



Gleichbehandlung vs.
Priorisierung im
Behandlungskontext

Gleichbehandlung vs. Priorisierung im Behandlungskontext

Angesichts der Bedeutung für Leben und Wohlbefinden steht der Umgang mit knappen Ressourcen und die Sicherstellung eines gerechten und effizienten Behandlungsangebotes im Mittelpunkt der Bemühungen des Gesundheitswesens (1). Dennoch übersteigt die Nachfrage nach Behandlungen oft die vorhandenen Ressourcen. Dies führt zu Wartelisten und die Behandlung von Patient*innen verzögert sich.

Eine ineffiziente und ungerechte Ressourcenallokation verschärft unnötige Ungleichheiten in der Behandlung von Patient*innen mit unterschiedlichen Behandlungsbedarfen (2). Daher gehören die gerechte Priorisierung von Bedürfnissen, die Verwaltung von Wartelisten und die Allokation knapper Ressourcen zu den Kernstrategien des Wartelistenmanagements im Behandlungskontext (3–5).

Wartelistenstrategien zielen darauf ab, Wartezeiten zu minimieren, die Ressourcen-nutzung zu maximieren und Kosten zu reduzieren (15,23).

Die Herausforderung für die Behandelnden ist es daher, den richtigen Patient*innen zur richtigen Zeit, die richtige Behandlung zukommen zu lassen. Die Nutzung von effektiven Wartelistenstrategien ist dabei ein Schlüsselfaktor für das faire und effiziente Management von Behandlungskapazitäten und Patient*innenströmen.

Gleichbehandlung ist oft weder fair noch klinisch indiziert

Das „First In – First Out“ (FIFO) Prinzip ist eine der gängigsten Wartelistenstrategien (6). FIFO bedeutet, dass Patient*innen in der Reihenfolge ihrer Registrierung auf eine Warteliste gesetzt werden. Einmal auf der Liste, werden alle Wartenden gleich behandelt. Sie rücken linear vor, bis sie eine Position erreichen, an der ihnen die nächste verfügbare Leistung angeboten wird (7).

Die Anwendung des FIFO-Prinzips in der gesundheitlichen Behandlung wirft jedoch eine Reihe von Bedenken auf. Beispielsweise unterscheiden sich die wartenden Patient*innen oft beträchtlich in Bezug auf ihren Behandlungsbedarf, wie z. B. Schweregrad, Dringlichkeit und Auswirkungen der Schwierigkeiten auf das Leben der Patient*innen sowie ihr soziales Umfeld (8).

Gleichbehandlung kann unfair sein

Ein striktes Festhalten am „First In – First Out“-Prinzip würde bedeuten, dass Patient*innen mit zeitkritischen und folgenschweren Problemen, die sich später registriert haben, nach jenen mit geringen und wenig dringenden Problemen behandelt werden (9). Die Gleichbehandlung von Menschen unabhängig von ihrer Situation ist daher oft nicht angemessen und sogar unfair, ineffektiv und ineffizient (6).



FIFO hat auch weitere, weniger offensichtliche, aber ebenso gravierende Nachteile. Das FIFO-Prinzip benachteiligt etwa Patient*innen aus niedrigeren sozioökonomischen Verhältnissen (7). Diese warten nachweislich länger, obwohl sie tendenziell komplexere Probleme haben, mit nachteiligen Auswirkungen für sich selbst und andere Menschen in ihrem Umfeld (10). Dies sind genau jene Patient*innen, die leistbare Unterstützung am meisten benötigen und für die die negativen Folgen langer Wartezeiten am größten sind. Auf der anderen Seite ist das FIFO-Verfahren vorteilhaft für diejenigen, die besser in der Lage sind, sich in Behandlungssystemen zurechtzufinden, die mobiler sind und ihre Bedürfnisse besser kommunizieren können (11).

Faire Ressourcenallokation im Behandlungskontext

Für Anbieter von Behandlungsleistungen wirft dies die Frage auf, wie ein faires und gerechtes Wartelistenmanagement aussehen kann (12,13). Angesichts der unterschiedlichen Behandlungsbedarfe verschiedener Patient*innen erfordert ein effektives, faires und gerechtes Wartelistenmanagement Strategien, die eine Priorisierung von Patient*innen mit höherem Behandlungsbedarf ermöglichen (14–17).

