

Jacobs University Bremen

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Simone Heil, Margrit Schreier,
Jeannette Winkelhage, Adele Diederich

Priorisierung in der Medizin
FOR 655 Nr. 26 / 2010



Campus Ring 1
28759 Bremen
Germany
www.jacobs-university.de

FOR 655 Working Paper serves to disseminate the
research results of work in progress prior to
publication to encourage academic debate.
Copyright remains with the authors.

Die Reihe „Priorisierung in der Medizin“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte der DFG Forschergruppe FOR655 *„Priorisierung in der Medizin: eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“*.

Die Berichte und weitere Informationen zu der Forschergruppe können abgerufen werden unter:

<http://www.for655.de> oder <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>

The series „Priorisierung in der Medizin“ consists of working papers and research reports of the DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft, i.e., German Research Foundation) Research Group FOR655 *„Priorisierung in der Medizin: eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“*. (*Prioritizing in Medicine: A Theoretical and Empirical Analysis in Consideration of the Public Health Insurance System*)

Reports and further information can be found at

<http://www.for655.de> or <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>

Impressum:



Campus Ring 1
28759 Bremen
Germany
www.jacobs-university.de

ISSN 1866-0290

www.for655.de | www.priorisierung-in-der-medizin.de

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Simone Heil, Margrit Schreier, Jeannette Winkelhage, Adele Diederich

Jacobs University Bremen

Der wachsende Bedarf an Gesundheitsleistungen stellt das Gesundheitssystem vor erhebliche Finanzierungsprobleme. Eine explizite Priorisierung in der Medizin scheint vielfach unumgänglich. Die DFG-Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin“ (FOR655) hat sich zum Ziel gesetzt, Priorisierung von verschiedenen Blickwinkeln aus zu untersuchen. In diesem Rahmen wurden in dem Forschungsprojekt „Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Eine Empirische Untersuchung“ die Präferenzen unterschiedlicher Stakeholdergruppen hinsichtlich der Verteilung medizinischer Leistungen erhoben.

Die Datenerhebung erfolgte mittels teilstandardisierter Interviews. Diese wurden anschließend inhaltsanalytisch und frequenzanalytisch ausgewertet. An der Untersuchung nahmen 45 Personen teil (neun Gesunde, zwölf Erkrankte, sieben Ärzte/innen, sechs Pfleger/innen, fünf Politiker/innen, sechs Krankenkassenvertreter/innen).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten neben den medizinischen Kriterien *therapeutischer Nutzen*, *Schwere der Erkrankung* und *Behandlungsbedarf*, den soziodemographischen Kriterien wie *Länge der Berufstätigkeit*, *Alter* und *beruflicher Status*, auch die *Kosten* als Priorisierungs- bzw. Posteriorisierungskriterien geltend machen. Einige der Kriterien werden von den Befragten unterschiedlich bis kontrovers gesehen. Die Vielfalt der Priorisierungskriterien und die sich abzeichnenden Kontroversen unterstreichen die Notwendigkeit, Kriterien für eine Priorisierung im Gesundheitswesen explizit zu machen.

Stichworte: Priorisierungskriterien, qualitative Untersuchung, medizinische Versorgung

Simone Heil, M.A.
School of Humanities and Social Sciences
Jacobs University Bremen gGmbH
Campus Ring 1
D-28759 Bremen
phone: 0421/200 3351
e-mail: s.heil@jacobs-university.de

Exploratory studies about prioritizing in medicine: Criteria and preferences of different stakeholder groups

Due to limited resources in the health care system, explicit priority setting seems to be inevitable. The DFG research group FOR655 “Prioritizing in Medicine” aims at analyzing prioritization from different angles. Within the research project “Criteria and preferences in prioritizing of medical supply – An empirical investigation” the views regarding priority setting in health care of various stakeholder groups were examined in this context.

The semi-standardized interviews were subjected to content analysis and coding frequencies were determined. 45 persons participated in the study (nine healthy persons, twelve patients, seven physicians, six nursing personnel, five politicians, six health insurance representatives).

The results show that in addition to the medical criteria of therapeutic benefits, severity of illness and treatment needs, the interviewees also include treatment expenses as a criterion for prioritization or posteriorization as well as socio-demographic criteria such as length of employment, age and professional status. Moreover, the interviewees differ in their use of such criteria, pointing to potentially contentious areas between the different stakeholder groups. The range of priority setting criteria and emerging disputes underline the necessity of making criteria for priority setting in health care explicit.

Keywords: priority setting criteria, qualitative research, medical supply

1. Einleitung

Seit geraumer Zeit steht die Gesundheitspolitik im Fokus der Medien. Häufig drehen sich die Themen um Stabilität der Beiträge zu den Gesetzlichen Krankenkassen, Zusatzbeiträge, Gesundheitsprämie (Kopfpauschale), Forderungen von Interessensverbänden nach mehr finanziellen Ressourcen oder um Benachteiligungen von Patientengruppen (Zwei-Klassenmedizin). Im Vordergrund der Diskussion steht häufig nur die Einnahmeseite, wie z. B. die Erhöhung der Krankenkassenbeiträge oder die Erhebung von Zusatzbeiträgen, wie gerade von der christlich-liberalen Koalition beschlossen. Krankenkassenbeiträge von 20 Prozent des Bruttolohnes in nicht allzu weiter Zukunft werden nicht mehr als völlig unrealistisch abgetan. Auf der Ausgabenseite werden dagegen nur symbolische Kürzungen angekündigt, was bei einem zu erwartenden Defizit der gesetzlichen Krankenkassen von 11 Milliarden Euro im nächsten Jahr schwer nachvollziehbar ist. Zunehmend werden jedoch auch Stimmen laut, die fragen, was sich ein Gesundheitssystem, das auf dem Solidaritätsprinzip basiert, leisten kann, um allen gerecht zu werden. Begriffe wie Rationierung und Priorisierung stehen im Raum; Begriffe, die von der ehemaligen Regierung (CDU/SPD), aber auch von der jetzigen Regierung (CDU/FDP) (siehe Rösler, Deutsches Ärzteblatt, März 2010) nicht mal diskutiert werden wollen. Die Ärzteschaft ist geteilt. Während einige Mediziner seit Jahren eine Debatte über die Notwendigkeit der Priorisierung medizinischer Leistungen einfordern (ZEKO 2000, 2007), steht ein Großteil dem skeptisch und ablehnend gegenüber (siehe Reaktion auf die Äußerungen des Präsidenten Prof. Dr. Jörg-

Dietrich Hoppe auf dem 112ten Deutschen Ärztetag, 2009). Dort wurde die Frage thematisiert, hinsichtlich welcher Kriterien die Ressourcen im Gesundheitswesen zukünftig verteilt werden sollten. Bereits jetzt kann nicht mehr alles gezahlt werden, was medizinisch möglich ist, und es gibt zahlreiche Studien, die belegen, dass Rationierung in Deutschland längst zum medizinischen Alltag gehört (z. B. Kuhlmann, 1998; Brockmann, 2002; Strech et al., 2008). Aufgrund des demografischen und epidemiologischen Wandels der Bevölkerung sowie neuer kostspieliger Diagnose- und Therapieverfahren wird sich das Finanzierungsproblem des Gesundheitswesens in Zukunft vermutlich noch verschärfen, so dass zumindest eine Priorisierung medizinischer Leistungen in Zukunft kaum vermeidbar sein wird. Dennoch kommt in Deutschland die öffentliche Diskussion über eine explizite Priorisierung nur sehr schleppend zustande (ZEKO, 2007; Meyer, 2009). Dabei ist das Problem der explodierenden Gesundheitskosten kein deutsches Problem, sondern plagt viele westliche Industrieländer und in etlichen von ihnen werden seit den 1980er Jahren Priorisierungsdiskussionen geführt (z. B. Ham, 1997; Sabik & Lie, 2008 für einen Überblick).

Warum es in Deutschland so schwierig ist, eine öffentlich Debatten über eine Priorisierung in der Medizin zu führen, mag verschiedene Gründe haben, die hier nicht erörtert werden sollen. Interessant wäre jedoch zu wissen, wie die allgemeine Bevölkerung eine Priorisierung medizinischer Leistungen sieht mit dem möglichen Effekt, eine Diskussion von der Basis her zu initiieren. Schließlich finanzieren die Bürger die Gesundheitsversorgung und nehmen sie primär auch in Anspruch; an den Entscheidungsprozessen, was von der Solidargemeinschaft getragen werden soll und was nicht, partizipieren sie jedoch nicht.

Dabei hat eine erste lokale Untersuchung in Norddeutschland ergeben, dass die Allgemeinbevölkerung durchaus daran interessiert ist, bei Entscheidungen über Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen mit einbezogen zu werden (Westphal et al., 2001).

Das in die von der deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Forschergruppe FOR665 „Priorisierung in der Medizin“ eingebettete Projekt „Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Eine empirische Untersuchung“ verfolgt das Ziel, durch eine repräsentative Befragung die Präferenzen der allgemeinen Bevölkerung hinsichtlich verschiedener Priorisierungskriterien zu eruieren und sie öffentlich zu diskutieren. Priorisierung wird dabei in Übereinstimmung mit der ZEKO als Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Verfahren oder Patientengruppen vor anderen definiert (ZEKO, 2000; 2007), Posteriorisierung entsprechend als die Nachrangigkeit bestimmter medizinischer Leistungen. Sowohl Priorisierung als auch Posteriorisierung werden damit zugleich gegenüber einer Rationierung im Sinne einer Vorenthaltung medizinischer Leistungen abgegrenzt (ZEKO, 2000).

Um ein möglichst breites Spektrum an Kriterien zu erhalten, die bei der Verteilung medizinischer Leistungen eine Rolle spielen könnten, wurden zunächst verschiedene Stakeholdergruppen (gesunde Bürger/innen, Patienten/innen, Ärzte/innen, Pflegepersonal, Politiker/innen, Vertreter/innen der gesetzlichen Krankenversicherungen) zu ihren persönlichen Präferenzen dazu befragt. Die Ergebnisse dieser Interviews, die im Folgenden dargestellt werden, diente als eine Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens für die Bevölkerungsbefragung (siehe FOR655, Nr. 18 – 2009 (2), Diederich et al.; FOR655, Nr. 21–2009 (5), Diederich et al.).

In vorangegangenen Arbeits- und Forschungsberichten der DFG – Forschergruppe FOR 655 wurde über die Kriterien und Präferenzen von Ärzte/innen und Pflegepersonal (FOR655, Nr. 19 – 2009 (3) Winkelhage et al.), von gesunden und erkrankten Personen (FOR655, Nr. 20 – 2009 (4) Winkelhage et al.), von Vertretern/innen der Krankenkassen (FOR655, Nr. 23 – 2009 (7) Otten et al.) und von Politikern/innen (FOR655, Nr. 24 – 2010 (1) Schreier et al.) berichtet. In diesem Arbeitsbericht wird nun ein Überblick über die Kriterien und Präferenzen aller befragten Stakeholdergruppen gegeben. Die vorliegende Studie ist die erste, die in

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

kohärenter Weise Priorisierungspräferenzen zur medizinischer Versorgung mit verschiedenen Stakeholdergruppen erhebt und analysiert; insbesondere wurden GKV-Vertreter/innen und Politiker/innen, obwohl Hauptakteure im System der gesetzlichen Krankenkassen, u. W. bisher nicht durchgeführt.

Die Untersuchung erfolgte mittels qualitativer Verfahren; das methodische Vorgehen wird im Folgenden im Überblick beschrieben (vgl. ausführlich Winkelhage et al. 2009). Im Anschluss daran werden frequenzanalytische Ergebnisse genannter Priorisierungskriterien hinsichtlich a) des Status Quo der Gesundheitsversorgung b) der gewünschten Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen, c) Personengruppen, d) Therapien, e) Entscheidungsträgern und f) der Finanzierung dargestellt und diskutiert. Zur Verdeutlichung werden Zitate der Befragten hinzugefügt.

2. Methode

Zur Erfassung von Präferenzen und diesen zugrunde liegenden Kriterien hinsichtlich einer Priorisierung in der Medizin wurden 45 leitfadengestützte, teilstrukturierte Interviews mit Angehörigen unterschiedlicher Interessengruppen (neun Gesunde, zwölf Erkrankte, sieben Ärzte/innen, sechs Pfleger/innen, fünf Politiker/innen, sechs Vertreter/innen der Gesetzlichen Krankenkassen), im Folgenden Stakeholdergruppen genannt, durchgeführt. Die Teilnehmer/innen wurden anhand eines qualitativen, unvollständig gekreuzten Stichprobenplans und vor dem Hintergrund, die Vielfalt der Positionen und Kriterien bezüglich der Verteilung medizinischer Leistungen zu explorieren, ausgewählt (zur Erstellung des Stichprobenplans s. Schreier et al. 2008). Für jede der Stakeholdergruppen wurde ein eigener Stichprobenplan mit je eigenen Sampling-Kriterien erstellt. Gesunde und erkrankte Personen wurden nach den folgenden Kriterien ausgewählt: höchster erreichter Bildungsabschluss (ohne Berufsabschluss, mit Berufsausbildung, mit Hochschulausbildung), Alter (18 bis 30 Jahre, 31 bis 62 Jahre, 63 Jahre und älter) und Sozialisationskontext (alte und neue Bundesländer). Für die Auswahl erkrankter Personen war darüber hinaus die Schwere der Erkrankung maßgeblich (leicht und schwer; Klassifikation gemäß ärztlicher Beurteilung). In der Stichprobe waren zwölf Männer und neun Frauen vertreten. Sieben Personen hatten keinen Berufsabschluss, acht eine Berufsausbildung und sechs eine Hochschulausbildung. Sieben Untersuchungspersonen waren zwischen 18 und 30 Jahren alt, neun zwischen 31 und 62 und fünf Personen waren 63 Jahre und älter. Zehn Interviewte waren in der ehemaligen DDR aufgewachsen und elf Interviewte wurden aus den alten Bundesländern rekrutiert. In der Stakeholdergruppe der Erkrankten waren fünf leicht und sieben schwer Erkrankte.

