisch Kranke, Menschen mit herabgesetzter Autonomie, Versorgung in der letzten Phase des Lebens) zu schaffen,

2. die Effektivität zu erhöhen,
3. ein funktionierendes und ethisch gutzuheißendes Rationierungssystem zu schaffen.¹⁶

Im Folgenden beschreibt die Richtlinie zunächst die rechtliche Ausgangssituation sowie grundlegende Begriffe. Anschließend werden konkrete Analysewerkzeuge für Priorisierungsbeschlüsse beschrieben sowie eine Sammlung von Beispielen für konkrete Priorisierung auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens vorgestellt.

Im Blekingemodell¹⁷ werden – ebenfalls auf der vom schwedischen Reichstag beschlossenen gesetzlichen Grundlage und der Priorisierungsordnung aufbauend – folgende Richtlinien für Priorisierungen in der Gesundheits- und Krankenversorgung festgeschrieben:

- Bevor priorisiert werden kann, muss eine medizinische Beurteilung stattfinden. Jeder Mensch, der vermutet, eine Krankheit oder Verletzung zu haben, soll das Recht haben, eine medizinische Beurteilung zu erhalten.
- Auf dieser Grundlage soll dann die vierstufige Priorisierungsordnung, wie sie der Reichstag beschlossen hat, Anwendung finden.
- Insgesamt werden drei Ebenen der auf diesen Grundlagen aufbauenden Priorisierung festgelegt:
 - Priorisierung auf klinischem Niveau, also in der Krankenversorgung selbst,
 - Priorisierung auf administrativem oder Verwaltungsniveau,
 - Priorisierung auf politischem Niveau, also bei der Beschlussfassung über die Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel für die verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitswesens im Provinziallandtag.

3.3 Priorisierung im Alltag – die aktuelle Situation

Ende Oktober 2003 erhielt die öffentliche Diskussion über Priorisierung in Schweden einen neuen Anstoß. Am 29. Oktober 2003 beschloss nämlich das Parlament des Provinziallandtages Östergötland eine konkrete Priorisierungsliste¹⁸, die ab Anfang 2004 jährliche Einsparungen von insgesamt 37 Millionen schwedischen Kronen (SEK; ca. 4 Mio. Euro) erbringen soll. Die Liste enthält eine Reihe von Erkrankungen, deren Behandlung bisher aus öffentlichen Mitteln in Östergötland bezahlt wurde. Ab Anfang 2004 müssen die Bürger Östergötlands diese Behandlungen nun aus der eigenen Tasche bezahlen.

Zu den auf der sogenannten Stoppliste aufgeführten Erkrankungen bzw. Maßnahmen zählen unter anderem:

- zweiter Hörapparat,
- Behandlung des leichten Schnarchens,
- Krampfadern als kosmetisches Problem,
- chronische Rückenschmerzen,
- Atembeschwerden aufgrund schiefer Nasenscheidewand,
- Sterilisation des Mannes,
- Sterilisation der Frau ohne medizinische Indikation,
- Kaiserschnitt ohne offenbare psychische oder medizinische Indikation,
- Fruchtwasseruntersuchung bei nicht-medizinischen Indikationen,
- Operation gutartiger Tumore,
- leichte Prostatabeschwerden,
- Kopfläuse,
- Blasenkatarrh bei Kindern,
- Kniebeschwerden bei älteren Patienten, Arthroskopie,
- anale Erkrankungen,
- chirurgische Versorgung von Magen-Darm-Erkrankungen bei multimorbiden älteren Patienten.

Diese Priorisierungsliste führte in Schweden zu einer neuen und breiten öffentlichen Diskussion über die Zulässigkeit und Notwendigkeit von Priorisierungen. So äußerte sich der damalige schwedische Sozialminister Lars Engqvist in mehreren Zeitungs- und Zeitschrifteninterviews dahingehend, dass die vom schwedischen Reichstag aufgestellten Priorisierungsgrundsätze nicht in im Vorweg festgelegten Listen die Versorgung von ganzen Patientengruppen mit bestimmten Erkrankungen vollständig ausschließen dürfe. Vielmehr könne eine solche Liste lediglich eine Empfehlung darstellen, die jeweils im Einzelfall zwischen Arzt und Patient individuell geprüft und entschieden werden müsse.¹⁹

Eine Gruppe von sechs Reichstagsabgeordneten der Sozialistischen Partei wiederum vertrat die Meinung, dass die vom Reichstag aufgestellte Priorisierungsordnung mit ihren vier Gruppen nicht bedeute, dass die Versorgung ganzer Krankheitsgruppen aus der öffentlichen Versorgung und Finanzierung herausgenommen werden dürfte. Vielmehr interpretierten die Reichstagsabgeordneten die Ordnung so, dass den vier Priorisierungsgruppen Ressourcen so zugewiesen werden sollten, dass die Gruppe I die meisten, die Gruppe IV dagegen die geringsten Ressourcen erhält – nicht aber keine Ressourcen.²⁰

Andererseits ergab eine Umfrage der schwedischen Tageszeitung *Svenska Dagbladet*, dass vier weitere Provinziallandtage sich bereits in konkreten Vorbereitungen für ähnliche Ausschlusslisten befinden; vier weitere schlossen nicht aus, dass sie in der Zukunft ähnliche Priorisierungslisten aufstellen würden.²¹

In einem weiteren Debatten-Artikel²² begrüßten Anfang 2004 Kerstin Wigzell, die Generaldirektorin der schwedischen Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen „Socialsyrelsen“, und ihr Stellvertreter Kjell Asplund die neuerliche Debatte über Priorisierungen und sprachen sich ausdrücklich für offene Priorisierung im Gesundheitswesen

aus. Sie warnen in dem Beitrag davor, dass alle bisherigen Ansätze eher ängstliche Priorisierungsversuche waren, weil sie normalerweise lediglich marginale Einsparungen in Randbereichen der gesundheitlichen Versorgung betroffen hätten. Im Dilemma zwischen individuell empfundenen Versorgungsbedarf und niedriger Priorisierung durch die medizinische Profession oder durch politischen Beschluss regen Wigzell und Asplund an, solche Angebote nicht völlig aus dem Versorgungsprogramm des öffentlichen und öffentlich finanzierten Gesundheitswesens herauszunehmen, sondern mit abnehmendem Grad an Priorisierung die Selbstbeteiligung bei solchen Maßnahmen anzuheben. Die am niedrigsten priorisierten Maßnahmen sollten demnach eine Selbstbeteiligung von 100 Prozent zugemessen bekommen.

In der neuerlichen Debatte über Priorisierung in Schweden gibt es jedoch auch Stimmen, die die Östergötland-Stopplisten als Anzeichen einer tiefen Krise des gesundheitlichen Versorgungssystems interpretieren und darin keine Lösung für die Probleme der medizinischen Versorgung sehen. Politisch festgesetzte Priorisierungslisten würden eine Menge neuer Probleme mit sich führen und seien ein allzu leichter Ausweg aus der erforderlichen Diskussion, wie die gesundheitliche Versorgung optimal organisiert werden müsse.²³

3.3.1 Entscheidungshilfen für die Priorisierung

Trotz aller kontroversen öffentlichen Diskussion um das Ausmaß und die konkrete Ausprägung von Priorisierung hat es mittlerweile faktisch überall die Notwendigkeit konkreter vertikaler, klinischer Priorisierung bei der Patientenbehandlung gegeben. Um diese Priorisierung, die immer einzelne konkrete Patienten betrifft und die üblicherweise in der Zuweisung eines konkreten Platzes auf einer bestehenden Warteliste oder aber in der Verweigerung einer Behandlung überhaupt besteht, rationaler zu gestalten, haben

vor allem Ärzte in Schweden konkrete Hilfsmittel in Form von konkreten Fragelisten und Punktesystemen entwickelt, die als Unterstützung bei der Entscheidung über konkrete Priorisierungen herangezogen werden können.