Doch auch wenn die Priorisierung einiger Patienten gegenüber anderen fair und gerecht ist, so verstößt sie doch gegen das von westlichen Gesellschaften so geschätzte Gleichheitsprinzip. Die Entscheidung für eine Priorisierungsstrategie muss daher systematisch und transparent argumentiert werden. Ein Teil dieser Argumentation ist die evidenzbasierte und transparente Einschätzung und Kategorisierung des Behandlungsbedarfs.

Priorisierung als faire, effektive und effiziente Ressourcenallokation

Das Ziel der Priorisierung ist es, sicherzustellen, dass einerseits Patient*innen mit größerem Bedarf schneller behandelt werden und andererseits ein effizienter Behandlungsprozess über alle Patient*innen hinweg möglich ist (7). **Angemessene Priorisierung kann buchstäblich Existenzen retten und Leiden reduzieren (18).** Im Rahmen der Wartelistentheorie wurden verschiedene Priorisierungsmodelle entwickelt (19). Entscheidungen darüber, wer in welchem Ausmaß priorisiert werden soll, sind für diese Modelle grundlegend (20).

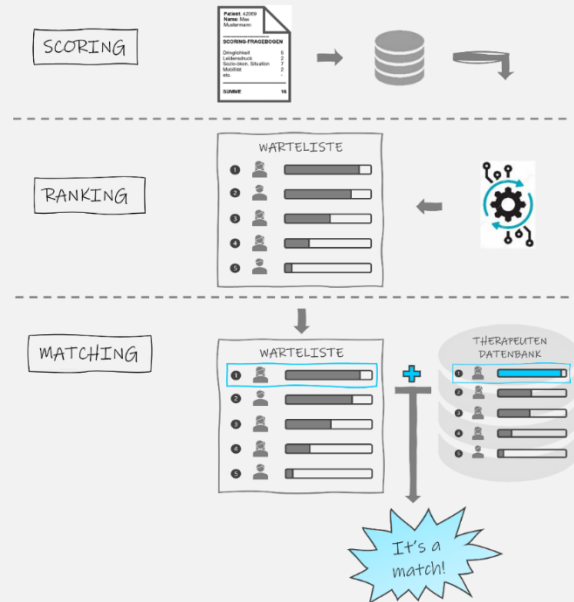
Die Gestaltung eines gerechten Wartelistenmanagements mit Hilfe eines Priorisierungstools ist an sich schon herausfordernd (14). Eine weitere, wesentliche Voraussetzung einer gerechten Priorisierungsstrategie ist allerdings auch die faire und effiziente Implementierung dieser Systeme (21). Die Umsetzung eines gerechten Wartelistenmanagements erfordert die Berücksichtigung komplexer verhaltensbezogener, sozialer, wirtschaftlicher, ökologischer und politischer Umstände (22). Es reicht nicht aus, ein gerechtes Design für strategisches Wartelistenmanagement zu haben. Das Design muss auch in einer Weise umgesetzt werden, welche die Nachhaltigkeit und Inklusivität eines gewählten Ansatzes gewährleistet. Schließlich muss der gewählte Ansatz tatsächlich gerecht und fachlich effektiv sein.



Die Eckpunkte für eine gerechte Warteliste sind also: Die transparente, evidenz-basierte und bedarfsorientierte Kategorisierung von Patient*innen und die signifikante Verkürzung der Wartezeit für Patient*innen mit hohem Behandlungsbedarf.

Die Lösung

Der PriorizR ist eine Software-Anwendung, die sicherstellt, dass Patient*innen mit höherem Behandlungsbedarf auch eine kürzere Wartezeit haben – je dringender der Bedarf, desto schneller das Vorrücken in der Warteliste. Die preisgekrönte Software ist eine flexible Patient*innen-Priorisierungs-Komplettlösung, die es Gesundheitseinrichtungen ermöglicht, ein faires und effizientes Wartelistenmanagement umzusetzen.