Bei der Auswahl der Ärzte/innen war das Arbeitsumfeld (Krankenhaus, Privat-Schwerpunktpraxis), Berufsgruppe (Student/in im Praktischen Jahr, Assistenzarzt/ärztin, Oberarzt/ärztin, Spezialist/in der Allgemeinmedizin, Spezialist/in der Inneren Medizin, Spezialist/in der Frauenheilkunde, Spezialist/in der Psychiatrie) entscheidend.

Das Pflegepersonal wurde nach Arbeitsumfeld (Krankenhaus), Berufsgruppe (Pfleger/in, Pflegeleitung) und Pflegeerfahrung (weniger als 7 Jahre, mehr als 12 Jahre) ausgewählt.

Die Politiker/innen unterschieden sich nach Zugehörigkeit zu den im Bundestag vertretenen Parteien. Jeweils ein/e Vertreter/in der CDU/CSU, SPD, FDP, Bündnis90/ Die Grünen und Linkspartei/PDS konnte für ein Interview gewonnen werden. Hierbei ist festzuhalten, dass einige der interviewten Politiker/innen auch Ärzte/innen sind/waren. Sie wurden jedoch primär in ihrer Funktion als Politiker/innen befragt.

Für die Gesetzlichen Krankenkassen ist davon auszugehen, dass die Einstellung ihrer Vertreter/innen zu Fragen der Priorisierung wesentlich durch ihre Mitgliederstruktur und, damit einhergehend, ihre Kostenstruktur beeinflusst wird. Nach diesem Kriterium resultieren vier Gruppen von Kassen: Ortskrankenkassen (AOKs, mit 41% GKV-Versicherten), Ersatzkassen für Angestellte (mit 31% Anteil an GKV-Versicherten), Betriebskrankenkassen (mit 18% Anteil an GKV-Versicherten) sowie Innungskrankenkassen (mit 6.1% Anteil GKV-Versicherten) (Anteile gemäß BMG, 2005). Da der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung auf Fragen der Priorisierung im Rahmen der GKV liegt, wurden die Innungskrankenkassen angesichts des geringen Anteils Gesetzlich Versicherter nicht berücksichtigt. Je Bundesverband wurden Geschäftsführer bzw. Vorsitzende unterschiedlicher Gremien, Leitungsgruppen oder Geschäftsbereiche mit betriebswirtschaftlichem Bezug zum Gesundheitswesen ausgewählt. Jeweils zwei Interviewte stammen aus den Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkassen für Angestellte (VdAK) und Betriebskrankenkassen (BKK).

Der Interviewleitfaden beinhaltete die folgenden Untersuchungsdimensionen (Winkelhage et al. 2007): 1) Status Quo – Persönliche Erfahrungen mit Priorisierung jetzt verglichen mit der Vergangenheit, 2) Zukünftige Entwicklung – Allgemeine Fragen zu Wunschvorstellungen, 3) Zukünftige Entwicklung – Favorisierte Priorisierung von Patientengruppen, 4) Zukünftige Entwicklung – Favorisierte Priorisierung von Zielen der Medizin, Versorgungsformen und therapeutischen Verbesserungen, 5) Perspektive und Betrachtungsweise auf das Thema Priorisierung, 6) Abschlussfragen zu Wunschvorstellungen. Der Leitfaden kombinierte induktive und deduktive Anteile sowie allgemeine Fragen mit konkreten Fallbeispielen. In den Fallbeispielen (diese sind im Ergebnisteil näher beschrieben) wurden jeweils zwei Patienten(-gruppen) mit unterschiedlichen Eigenschaften (wie z. B. Alter, sozialer Status, Schwere der Erkrankung usw.) gegenübergestellt, von denen immer nur eine/r aufgrund knapper finanzieller Ressourcen behandelt werden konnte. Die befragten Stakeholder wurden bei jedem Fallbeispiel nach ihrer Meinung bzw. nach Gründen der Zustimmung bzw. Ablehnung der Entscheidung gefragt.

Die Interviews wurden von Januar bis Mai 2008 in verschiedenen Städten Deutschlands durchgeführt, digital aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 1:20 Stunden. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse auf der Basis eines induktiv-deduktiv erstellten Kategoriensystems (zur Entwicklung des Kategoriensystems s. Winkelhage et al. 2008). Außerdem wurden deskriptiv die Besetzungshäufigkeiten für die einzelnen Kategorien ermittelt.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden Kategorien des Kategoriensystems und die dazugehörigen Häufigkeiten für die Stakeholdergruppen dargestellt. Zu deren Verdeutlichung werden auch einzelne Fundstellen angeführt. Angesichts der kleinen Stichprobe und des explorativen Charakters der Untersuchung stehen bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse nicht die Nennungshäufigkeiten im Vordergrund, sondern welche Bereiche oder Kriterien überhaupt geltend gemacht werden. Daher werden im Folgenden durchaus auch einzelne Nennungen relevanter Aspekte angeführt. Trotz dieser Fokussierung auf die Art der genannten Aspekte können Häufigkeiten erste Hinweise auf Tendenzen und potenzielle Unterschiede zwischen Stakeholdergruppen geben (von denen die wichtigsten in einer anschließenden repräsentativen Bevölkerungsbefragung auf ihre Verallgemeinerbarkeit zu überprüfen sein werden), so dass Häufigkeiten ebenfalls berichtet werden. Dabei bezieht sich die absolute Zahl jeweils auf die direkt nachfolgend genannte Stakeholdergruppe. Die Prozentzahlen werden nachstehend in Klammern angegeben. Bei der Interpretation dieser Häufigkeiten ist außerdem zu beachten, dass die Daten mittels halbstandardisierter Interviews erhoben wurden, in denen zwar ein Fragenkern bei allen Teilnehmer/innen zur Anwendung kam,

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

jedoch nicht alle Aspekte auch in allen Interviews thematisch waren. Eine explizite Zustimmung eines Interviewteilnehmers zu einer Maßnahme ist daher beispielsweise nicht gleichbedeutend damit, dass alle anderen Teilnehmer/innen diese Maßnahme ablehnen würden.

Entsprechend den Dimensionen des Leitfadens (s. o.) werden Ergebnisse für die folgenden Themenbereiche dargestellt: 1) Status Quo – Persönliche Erfahrungen mit Priorisierung im Gesundheitswesen; Priorisierung der Mittel im Gesundheitswesen, zum einen bezogen auf 2) Versorgungsbereiche und zum anderen auf 3) Personengruppen; 4) Priorisierung von Personengruppen, die anhand von Fallbeispielen erörtert werden. Dabei werden insbesondere Kriterien wie Lebensqualität, soziale Verantwortung, Alter, Komorbidität, konkretes und statistisches Leben und Gesundheitsverhalten thematisiert; 5) Priorisierung von Therapien, wiederum anhand von Fallbeispielen, die sich auf Abbruch oder Vorenthaltung einer Therapie beziehen sowie auf evidenzbasierte Therapien; 6) Entscheidungsträger einer Priorisierung in der Medizin sowie 7) Umfang der Krankenversicherungsbeiträge.

3.1 Status Quo: Persönliche Erfahrungen mit Priorisierung

Bezogen auf die Frage nach dem Status Quo des Gesundheitswesens heute im Vergleich zu früher wurden folgende Oberkategorien erstellt: 1) Aspekte, die sich im Vergleich zu früher verbessert haben, 2) Aspekte, die sich im Vergleich zu früher verschlechtert haben, 3) Aspekte, die sich verändert haben.

Hinsichtlich der Aspekte, die sich im Vergleich zu früher verbessert haben, nannten 22 interviewte Personen (48,9%) über alle Stakeholdergruppen hinweg die steigende Anzahl an *medizinischen Behandlungsmöglichkeiten*:

„Die technischen Möglichkeiten haben sich verbessert. Also, Operationstechnologien sind besser, Bildgeben-, also, die Diagnostik ist fantastisch. Wir können also wirklich alles erkennen. Ob das nun Krankheitswert hat oder nicht, wir können es schon lange vorher erkennen und das führt zu weiteren Untersuchungen. Und wir können-, wir wissen-, wir können sehr viel wissen über Details im menschlichen Körper.“ (Politiker, ID-211)

Weiterhin vertraten zwölf Befragte (26,7%) die Ansicht, dass die medizinische Versorgung im Vergleich zu früher *dienstleistungsorientierter* geworden ist. Insbesondere drei Pflegekräfte (50%) hoben hervor, dass sich der Service für Patienten/innen im Vergleich zu früher zum Positiven gewandelt hat. Dieser Aspekt wurde dagegen von den Ärzten/innen nicht genannt:

„Das hat sich auch geändert, die Patienten sind nicht mehr Patienten, sondern die sind Kunden. (...) Früher hast du nicht gefragt: ‚Was gefällt dem Patient‘ oder: ‚Wie kann ich ihn zufriedenstellen‘ sondern- Da gab es auch nicht solche Umfragen, die jetzt bei jedem Patienten gemacht werden. Das heißt: ‚Ihre Meinung ist uns wichtig‘ und wird am Ende dann verteilt und dann müssen die das genau aufschreiben und das wird dann eben auch vom Qualitätsmanagement ganz genau ausgewertet und- Dann werden auch entsprechend die Rüffel verteilt oder auch mal eine Lobeshymne, kommt auch mal vor, aber wenn da zwei, drei Patienten hintereinander sagen: ‚Die Schwestern waren zu unfreundlich‘ oder so, dann wird schon mal nachgefragt: ‚Was ist denn da los?‘ Also der Patient ist Kunde. Das wird uns auch immer wieder gesagt, und da müssen wir auch immer darauf achten und- Finde ich aber auch richtig, ist er ja auch und dieses, was so früher immer so der ‚heilige Gott in weiß‘ war oder so, ist auch zum Dienstleister geworden. Hat sich doch auch verändert und das finde ich

auch richtig so, dass man nicht mehr so klein da vor jedem Weißkittel kuscht.“
(Pflegepersonal, ID-301)

Neun Untersuchungspersonen (20%) gaben ferner an, dass sich die *Organisation* und die *Arbeitsgestaltung* im Vergleich zu früher verbessert haben. Vor allem die Befragten aus dem medizinischen Bereich (vier Pflegekräfte=66,7%; drei Ärzte/innen=42,9%) sahen dies als eine positive Veränderung an, die jedoch nicht von den Erkrankten, GKV-Mitarbeitern/innen und Politikern/innen angeführt wurde:

„Die Abläufe generell auf Station und die Kooperation mit verschiedenen Abteilungen hat sich verbessert.“ (Pflegepersonal, ID-202)

Als einen weiteren Aspekt, der sich im Vergleich zu früher verbessert hat, wurde von vier Interviewten (8,9%) die Einführung von *Präventionsprogrammen* genannt. Auch die verbesserte *wissenschaftliche Fundierung* von *Gesundheitsleistungen* wurde von vier Befragten (8,9%) positiv hervorgehoben.

Drei Befragte (6,7%) waren weiterhin der Meinung, dass sich die *Anzahl der Ärzte/innen und des Pflegepersonals* im Vergleich zu früher verbessert hat. Insbesondere zwei der befragten GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) merkten die Erhöhung des Ärzte- und Pflegepersonals als positive Veränderung an:

„Wenn ich mir die letzten zehn Jahre so, seit- solange bin ich ungefähr auch hier tätig, ja, so Revue passieren lasse, dann hat einmal die Zahl der Leistungserbringer, der Ärzte stark zugenommen.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-113)

Weitere drei Interviewte (6,7%) sahen in der zunehmenden Berücksichtigung von *wirtschaftlichen Aspekten* im Gesundheitswesen eine Verbesserung, da diese zu sinnvollen Einsparungen im Gesundheitswesen führen würden. Ferner nahmen drei Untersuchungspersonen (6,7%) die *Beschränkungen der Pharmabranche* als positive Veränderung im Vergleich zu früher wahr. Jeweils zwei Befragte (4,4%) über alle Stakeholdergruppen hinweg nannten zudem folgende Verbesserungen im Vergleich zu früher: Die erhöhte finanzielle *Eigenbeteiligung* der Patienten/innen, die *kürzeren Wartezeiten*, der vergrößerte *Handlungsspielraum von Heilberufen*, das *Krankenkassensystem*, die *alternativen Behandlungsangebote* und die *Sachmittel für Krankenversorgung*.