Tabelle: Priorisierungsmuster für die Behandlung von gynäkologischen Krebserkrankungen

<i>Lebensqualität</i>	<i>Punkte</i>
Große Möglichkeit für eine Verbesserung durch die Behandlung (> 30 %)	0
Große Möglichkeit, durch die Behandlung einer stark verschlechterten Lebensqualität vorzubeugen (> 30 %)	4
Geringe Möglichkeit, durch die Behandlung einer stark verschlechterten Lebensqualität vorzubeugen (\leq 30 %)	10
Geringe Möglichkeit für eine Verbesserung durch die Behandlung (\leq 30 %)	10
<i>Lebenszeitverlängerung</i>	
\geq 50 % Chance für mehr als einjährige Lebenszeitverlängerung	0
\geq 50 % Chance für mehr als sechsmonatige Lebenszeitverlängerung	2
\geq 50 % Chance für mehr als dreimonatige Lebenszeitverlängerung	5
\geq 50 % Chance für mehr als einmonatige Lebenszeitverlängerung	10
< 50 % Chance für mehr als einmonatige Lebenszeitverlängerung	12
Ist nicht zu beurteilen	10
<i>Risiko für ernsthafte Komplikationen/Nebenwirkungen der Behandlung</i>	
< 5 % Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	0
< 10 % Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	2
\geq 10 % Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	10
\geq 30 % Risiko für Tod oder hochgradige und dauerhafte Behinderung	15

Quelle: Per Rosenberg, Prioritering högspecialiserad vård – en lägesrapport, 11.10.2000

(Übersetzung durch den Autor)

Dabei werden zu konkreten Erkrankungen bzw. Diagnosen Priorisierungs-Fragebögen erstellt, deren Antworten jeweils mit einer Punktzahl bewertet werden. Ab dem Errei-

chen einer bestimmten Punktzahl wird die infrage stehende Therapie dann nicht mehr ausgeführt, wie etwa in dem nachstehenden Beispiel für einen Priorisierungsfragebogen, der von Per Rosenberg an der Klinik für Gynäkologie in Linköping entwickelt und getestet wurde, bevor er in breitem Maße in die tägliche Versorgung von Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen Eingang gefunden hat. Im konkreten Fall haben Rosenberg und seine Kolleginnen und Kollegen in Linköping entschieden, dass bei einer Punktzahl > 20 die jeweils infrage stehende Therapie nicht mehr angewandt wird, sondern stattdessen lediglich eine Versorgung gemäß der Untergruppe 5 in Priorisierungsgruppe 1 (palliative lindernde Versorgung sowie Versorgung in der Endphase des Lebens) angezeigt ist.

3.3.2 Wartelisten

Die von Beginn der Priorisierung an und noch heute üblichste Form der vertikalen, klinischen oder auch der individuellen Priorisierung von Gesundheitsdienstleistungen in Nordeuropa ist die Errichtung von Wartelisten bzw. die Zuweisung des Patienten auf eine Warteliste. Dabei existieren aufgrund der Ausprägung der nordeuropäischen Gesundheitssysteme mit einer Trennung der Versorgungsebenen in die ambulante primärärztliche Versorgung einerseits sowie die spezialärztliche ambulante und stationäre Versorgung andererseits (siehe oben) faktisch immer zwei Wartelisten. Denn im Anschluss an die Feststellung einer Erkrankung oder eines Behandlungsbedarfs in der primärärztlichen Versorgung wird der Patient zur spezialärztlichen Diagnose überwiesen. Hier gibt es in fast allen Fachrichtungen die erste Warteliste. Stellt der Facharzt eine Behandlungs- bzw. Operationsbedürftigkeit fest, priorisiert er den Patienten und weist ihm damit einen Platz auf der zweiten Warteliste zu – der Warteliste für die konservative oder operative Therapie.²⁴

Wie schwierig es jedoch ist, das Ziel der gleichen Versorgung bei gleichartigen Erkrankungen im ganzen Land oder zumindest in der gleichen Region zu erreichen, zeigt die immer wieder aufflammende öffentliche Diskussion über höchst unterschiedliche Wartezeiten für den gleichen Eingriff in unterschiedlichen Kliniken – auch innerhalb eines Provinziallandtages in Schweden, einer Gesundheitsregion in Norwegen oder eines Krankenhausbezirks in Finnland. Ein Blick in die aktuellen Wartelisten der verschiedenen Länder unterstreicht diesen Eindruck ebenfalls, wenn etwa die längste erwartete Wartezeit für eine Erst-Hüftendoprothese Anfang März 2004 in den verschiedenen Kliniken Schwedens zwischen drei (Karolinska-Universitätskrankenhaus) und dreißig Wochen (Kalix-Krankenhaus) variiert.²⁵

Dabei ist die gesundheitsökonomische Sinnhaftigkeit von Wartelisten keineswegs unumstritten. Vielmehr weisen immer mehr gesundheitsökonomische Untersuchungen darauf hin, dass Wartelisten nicht die gewünschte gerechte Verteilung nach Versorgungsbedarf und ebenso wenig die erhoffte bessere Nutzung von Ressourcen bewirken. Das zeigte u. a. eine Mitte 2002 veröffentlichte Untersuchung der finnischen Universität Kuopio in Zusammenarbeit mit der staatlichen Sozialversicherungsanstalt KELA und dem Forschungsinstitut Efektia Oy. Im Rahmen der Untersuchung wurden insgesamt elf Krankheitsbilder bei Personen im arbeitsfähigen Alter untersucht. Das Ergebnis: Je länger die Wartezeit, umso länger die Behandlungs- und die Rehabilitationszeit. Außerdem zeigte die Studie, dass die Kosten der Akut-Behandlung geringer waren als die Kosten der Wartezeit und der Rehabilitation. Die Untersuchungsergebnisse belegten die Kosten von 13.000 Behandlungsfällen aus allen Krankenhausbezirken Finnlands in den Jahren 1997 bis 1999. Berücksichtigt wurden die Behandlungskosten und die von KELA bezahlten Krankentagegelder. Unberücksichtigt blieben in der Untersuchung

die vom Arbeitgeber in der Zeit der Krankschreibung bezahlten Gehälter, die Arzneimittelkosten und die von Kommunen und Angehörigen bereitgestellte Hilfe.²⁶

3.3.3 Festlegung einheitlicher Kriterien für den Zugang zu nicht-akuten Behandlungen und diagnostischen Maßnahmen in Finnland seit 2005

Wie bereits oben kurz angesprochen, existieren in Finnland seit dem Jahr 2005 allgemeingültige Leitlinien für die Einordnung von Patienten nach dem Schweregrad ihrer nicht-akuten Erkrankungen. Diese einheitlichen Kriterien²⁷ für den Zugang zu nicht-akuter medizinischer Versorgung für insgesamt 193 Erkrankungen bzw. diagnostische Maßnahmen wurden gleichzeitig mit dem Inkrafttreten einer echten Behandlungsgarantie (siehe weiter unten) erarbeitet und in Kraft gesetzt und stellen wohl derzeit nicht nur in Nord-europa das bisher am weitesten entwickelte Modell der Regulierung des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung auf der Basis von im Konsens der jeweiligen medizinischen Fachgebiete erarbeiteten medizinischen Kriterien dar.

Ziel dieser Maßnahme ist die gerechte Zuordnung von Patienten mit gleicher Indikation nach gleichen Kriterien zu den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten gemäß Schweregrad ihrer Erkrankung. Entwickelt wurden diese Kriterien von je einer landesweiten Arbeitsgruppe pro medizinischem Fachgebiet; die Nutzung wurde landesweit verpflichtend vereinbart. Abweichungen von den dort festgelegten Bewertungsschemata müssen vom Arzt gesondert begründet werden.