Revolution des Wartelisten- managements



office@priorizr.com



www.priorizr.com



[LinkedIn](#)

Literaturangaben

1. Essien UR, Eneanya ND, Crews DC. Prioritizing Equity in a Time of Scarcity: The COVID-19 Pandemic. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020;35(9):2760–2. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05976-y>
2. Alcaraz KI, Sly J, Ashing K, Fleisher L, Gil-Rivas V, Ford S, et al. The ConNECT Framework: a model for advancing behavioral medicine science and practice to foster health equity. *J Behav Med* [Internet]. 2017;40(1):23–38. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9780-4>
3. Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: an update. *BMJ*. 2008 Oct;337:a1850.
4. Lungu DA, Ruggieri TG, Nuti S. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. *BMC Heal Serv Res* 2019 191 [Internet]. 2019;19(1):1–9. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4199-6>
5. Martin D, Singer P. A strategy to improve priority setting in health care institutions. *Health Care Anal*. 2003 Mar;11(1):59–68.
6. An L, Machra M, Moser AM, Simonovikj S, Larson RC. Queues in Service Systems: Some Unusual Applications. In: Maglio PP, Kieliszewski CA, Spohrer JC, Lyons K, Patrício L, Sawatani Y, editors. *Handbook of Service Science, Volume II* [Internet]. Cham, Switzerland: Springer; 2019 [cited 2020 Nov 2]. p. 327–48. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-98512-1_15
7. Cildoiz M, Ibarra A, Mallor F. Accumulating priority queues versus pure priority queues for managing patients in emergency departments. *Oper Res Heal Care* [Internet]. 2019;23:100224. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211692318301309>
8. Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic Status and Waiting Times for Health Services: Current Evidences and Next Area of Research. *Heal Serv Insights* [Internet]. 2019 Jan 1;12:1178632919871295. Available from: <https://doi.org/10.1177/1178632919871295>
9. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2003 Apr 1 [cited 2020 Nov 2];57(4):254–8. Available from: <http://jech.bmj.com/>
10. McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inq J Heal Care Organ Provision, Financ*. 2020;57:1–15.
11. Passalent LA, Landry MD, Cott CA. Exploring wait list prioritization and management strategies for publicly funded ambulatory rehabilitation services in ontario, Canada: further evidence of barriers to access for people with chronic disease. *Healthc policy*. 2010 May;5(4):e139-56.
12. Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2020 Nov 2];129(SUPPL. 2):5–8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00333549141291S203>
13. Lai TYY, Leung GM. Equity and efficiency in healthcare: are they mutually exclusive? [Internet]. Vol. 16, *Hong Kong Journal of Ophthalmology*. 2012. Available from: <https://www.hkjo.hk/index.php/hkjo/article/view/7>
14. Johannessen KA, Alexandersen N. Improving accessibility for outpatients in specialist



- clinics: Reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC Health Serv Res*. 2018 Nov 1;18(1).
15. Lakshmi C, Sivakumar AI. Application of queueing theory in health care: A literature review. *Oper Res Heal Care* [Internet]. 2013;2(1):25–39. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211692313000039>
 16. Lv H, Gu J, Yuan X, Miao Y. Prioritizing the perceived equity of the residents to construct an equitable health care system: evidence from a national cross-sectional study in China. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020;20(1):167. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5026-9>
 17. Stainkey LA, Seidl IA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *BMC Health Serv Res*. 2010 Nov;10:303.
 18. Lin C-C, Wu C-C, Chen C-D, Chen K-F. Could we employ the queueing theory to improve efficiency during future mass causality incidents? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2019;27(1):41. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0620-8>
 19. Sharif A Bin, Stanford DA, Taylor P, Ziedins I. A multi-class multi-server accumulating priority queue with application to health care. *Oper Res Heal Care* [Internet]. 2014;3(2):73–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211692314000034>
 20. Zayas-Caban G, Xie J, Green L V, Lewis ME. Policies for physician allocation to triage and treatment in emergency departments. *IIESE Trans Healthc Syst Eng* [Internet]. 2019 Oct 2;9(4):342–56. Available from: <https://doi.org/10.1080/24725579.2019.1620384>
 21. Plamondon KM, Caxaj CS, Graham ID, Bottorff JL. Connecting knowledge with action for health equity: a critical interpretive synthesis of promising practices. *Int J Equity Health* [Internet]. 2019;18(1):202. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1108-x>
 22. Baylis F, Kenny NP, Sherwin S. A Relational Account of Public Health Ethics. *Public Health Ethics* [Internet]. 2008 Nov 1;1(3):196–209. Available from: <https://doi.org/10.1093/phe/phn025>
 23. Peter PO, Sivasamy R. Queueing theory techniques and its real applications to health care systems – Outpatient visits. *Int J Healthc Manag* [Internet]. 2019 May 23;1–9. Available from: <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1616890>