Im Hinblick auf Aspekte, die sich im Vergleich zu früher verschlechtert haben, war die Mehrzahl der Angehörigen aller Stakeholdergruppen (28 Befragte=62,2%) der Ansicht, dass in erster Linie *wirtschaftliche Beschränkungen* zu einer Verschlechterung im Gesundheitssystem geführt haben. Alle befragten GKV-Mitarbeiter/innen (n=6) und Politiker/innen (n=5) sahen in den *wirtschaftlichen Beschränkungen* den Hauptgrund für die subjektiv wahrgenommene Verschlechterung in der gesundheitlichen Versorgung:

„Im Vergleich zu früher ist ein sehr viel größerer Kostenfaktor sozusagen offensichtlich geworden. Man fragt heute sehr viel mehr nach der Wirtschaftlichkeit. Früher war es eigentlich so, dass- früher heißt also im Grunde genommen vor vielleicht zwei Jahrzehnten, zwei, drei Jahrzehnten, dass die Menschen die medizinischen Leistungen, die sie nachgefragt haben oder die benötigt wurde, gebracht, erbracht wurden, ohne dass man viel auf die Kosten schaute. Das hat sich heute deutlich geändert und leider sogar fast in die Richtung geändert, dass heute die Wirtschaftlichkeit oder die Ökonomie im Vordergrund steht und man eigentlich um die Qualität der Leistungen sehr ringen muss. Der Grund dafür ist, dass die Finanzierungsgrundlagen eigentlich nicht mehr stimmen.“ (Politiker, ID-314)

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Auch die Mehrheit der Interviewten aus dem medizinischen Bereich (sechs Ärzte/innen=85,7%; fünf Pflegekräfte=66,7%) sah in den zunehmenden *wirtschaftlichen Beschränkungen* eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung. Von den gesunden und erkrankten Personen wurde dieser Aspekt dagegen jeweils nur von 33,3% der Interviewten (drei Gesunde; vier Erkrankte) genannt.

Zwei Interviewte/innen (4,4%) vertraten die Ansicht, dass die höhere *Eigenbeteiligung* der Patienten/innen einen Aspekt darstellt, der sich im Vergleich zu früher verbessert hat:

„Das man was dazu zahlt?“ „Denke ich mal. Also ich habe nichts dagegen, ne. Denke ich mal.“ „Warum denken Sie, ist das sinnvoll?“ „Ja, für mich ist das auch-, ich werde mit in die Verantwortung einbezogen. Und diese fünf Euro Rezeptgebühr, die halt das kann ich tragen halt, ne. Das ist kein Ding. ... Um vielleicht auch andere Leistungen zu ermöglichen. Die brauchen ja auch das Geld. Nur es sollte halt sinnvoll eingesetzt werden.“ (Erkrankte, ID-213)

Dagegen waren 18 Befragte über alle Stakeholdergruppen hinweg (40%) der gegenteiligen Auffassung. Vor allem acht erkrankte Personen und vier Vertreter/innen der gesetzlichen Krankenkassen (jeweils 66,7%) kritisierten die gestiegene *Eigenbeteiligung*:

„Also, die...stetig steigende Belastung mit Selbstbeteiligungen und komplexen Regelungen wird natürlich Abwehrreaktionen bei der Bevölkerung erzeugen, weil sozusagen der Tatbestand der Rationierung täglich vor Augen geführt wird. Also die Tatsache, dass es nichts umsonst gibt, wird einem jetzt bei der gesundheitlichen Versorgung quasi in allen Bereichen immer wieder vor Augen geführt.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-112)

Auch zwei Politiker/innen (40%) und drei Gesunde (33,3%) nannten die *Eigenbeteiligung* als einen Aspekt, der sich im Vergleich zu früher verschlechtert hat, wenn auch vergleichsweise seltener. Kaum erwähnt wurde dieser Gesichtspunkt dagegen von Angehörigen des medizinischen Systems (eine Pflegekraft=16,7%, kein/e Arzt/Ärztin=0%).

Ferner bemängelten in erster Linie die interviewten Vertreter/innen des medizinischen Bereichs (fünf Ärzte/innen=71,4%; vier Pflegekräfte=66,7%) die Zunahme an *administrativen Aufgaben* und *Vorschriften*. Dieser Aspekt wurde von den übrigen Stakeholdergruppen deutlich weniger (zwei Politiker/innen=40%; eine/r Gesunde/r=11,1%; ein/e Erkrankte/r=8,3%) oder gar nicht genannt (kein GKV-Mitarbeiter/innen=0%):

„Das ist ja auch ein Phänomen, was ja auch Schwestern und Pfleger beklagen. Dass da Auflagen sind an Dokumentation, die zwar auch sinnvoll erscheinen, auch aus dem juristischen Aspekt sinnvoll erscheinen, aber doch Zeit nehmen, die aktiv am Patienten eben nicht mehr stattfindet. Das ist bedauerlich.“ (Ärzte, ID-117)

Zudem sahen zwölf Untersuchungspersonen (26,7%) die *zeitlichen Beschränkungen des medizinischen Personals* als weiteren Aspekt, der sich im Vergleich zu früher verschlechtert hat. Vor allem fünf Pfleger/innen kritisierten den zunehmenden Zeitmangel des medizinischen Personals bei der Patientenbehandlung (83,3%):

„Ich glaube ich bin öfter frustriert, über das, was ich nicht machen kann oder ich gehe öfter nach Hause und denke: „Da hättest du gerne mehr Zeit gehabt oder das hättest du gern anders gemacht oder...da hättest du dich gerne länger mit den Angehörigen auch unterhalten oder wenn du ein bisschen mehr Zeit gehabt hättest,

das Kind einfach mal auf den Arm zu nehmen, dann wäre es vielleicht auch ruhiger geworden' oder so. Das kommt natürlich auch wieder durch diesen...diesen Druck denk ich mal. Also so ein bisschen mehr Unzufriedenheit. Und das sehe ich nicht nur bei mir, sondern auch bei anderen" (Pflegepersonal, ID-301)

Interessanterweise nahm nur ein/e Arzt/Ärztin (14,3%) dies als Verschlechterung wahr. Die befragten Politiker/innen nannten diesen Aspekt gar nicht.

Während zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) die *Anzahl der Ärzte/innen und Pflegepersonal* als einen Aspekt herausstellten, der sich im Vergleich zu früher verbessert hatte, waren zehn Untersuchungspersonen (22,2%) über alle Stakeholdergruppen hinweg gegenteiliger Meinung. So kritisierten insbesondere vier Pfleger/innen (66,7%) und zwei Politiker/innen (40%) die *Reduzierung des Ärzte- und Pflegepersonals*:

„Wir haben in der Klinik die Situation, dass wir mit immer weniger Leuten auskommen müssen und wenn ich dann irgendjemanden, der dann sagt: ‚Warum ist das denn noch nicht fertig? Warum habe ich den Befund noch nicht?‘ wenn ich denen dann den erkläre, hier muss einer die Arbeit von vieren machen, dann sagen die: ‚Bei uns ist das auch so.‘ Also das scheint in ganz vielen Bereichen des Gesundheitswesens so zu sein und ich sage gerade Gesundheitswesen ist Arbeit am Menschen, also praktisch das, wo man gar nicht genügend Menschen haben könnte, um diese Arbeit zu machen und da ist es verheerend, wenn da zu wenig Personal ist. Und das, denke ich, geht überall quer durch.“ (Politiker, ID-310)

Weiterhin bemerkten acht Befragte (17,8%) die *längeren Wartezeiten* als einen Punkt, der sich im Vergleich zu früher verschlechtert hat:

„Auf jeden Fall wenn ich, wenn ich an meinen Zahnarzt denke, habe ich früher schneller einen Termin bekommen. Heute ist es schwieriger, heute muss ich mich schon Monate vorher anmelden.“ (Erkrankte, ID-207)

Im Gegensatz zu anderen Gruppen (zwei GKV-Mitarbeiter/innen=33,3%, zwei Gesunde=22,2%, ein/e Politiker/in=20%, zwei Erkrankte=16,7%) nannten die Angehörigen des medizinischen Bereichs diesen Aspekt weniger häufig (ein/e Arzt/Ärztin=14,3%, keine Pflegekraft=0%).

Sechs Befragte (13,3%) kritisierten ferner, dass Patienten im Vergleich zu früher mehr *Eigeninitiative* ergreifen und *Verantwortung für die Gesundheit* übernehmen müssen. Dieser Gesichtspunkt wurde in erster Linie von vier Erkrankten (33,3%) bemängelt, während die Vertreter/innen des medizinischen Bereichs (Ärzte/innen, Krankenpfleger/innen) und Politiker/innen auf diesen Aspekt nicht eingingen:

„(...) Jetzt mit der Sauerstoffverordnung zum Beispiel, da sind ja auch horrenden Kosten, auch für die Kassen, da muss man schon kämpfen, dass man sagt: Hier komm, ich brauch da extra so eine Befeuchterwasser, das musste ich mir erkämpfen, dass sie mir das bezahlt haben, das sind alles so Sachen. Wenn man da nämlich still hält- viele Ältere trauen sich gar nicht oder wissen es nicht, wenn man nicht in so eine Gruppe eintritt, in so eine Langzeitsauerstoffgruppe bin ich eingetreten, damit ich da Erfahrungen sammle, was man machen kann und die kennen ja die Gesetze und wenn man da nicht Bescheid weiß, hauen sie einen schon manchmal ganz gut übers Ohr.“ (Erkrankte, ID-116)

Weitere fünf Untersuchungspersonen (11,1%) nannten die zunehmende *soziale Ungleichheit* als einen Punkt, der sich im Vergleich zu früher verschlechtert hat. Insbesondere drei gesunde Personen (33,3%) kritisierten, dass die medizinische Versorgung zunehmend vom Einkommen der Patienten/innen abhängig gemacht würde:

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

„Aber dann kommt das aber fast immer schon so'n bisschen wie- so 'ne Zweiklassengesellschaft. Wer sich's nicht leisten kann-. Wem das einfach-. Es sind ja- gibt ja heute wirklich auch ältere Menschen, die sich so eine Zusatzbehandlung nicht leisten können, von ihrer Rente her. Und die hören dann von anderen, die das also können. ‚Mhm ja, da bin ich doch irgendwie 'n Mensch zweiter Klasse, wenn ich mir das nicht leisten kann.‘“ (Gesunde, ID-101)

Erkrankte, Ärzte/innen und GKV-Mitarbeitern/innen führten die *soziale Ungleichheit* dagegen nicht als einen Aspekt an, der sich im Vergleich zu früher verschlechtert hat.

Auf eine allgemeine Verschlechterung der *medizinischen Versorgung* verwiesen fünf Befragte (11,1%). Vor allem zwei Pfleger/innen (33,3%) – nicht dagegen Erkrankte oder Politiker – kritisierten bspw., dass bestimmte Patientenbehandlungen nicht mehr stationär, sondern ambulant vorgenommen würden:

„Was die Qualität der Pflege angeht...hat sich's auch geändert, früher haben wir immer versucht optimal zu pflegen, mit diesem Anspruch geh' ich auch immer noch ran, aber heute wird uns gesagt: ‚Pflegen muss nur noch ausreichend sein.‘“ (Pflegerpersonal, ID-301)

Im Gegensatz zu den anderen Stakeholdergruppen bemängelten ein/e Politiker/in (20%) und Vertreter/innen des medizinischen Personals (ein/e Arzt/Ärztin=14,3%, eine Pflegekraft) die gesteigerte *Erwartungshaltung der Patienten/innen*:

„Auffällig ist, dass primär sich das Patientengut, sag ich mal, verändert hat, speziell die Angehörigen auch dazu. Die Patienten sind generell anspruchsvoller geworden und die Angehörigen fordernder.“ (Pflegerpersonal, ID-202)

Als weitere Verschlechterung nahmen zwei Untersuchungspersonen (4,4%) die *Kostenexplosion* im Gesundheitswesen wahr.

Wenn nicht erkennbar war, ob eine genannte Veränderung für die/den Befragte/n eine Verbesserung oder Verschlechterung darstellte, wurde die Oberkategorie *Aspekte, die sich verändert haben* kodiert, die insgesamt jedoch nur relativ wenige Nennungen aufweist.

Die meistgenannten Veränderungen, die von den Interviewten wahrgenommen wurden, waren *wirtschaftliche Aspekte* (zehn Befragte=22,2%). Wie auch zuvor bei der Benennung von ökonomischen Zwängen als Verschlechterung im Gesundheitssystem, führten besonders sechs GKV- Mitarbeiter/innen (100%) und zwei Politiker/innen (40%) diesen Gesichtspunkt an:

„Also, verändert hat sich gegenüber der Zeit, wo ich eingestiegen bin in den ärztlichen Beruf, das Verhältnis Medizin - Ökonomie. In einer Zeit, wo es nicht hinterfragt werden musste, ob (...) Medikamente oder Leistungen eingesetzt werden beim Patienten, hatte man natürlich auch als Arzt nicht so viel Rücksicht auf die finanziellen Rahmenbedingungen des Systems zu nehmen. Das hat sich sehr dramatisch verändert. Also den Ärzten kommt vermehrt auch Verantwortung dahingehend zu, dass die Ressourcen im Gesundheitssystem sinnvoll eingesetzt werden müssen.“ (Politiker, ID-308)

Auch bezüglich der *Organisations- und Arbeitsgestaltung* (acht Befragte=17,8%) waren es wieder die Vertreter/innen des medizinischen Systems (drei Pflegekräfte=50%; zwei

Ärzte/innen=28,6%) und der gesetzlichen Krankenkassen (zwei GKV-Mitarbeiter/innen=33,3%), die Veränderungen in diesem Bereich bemerkten.

Unter den sechs Untersuchungspersonen (13,3%), die die gestiegene *Eigenbeteiligung* als Veränderung hervorhoben, waren es vornehmlich drei gesunde Personen (33,3%) und ein/e Politiker/in (20%), die diesen Aspekt nannten, der von dem medizinischen Personal wiederum nicht angeführt wurde.