Die Vorgehensweise soll hier kurz am Beispiel Coxarthrose verdeutlicht werden. Für die Coxarthrose ist von der entsprechenden Arbeitsgruppe ein Bewertungsschema erarbeitet worden, bei dem maximal 100 Punkte zu vergeben sind. Eine operative Therapie wird dabei nur bei 50 und mehr Punkten als angezeigt erachtet; in den anderen

Fällen wird konservative Behandlung vorgesehen. Die Punktvergabe erfolgt in folgenden fünf Untergruppen:

Schmerzen

- keine Schmerzen 0 Punkte
- leichte Schmerzen unter Belastung 10 Punkte
- mittelschwere Schmerzen (Patient benötigt häufig schmerzlindernde Medikamente) 20 Punkte
- schwere Schmerzen in Ruhe oder kräftige Schmerzen bei Bewegung 30 Punkte

Gehstrecke

- über 1000 Meter 0 Punkte
- 100 bis 1000 Meter 5 Punkte
- unter 100 Meter 10 Punkte

Andere funktionelle Einschränkungen

(*Bergaufgehen, Treppensteigen, Schuhanziehen, Fußpflege, Waschen etc.*)

- keine Einschränkungen 0 Punkte
- geringe Einschränkungen 5 Punkte
- mittelschwere Einschränkungen 15 Punkte
- Gefährdung der täglichen Funktionen 30 Punkte

Klinischer Befund

- kein Befund 0 Punkte
- milderer Befund 5 Punkte
- gravierender Befund 10 Punkte

Eventuelle Krankheitsprogression gemäß

Röntgenbefunden

- keine Gefahr 0 Punkte
- mäßige Gefahr 10 Punkte
- offenes Risiko 20 Punkte

In vergleichbarer bzw. ähnlicher Weise wurden auch die übrigen 192 diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bewertet, wobei keineswegs in allen Fällen auch eine Punktbewertung vorgenommen wird. Anstelle der Punkt-

bewertung gibt es dann eine detaillierte Beschreibung des Befundes, ab dem Diagnostik und/oder Therapie zu erfolgen haben.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen angesichts des relativ kurzen Anwendungszeitraumes positive Auswirkungen. Die Wartezeiten sind weitestgehend auf die vorgeschriebenen Fristen zurückgegangen; in den Überschreitungsfällen kommt es zur Vereinbarung über die Nutzung von zusätzlichen Kapazitäten in anderen Krankenhausbezirken oder von privaten Gesundheitsanbietern, insbesondere Privatkliniken. So teilte das finnische Sozial- und Gesundheitsministerium am 19. Januar 2007 mit, dass im Januar 2007 in ganz Finnland noch 7332 Patienten im Spezialgesundheitswesen länger als nach der Behandlungsgarantie vorgesehen auf eine Behandlung warteten, während diese Zahl im Mai 2006 noch rund 12.000 betrug.²⁸

Die erarbeiteten Schemata zur gleichmäßigen Beurteilung des Behandlungsbedarfs werden nach bisherigem Anschein nicht dazu missbraucht, systematisch Patienten von einer Behandlung auszuschließen, sondern führen zu erhöhter Vergleichbarkeit der Therapieschemata bei vergleichbaren Diagnosen. Für eine abschließende Beurteilung ist jedoch der Zeitraum, in dem das neue Schema bisher angewandt wurde, noch deutlich zu kurz.

3.4. Sonderproblem: Strukturelle Rationierung bei der Mediziner-Ausbildung

Anders als in Deutschland lassen die nordischen Rechtssysteme die Bedarfszulassung zum Studium zu. In allen nordeuropäischen Staaten bemisst sich dementsprechend die Zahl der Studienplätze nach dem hochgerechneten zukünftigen Bedarf. Dabei wird dieser Bedarf gemeinsam von Berufsvertretungen der Gesundheitsberufe und dem Staat festgestellt.

Dennoch wächst sich in Skandinavien mittlerweile die Rationierung der am vorkalkulierten Bedarf orientierten Ausbildungsmöglichkeiten vor allem für Ärzte und Krankenschwestern zu einem immer drastischer werdenden Problem aus. Die konkreten Auswirkungen: In allen skandinavischen Ländern gibt es einen wachsenden Mangel an Ärzten, in Norwegen und Schweden ebenfalls einen drastischen Mangel an Pflegekräften.

Immer wieder berichten auch die Medien in Schweden über die schnell wachsende Branche der Verleihfirmen für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen. Zurzeit fehlen im schwedischen Primärgesundheitswesen, vor allem also in den Gesundheitszentren des Landes, rund 800 Allgemeinärzte. Das zwingt die Provinziallandtage dazu, mit Verleihfirmen zusammenzuarbeiten, um die Dienstbereitschaft der Gesundheitszentren überhaupt aufrechterhalten zu können. Doch ein Arzt von der Verleih-Firma kostet den Provinziallandtag 20.000 schwedische Kronen pro Woche. Das Monatsgehalt eines angestellten Arztes, der Leiter der gesamten Primärversorgung ist, beträgt dagegen 45.000 Kronen. Die Sparsamkeit des schwedischen Staates bei der Vorausschätzung des zukünftigen Ärztebedarfs muss also heute bereits von den Provinziallandtagen teuer bezahlt werden.

Die Situation im Nachbarland Dänemark sieht nicht viel anders aus. Auch dort hat man einen erheblichen Bedarf an Ärzten, der im eigenen Land nicht gedeckt werden kann. Daraufhin werden mittlerweile erhebliche Summen Geldes ausgegeben, um ausländische Ärzte ins Land zu holen. In Finnland entwickelt sich die Situation ähnlich: Wie Suomen Lääkäriliitto, die finnische Ärztekammer, Anfang des Jahres 2001 bekannt gab, waren seinerzeit in den Gesundheitszentren des Landes viele Stellen unbesetzt. Am drastischsten war der Ärztemangel in Lappland, der nördlichsten Provinz Finnlands: Hier war jede vierte Arztstelle nicht besetzt.²⁹ Als Reaktion versuchte man in Finnland,

Ärzte aus Estland ins Land zu holen, da die estnische und finnische Sprache relativ eng verwandt sind. Doch auch aus Deutschland gibt es immer wieder einzelne Ärzte und Zahnärzte, die in Finnland eine Arbeitsstelle annehmen.

Table: Ärztliche Versorgung und zukünftiger Fehlbedarf in Nordeuropa

	DK	FIN	N	S
Ärzte 2005	20.035	17.287	18.281	28.864
Mangel 2005	700	900	733	1.000
Mangel bzw. Überschuss 2020	Keine Angaben, aber voraussichtlicher Mangel an Spezialisten	100/1.200	2.500/2.000	3.600/700 (2015)

Quelle: Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor, Den framtida LÄKAR-arbetsmarknaden i den nordiska länderna, sowie eigene Recherchen

4. Wahlfreiheit, Wahlmöglichkeit und Behandlungsgarantien kontra Rationierung

„The issue of patient choice has become an important touchstone of health care reform across Northern Europe.“³⁰ Diese Aussage des amerikanischen Gesundheitsökonomen Richard B. Saltman in seiner Studie über *Patient Choice and Patient Empowerment* für das Stockholmer Zentrum für Politik- und Wirtschaftsstudien (Studieförbundet Näringsliv och Samhälle) verdeutlicht eines der beiden zentralen Themen, mit denen sich die gesundheitspolitische Diskussion der letzten 20 Jahre in den skandinavischen Ländern befasst. Ausgehend von der spezifischen

Situation öffentlicher Gesundheitssysteme mit umfassender Daseinsfürsorge, aber ohne umfassende Wahlmöglichkeiten des einzelnen Patienten, spielt die Diskussion um Patientensouveränität und Möglichkeit des Patienten, aus einem umfassenden Angebot von gesundheitlichen Dienstleistungen und Anbietern auszuwählen, eine zunehmend wichtige Rolle.

Parallel dazu begann in den skandinavischen Ländern ähnlich wie in praktisch allen westlichen Industriestaaten eine Auseinandersetzung um die Effizienz und Effektivität des Systems der gesundheitlichen Versorgung. Steigende Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt führten zu Rationalisierungsdruck und entsprechenden Reformbemühungen. Dabei ist leicht nachvollziehbar, dass beide Ziele in vielfältige Konflikte miteinander geraten können. Mehr Wahlfreiheit für Patienten – so Saltman in seiner Studie – kann sowohl zu sparsamerem Umgang mit den Ressourcen als auch zu höheren Kosten führen. Für Letzteres führt Saltman das Gesundheitssystem der USA mit seinem direkten Zugang der Patienten zu allen Spezialisten an, die zusätzlich auf der Basis des „fee-for-service payment“ ein Interesse an zusätzlichen Leistungen haben. In einer solchen Systemumgebung, so vermutet Saltman, würde mehr Wahlfreiheit der Patienten zu Ergebnissen führen, die „expensive technically-driven curative rather than less expensive, socially-driven preventive-directed“ wären. Dennoch vermutete Saltman für Gesundheitssysteme wie die skandinavischen oder das englische, „that publicly operated systems, with effective global controls at the overall system level on total expenditures [...] have the option to utilize patient choice as a mechanism to create greater efficiency at the micro institutional level of the delivery system“.³¹

Trotz dieses naheliegenden, aber – wie gezeigt – nicht notwendigerweise eintretenden Zielkonfliktes hat gerade

die gesundheitspolitische Reformdiskussion zunächst in Schweden, dann aber zunehmend und vor allem schneller auch in Norwegen und Dänemark und schließlich in Finnland in den letzten zehn Jahren auf massiven öffentlichen Druck hin beide Ziele befördert.

4.1 Dänemark

So hat die dänische Regierung im Sommer 2001 beschlossen, mithilfe von deutlich mehr Geld zur Verbesserung des Angebotes an Gesundheitsleistungen, einem speziellen Abkommen über eine Behandlungsgarantie für lebensbedrohende Erkrankungen zwischen der Regierung und den für die fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung zuständigen Ämtern sowie speziellen Entwicklungsplänen für Herz-, Krebs- und orthopädische Erkrankungen innerhalb von drei Jahren die Wartezeiten für eine medizinische Behandlung generell auf maximal drei Monate zu begrenzen.

Das weitestgehende Versprechen enthält die Behandlungsgarantie bei lebensbedrohlichen Erkrankungen: Seit dem 1. September 2001 darf danach kein Patient bei lebensbedrohlichen Erkrankungen – vor allem Herzkrankheiten und Krebserkrankungen – länger als zwei Wochen auf eine Voruntersuchung beim Spezialisten, dann länger als zwei Wochen auf die Behandlung sowie anschließend länger als vier Wochen auf die Nachbehandlung warten. Kann ein Amt innerhalb der vereinbarten Fristen keine Untersuchung, Behandlung oder Nachbehandlung anbieten, muss dem Patienten eine Behandlung in anderen öffentlichen oder privaten Krankenhäusern in Dänemark angeboten werden. Ist auch dies innerhalb der genannten Fristen nicht möglich, müssen dem Patienten auch Behandlungsmöglichkeiten im Ausland angeboten werden.

Zur Unterstützung wurde von den Ämtern ein Informa-

tionszentrum eingerichtet, das alle Wartezeiten überwacht und freie Kapazitäten im gesamten Land nachweist. Damit können Ärzte und Patienten auf den Internetseiten des dänischen Gesundheitsministeriums die jeweils kürzesten Wartezeiten für bestimmte Untersuchungen und Operationen abrufen. Ähnliche Wartelisten-Übersichten gibt es mittlerweile in allen nordeuropäischen Ländern.

Parallel zu diesem Einsatz, der – als Reaktion auf den Run auf private Zusatzversicherungen – vor allem das Vertrauen der Bürger in die Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens in Dänemark sichern oder wiederherstellen soll, setzte das dänische Gesundheitsministerium auf weitere Verbesserungen der Wartelisten-Situation durch massiven Mitteleinsatz im Gesundheitswesen: Insgesamt 1,8 Mrd. DKK (rund 0,26 Mrd. Euro) setzte das Gesundheitsministerium allein im Jahr 2002 zusätzlich als Zuschüsse an die Ämter ein, um erweiterte Behandlungskapazitäten vor allem in den Engpass-Gebieten Herzchirurgie, Krebsbehandlung und Orthopädie zu schaffen. Insgesamt wollte das Ministerium damit erreichen, dass die Zahl der Behandlungen pro Jahr um rund 20.000 steigt – bis zum Ende des aktuellen Planes also um 60.000 Behandlungen. Zum Vergleich: Im Jahr 1999 wurden in den 71 dänischen Krankenhäusern rund 1,1 Millionen Fälle behandelt.

4.2 Finnland

Zum 1. März 2006 ist in Finnland eine Reform für das Gesundheitswesen in Kraft getreten, die vor allem die Zugänglichkeit zu nicht-akuten diagnostischen und therapeutischen Leistungen verbessern soll. Im Kern besteht die Reform aus einer Behandlungsgarantie, die einerseits in akuten Fällen die sofortige bzw. schnellstmögliche Behandlung garantiert, bei nicht-akuten Erkrankungen dagegen ein Zeitschema verpflichtend in Kraft gesetzt hat.

Danach muss ein Patient sofortigen telefonischen Kontakt zu einem Gesundheitszentrum erhalten. Die erforderliche Diagnostik und/oder Behandlung im Gesundheitszentrum muss dann innerhalb von drei Tagen erfolgen. Sollte eine Weiterbehandlung oder weitere Diagnostik im fachärztlichen Bereich erforderlich sein, hat diese innerhalb von drei Wochen nach dem Besuch im Gesundheitszentrum zu erfolgen. Eine vom Facharzt als erforderlich beurteilte stationäre Behandlung muss danach innerhalb von drei bis maximal sechs Monaten erfolgen.

Kann die Diagnostik und/oder Behandlung nicht innerhalb des festgelegten Zeitrahmens erfolgen, ist der Krankenhausbezirk, in dem der Patient seinen Wohnsitz hat, verpflichtet, dem Patienten eine Behandlung in einem anderen Krankenhausbezirk oder bei einem privaten Gesundheitsanbieter zu ermöglichen. Dabei kann es sich im Prinzip auch um eine Behandlung im Ausland handeln.

Gleichzeitig mit der Behandlungsgarantie wurde in Finnland ein Bewertungsschema für 193 nicht-akute diagnostische und therapeutische Maßnahmen („Uniform criteria for access to non-emergency treatment“) in Kraft gesetzt (Details siehe oben). Ziel dieser Maßnahme ist die gerechte Zuordnung von Patienten mit gleicher Indikation nach gleichen Kriterien zu den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten gemäß dem Schweregrad ihrer Erkrankung.

4.3 Norwegen

In Norwegen sind seit Beginn des dritten Jahrtausends eine Reihe von Gesundheitsreformprojekten realisiert worden, die vor allem zwei Ziele hatten:

- Reduzierung der Wartezeiten und Wartelisten,
- Erhöhung der Effizienz der gesundheitlichen Versorgung.

Dabei gab es folgende wichtige Reformvorhaben:

- 1997: Einführung des DRG-Systems
(Details siehe weiter unten),
- 2001: Die „Patientenbrücke“ (Medical Overseas Project),
- 2001: Einführung des Hausarztsystems,
- 2001: Liberalisierung des Apothekenmarktes,
- 2002: Krankenhausreform.

Ziel der sogenannten Patientenbrücke war die systematische Verlagerung der Behandlung bestimmter Patientengruppen ins Ausland mithilfe von Ausschreibungen, auf deren Basis dann Verträge mit ausländischen Kliniken geschlossen wurden. Dabei gab es zwei unterschiedliche Ansatzpunkte: Einerseits sollten vor allem die Wartelisten für elektive Eingriffe abgebaut werden und durch die Vergabe solcher Aufträge an ausländische Gesundheitsanbieter gleichzeitig der Druck auf die norwegischen Kliniken erhöht werden, ihre Effizienz zu verbessern. Parallel dazu wurde ein Programm entwickelt, mit dem systematisch aus anderen europäischen Ländern wie Schweden, Dänemark und Deutschland Fachärzte nach Norwegen geholt wurden, um so den Mangel an Fachärzten gezielt zu bekämpfen.

Der zweite Ansatzpunkt für die Auslandsbehandlung von norwegischen Patienten betraf die eigene Infrastruktur. Hier wurde die Grundentscheidung gefällt, in einem immer weiter zusammenwachsenden Europa nicht für jede einzelne Erkrankung Behandlungskapazitäten im eigenen Land aufzubauen, sondern manche Krankheiten dauerhaft auf der Basis von Vertragsbeziehungen im Ausland versorgen zu lassen.