Die gestiegene *Eigenverantwortung der Patienten/innen*, die von den Erkrankten hauptsächlich als negative Veränderung wahrgenommen wurde, sahen weitere sechs Befragte (13,3%) als eine Veränderung, die sie jedoch nicht als Verbesserung oder Verschlechterung werteten. Interessanterweise waren es diesmal zwei Pflegekräfte (33,3%), zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) und zwei gesunde Personen (22,2%), die diesen Aspekt anführten, während er von den Erkrankten, Ärzten/innen und Politikern/innen im vorliegenden Zusammenhang nicht genannt wurde. Ferner erwähnten drei Interviewte (6,7%) die *integrierte Versorgung* als eine Veränderung, ohne sie als positiv oder negativ darzustellen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Befragten insgesamt mehr Veränderungen zum Schlechten im Gesundheitssystem sehen als Verbesserungen oder neutrale Veränderungen. Dabei zeigten sich durchaus auch Unterschiede hinsichtlich der Gesichtspunkte, die von den verschiedenen Stakeholdergruppen genannt wurden.

Die Interviewten machten vorrangig *wirtschaftliche Zwänge* für die Verschlechterung im Gesundheitswesen verantwortlich. Die zunehmende Rolle *wirtschaftlicher Aspekte* in Arztpraxen und/oder Krankenhäusern wurden besonders häufig von den GKV-Mitarbeiter/innen und den Politiker/innen angeführt. Als zweithäufigster Aspekt, der sich im Vergleich zu früher nach Meinung der Untersuchungspersonen verschlechtert hat, wurde die erhöhte *Eigenbeteiligung* der Patienten/innen erwähnt. Diese Verschlechterung wurde insbesondere von den direkt Betroffenen, den Erkrankten, und auch von den Vertretern/innen der gesetzlichen Krankenkassen hervorgehoben; von einigen wenigen Personen wurde die erhöhte Eigenbeteiligung dagegen gerade als Verbesserung wahrgenommen.

Das interviewte medizinische Personal (Ärzte/innen, Pflegekräfte) sah dagegen eher die gestiegenen *Verwaltungsaufgaben* als negative Veränderung. Weiterhin verwiesen vor allem die Pfleger/innen auf die zunehmende *zeitliche Beschränkung* bei den Patientenbehandlungen als einen Aspekt, der sich ihrer Meinung im Vergleich zu früher negativ entwickelt hat. Gesunde, Erkrankte, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen betonten außerdem die *längeren Wartezeiten* vor ärztlichen Behandlungen als negative Veränderung.

Der Aspekt der *Organisation und Arbeitsgestaltung* wurde von den Stakeholdergruppen kontrovers diskutiert. Fünf Ärzte/innen sahen darin mehrheitlich eine Verschlechterung (71,4%). Auch zwei GKV-Mitarbeiter/innen teilten diese Bewertung (33,3%), während vier Pflegekräfte die *Organisation und Arbeitsgestaltung* tendenziell als Verbesserung wahrnahmen (66,7%). Die übrigen Stakeholdergruppen nannten diesen Aspekt jedoch kaum. Ein weiterer Gesichtspunkt, der kontrovers von den unterschiedlichen Gruppen gesehen wurde, war die *Anzahl der Ärzte/innen und Pflegepersonal*. Während die Vertreter/innen der gesetzlichen Krankenkassen die nach ihrer Meinung gestiegene Anzahl an medizinischem Personal als positiv werteten, waren vor allem die Pfleger/innen der Ansicht, dass sich die Anzahl der Ärzte/innen und Pflegekräfte reduziert und dadurch zu einer Verschlechterung im Gesundheitswesen geführt hat.

Als Verbesserungen im Vergleich zu früher wurden vorrangig die *medizinischen Behandlungsmöglichkeiten* und die zunehmende *Dienstleistungsorientierung* im Gesundheitssystem gesehen.

3.2 Priorisierung der Mittel im Gesundheitswesen: Bereiche

Hinsichtlich der Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen über verschiedene Bereiche wurden folgende Oberkategorien entwickelt: 1) Bereiche, die gestärkt werden sollten, 2) Bereiche, in denen die Mittel gekürzt werden sollten sowie 3) Bereiche, in denen die Leistungen gleich bleiben sollten.

Die Mehrzahl der Interviewten (28 Befragte=62,2%), insbesondere aber die Repräsentanten/innen des medizinischen Bereichs (sechs Ärzte/innen=85,7%, fünf Pflegekräfte=83,3%) und sieben gesunde Personen (77,8%) plädierten für eine finanzielle Stärkung der *Prävention*:

„Also da denke ich halt, dass Vorsorge ganz wichtig ist, weil durch Vorsorge oder Prävention kann man sicher ganz viele Folgekosten ersparen, wenn man halt- ja, Vorsorgeuntersuchungen sollten auf alle Fälle kostenlos sein, vielleicht auch wirklich, dass man dann zum Beispiel die zehn Euro nicht bezahlen müsste oder so, dass man wirklich dann auch Leute, die, ja freiwillig dann hinkommen so und dass so was auch belohnt wird.“ (Gesunde, ID-302)

Am zweithäufigsten plädierten die Untersuchungspersonen dafür, mehr Mittel in den Bereich *Forschung und Entwicklung* zu investieren (zwölf Befragte=26,7%). Dies wurde besonders von drei Pflegekräften (50%), aber auch von der Allgemeinbevölkerung (drei Gesunde und vier Erkrankte jeweils 33,3%) als wichtig erachtet, während GKV-Mitarbeiter/innen diesen Bereich nicht nannten:

„Aber wir müssen es irgendwie machen, dass man irgendwie in die Forschung investiert, damit das System finanzierbar bleibt. Dass wir da effizienter werden“ (Erkrankte, ID-316)

Ferner waren sieben Befragte (15,6%) der Ansicht, dass mehr finanzielle Mittel in die *ambulante Versorgung* gelangen sollten. Dabei zeigten sich jedoch auch Unterschiede zwischen den Stakeholdergruppen: Während die Vertreter/innen der Gesetzlichen Krankenkassen diesen Aspekt gar nicht erwähnten, sahen vor allem drei gesunde Personen (33,3%) in der Ambulanz einen verstärkten Finanzierungsbedarf:

„(...) wenn das Quartal zu Ende ist, dann haben sie nicht mehr so viele Kontingente und können den Patienten nicht mehr ihre Rezepte verschreiben, oder haben nicht mehr soviel Zeit für die Patienten und so, und können nicht mehr soviel Leistung bringen, das finde ich irgendwie auch komisch. Daß also, der Arzt den ich da kenne, der meinte dann irgendwann, ja im Dezember arbeitet er nur noch ganz wenig, weil er weiß, er kriegt das eh nicht mehr bezahlt, und das finde ich auch total komisch, so etwas.“ (Gesunde, ID-204)

Sieben Untersuchungspersonen (15,6%) sprachen sich weiterhin dafür aus, die *Arzt-Patient-Beziehung* zu stärken. Dieses erschien zwei GKV-Mitarbeitern/innen (33,3%) und drei Erkrankten (25%) wichtig, während interessanterweise das medizinische Personal (Ärzte/innen/Pflegekräfte/innen) diesen Aspekt nicht erwähnte:

„Es sollte erstmal- in meinen Augen finde ich ganz wichtig, dass ein Gespräch erstmal zwischen Arzt und Patient stattfindet. Und das sollte auch entsprechend honoriert werden. Weil ich denke, es ist nicht allein die Hightechmedizin, die uns-natürlich ist sie hilfreich, aber es ist eine ganz wichtige Sache, überhaupt erstmal ein Gespräch zu führen. Ich meine ich- verstehen Sie mich nicht falsch. Ich will da nicht 'ne Stunde rumlabern und dem Arzt meine Lebensgeschichte erzählen. Aber ich denke, er sollte zumindest sich mir zuwenden und durch gezielte Fragen, feststellen:

Wie geht es mir, wie ist mein Zustand? Und dann entscheiden, was kann man tun, was könnte mir helfen. Und ich habe das Gefühl- ich bin nun mal-. An diesem Vormittag hat er schon 35 Patienten durchgezogen, ich bin Nummer 36. Und inzwischen will er gleich Mittag essen gehen und... ich fühle mich nicht- schlecht behandelt: ich fühle mich nicht ernst genommen. Durch den Arzt." (Erkrankte, ID-102)

Weitere sieben interviewte Personen (15,6%) erklärten die *integrierte Versorgung* als einen zu stärkenden Bereich. Insbesondere drei der GKV-Mitarbeiter/innen (50%) und zwei Politiker/innen (40%; nicht jedoch die Gesunden und die Ärzte) waren der Meinung, dass mehr Gelder in die *integrierte Versorgung* fließen sollten:

„Man müsste zentriert arbeiten, was jetzt beispielsweise die Hausarztmodelle angeht. Man muss halt einfach so das Geld steuern, dass es wirtschaftlich eingesetzt werden kann. Dass unterhalb der Ärzteschaft der Patient geleitet wird, dass Leistungen nicht doppelt vergütet werden, das ist das, wo man, meine ich, viel Geld einsparen kann. Die Leitung des Patienten und der wirtschaftliche Einsatz der ärztlichen Leistung am Patienten, effektiv, das muss geleitet und richtig ausgeführt werden. Das ist wesentlich, glaube ich, dass wir am Ende einen gesünderen Patienten haben, der mit dem wenigen Geld, was wir haben, auch effektiv behandelt werden kann.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-311)

Nur fünf Interviewteilnehmer/innen (11,1%) forderten vermehrte Anstrengungen im Bereich der *Rehabilitation*. Im Gegensatz zu den Stakeholdergruppen der Gesunden, Erkrankten, Ärzten/innen, Pflegekräften und GKV-Mitarbeiter/innen, die die *Rehabilitation* als zu stärkenden Bereich nur vereinzelt oder kaum nannten, sprachen sich zwei befragte Politiker/innen (40%) explizit für eine Investition in diesem Bereich aus:

„Und die andere Sache war Rehabilitation, halte ich auch für sehr wichtig. Da gibt es übrigens noch leider auch Unterschiede in den Sozialgesetzbüchern. Im Grunde müsste man alles, was wirklich medizinisch erforderlich ist, aufwenden an Rehabilitation. Sie vermeiden damit unter Umständen weitere Krankenhausaufenthalte, sie vermeiden damit, dass jemand möglicherweise keinen Beruf mehr ausüben kann, sie können dann sonst jemanden wieder auch in den Beruf hineinschicken. In jedem Fall haben sie natürlich eine bessere Lebensqualität. Bei den älteren Menschen ist es so, da fängt man ja auch an, sehr viel mehr drüber nachzudenken und das ist ja auch jetzt in der- ein positiver Punkt auch noch mal in der Gesundheitsreform, von der ich sonst nicht so viel halte, dass man auch der geriatrische Rehabilitation wieder einen anderen Stellenwert gibt, weil sie nämlich damit auch vermeiden, möglicherweise vermeiden, dass ein Mensch ins Heim muss. Nech, der kann dann unter Umständen nach einem Krankenhausaufenthalt, Schlaganfall zum Beispiel, wiederum, wenn sie da auch eine frühe Rehabilitation machen vielleicht wieder in seine eigenen vier Wände zurück, was meistens auch erwünscht ist.“ (Politiker, ID-314)

Ferner plädierten vier Befragte (8,9%) für eine Förderung der *Diagnostik*. Zwei Ärzte/innen (28,6%) und zwei Erkrankte (16,7%) sahen besonderen Finanzbedarf in diesem Feld, während die anderen Stakeholdergruppen die *Diagnostik* nicht als einen zu stärkenden Bereich hervorhoben:

„Nur das- die Zweischneidigkeit auch in diesem Bereich zeigt sich ja darin: auf der einen Seite werden eben von den Krankenkassen als Marketinginstrument die Zweituntersuchung ihren Versicherten angepriesen, um im Konkurrenzkampf unter den Krankenkassen besser dazustehen: "Wenn sie sich unsicher sind, suchen sie einen anderen Arzt auf und bilden sich eine zweite Meinung" und auf der anderen Seite wird dann diese Doppeluntersuchung gezeißelt. Im Zweifelsfall sollte und muss

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

es eine Doppeluntersuchung oder eine ergänzende Untersuchung geben, das ist richtig, denn kein Mensch und auch kein Arzt ist unfehlbar oder ist im ersten Anlauf- oder stellt im ersten Anlauf die sichere oder vollkommene Diagnose, aber da haben wir ja die Möglichkeit, in einem abgestuften System dann weiter zu überweisen an Fachleute, die dann mit Spezialuntersuchungen da zu einer besseren oder endgültigen Diagnose kommen.“ (Ärzte, ID-303)

Drei Untersuchungspersonen (6,7%) waren für eine Aufstockung des *Ärzte- und Pflegepersonals* im stationären und/oder ambulanten Bereich bzw. für eine bessere Bezahlung dieser Berufsgruppe. Auffallend ist dabei, dass drei Erkrankte (25%) eine Stärkung des *medizinischen Personals* forderten – einen Bereich, den die übrigen Stakeholdergruppen jedoch nicht nannten. Jeweils drei weitere Befragte (6,7%) sahen Finanzbedarf in den Bereichen *Sachmittel*, *stationäre Versorgung* und *alternative Medizin*. Außerdem plädierten zwei Interviewte/innen (4,4%) für eine Stärkung der *medizinischen Aus- und Weiterbildung* und der *Heilberufe*.