Die 2001 erfolgte Einführung eines stringenten Hausarztsystems hatte das Ziel, die Primärversorgung der Bevölkerung zu verbessern und gleichzeitig eine Entlastung der Sekundärversorgungsebene (ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung) zu erreichen. Das Aufsuchen ei-

nes Facharztes ist seither mit Ausnahme von Notfällen an die Überweisung des Hausarztes gebunden. Gleichzeitig wurden die Anforderungen an die Hausärzte nochmals verschärft. So fordert Norwegen von den Hausärzten in mehrjährigem Abstand eine Rezertifizierung.

Die im gleichen Jahr erfolgte Liberalisierung des Apothekenmarktes sollte vor allem ein größeres Angebot auch in ländlichen Regionen ermöglichen. Dazu wurde insbesondere das bis dahin geltende Mehr- und Fremdbesitzverbot aufgehoben. Gleichzeitig erhielten die norwegischen Kommunen das Recht, auch kommunale Apotheken zu unterhalten. Der größte Teil des norwegischen Apothekenmarktes wird heute von großen, europaweit aktiven Apothekenketten beherrscht.

Die Anfang 2002 in Kraft getretene Krankenhausreform hat zu einer Zentralisierung der Klinikträgerschaft beim norwegischen Staat geführt. Alle in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Kliniken sowie weitere spezialisierte Gesundheitseinrichtungen wurden dazu fünf Gesundheitsregionen zugeordnet, die in der Rechtsform einer nicht börsennotierten öffentlichen Aktiengesellschaft geführt werden. Inhaber ist zu 100 Prozent der norwegische Staat; die Hauptversammlung aller fünf Gesundheits-AGs stellt der jeweils amtierende norwegische Gesundheitsminister dar (weitere Details siehe weiter unten).

4.4 Schweden

Traditionell galt in nahezu allen schwedischen Provinziallandtagen das Territorialprinzip: Nach dieser Regelung konnten die Einwohner eines Provinziallandtages auf Kosten des eigenen Provinziallandtages nur Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens im Gebiet des eigenen Provinziallandtages in Anspruch nehmen. Es gab also weder die Freiheit der Wahl des behandelnden Arztes noch der be-

handelnden Klinik. Auch die Behandlung in einer privaten Klinik war normalerweise nur bei voller Kostenübernahme durch den Patienten selbst möglich.

Die Region Stockholm hatte ihren Bürgern allerdings bereits früh eine begrenzte Versorgungsgarantie gegeben. Danach konnte sich ein Patient auf Kosten des Provinziallandtages in einem privaten Krankenhaus behandeln lassen, wenn er im öffentlichen Gesundheitswesen im Anschluss an die Diagnose-Stellung nicht innerhalb von drei Monaten behandelt werden konnte. Im Jahr 2001 haben diese Möglichkeit gut 700 Patienten wahrgenommen.

Die im Jahr 1992 in Kraft getretene sogenannte ÄDEL-Reform hat die Zuständigkeiten in Teilbereichen des schwedischen Gesundheits- und Sozialsystems deutlich verändert. Seither sind die Kommunen anstelle der Provinziallandtage für die Alten- und Behindertenpflege zuständig. Hauptgrund war, die Verantwortlichkeit für alle Arten von Alten- und Behindertenpflege bei einem Träger – den Kommunen – zusammenzuführen, die bisher schon für ambulante Versorgungsangebote zuständig waren. Parallel wurden deutliche Anreize gesetzt, ältere Krankenhauspatienten, die lediglich noch stationär untergebracht waren, weil sie auf einen Pflegeplatz warteten („bed-blockers“), aus den Kliniken in Pflegeeinrichtungen zu transferieren. Nach der Reform mussten die Kommunen für jeden dieser „bed-blockers“ einen hohen Betrag pro Tag an die Provinziallandtage zahlen, wenn ärztlich festgestellt war, dass der Patient nicht länger einer Krankenhausbehandlung bedurfte. Diese Form der „Strafzahlung“ für „bed-blockers“ findet sich im Übrigen auch im finnischen System.

Nach mehreren nicht sehr erfolgreichen Anläufen zur Verkürzung von Wartezeiten im schwedischen Gesundheitssystem mit lediglich auf einige wenige Indikationen bezogenen Behandlungsgarantien wurde zum 1. November 2005 eine flächendeckende Wartezeit-Garantie nach dem

Schema „0–7–90–90“ eingeführt. Danach muss ein Patient unmittelbaren (meist telefonischen) Kontakt zum Gesundheitssystem aufnehmen und innerhalb von sieben Tagen einen Hausarzt konsultieren können. Sollte der Hausarzt eine Weiterbehandlung durch einen Spezialisten für erforderlich halten, muss dies innerhalb von 90 Tagen geschehen. Schließlich muss als vierte Stufe eine eventuell erforderliche Behandlung nach Diagnosestellung durch den Facharzt ebenfalls innerhalb von 90 Tagen beginnen.

Anfang 2006 war in Schweden von der seinerzeitigen sozialdemokratischen Minderheitsregierung mit Unterstützung der Grünen und der Linkspartei ein Gesetz in Kraft gesetzt worden, das den Provinziallandtagen verbietet, Krankenhäuser von privaten Unternehmen betreiben zu lassen, die Gewinne an ihre Besitzer ausschütten. Außerdem muss seither jeder Provinziallandtag mindestens ein Regionalkrankenhaus in eigener Regie betreiben. Untersagt wird mit der gesetzlichen Neuregelung auch die Privatisierung von hoheitlichen Aufgaben. Die Privatisierung von psychiatrischen Landeskliniken einschließlich des Maßregel-Vollzugs, die derzeit in Deutschland von den Bundesländern auf breiter Front betrieben wird, ist in Schweden damit gesetzlich ausgeschlossen. Die Regelung sieht weiter vor, dass ein Provinziallandtag, der den Betrieb eines bisher von der öffentlichen Hand betriebenen Krankenhauses an einen privaten Betreiber übergeben will, vertraglich vereinbaren muss, dass

- der private Betreiber keine Gewinne an die Besitzer bzw. Anteilseigner ausschüttet und
- das vom privaten Unternehmen betriebene Krankenhaus ausschließlich mit öffentlichen Mitteln und den gesetzlich zugelassenen Patienten-Zuzahlungen finanziert wird.

Außerdem heißt es im neuen § 3 des Gesundheitsversorgungsgesetzes, dass „eine Aufgabe, die die Ausübung von

hoheitlichen Aufgaben umfasst“, nicht vertraglich einem Unternehmen, einer Vereinigung, einer Stiftung oder einer Einzelperson übertragen werden darf.

Wie weiter oben bereits kurz ausgeführt, hat die neue Mitte-Rechts-Allianz, die bei den Wahlen am 17. September 2006 die Mehrheit errang, angekündigt, diese Bestimmungen zum 1. Juli 2007 wieder zurückzunehmen.

5. Selbstbeteiligung in Nordeuropa

Eine Besonderheit der nordeuropäischen Wohlfahrtsstaaten stellt der im europäischen Vergleich relativ hohe durch direkte Selbstbeteiligungen bei Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen aufgebrachte Anteil an der Gesamtfinanzierung der Gesundheitssysteme dar. Wegen der besonderen Bedeutung soll nachfolgend ein Überblick über die generelle Bedeutung und die wichtigsten Regelungen gegeben werden.³²

5.1. Selbstbeteiligung als Prinzip

In den Ländern Nordeuropas bis auf die Ausnahme Dänemark gilt als Prinzip, dass Selbstbeteiligung überwiegend bereits beim Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem erhoben wird. Der Eintritt in das System gilt als die wichtigste Stelle, an der unnötige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verhindert werden kann. Prinzipiell gilt daher die Devise: Kein Arztbesuch ohne Selbstbeteiligung! Dieser Grundsatz wird allerdings bei den Regelungen zum Hochkostenschutz (Befreiung von Selbstbehalten nach Erreichen einer bestimmten, von Land zu Land unterschiedlich hohen Grenze für Selbstbeteiligungen) individuell außer Kraft gesetzt. Allerdings ist zu konstatieren, dass die Zahl der Arztbesuche in allen Ländern sehr niedrig

liegt. So betrug die Zahl der Arztkontakte in Schweden im Jahr 2000 je Einwohner 2,4.³³

Dabei gelten Ausnahmen und Differenzierungen, die zum Teil nur historisch, zum Teil durch gezielte gesundheitsökonomische oder sozialpolitische Überlegungen zu erklären sind. So stellt es eine deutliche sozialpolitische Grundentscheidung dar, die Hochkostenregelungen durchgängig nicht mit den jeweiligen Einkommen (und damit der Bedürftigkeit) der Patienten zu koppeln, sondern davon unabhängig auszugestalten. Hintergrund ist die Überzeugung, dass die Betroffenen, für die die Selbstzahlungen der Höhe nach eine untragbare Belastung darstellt, von dieser Belastung nicht im Gesundheitssystem befreit werden sollen, sondern sie die Möglichkeit haben, im Sozialsystem entsprechende Ausgleichsmaßnahmen zu erhalten. Damit bleibt jedoch die grundsätzliche Steuerungswirkung der Selbstbeteiligung erhalten. Ebenso ist es eine grundlegende Entscheidung, in Dänemark keine Selbstbeteiligung bei der ambulanten und stationären Behandlung zu erheben und in Norwegen keine Selbstbeteiligung im stationären Bereich zu erheben. Die Befreiung von Kindern und Jugendlichen von Zuzahlungen in Schweden dagegen ist eine erst später eingeführte Regelung, die vor allem auf zusätzliche Belastungen von Familien mit Kindern in anderen Bereichen zurückzuführen ist.

5.2 Steuerungsfunktion

Die Einforderung von Selbstbeteiligungen bereits beim Eintritt ins Gesundheitssystem weist nachdrücklich darauf hin, dass damit in erheblichem Umfang Steuerungswirkungen verbunden sind. Das schwedische Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen) geht nach einer Reihe von Untersuchungen zu geänderten, neu eingeführten oder abgeschafften Selbstbeteiligungen in seiner Ver-

öffentlichung *Sjukvården i Sverige 1998* (Stockholm 1998, S. 35) ebenfalls davon aus, dass „Patientenabgaben einen bedeutenden Steuerungseffekt haben“ können. Weiter heißt es dort: „Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die kräftig gestiegene Inanspruchnahme als Folge der entfallenden Patientenabgaben für die Altersgruppe 0–20 Jahre.“ Diese Entwicklung hatte Socialstyrelsen in einer eigenen Untersuchung anhand von drei ausgesuchten Kommunen erforscht.

5.3 Finanzierungsfunktion

In den meisten nordeuropäischen Veröffentlichungen werden die Selbstbeteiligungen eher nicht als eigenständige Finanzierungsquelle des Gesundheitssystems beurteilt. Der tatsächliche Anteil an der gesamten Gesundheitsfinanzierung zeigt andererseits eindeutig die hohe Bedeutung der privaten Finanzierung von Gesundheitsleistungen auch in den nordeuropäischen Ländern. Auch die starke Steigerung des Selbstzahlungsanteils, wie er vor allem in Schweden, aber ähnlich ebenfalls in Dänemark und Finnland nachvollziehbar ist, macht deutlich, dass zunehmend die Leistungs-Mitfinanzierung oder sogar – über Leistungsausschlüsse – die völlige Eigenfinanzierung durch den Patienten ein gezielt eingesetztes Mittel zur Entlastung öffentlicher Haushalte ist.

Für Finnland kann dies anhand der Entwicklung der Anteile des Zentralstaates und der privaten Finanzierung für die Jahre seit 1990, in denen in Finnland eine tiefe Wirtschaftskrise herrschte, sehr gut nachvollzogen werden: Betrag der Staatsanteil an der gesamten Finanzierung des Gesundheitswesens 1990 noch 35,6 %, fiel er bis 2003 auf 17,2 %. Dagegen stieg der Anteil der Selbstzahlungen von 15,6 (1990) auf 23,5 % im Jahr 2003 an.

5.4 Ist der nordische Wohlfahrtsstaat mit Selbstbeteiligungen vereinbar?

Selbstbeteiligungen und private Finanzierung sind in Nordeuropa Tradition – sie widersprechen im Verständnis von Bevölkerung und Politik dem Gedanken des nordischen Wohlfahrtsstaates nicht. Dabei stehen die Steuerungsfunktion und soziale Komponenten (Kinder/Hochkostenschutz) im Mittelpunkt. Deutlich wird bei der Analyse der Entwicklung von Selbstbeteiligungs-Regelungen und der relativen Höhe der Selbstzahlungen in den nordeuropäischen Ländern, dass eine weitere Steigerung des Anteils für Gesundheitsdienstleistungen nach Auffassung des überwiegenden Teils der Gesundheitsökonomien und Gesundheitspolitiker in diesen Ländern nur noch über einen weiter steigenden Anteil des privaten Konsums erfolgen kann. So führt Socialstyrelsen etwa aus, dass in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Entwicklung weitere Steigerungen im Konsum von Gesundheitsleistungen nur noch durch eine Umverteilung von privatem Konsum

Tabelle: Hoher Anteil privater Finanzierung – ein Überblick

	<i>Gesundheitsausgaben insgesamt</i>	<i>Davon: Selbstzahlung bzw. privat finanziert</i>	<i>Selbstzahlungen / private Finanzierung in %</i>
Schweden (2002)	216.778 Mio. SEK	31.779 Mio. SEK	14,7 %
Finnland (2003)	10.671 Mio. Euro	2.503 Mio. Euro	23,5 %
Norwegen (2003)	160.820 Mio. NOK	26.156 Mio. NOK	16,3 %
Dänemark (2003)	125.538 Mio. DKK	21.395 Mio. DKK	17,0 %

Umrechnungskurse September 2006: 1 Euro = 9,258 SEK; 1 Euro = 8,3455 NOK; 1 € = 7,4602 DKK

Quellen: Nordic Medico Statistical Committee (NOMESCO): Health Statistics in the Nordic Countries 2003 (998:4)

*Tabelle: Übersicht: Selbstzahlungsregelungen in Nordeuropa
(Stand 2005)*

<i>Selbstbeteiligung</i>	<i>Schweden</i>	<i>Finnland</i>	<i>Norwegen</i>	<i>Dänemark</i>
Ambulante primärärztliche Versorgung	100–150 SEK/ Besuch (regional unterschiedlich)	11 €/Besuch am Tag; 15 € abends/WE für maximal 3 Besuche/Jahr (auch für Labor- und Röntgenuntersuchungen)	125 NOK/ Besuch am Tag 210 NOK abends/WE	–
Ambulante fachärztliche Versorgung	200–300 SEK/ Besuch (regional unterschiedlich)	22 €/Besuch	245 NOK/ Besuch	–
Stationäre Versorgung	0–80 SEK pro Krankenhaus-tag	26 € pro Krankenhaus-tag /Pat. unter 18. J. für max. 7 Tage	–	–
Arzneimittel	< 900 SKR 100 % 901–1300 SEK 50 % 1301–3300 SEK 25 % 3301–4300 SEK 10 %	10 €/Rezept sowie 50 % der darüber hinausgehenden Summe	36 % der Rezeptkosten pro Rezept Höchstgrenze pro Rezept: 450 NOK	< 500 DKK 100 % 501–1200 DKK 50 % 1201–2800 DKK 25 % > 2800 DKK 15 %