Auf der anderen Seite sahen die Interviewten auch Einsparmöglichkeiten in ausgewählten Bereichen. In erster Linie wurden hier *nicht notwendige Behandlungen* genannt (16 Befragte = 35,6%):

„Vor zwei Jahren hatte ich große Probleme mit meinem rechten Kniegelenk und (...) ich hatte starke Schmerzen (...) Die OP wurde auch vollzogen, allerdings im ambulanten Bereich mit einem Tag Krankenhausaufenthalt. (...) Aber ich wurde gar nicht richtig aufgeklärt und im Nachhinein ging es mir auch nicht viel besser. Und, da habe ich mich oft gefragt: Ja, war denn diese OP überhaupt notwendig? Und da kommen einem wirklich schon ganz schön Zweifel, wo man sich fragt: (...) Wem hat denn diese OP nun wirklich genutzt? Nur dem Arzt, ja oder mir? (...) Ja, und das hört man dann eben doch immer wieder.“ (Gesunde, ID-212)

Insbesondere drei Vertreter/innen der gesetzlichen Krankenkassen (50%), aber auch vier Gesunde (44,4%) und drei Ärzte/innen (42,9%) waren der Auffassung, dass bei Behandlungen, die *keinen therapeutischen Nutzen* aufweisen oder die in einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen, gespart werden könnte. Demgegenüber vertrat nur ein/e befragte/r Politiker/in (20%) diese Ansicht.

Zwölf Interviewte (26,7%) forderten eine Beschränkung der Einnahmen der *Pharmabranche*. Vor allem vier GKV-Mitarbeiter/innen kritisierten den Einfluss der Pharmakonzerne (66,7%):

„Sparen könnte man zum Beispiel, wenn man im Arzneimittelbereich sich an den entstehenden Kosten orientiert, das heißt, auch bei neuen Arzneimitteln ein Festpreissystem einführt. Da ist ein ganz erhebliches Sparpotential, ohne dass Leistungen in irgendeiner Weise nicht mehr zur Verfügung stehen.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-309)

Die anderen Stakeholdergruppen dagegen nannten die *Pharmabranche* seltener als einen Bereich, in dem sich Mittel einsparen lassen (ein/e Erkrankte/r=8,3%, eine Pflegekraft=16,7%, ein/e Politiker/in=20%, zwei Ärzte/innen=28,6%, drei Gesunde=33,3%).

Weitere zehn Untersuchungspersonen (22,2%) sahen Einsparpotential in der *Verwaltung*. Für eine Reduzierung im *Verwaltungsbereich* sprachen sich besonders vier Pflegekräfte (66,7%) aus. Auch zwei Ärzte/innen (28,6%) und drei Erkrankte (25%) forderten Einschnitte in der *Verwaltung*. GKV-Mitarbeitern/innen und Politiker/innen erwähnten diesen Gesichtspunkt dagegen nicht:

Simone Heil et al.

„Also so diese ganze, dieser ganze Verwaltungskopf, den finde ich schon ganz schön, ganz schön heftig, also da würde ich auch gerne mal gucken, ob man da nicht die Wege einfach ein bisschen kürzer machen könnte, zu manchen Gremien und so, ob das immer alles so über tausend Stufen gehen muss, um irgendwas zu erreichen. Also da wünschte ich mir schon auch, dass da vielleicht ein bisschen geschrumpft wird, gesundgeschrumpft wird, in den Bereichen“ (Pflegepersonal, ID-301)

Während fünf Interviewte/innen (11,1%) die *Rehabilitation* als zu stärkenden Bereich ansahen, waren sechs Befragte (13,3%) dafür, in diesem Bereich Einsparungen vorzunehmen. Insbesondere zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) und zwei Ärzte/innen (28,6%) waren der Meinung, dass im Bereich der *Rehabilitation* Einsparpotential vorhanden ist. Diese Meinung wurde jedoch nicht von den befragten Politikern/innen und Erkrankten geteilt.

Zudem forderten fünf Befragte (11,1%), die *Verschreibung von Medikamenten* zu reduzieren:

„Und man könnte sparen, auch auf der Medikamentenseite. Also bleibe ich jetzt wieder einmal beim Beispiel der seelischen Erkrankung, so ungefähr 20 Prozent der Bevölkerung haben sogenannte psychosomatische Störungen, unterschiedlichen Ausmaßes, nicht immer alle behandelnsbedürftig. Wenn sie jetzt gucken, wie werden die behandelt, dann werden die überwiegend medikamentös behandelt, wenn überhaupt. Die Medikamente könnte man alle sparen, wenn die eine intensive Psychotherapie bekämen.“ (Ärzte, ID-205)

Einsparpotenzial in diesem Bereich sahen vor allem zwei Ärzte/innen (28,6%), während sich Erkrankte und Pfleger/innen nicht für Kürzungen bei der Medikamentenverschreibung aussprachen.

Drei Untersuchungspersonen (6,7%) sahen weiterhin eine Einsparmöglichkeit im Bereich der *Diagnostik* (vier Interviewte (8,9%) hatten dagegen für eine Stärkung der *Diagnostik* plädiert). Ferner forderten drei Befragte (6,7%) eine Reduzierung der *Anzahl der Krankenkassen*.

Während sich die Mehrzahl der Interviewten (28 Befragte = 62,2%) für eine Investition in die *Prävention* ausgesprochen hatte, waren auch zwei Befragte (4,4%) für eine Kürzung in diesem Bereich. Interessanterweise forderten zwei Ärzte/innen (28,6%), aber keine Befragten aus den anderen Stakeholdergruppen, weniger finanzielle Mittel in *Präventionsmaßnahmen* zu investieren:

„Aber ich denke, der Gesundheitsbereich hat letztlich soviel auch an Kosten, therapeutische Kosten, dass ich das nicht für wichtiger halte, aber ich denke, das andere kann wirklich auch so ein Stück weit nebenher laufen. Ansprechen in der Schule, und so weiter, und wer es nicht hören will, der hört es dann auch nicht. Da können die Plakate noch so groß sein. Und da muss ich auch mein Geld nicht in ein Riesenplakat, in Werbung im Fernsehen oder so verschwenden, ich denke das wird dann schon, wenn man es hören will, über die Arztpraxen, Schule und so weiter, über Medien transportiert werden können, in günstigerer Form. Ohne, dass man da so viele Gelder reinstecken muss.“ (Ärzte, ID-111)

Weitere zwei Interviewte (4,4%) plädierten dafür, im Bereich der *ambulanten Versorgung* zu sparen. Sieben Befragte über alle Stakeholdergruppen (15,6%) hinweg hatten sich dagegen für eine Stärkung der *ambulanten Versorgung* ausgesprochen.

Ferner wurden Bereiche von den Interviewten genannt, in die weder mehr noch weniger Mittel investiert werden sollten. Dazu gehörten die *Prävention* (vier Befragte = 8,9%), die

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Basisversorgung (vier Befragte = 8,9%) und die *stationäre Versorgung* (ein/e Befragte/r = 2,2%).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Befragten mehr Bereiche nannten, die finanziell gestärkt werden sollten, als solche, bei denen gespart werden sollte. Die unterschiedlichen Antworten der Stakeholdergruppen spiegelten ihre unterschiedlichen Interessen und Perspektiven wider. Während nach Meinung der meisten Interviewten vor allem in *Präventionsmaßnahmen* investiert werden sollte, diskutierten die Ärzte/innen kontrovers darüber: Die Mehrheit der Ärzteschaft (sechs Ärzte/innen = 85,7%) sprach sich zwar für eine Stärkung der *Prävention* aus, jedoch sahen zwei interviewte Ärzte/innen (28,6%) in diesem Bereich auch Einsparpotential. Der Bereich *Forschung und Entwicklung* wurde ebenfalls von vielen Untersuchungspersonen – außer von den GKV-Mitarbeitern/innen – als wichtig empfunden. Dass den Gesunden verstärkte Anstrengungen im Bereich der *ambulanten Versorgung* und den Erkrankten eine Stärkung der *Arzt-Patient-Beziehung* besonders wichtig erschien, verweist auf das Eigeninteresse der Stakeholdergruppen in diesen Bereichen. Das medizinische Personal ging nicht auf eine Stärkung der *Arzt-Patient-Beziehung* ein, was darauf schließen lässt, dass die interviewten Ärzte/innen und Pfleger/innen der Meinung waren, dass sie sich schon hinreichend um ihre Patienten kümmern. Ärzte/innen und Patienten/innen zeigten auch ein Interesse an einer Förderung der *Diagnostik*. Die Perspektive der GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen hingegen wurde deutlich durch ihre Forderung nach verstärkten Investitionen in den Bereich der *integrierten Versorgung*.

Einsparmöglichkeiten sahen die Interviewteilnehmer/innen vor allem bei *nicht notwendigen Behandlungen* und der *Pharmabranche*. Insbesondere die GKV-Mitarbeiter/innen, die ein Interesse an Leistung und Effektivität sowie einen besseren Einblick in den Einfluss der Pharmakonzerne im Gesundheitssystem haben, waren für eine Beschränkung in diesen Bereichen. Das medizinische Personal und die Erkrankten plädierten ferner für eine Kostenreduzierung in der *Verwaltung*, was auf schlechte Erfahrungen in diesem Bereich schließen lässt. Besonders die Ärzte/innen waren außerdem für eine Reduzierung in der *Medikamentenverschreibung*. Als konfliktträchtig erwiesen sich die Bereiche *Rehabilitation*, *Diagnostik* und *ambulante Versorgung*, da sich einige Untersuchungspersonen für mehr Investitionen und andere für Kürzungen in diesen Bereichen aussprachen.

3.3 Priorisierung der Mittel im Gesundheitswesen: Personengruppen

Hinsichtlich der Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen auf unterschiedliche Personengruppen wurden folgende Oberkategorien erstellt: 1) Personengruppen, die finanziell gestärkt werden sollten, 2) Personengruppen, bei denen Einsparungen vorgenommen werden sollten sowie 3) Personengruppen, bei denen die Leistungen gleich bleiben sollten.

Die Aufstockung der finanziellen Mittel für Personengruppen wurde vorrangig in Abhängigkeit von dem soziodemographischen Merkmal *Alter* betrachtet. So sprachen sich 16 Befragte (35,6%) für eine Priorisierung von *jungen Menschen* und *Kindern* aus. Insbesondere fünf gesunde Personen (55,6%) befürworteten, mehr finanzielle Mittel in die gesundheitliche Versorgung von *jungen Menschen* zu investieren:

„Also, wie gesagt, hauptsächlich diese Vorsorge. Das finde ich so wichtig. Dass die Kinder in der Schule schon vernünftige Ernährung kriegen und nicht immer auf Hamburger und diese Sachen zurückgreifen müssen und- Das finde ich doch wirklich wichtig.“ (Gesunde, ID-104)

Dagegen plädierte nur ein/e Politiker/in (20%) für eine Stärkung der *Kinder/Jugendlichen*.

Elf Untersuchungspersonen (24,4%) waren ferner der Ansicht, dass mehr finanzielle Mittel für die medizinische Versorgung *älterer Menschen* bereitgestellt werden sollten. Vor allem fünf Erkrankte (41,7%), drei Gesunde (33,3%) und zwei Ärzte/innen (28,6%) befürworteten die finanzielle Stärkung *Älterer*:

„Ich finde, dass die Älteren etwas mehr- die brauchen ja viel mehr für ihre Gesundheit. Da stellt sich ja alles Mögliche ein. Wenn ich jetzt höre: Die müssen neue Knie haben, neues Hüftgelenk, und Schlaganfall, Herzinfarkt, was nicht alles. Das muss, automatisch müssen die doch mehr Geld da verbrauchen.“ (Gesunde, ID-104)

Im Gegensatz dazu sprachen sich nur ein/e Politiker/in (20%) und keine der Befragten aus den Stakeholdergruppen der Pflegekräfte und GKV-Mitarbeiter/innen für mehr Investitionen in die gesundheitliche Versorgung von *älteren Personen* aus.

Darüber hinaus zeigte sich, dass bei der Priorisierung von Personengruppen die Frage der *Behandlungsbedürftigkeit* eine zentrale Rolle spielte. So waren fünfzehn Untersuchungspersonen (33,3%) der Meinung, dass die Mittel für *Behandlungsbedürftige* erhöht werden sollten (d. h. für Personen, die auf eine gesundheitliche Versorgung angewiesen sind bzw. denen eine medizinischen Behandlung helfen kann, vollständig geheilt zu werden oder ihr Leiden zu lindern). In erster Linie plädierten fünf Gesunde (55,6%), drei Pfleger/innen (50%) und zwei Politiker/innen (40%) für eine Stärkung von *Behandlungsbedürftigen*, während nur zwei Erkrankte (16,7%) und ein/e GKV-Mitarbeiter/in (16,7%) eine Priorisierung dieser Personengruppe explizit befürworteten:

„Also, ich möchte natürlich gerne, und das sage ich jetzt sowohl als Politiker wie als Arzt, ich möchte, dass jeder einzelne Mensch die medizinischen Leistungen, die er benötigt, auch bekommt.“ (Politiker, ID-314)

Weitere elf Interviewteilnehmer/innen (24,4%) wünschten sich eine Aufstockung der finanziellen Mittel für die medizinische Versorgung von *schwer Erkrankten*. Insbesondere fünf der befragten Erkrankten (41,7%) sprachen sich für mehr Investitionen in diese Personengruppe aus, die von Angehörigen des medizinischen Bereichs seltener (ein/e Arzt/Ärztin = 14,3%; eine Pflegekraft = 16,7%) und von den befragten Politikern/innen gar nicht genannt wurde:

„Also zunächst bin ich da der Meinung, dass den wirklich Schwerkranken da die besten Möglichkeiten, die es heute gibt, die heute zur Verfügung stehen, dass ihnen die zugute kommen. Denn wirklich so- Krebskranke und wirklich schlimm kranke Menschen gibt es ja heute.“ (Erkrankte, ID-103)

Dabei sprachen sich sieben befragte Personen (15,6%) für eine Stärkung von Patienten/innen mit *bestimmten Erkrankungen* (wie bspw. Demenzkranke oder Krebskranke) aus. Auch hier waren es vor allem vier Erkrankte (33,3%), die sich vermehrte Investitionen in diese Personengruppe wünschten, die jedoch nicht von den Gesunden, GKV-Mitarbeitern/innen und Politikern/innen erwähnt wurde:

„Ich finde auch, besonders Menschen mit dieser- mit der schwierigen Erkrankung einer Schizophrenie, finde ich zum Beispiel, da müsste mehr drauf eingegangen sein. Diese Menschen werde viel zu häufig für gefährlich erklärt und die können da ja gar nichts für, sage ich mal.“ (Erkrankte, ID-317)

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Sechs Untersuchungspersonen (13,3%) befürworteten explizit die Priorisierung von *chronisch Erkrankten*. Diese Personengruppe war vor allem drei Pflegekräften (50%) und drei Erkrankten (25%) wichtig (während die Befragten aus den übrigen Stakeholdergruppen diese Personengruppe nicht erwähnten):

„Also ich denke (...) der Bereich der chronisch Kranken ist ein Bereich, der gerne ein bisschen vernachlässigt wird. Weil diese Patienten eben auf Dauer viel Geld brauchen und nicht nur mal eben akut und kurzfristig und ich finde, dass die manchmal ganz schön allein gelassen sind. Nicht nur mit den Kosten, sondern auch mit ihren Problemen, die durch ihre chronische Erkrankung einfach entstehen. Also ich glaube, dass da noch ganz viel Nachholbedarf ist und dass man da noch viel mehr gucken muss.“ (Pflegepersonal, ID-301)

Ferner waren acht Befragte (17,8%) der Meinung, dass mehr Mittel in die *Ärzte/Pflege* investiert werden sollten. Dabei handelte es sich ausschließlich um Personen aus den Gruppen des medizinischen Personals (vier Ärzte/innen=57,1%; drei Pflegekräfte=50%):

„(...) mehr Stellen-. Ob das jetzt die Pflege ist, ob das vielleicht eine soziale Betreuung ist, ob das Ärzte sind, das finde ich gar nicht so wichtig. Aber einfach die Menschen, die am Patienten selber oder auch mit den Angehörigen arbeiten, dass man da ein bisschen was umverteilt.“ (Pflegepersonal, ID-307)

Eine Erhöhung der finanziellen Mittel wurde auch von fünf Interviewten (11,1%) für Personen in *anderen Heilberufen* gefordert. Hauptsächlich drei Pfleger/innen (50%) wünschten eine solche Aufstockung. Zwei Interviewte (4,4%) sprachen sich außerdem für die Priorisierung von *sozial Benachteiligten* in der gesundheitlichen Versorgung aus.

Was dagegen die Einsparmöglichkeiten bei bestimmten Personengruppen betrifft, so waren vierzehn Befragte (31,1%) der Meinung, dass in Personen, die ihre Krankheit *selbst verschuldet* haben (z. B. durch ihre ungesunde oder leichtsinnige Lebensweise), weniger Mittel investiert werden sollte. Vor allem fünf Ärzte/innen (71,4%), aber auch fünf Gesunde (55,6%), nicht dagegen die GKV-Mitarbeiter/innen, sprachen sich für eine Reduzierung der finanziellen Mittel bei der medizinischen Versorgung von Patienten/innen aus, die durch *selbstverschuldetes Verhalten* krank geworden waren:

„Z. B. eben Hochrisiko-Sportarten, Rauchen, Alkohol, Drogen und die sollten auch nicht vom sozialen Netz der Anderen, die arbeiten, die eben Geld schaffen und zurücklegen für solche Krankheitssituationen dann unterstützt werden.“ (Ärzte, ID-303)

Im Gegensatz zu den elf Interviewteilnehmer/innen (24,4%), die sich für eine Priorisierung von *alten Menschen* ausgesprochen hatten, sahen sieben Untersuchungspersonen (15,6%) bei *Älteren* Einsparpotential. Insbesondere die Vertreter/innen der Allgemeinbevölkerung (drei Gesunde=33,3%; drei Erkrankte=25%), aber auch ein/e GKV-Mitarbeiter/in=16,7%) waren der Ansicht, dass die Gesundheitsausgaben für *ältere Personen* reduziert werden sollten:

„Bei älteren Patienten muss man, glaube ich, genauer hingucken. Was für Patienten sind das? Sind das Patienten, die zum Arzt gehen, weil sie unterhalten werden möchten? Das kennt glaube ich jeder von uns. Oder sind das Patienten, die tatsächlich ärztliche Hilfe bedürfen, wo dann halt auch Medikamente usw., Arztzeit dahintersteht? Ob man das tatsächlich bezahlen muss, da würde ich etwas genauer hingucken.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-311)

Angehörige der medizinischen Versorgung (Ärzte/innen, Pflegekräfte) und Politiker/innen teilten diese Meinung nicht.

Weitere sieben Untersuchungspersonen (15,6%) befürworteten eine Beschränkung der finanziellen Mittel in der gesundheitlichen Versorgung *sterbenskranker Menschen*, die nicht mehr aktiv am Leben teilhaben können und nur noch mit Hilfe von medizinischen Apparaten am Leben erhalten werden. Hauptsächlich drei Gesunde (33,3%) und zwei Ärzte/innen (28,6%) sprachen sich gegen Investitionen in die Apparatemedizin aus:

„Aber diese alte Frau, die wir über Jahre gepflegt haben, und die nur noch stöhnen konnte, ausscheiden, Nahrung aufnehmen über eine Magensonde, ja- Ja, da frage ich mich, habe ich mich wirklich oft gefragt: Ja, was soll denn das bloß? Warum soll denn da nun bloß so ein Körper endlos im Bett liegen? Und dieser Körper, der war wirklich nur noch für den Ehemann lebenswert, weil sie seine Lebensaufgabe geworden ist. Mehr war da ja nicht mehr. Und da frage ich: Ja, was soll das eigentlich, ja? Also, ich finde schon in diesem Fall für mich, rein für mich persönlich, ist das rausgeschmissenes Geld.“ (Gesunde, ID-212)

Erkrankte und GKV-Mitarbeiter/innen nannten eine solche Posteriorisierung dagegen nicht.

Ferner forderten vier Interviewte (8,9%), dass Einsparungen bei *Patienten/Patientinnen* vorgenommen werden sollten, *die für alles Medikamente verlangen*. Vor allem zwei Gesunde (22,2%) sahen bei dieser Personengruppe Einsparpotential, während Erkrankte, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen diese Patienten/innen nicht erwähnten:

„Ich hab letztes Mal eine Wohnung mit ausgeräumt - ein Riesensack Medikamente in die Apotheke gebracht. Das soll man verhindern, zu Recht. Man möchte, dass die Leute dann zum Arzt gehen, wenn sie es brauchen.“ (Gesunde, ID-306)

Außerdem plädierten drei Befragte (6,7%) dafür, weniger finanzielle Mittel in die gesundheitliche Versorgung von *Reichen* zu investieren. Insbesondere zwei Pflegekräfte (33,3%) waren dafür, diese Personengruppe zu posteriorisieren. Die anderen Stakeholdergruppen dagegen nannten die *Besserverdienenden* in diesem Zusammenhang kaum (ein/e Erkrankter=8,3%) oder gar nicht (Gesunde, Ärzte/innen, GKV-Mitarbeiter/innen, Politiker/innen). Weitere Personengruppen, bei denen nach Meinung von zwei Interviewteilnehmern/innen (4,4%) Einsparungen vorgenommen werden sollten, waren *Patienten/innen, die wegen Kleinigkeiten zum Arzt gehen* und *Menschen ohne Kinder*.

Personengruppen, in deren medizinische Versorgung weder mehr noch weniger Mittel investiert werden sollten, waren überwiegend mit den Gruppen identisch, bei denen die Untersuchungspersonen eine Erhöhung der finanziellen Mittel forderten. So wurde auch hier das soziodemographische Kriterium *Alter* als wichtig empfunden. Nach Ansicht von zwölf Interviewteilnehmern/innen (26,7%) sollten die Leistungen bei *älteren Menschen* gleich bleiben. Diese Ansicht vertraten vorrangig fünf Erkrankte (41,7%), zwei Politiker/innen (40%), drei Gesunde (33,3%) und zwei Ärzte/innen (28,6%), während die befragten Pflegekräfte und GKV-Mitarbeiter/innen *Ältere* in diesem Kontext nicht explizit hervorhoben:

„Irgendjemand hat jetzt gesagt, es wird ab 65 keine neue Hüfte mehr geben. Also Patienten über 65 bekommen keine neue Hüfte mehr. Eine Hüfterkrankung kann ja sehr, sehr große Schmerzen bereiten. Und da jetzt zu sagen: ‚Weil du schon 65 bist, lohnt sich das nicht mehr für dich‘, halte ich für eine etwas gewagte Aussage.“ (Erkrankte, ID-102)

Weitere vier Befragte (8,9%) plädierten dafür, dass keine Kürzungen bei *jungen Menschen/Kindern* vorgenommen werden sollten. Auch das Kriterium der

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Behandlungsbedürftigkeit spielte wiederum eine Rolle. Elf Interviewte (24,4%) wünschten, dass die finanziellen Mittel in der medizinischen Versorgung der *Behandlungsbedürftigen* gleich bleiben sollten. Insbesondere das medizinische Personal (vier Ärzte/innen=57,1%; zwei Pfleger/innen=33,3%), zwei Politiker/innen (40%) und zwei Gesunde (22,2%) sprachen sich gegen eine Reduzierung der finanziellen Mittel bei *Behandlungsbedürftigen* aus, während diese Personengruppe von den Erkrankten seltener (einem/r Erkrankten=8,3%) und von den GKV-Mitarbeiter/innen gar nicht genannt wurde:

„Das zum Beispiel ist sicherlich ein Aspekt, wo keine Verschiebung stattfinden darf. Dass sozusagen der akut Kranke, wo man schnell intervenieren kann, wo man jemanden schnell wieder herstellen kann, auch im Blick auf Leistungsfähigkeit, Berufstätigkeit, dass da unbegrenzt finanziert wird.“ (Ärzte, ID-117)

Ferner waren sieben Interviewteilnehmer/innen (15,6%) der Auffassung, dass Leistungen auch bei *Personen, die ihre Krankheit selbst verschuldet* haben, gleich bleiben sollten:

„Also, es gibt ja immer wieder diese Ansätze von wegen wer leichtsinnig ist, soll selber zahlen und ich sage, das ist ein ganz gefährlicher Ansatz, weil wenn man da erst mal die Tür ein bisschen aufmacht- ich meine, die redeten von dem berühmten Drachenflieger.(...) Ich denke, in diesem Sportarten, die werden sowieso dann noch irgend eine Risikolebensversicherung abschließen oder so, aber ich sage, wer setzt die Grenze?“ (Politiker, ID-310)

Diese Meinung vertraten vor allem drei Vertreter/innen der Ärzteschaft (42,9%) und zwei Politiker/innen (40%), nicht dagegen die Gesunden und die GKV-Mitarbeiter/innen.

Des Weiteren waren sechs Befragte (13,3%) gegen Einsparungen bei *Patienten/innen mit bestimmten Erkrankungen*. Auch hier waren es vorrangig drei Ärzte/innen (42,9%), die sich gegen Kürzungen bei dieser Personengruppe aussprachen. Die anderen Stakeholdergruppen nannte diese Gruppe weniger (zwei Gesunde=22,2%; ein/e Erkrankte/r=8,3%) oder gar nicht (Pflegerkräfte, GKV-Mitarbeiter/innen, Politiker/innen).

Weitere Personengruppen, bei denen die Leistungen nach Ansicht der Interviewten gleich bleiben sollten, waren die *schwer Erkrankten* (fünf Interviewte=11,1%), *sozial Benachteiligten* (vier Interviewte=8,9%) und *Ärzte/innen / Pflegepersonal* (zwei Interviewte = 4,4%).

Insgesamt betrachtet befürworteten die Befragten im Hinblick auf Personengruppen eher eine Aufstockung der finanziellen Mittel als eine Reduzierung. Eine Erhöhung der finanziellen Mittel wurde insbesondere in Abhängigkeit von dem soziodemographischen Merkmal *Alter* betrachtet. Die Interviewten sprachen sich für mehr Investitionen in die medizinische Versorgung von *Kindern, jungen Erwachsenen* und *älteren Personen* aus. Dabei erwies sich jedoch in diesem Kontext die Personengruppe der *Älteren* als konfliktträchtig, da im Gegensatz zu den elf Interviewteilnehmern/innen (24,4%), die sich für eine Priorisierung von *alten Menschen* ausgesprochen hatten, sieben Untersuchungspersonen (15,6%) der Meinung waren, dass bei *Älteren* Einsparpotential vorhanden ist. Neben dem Alter erwies sich auch die Eigenverantwortung für die eigene Erkrankung als kontrovers: Während ein Teil der Befragten (insbesondere Ärztinnen und Ärzte) Eigenverantwortung als Posteriorisierungskriterium ansetzten, sprachen sich andere (insbesondere Vertreter/innen der GKV) explizit dafür aus, eine Behandlung auch bei Selbstverschulden weiterhin zu finanzieren. Als weiteres Priorisierungskriterium in Bezug auf Personengruppen wurde die *Behandlungsbedürftigkeit* angesehen.

Das Eigeninteresse der verschiedenen Stakeholdergruppen wurde auch in diesem Themenbereich deutlich. So sprachen sich Erkrankte vorrangig für die medizinische Versorgung von *schwer Erkrankten*, Patienten/innen mit *bestimmten Erkrankungen* und *chronisch Erkrankten* aus. Das medizinische Personal hingegen befürwortete Investitionen in die *Ärzte/Pflege*. Die interviewten Pflegekräfte wünschten ferner eine Aufstockung der finanziellen Mittel für *chronisch Erkrankte*, sowie *Heilberufler*.