Zahnärztliche Versorgung	ca. 60 % / bis 19 Jahre frei	7 €/Besuch 11 €/Besuch beim spezialisierten Zahnarzt Zahnärztliche Behandlung von 5 bis 130 €/Maßnahme bis zum 18. Lebensjahr frei	100 % / bis 18 Jahre frei 19–20 Jahre 25 %	30–65 % / bis 18 Jahre frei
Jährliches Kostendach für Selbstzahlungen	Arzneimittel: 1800 SEK; ambul. Beh. 900 SEK; zahnärztl. Beh. 5833 SEK (Prothetik)	Arzneimittel: 606,95 € Reisekosten: 157,26 € alle anderen Eigenbeteiligungen: max. 590 € Krankenhaus: kein Kostendach; allerdings kann bei Langzeitbehandlung der Eigenanteil max. 80 % des Einkommens betragen	für ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Transportkosten: 1585 NOK für nicht generell ausgeschlossene zahnmedizinische Leistungen, Physiotherapie, Rehabilitation und Auslandsbehandlung 3500 NOK	3.600 DKK im Arzneimittelbereich für chronisch Kranke
Generelle Befreiungen	Überwiegend Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre, z. T. bis 18 Jahre		Kinder unter 7 Jahren sind generell von allen Zuzahlungen befreit	

Umrechnungskurse September 2006: 1 € = 9,258 SEK; 1 € = 8,3455 NOK; 1 € = 7,4602 DKK

Quelle: Nordic Medico Statistical Committee (NOMESCO): Health Statistics in the Nordic Countries 2003 (4, 998)

aus anderen Bereichen hin zum Gesundheits-Konsum vor allem durch den Abschluss zusätzlicher freiwilliger Krankenversicherungen möglich sei³⁴. Dies gelte auch für sogenannte luxusbetonte Leistungen innerhalb des Gesundheitswesens. Der öffentliche Mitteleinsatz dagegen sollte sich vor allem auf hoch priorisierte Gesundheitsleistungen konzentrieren.

6. Ventil-Funktion des Betriebsgesundheitswesens – Beispiel Finnland

Die nordeuropäischen Gesundheitssysteme und ihre Funktionsweise sind nicht wirklich zu verstehen, wenn man nicht die Sonderrolle des Betriebsgesundheitswesens als Ventil für den sonst in den Systemen durch Wartezeiten und Wartelisten entstehenden Druck mit in Betracht zieht. Im Unterschied zu Deutschland darf das Betriebsgesundheitswesen hier auch kurativ aktiv werden. Da die Erwerbsquote in den nordeuropäischen Staaten außerordentlich hoch ist und auch die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen den Service des Betriebsgesundheitswesens zumindest teilweise in Anspruch nehmen können, existiert praktisch für einen großen Teil der Bevölkerung bis auf Rentner und Sozialhilfeempfänger eine zweite Versorgungsebene. Diese Sonderrolle soll anschließend kurz anhand des finnischen Beispiels verdeutlicht werden.

Das finnische Gesetz zur betrieblichen Gesundheitsfürsorge garantiert allen Arbeitnehmern ein angemessenes Angebot an betrieblichen Gesundheitsdiensten. Es liegt in der Verantwortung des Unternehmers, für eine angemessene Gesundheitsfürsorge innerhalb seines Betriebes zu sorgen. Dies kann durch eine eigene betriebsmedizinische Abteilung, private Einrichtungen und Ärzte (meist durch entsprechende Verträge mit Ärztehäusern oder -zentren)

oder kommunale Gesundheitszentren geschehen. Die Kosten werden den Arbeitgebern teilweise von der staatlichen Sozialversicherungsanstalt KELA zurückerstattet.

Zunehmend wird das Betriebsgesundheitsystem für Behandlungen und Diagnosen aller Art, ungeachtet der tatsächlichen Ursachen, genutzt und stellt so ein wichtiges Ventil für das chronisch überlastete finnische öffentliche Gesundheitssystem dar. Die Beschäftigten umgehen so mäßigen Service und lange Warteschlangen sowie die Eigenbeteiligungen in den Gesundheitszentren. Nur wer den Betriebsarzt im Einzelfall nicht nutzen kann oder keinen Zugang hat und keinen privaten Arzt in Anspruch nehmen will oder kann, geht noch in die Gesundheitszentren. Überwiegend sind dies Sozialhilfeempfänger und vor allem Rentner. Die Arbeitgeber tolerieren diesen Zustand, weil sie die Kosten zum Teil erstattet bekommen und das Gesundheitsangebot wesentlicher Bestandteil der Attraktivität einer Firma ist.

7. Qualitätsmanagement und Health Technology Assessment in den nordeuropäischen Gesundheitssystemen

In allen Ländern Nordeuropas gehört die Einschaltung von Health Technology Assessments vor der Einführung neuer medizintechnischer Geräte oder medizinischer bzw. medizintechnischer Behandlungsmethoden ebenso wie zur Überprüfung von traditionellen Behandlungspfaden zum Standard. Dazu wurden in allen Ländern spezielle Institute eingerichtet, die alle medizinisch-technischen Innovationen vor ihrer Zulassung auf ihre Wirksamkeit und ihre Kosteneffektivität hin untersuchen. Eine Zulassung gibt es in der Regel erst, wenn die Überlegenheit gegenüber älteren Geräten nachgewiesen ist und der Kosteneffekt abschätzbar ist. Dabei gehört es auch zu den Aufgaben der je-

weiligen staatlichen Einrichtungen wie etwa des „Swedish Council on Technology Assessment“ (SBU; <http://www.sbu.se>) oder des dänischen „Evaluerings Center for Sygehuse“ (<http://www.ecs.dk>), die Effektivität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Standardmethoden zu untersuchen und zu überprüfen. In den Bestimmungen zur Gründung der schwedischen Einrichtung SBU etwa heißt es: Die Aufgabe des SBU ist es, die medizinischen Methoden, die im Gesundheitswesen angewandt werden, kritisch zu bewerten. Ziel ist es, für alle, die darüber zu entscheiden haben, welche Art von gesundheitlicher Versorgung den Versicherten angeboten wird, bessere Informationen und Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung zu stellen.

In Dänemark gehört zu den Aufgaben der entsprechenden Einrichtung neben der allgemeinen Qualitätssicherung und der effektiveren Ressourcenverwendung im Gesundheitswesen auch die Akkreditierung von Krankenhäusern nach einem bestimmten Qualitätssicherungsmodell. Beispiele für aktuelle Projekte des dänischen Instituts sind zum Beispiel:

- Akkreditierung von Krankenhäusern,
- Benchmarking von orthopädiechirurgischen Abteilungen,
- Brustkrebsbehandlung in dänischen Krankenhäusern,
- Tageschirurgie in Dänemark – Status und Entwicklungsmöglichkeiten,
- Evaluierung von zehn dänischen Augenabteilungen,
- Evaluierung der Qualitätssteuerung von Hochvolt-Strahlenbehandlung,
- Inkontinenzbehandlung in Dänemark.

(Weitere Details und Zugang zu den genannten Studien unter <http://www.ecs.dk/projekter.asp>)

Die Institute werden alle vom jeweiligen Staat finanziert, sind jedoch weisungsunabhängig. Ihre Richtlinien und Empfehlungen haben besonderen Wert dadurch, dass sie nach der Veröffentlichung als gültige Leitlinien für die Behandlung aufgefasst werden, was etwa im Falle von

eventuellen Kunstfehlern auch sehr konkrete Auswirkungen auf die Beurteilung der Verantwortlichkeit hat.

Alle nordeuropäischen Institute arbeiten eng mit dem europäischen HTA-Institut (The European Collaboration for Health Technology Assessment – Assessment of Health Interventions/ <http://www.echi.org>) zusammen.

8. Zusammenfassung

Die nordeuropäischen Gesundheitssysteme sind in den vergangenen zehn Jahren zu einem Experimentierfeld neuer gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Lösungen geworden. Durch die starke Regionalisierung findet man dabei im gleichen Land häufig grundlegend unterschiedliche Lösungen. Besonders trifft dies für Schweden zu, wo vor allem bürgerlich regierte Regionen und Provinziallandtage mit landesweiten oder gar grenzüberschreitenden Ausschreibungen von Leistungen und Leistungspaketen arbeiten, die in der Vergangenheit meist in öffentlicher Hand befindlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend in private Trägerschaft überführen und dabei zu Lösungen neigen, bei denen das in den Einrichtungen arbeitende Personal gemeinschaftlich neuer Träger des privatisierten Gesundheitszentrums oder Krankenhauses wird. Bei der Privatisierung von Akutkliniken hat der schwedische Staat jedoch durch eine zeitlich begrenzte gesetzliche Sperre zunächst einmal verhindert, dass es zu weiteren Privatisierungen kommt.