Komplementär sahen die Untersuchungspersonen Einsparpotential bei solchen Personengruppen, die nicht behandlungsbedürftig sind, bspw. *Patienten/innen, die für alles Medikamente verlangen*. Außerdem waren insbesondere die *Ärzte/innen* und *Gesunden* für eine Reduzierung der finanziellen Mittel bei der medizinischen Versorgung von Personen, die ihre Krankheit *selbst verschuldet* haben und die *sterbenskrank* sind. Vor allem die Pflegekräfte plädierten ferner dafür, weniger finanzielle Mittel in die gesundheitliche Versorgung von *Besserverdienenden* zu investieren.

3.4 Weitere Einsparmöglichkeiten

Einige Untersuchungspersonen waren der Ansicht, dass Einsparungen im Gesundheitswesen nicht zwangsläufig Priorisierungsmaßnahmen erfordern, sondern sprachen sich für strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem oder für die Umschichtung von finanziellen Mitteln aus anderen gesellschaftlichen Bereichen in das Gesundheitssystem aus.

So schlugen sieben Befragte (15,6%) vor, eine *Basisversicherung* einzuführen, d. h. eine Krankenversicherung, in die alle Mitglieder einer Gesellschaft einzahlen und welche die medizinische Grundversorgung aller abdeckt. Besonders zwei Politiker/innen (40%) und zwei *Ärzte/innen* (28,6%), nicht dagegen die GKV-Mitarbeiter/innen, plädierten für die Einführung einer *Basisversicherung*:

„Und ansonsten bin ich für die Einführung der Bürgerversicherung. Die Abschaffung der Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten. Und ich würde mich freuen, wenn alle in eine Bürgerversicherung eintreten müssten, damit die Krankheitslasten dann auch von allen getragen werden können.“ (Politiker, ID-211)

Des Weiteren sprachen sich fünf Interviewteilnehmer/innen (11,1%) dafür aus, die *Eigenbeteiligung* der Patienten/innen zu erhöhen. Dieser Vorschlag wurde in erster Linie von drei Vertretern/innen der Ärzteschaft (42,9%) vorgebracht. Auch zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) waren für eine *höhere Eigenbeteiligung*:

„Diese Versorgungsmentalität, wie wir sie ja in den 70er, 80er Jahren des wirtschaftlichen Booms hatten: ‚Gebt uns euer Geld, liebe Arbeitende, wir verteilen es und ihr könnt alles haben: Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Pflegeversicherung, wir bezahlen dann alles.‘ Die Zeiten sind vorbei und damit auch die Entmündigung des Patienten. Wenn eben alles abgegeben wird und ein Anderer dafür dann es verteilt und sorgt, dann fühlt sich auch keiner mehr verantwortlich für sich selber.“ (Ärzte, ID-303)

Interviewte aus den anderen Stakeholdergruppen verwiesen jedoch nicht auf diese Umschichtungsmöglichkeit im Gesundheitswesen.

Außerdem forderten fünf Untersuchungspersonen (11,1%) eine *Verteilung* der finanziellen Mittel im Gesundheitssystem *nach bestimmten Qualitätskriterien*, wie z. B. Effektivität oder Leistung. Vor allem zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) und ein/e Politiker/in (20%)

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

schlugen diesen Lösungsansatz vor, der auch von einer Pflegekraft (16,7%) und einer/m Ärztin/Arzt (14,3%) gut geheißen wurde:

„Ich denke, dass wir dahin kommen sollten, dass die Bezahlung der Leistungserbringer, Ärzte, Krankenhäuser, mehr nach den erreichten Ergebnissen erfolgt. Das heißt, dass man versucht, über die Qualitätssicherung eine Ergebnismessung zu etablieren, mit anderen Worten: Gutes Geld für gute Leistungen, aber auch nur für gute Leistungen.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-309)

Repräsentanten/innen der Allgemeinbevölkerung (Gesunde, Erkrankte) nannten diese *Verteilung nach Qualitätskriterien* dagegen nicht.

Weitere vier interviewte Personen (8,9%) plädierten für eine *höhere Eigenverantwortung* der Patienten/innen:

„Ja, die Eigenverantwortung über den Mitteleinsatz sollte wirklich beim Betroffenen liegen, die derjenige braucht. Und er sollte wirklich entscheiden, was er in Anspruch nimmt, und warum er Anspruch nimmt, und was er in Anspruch nehmen kann. Und dann muss eruiert werden, warum er notwendige Leistungen nicht in Anspruch nehmen kann, und dann muss halt eine weitere Instanz eingeschaltet werden. Also wirklich Kriterium ist der Betroffene aus meiner Sicht. An dem sich die verschiedenen finanziellen Mittel ausrichten sollten.“ (Pflegepersonal, ID-202)

Dieser Aspekt wurde insbesondere von zwei Pflegekräften (33,3%) angesprochen, während Gesunde, Erkrankte und GKV-Mitarbeiter/innen diese Möglichkeit einer Umstrukturierung nicht nannten.

Zwei Befragte (4,4%) waren außerdem der Meinung, dass man die Bevölkerung zu *Vorsorgeuntersuchungen bzw. -maßnahmen verpflichten* sollte, um Krankheiten vorzubeugen. Nur die Stakeholdergruppe der Gesunden (zwei gesunde Personen=22,2%) machte diesen Vorschlag. Die übrigen Gruppen erwähnten eine solche Verpflichtung nicht. Als weitere Maßnahme innerhalb des Gesundheitssystems wurde von zwei Untersuchungspersonen (4,4%) die *Errichtung spezialisierter Einrichtungen* genannt.

Bezüglich der Umschichtung von finanziellen Mitteln aus anderen gesellschaftlichen Bereichen in das Gesundheitssystem schlugen vier Interviewteilnehmer/innen (8,9%) vor, dass Gesundheitsausgaben vermehrt durch *Steuern finanziert* werden sollten. Weitere zwei Befragte (4,4%) waren der Meinung, dass durch *Senkung der Arbeitslosigkeit* finanzielle Mittel in das Gesundheitssystem umgeschichtet werden könnte. In beiden Fällen waren es hauptsächlich zwei Politiker/innen (40%), die diese Maßnahmen befürworteten. Außerdem waren zwei Untersuchungspersonen (4,4%) der Ansicht, dass Ausgaben im Gesundheitswesen durch eine Reduzierung der Rüstungs- und Militärausgaben finanziert werden könnten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Interviewten eine Reihe von Vorschlägen machten, wie Mittel im Gesundheitswesen eingespart werden könnten, ohne zwangsläufig Priorisierungsmaßnahmen durchzuführen. So plädierten die Befragten für strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem oder für die Umschichtung von finanziellen Mitteln aus anderen gesellschaftlichen Bereichen in das Gesundheitswesen. In den unterschiedlichen Antworten spiegeln sich die verschiedenen Perspektiven der Stakeholdergruppen wider. Während für die Politiker/innen die *Einführung einer Basisversicherung*, *Verteilung nach Qualitätskriterien*, *Steuerfinanzierung*, *Senkung der Arbeitslosigkeit* im Mittelpunkt ihrer Überlegungen standen, forderten die Pflegekräfte eine

erhöhte Eigenbeteiligung der Patienten. Die Ärzteschaft plädierte ebenfalls für *mehr Eigenbeteiligung* der Patienten/innen und sprach sich ferner für die Einführung einer *Basisversicherung* und die *Verteilung* der finanziellen Mittel im Gesundheitssystem *nach bestimmten Qualitätskriterien* aus. Für die GKV-Mitarbeiter/innen war von vorrangigem Interesse, die Effektivität bzw. Leistung zu erhöhen und sie befürworteten auch die *Verteilung der finanziellen Mittel* im Gesundheitssystem *nach bestimmten Qualitätskriterien*. Für die Gesunden stand die Prävention im Vordergrund. So forderten sie als einzige Gruppe, dass *Vorsorgeuntersuchungen bzw. -maßnahmen verpflichtend* für alle sein sollten. Gegenüber den anderen Stakeholdergruppen machten die interviewten Erkrankten kaum Vorschläge für Einsparungen. Auch dies lässt sich mit dem Grad der potentiellen eigenen Betroffenheit erklären.

3.5 Priorisierung von Personengruppen

Im Folgenden wird nun auf Aspekte der Priorisierung an Hand konkreter Fallbeispiele eingegangen. Zunächst geht es um Priorisierung von Personengruppen. Die Beispiele waren jeweils so konstruiert, dass ausgewählte Kriterien gegeneinander abzuwägen waren. In den ersten drei Szenarien wurden jeweils zwei Personen beschrieben. Dabei waren jeweils in erster Linie die folgenden Kriterien gegeneinander abzuwägen: Lebensqualität und soziale Verantwortung; Alter und Komorbidität, und schließlich Lebensqualität und berufliche soziale Verantwortung. Das vierte Szenario stellt eine konkret beschriebene Person einer anonymen Anzahl von Patienten gegenüber und das letzte Beispiel bezieht sich auf Gesundheitsverhalten. Daneben wurden weitere Angaben zu den Personen gemacht, die von den Befragten in ihrer Priorisierungsentscheidung berücksichtigt werden konnten wie z. B. Alter. Andere Personenmerkmale wie z. B. Geschlecht wurden innerhalb eines Szenarios bewusst konstant gehalten. Allen Befragten wurde versichert, dass es sich um konstruierte Fälle handelt, die in der Realität so nicht vorkommen, und lediglich als Beispiel dienen, Aspekte der Priorisierung aus wissenschaftlicher Sicht zu untersuchen.

3.5.1 Lebensqualität und soziale Verantwortung

Mit dem ersten Beispiel wurde den Untersuchungspersonen eine Beschreibung zweier Patienten vorgelegt, Robert B. und Peter L., die beide Probleme mit ihren Kniegelenken haben. Robert B. ist Hausmann und pflegt als ehemaliger Krankenpfleger seine schwerkranke Frau. Er kann mit Krücken einige 100 Meter weit laufen, könnte durch eine Operation aber vollständig geheilt werden. Peter L. ist Leiter einer Bankfiliale mit 100 Mitarbeitern und wird lebenslänglich auf den Rollstuhl angewiesen sein, kann seiner Tätigkeit als Filialleiter jedoch weiter nachgehen. Eine Operation würde seine Schmerzen lindern. Die Untersuchungspersonen sollten sich nun vorstellen, dass nur eine Operation durchgeführt werden kann, und zwar an Peter L., und dazu Stellung nehmen. Abbildung 1 zeigt die Beschreibung der Patienten, wie sie den Befragten vorgelegt wurde.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Eigenschaften der Patienten	
<u>Robert B.</u>	<u>Peter L.</u>
<ul style="list-style-type: none">• Hausmann und pflegt als ehemaliger Krankenpfleger seine schwerkranke Frau• Kann mit Krücken einige hundert Meter weit laufen• Vollständige Heilung durch eine Operation	<ul style="list-style-type: none">• Leiter einer Bankfiliale• Wird aufgrund von Problemen mit den Kniegelenken lebenslanglich auf den Rollstuhl angewiesen sein• Kann seiner Tätigkeit als Filialleiter weiter nachgehen• Linderung der Schmerzen durch die Operation
Stellen Sie sich vor, nur eine Operation kann durchgeführt werden, und zwar an Peter L. Wie stehen Sie dazu?	

Abbildung 1: Eigenschaften der Patienten im Fallbeispiel 1

Folgende Oberkategorien wurden in das Kategoriensystem integriert: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Gründe für die Ablehnung einer Entscheidung, 3) Kriterien für Robert B., 4) Kriterien gegen Robert B., 5) Kriterien für Peter L., 6) Kriterien gegen Peter L. 7) Zusätzliche Entscheidungskriterien und 8) Abgelehnte Kriterien.

Insgesamt entschieden sich die meisten Befragten für eine Operation bei Robert B. (25 Befragte=55,6%) und nur neun Interviewte für eine Priorisierung von Peter L. (20%). Auffallend viele der befragten GKV-Mitarbeiter/innen (vier Befragte=66,7%) und Politiker/innen (drei Interviewte=60%) lehnten eine schlussendliche Entscheidung zwischen Robert B. und Peter L. ab. Auch ein/e Arzt/Ärztin (14,3%) und eine Pflegekraft (16,7%) weigerten sich, bei diesem Fallbeispiel eine schlussendliche Entscheidung zu treffen. Sechs Interviewte (13,3%) empfanden es als unethisch bzw. ungerecht, sich zwischen den beiden Personen zu entscheiden, und drei Befragte (6,7%) empfanden das Fallbeispiel als unrealistisch.