Eine völlig andere Sichtweise als Deutschland haben die nordeuropäischen Gesundheitssysteme bei der Priorisierung von Gesundheitsleistungen sowie bei der Nutzung von Selbstzahlungen der Patienten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Priorisierung findet sich – auf der Basis eines breiten gesellschaftlichen Diskurses und

von einschlägigen Parlamentsbeschlüssen – in allen nord-europäischen Ländern. Und überall bis auf Dänemark ist es üblich, auf allen Stufen des Systems Selbstzahlungen zu fordern, auch und gerade bei der Inanspruchnahme von Primärärzten. Dabei existieren heute überall Höchstgrenzen für die jährliche Zuzahlung im System.

Aktuelle Probleme der nordeuropäischen Gesundheitssysteme sind vor allem Wartezeiten und -listen für bestimmte – auch akute – Behandlungen. Mittlerweile arbeiten alle Systeme hier mit Behandlungsgarantien, die eine Behandlung innerhalb einer bestimmten Zeit garantieren und für den Fall der Nichteinhaltung die Behandlung in einer anderen öffentlichen Klinik, einer Privatklinik oder im Ausland auf Kosten der zuständigen Gebietskörperschaft garantieren – nicht zuletzt eine Folge der neuesten Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes.

Grundsätzlich werden jedoch Priorisierung und Wartelisten, wie bereits ausgeführt, als unabwendbar akzeptiert. Fragen der Priorisierung in den Gesundheitssystemen sind offen diskutiert worden, und die Grundzüge des Umgangs damit sind in Grundsatzbeschlüssen der nationalen Parlamente festgelegt. Das Bestreben der Regierungen ist es jedoch, Wartelisten so weit wie möglich zu verkürzen und für die als unabwendbar oder auch als medizinisch akzeptabel erachteten Wartezeiten auf der Grundlage medizinischer Kriterien einen Zugang zur Versorgung nach dem jeweiligen tatsächlichen individuellen Versorgungsbedarf zu garantieren.

Anmerkungen

¹ Vergleiche zu den folgenden Abschnitten auch: *Preusker, Uwe K.: Gesundheitssysteme international: Die Gesundheitssysteme Nord-europas.* In: ders., *Lexikon Gesundheitsmarkt.* Heidelberg 2006.

² *Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozial-Kompass Europa.* Berlin 2007, 60.

³ Eigenbetrieb: Besondere öffentlich-rechtliche Rechtsform für kommunale Betriebe. Der Eigenbetrieb hat keine eigene Rechtspersönlichkeit, es handelt sich vielmehr um ein ausgegliedertes Sondervermögen des eigentlichen Rechtsträgers mit eigenem Wirtschaftsplan. Allerdings ist der Eigenbetrieb damit – anders als der Regiebetrieb – organisatorisch aus der Gemeindeverwaltung im eigentlichen Sinne ausgegliedert bzw. davon abgegrenzt. Die rechtlichen Rahmenregelungen für den Eigenbetrieb finden sich in den Kommunal- bzw. Gemeindeordnungen.

Die Leitung eines Eigenbetriebes obliegt einer Betriebsleitung, die Aufsicht führt ein Betriebsausschuss, der vom Gemeinderat eingesetzt wird. Beschlüsse grundsätzlicher Art verbleiben jedoch beim Gemeinderat. Die rechtliche Vertretung des Eigenbetriebs obliegt dem rechtlichen Vertreter der Gemeinde. (Aus: *Preusker, Uwe K.: Lexikon Gesundheitsmarkt. Heidelberg 2006*).

⁴ Vgl. Schweden / Neue gesundheitspolitische Ausrichtung: Privatisierungs-Einschränkungen für Krankenhäuser werden aufgehoben. In: *Klinik Markt inside 1/2007*, 15.

⁵ Zur ausführlichen Darstellung der nordeuropäischen Gesundheitssysteme vgl. auch *Preusker, Uwe K.: Gesundheitssysteme in Skandinavien. Bergisch Gladbach 1996*.

⁶ Vgl. zu den folgenden Abschnitten *Preusker, Uwe K.: Offene Priorisierung in Nordeuropa – der Weg zu gerechter Rationierung?* In: *G+G Wissenschaft 2/2004*, 16ff.

⁷ *Garphenby, Peter: Prioriteringsprocessen Del I: övergripande strategier. Linköping 2003*.

⁸ Ebd., 4f.

⁹ Ausführlich in *Preusker, Uwe K.: Rationierung im internationalen Vergleich – Skandinavien*. In: *Arbeit und Sozialpolitik 55 (2001)*, 45ff, sowie *Preusker 2004 (Anm. 6)*, 16ff.

¹⁰ Norges offentlige utredninger NOU 1997:18: *Prioritering på ny*, Oslo 1997; http://www.odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020011/dok-bn.html.

¹¹ Vgl. zum historischen Überblick zur Priorisierung in Nordeuropa *Prioriteringer på ny, 1997*, Kap. 6, sowie *Preusker 2001 (Anm. 9)*, 46.

¹² <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>.

¹³ *Hälso- och sjukvårdslag HSL (1982, 763)*. Stockholm 1982.

- ¹⁴ *Waldau, S.*: Så arbetar vi med prioriteringar. Riktlinjer för hälso- och sjukvården. o. O. 2002.
- ¹⁵ Ebd.
- ¹⁶ Ebd.
- ¹⁷ Förtroendenämnden Landstinget Blekinge, o. J.
- ¹⁸ Landstinget i Östergötland, Presseerklärning vom 29.10.2003.
- ¹⁹ Vgl. z. B. Landstingsvärlden 36/2003, 7.
- ²⁰ Vgl. hierzu Landstingsvärlden 37/2003, 5.
- ²¹ Svenska Dagbladet, 3.11.2003.
- ²² Landstingsvärlden 3/2003, 20f.
- ²³ Landstingsvärlden 36/2003, 20.
- ²⁴ Vgl. hierzu auch Preusker 2001 (Anm. 9), 47f.
- ²⁵ www.vantetider.se
- ²⁶ *Preusker, Uwe K.*: Wartezeiten teurer als Behandlung selbst. In: Fokus Nordeuropa 6/2002, 21–22.
- ²⁷ Sosiaali- ja Terveysministeriö: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Helsinki 2005, 5; auch in schwedischer Sprache veröffentlicht unter dem Titel „Enhetliga grunder för icke-brådskande vård“. Helsingfors 2005.
- ²⁸ Sosiaali- ja Terveysministeriö: Erikoissairaanhoidon jonot lyhentyneet entisestään. Helsinki, 19.1.2007.
- ²⁹ Samnorsk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor: Den framtida Läkararbetsmarknaden i Norden. Stockholm 2000, sowie *Preusker, Uwe K.*: Dr. Gastarbeiter – Mit dem Äskulapstab nach Skandinavien. In: Nordis, 7 (2000) (Juli/August), 46ff.
- ³⁰ *Saltman, Richard B.*: Patient Choice and Patient Empowerment: A Conceptual Analysis. Stockholm 1992, 1.
- ³¹ Ebd., 33.
- ³² Siehe auch *Preusker, Uwe K.*: Ist der Wohlfahrtsstaat mit Selbstbeteiligungen vereinbar? Situation und aktuelle Entwicklung der Selbstbeteiligung in Schweden, Finnland und Norwegen. In: Vogel, Hans Rüdiger / Häßner, Konrad (Hrsg.): Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen. Sachstand, Ausblick und internationaler Vergleich. Stuttgart/New York 1999.
- ³³ Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsstatistik årsbok 2001. Stockholm 2001, 155 sowie eigene Berechnungen.
- ³⁴ Socialstyrelsen: „Sjukvården i Sverige 1998“. Stockholm 1999.