Als Kriterium zu Gunsten von Robert B. wurde am häufigsten der *therapeutische Nutzen* der Operation angeführt (31 Interviewte=68,9%), und zwar in erster Linie von acht Gesunden (88,9%), neun Erkrankten (75%), sechs Ärzten/innen (85,7%) und vier Politikern/innen (80%) – im Vergleich zu je zwei Pflegekräften und GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%):

„Ja, das wäre eine Operation, die hundertprozentig was gebracht hat. Wenn der vollständig geheilt ist, dann ist das doch eine ganz tolle Sache. (...) dann ist er doch praktisch wieder total einsatzfähig in allem, was er macht. Und kann seine Krücken an die Seite legen, denk ich mal.“ (Gesunde, ID-101)

18 Befragte über alle Stakeholdergruppen hinweg (40%) nannten Robert B.s *soziale Verantwortung* als Priorisierungskriterium. Besonders fünf Pflegekräfte argumentierten häufig mit der *sozialen Verantwortung* von Robert B. (83,3%), und auch fünf Gesunde (55,6%), fünf Erkrankte (41,7%) und drei Vertreter/innen der Ärzteschaft (42,9%) verwiesen auf dieses Kriterium zu Gunsten von Robert B.:

„Also auch wichtig, weil hier geht es nämlich um die Eigenständigkeit. Und der Robert B. pflegt seine Frau. Diese Frau, wenn er sie nicht mehr pflegen kann, würde in eine Einrichtung gehen. Als solches sozusagen leistet er einen Beitrag.“ (Pflegepersonal, ID-110)

Ferner argumentierten zwei erkrankte Personen (16,7%) und zwei Ärzte/innen (28,6%) – nicht dagegen die Mitglieder der anderen Stakeholdergruppen – mit der *Hilfebedürftigkeit* von Robert B.:

„ (...) ich würde es diesem Robert B. geben, weil einfach er weiter davon entfernt ist, sich die Operation selber zu erarbeiten“ (Ärzte, ID-107)

Einige wenige Befragte führten auch die *Kosten*, die Robert B. dem Gesundheitswesen nach einer *Operation ersparen* würde, als Kriterium an (vier Interviewte=8,9%).

Gegen eine Priorisierung von Robert B. wurden nur wenige Argumente geltend gemacht. So sahen sieben Befragte (15,6%) *keine Notwendigkeit* für eine Operation bei Robert B.:

„Weil der andere [Robert B.] ja wenigstens mit Krücken einige 100 Meter weit laufen kann. Und nicht solche Schmerzen hat.“ (Ärzte, ID-111)

Während die *soziale Verantwortung* oftmals von Befragten als ein Kriterium für Robert B. genannt wurde (s. o.), sprachen sich eine gesunde Person (11,1%) und ein/e Erkrankte/r (8,3%) aufgrund seiner mangelnden *sozialen Verantwortung* gegen eine Operation bei Robert B. aus:

„Robert B. kann, unter den Bedingungen (...) seine Frau auch pflegen lassen, (...) er muss sie nicht pflegen (...). Ich weiß eben aus eigener Erfahrung, wie schwer das ist in der Umsetzung, wenn ich das so sage, aber ich sage es dennoch, denn er kann, zum Ort der Pflege seiner Frau kann er gehen, es ist nicht so, dass er also nicht dort sein kann.“ (Gesunde, ID-206)

Außerdem machten eine erkrankte Person (8,3%) und ein/e Arzt/Ärztin (14,3%) die *berufliche Position* von Robert B. als Kriterium gegen ihn geltend, da er nach der Meinung dieser Interviewten als Hausmann weniger erwirtschaftet als Peter L. in seiner Position als Leiter einer Bankfiliale:

„Und dann hat (meine ich) die Wirtschaft Pech gehabt, weil er ja als Hausmann und Pfleger nichts verdient.“ (Ärzte, ID-108)

Das meist genannte Kriterium für eine Operation an Peter L. war die *Schwere seiner Erkrankung* (13 Interviewte=28,9%). Insbesondere drei Ärzte/innen (42,9%) und zwei Politiker/innen (40%) führten diesen Aspekt als Begründung für eine Behandlung von Peter L. an:

„Wenn seine Schmerzen (...) nahezu unerträglich sind, die Schmerzmedikamente ihm so zusetzen, dass er seiner Tätigkeit nicht mehr nachkommen kann, auch wegen der Schmerzmedikamente, dann würde ich ihm den Vorzug geben, weil ich Schmerzlinderung dann schon auch noch mal in Führungsstrichen wichtiger finde.“ (Ärzte, ID-111)

Ferner argumentierten zehn Befragte (22,2%) aufgrund seiner *beruflichen Situation* als Leiter einer Bankfiliale für eine Operation bei Peter L.:

„Weil ich immer denke, es ist gut Schmerzen zu lindern bei einem Patienten, der dann auch seiner Tätigkeit nachgehen kann, und ok, für viele 100 Mitarbeiter noch Filialleiter sein kann“ (Ärzte, ID-111)

Im Gegensatz zu allen anderen Stakeholdergruppen nannten die Pflegekräfte diesen Aspekt jedoch nicht.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Während neun Interviewte (20%) das Kriterium *Therapeutischer Nutzen* als Argument für eine Operation bei Peter L. vorbrachten, argumentierten zwölf Befragte (26,7%) mit eben diesem Kriterium gegen eine solche Operation. Besonders vier Gesunde (44,4%) und drei Ärzte/innen (42,9%) waren der Meinung, dass der *therapeutische Nutzen* einer Operation an Peter L. gering sei:

„Also der eine, der ist lebenslang auf den Rollstuhl angewiesen und durch die Operation könnte er weniger Schmerzen haben, aber müsste trotzdem im Rollstuhl sitzen“ (Gesunde, ID-302)

Die Entscheidung gegen Peter L. begründeten die Interviewten am häufigsten (16 Befragte=35,6%) mit der *fehlenden Notwendigkeit* einer solchen Operation:

„Und dieser Mann, der hat ja eine ganz wichtige Aufgabe, der er nachgehen kann. Er ist zwar behindert, muss im Rollstuhl sitzen, aber im Vergleich zu dem anderen da hat er immer noch ein ausgefülltes Leben.“ (Erkrankte, ID-103)

Insbesondere die Angehörigen der medizinischen Versorgung (sechs Ärzte/innen=85,7%; drei Pflegekräfte=50%), aber auch die Vertreter der Allgemeinbevölkerung (drei Gesunde=33,3%; drei Erkrankte=25%; ein/e Politiker/in=20%) waren dieser Auffassung, während GKV-Mitarbeiter/innen den Aspekt der *fehlenden Notwendigkeit* nicht nannten.

Vier Befragte (8,9%) gaben an, dass sie zusätzliche Informationen benötigten, um sich zwischen Peter L. und Robert B. entscheiden zu können, und zwar Auskünfte zur aktuellen oder nach einer Operation zu erwartenden *Lebensqualität* und zu seinem *Alter*. Außerdem meinte ein/e Interviewte/r (2,2%), dass in diesem Fall eine *persönliche Beziehung* zu einer Person auch ausschlaggebend sei. Wenn er/sie die im Beispiel dargestellten Patienten kennen würde, hätte dies auch einen Einfluss auf die Entscheidung.

Ferner sprachen sich acht Untersuchungspersonen (17,8%) explizit dagegen aus, den *sozialen Status* der Personen im Fallbeispiel in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Besonders drei Politiker/innen (60%) lehnten es ab, den *sozialen Status* der Personen als Priorisierungskriterium bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen:

„Egal wie nützlich er ist für die Gesellschaft. (...) das sind zwei völlig-, Dinge, die sind vielleicht für einen einzelnen Kostenträger heutzutage interessant, aber nicht jetzt für jemanden, der politisch verantwortlich hat. Und auch nicht vor (...) unserer Verfassung. Und die sind also, die sind beide nützlich. (Politiker, ID-211)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Befragten mehrheitlich für Robert B. entschieden. Jedoch fiel es besonders den Gruppen der GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen schwer, sich in diesem Fallbeispiel zu entscheiden.

In erster Linie waren medizinische Kriterien, wie *therapeutischer Nutzen*, *Schwere der Erkrankung* oder *Notwendigkeit* einer Operation ausschlaggebend für die Entscheidung für bzw. gegen eine Operation bei Robert B. oder Peter L. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Kriterien *therapeutischer Nutzen*, *soziale Verantwortung*, *Notwendigkeit* einer Operation unterschiedlich von den Befragten gehandhabt und bei der Entscheidungsfindung geltend gemacht wurden. Die *berufliche Position* erwies sich ebenfalls als konfliktträchtig, da einige Untersuchungspersonen dieses Kriterium für ihre Entscheidung nannten, während andere es ausdrücklich ablehnten, die *berufliche Position* bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen.

Die unterschiedliche Gewichtung der Priorisierungskriterien von den verschiedenen Stakeholdergruppen unterstreicht ihre diversen Perspektiven. Während die Pflegekräfte häufig mit der *sozialen Verantwortung* argumentierten, zogen einige der anderen Stakeholdergruppen auch die *berufliche Position* der im Fallbeispiel dargestellten Personen bei ihrer Entscheidungsfindung heran; die Politiker/innen lehnten eine Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes bei ihrer Entscheidungsfindung dagegen gerade ab. Für Erkrankte und Ärzte/innen war außerdem das Kriterium der *Hilfebedürftigkeit* wichtig. Ferner argumentierte das medizinische Personal häufiger mit der *Notwendigkeit* einer Operation. Im Gegensatz zu den anderen Stakeholdergruppen war für die GKV-Mitarbeiter/innen und Pflegekräfte das Kriterium *therapeutischer Nutzen* nicht so bedeutend.

3.5.2 Alter und Komorbidität

Im Rahmen des nächsten Fallbeispiels wurde den Befragten eine Beschreibung der Patientinnen Laura K. und Erna M. vorgelegt, die beide an chronischen Rückenschmerzen leiden. Laura K. ist 41 Jahre alt, berufstätig und bis auf die Rückenschmerzen gesund. Erna M. ist 58 Jahre alt, berufstätig und leidet zusätzlich zu den Rückenschmerzen noch unter Asthma. Beide Patientinnen beantragen eine Rehabilitationsmaßnahme für den Rücken in Form einer Kur. Die Befragten sollen sich nun vorstellen, dass nur Laura K. einen Platz bekommen hat, und dazu Stellung nehmen, ob sie sich auch für diese Patientin entschieden hätten. Die Patientinnen wurden stichpunktartig beschrieben und den Befragten, wie in Abbildung 2 gezeigt, vorgelegt.

Eigenschaften der Patientinnen	
Laura K.	Erna M.
<ul style="list-style-type: none">• 41 Jahre alt• Berufstätig• Leidet unter chronischen Rückenschmerzen, ansonsten gesund	<ul style="list-style-type: none">• 58 Jahre alt• Berufstätig• Leidet unter chronischen Rückenschmerzen und Asthma
Zwei Patientinnen beantragen eine Rehabilitationsmaßnahme für den Rücken in Form einer Kur. Laura K. hat einen Platz bekommen, Erna M. nicht. Hätten Sie auch so entschieden?	

Abbildung 2: Eigenschaften der Patientinnen im Fallbeispiel 2

Es wurden folgende Oberkategorien in das Kategoriensystem integriert: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Gründe für die Ablehnung einer Entscheidung, 3) Kriterien für Laura K., 4) Kriterien gegen Laura K., 5) Kriterien für Erna M., 6) Kriterien gegen Erna M., 7) Zusätzliche Entscheidungskriterien und 8) Abgelehnte Entscheidungskriterien.

21 Befragte (46,7%) entschieden sich dafür, Erna M. die Kur zuzusprechen; 17 Interviewte (37,8%) waren dagegen der Ansicht, dass Laura K. die Kur erhalten sollte. Für Erna M. sprachen sich insbesondere acht Erkrankte (66,7%) und drei Politiker/innen (60%) aus; für Laura K. entschieden sich dagegen vor allem die Angehörigen medizinischer Berufe, also fünf Ärztinnen und Ärzte (71,4%) und vier Pflegekräfte (66,7%). Zwei Gesunde und zwei Politiker/innen trafen bei diesem Fallbeispiel keine schlussendliche Entscheidung. Als Grund für die Ablehnung einer Entscheidung führten zwei der Interviewten an, dass sie eine solche Entscheidung als unethisch bzw. ungerecht empfänden.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Als Hauptargument für Erna M. wurde ihre *Komorbidität* genannt, also das Zusammentreffen verschiedener Krankheitsbilder (22 Befragte=48,9%):

„Wer hat hier sozusagen heftiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leiden? Und da finde ich, da ist das schon erheblich, dass hier einer nicht nur Rückenschmerzen, sondern zusätzlich auch noch Asthmatikerin ist.“ (Erkrankte, ID-209)

Insbesondere vier Politiker/innen (80%), sieben Erkrankte (58,3%) und fünf Gesunde (55,6%) bezogen dieses Kriterium in ihre Entscheidungsfindung für Erna M. mit ein, während nur wenige Befragte aus den Stakeholdergruppen der Ärzte/innen, Pflegekräfte und Mitarbeiter/innen der GKV auf dieses Priorisierungskriterium verwiesen.

Für eine Priorisierung von Erna M. wurde am zweithäufigsten ihre *Asthmaerkrankung* (20%) geltend gemacht, unabhängig davon, dass es sich dabei um eine zweite Erkrankung handelte:

„Das ist für die Erna M., da sie auch Asthmatikerin ist natürlich sehr, sehr schwierig. Also, jetzt ins Fitnessstudio zu gehen und, und, und. Also, das ist für die sehr schwierig.“ (Erkrankte, ID-102)

Dieses Kriterium wurde jedoch nicht von den Politikern/innen erwähnt.

Als weitere Kriterien für Erna M. verwiesen Angehörige einzelner Stakeholdergruppen auch auf deren *längere vergangene Berufstätigkeit* (ein/e Gesunde/r (11,1%); zwei Erkrankte (16,7%); ein/e Arzt/Ärztin) sowie ihr höheres *Alter* (zwei Erkrankte (16,7%); ein/e Arzt/Ärztin; ein/e Politiker/in). Vereinzelt argumentierten die Untersuchungspersonen auch mit der *Verbesserung der Lebensqualität* durch eine Kur (zwei Befragte=4,4%), die zukünftige *Kostenersparnis* für das Gesundheitswesen (zwei Interviewte=4,4%) und die Möglichkeit, die *Berufsfähigkeit zu erhalten* (zwei Befragte=4,4%) für Erna M.

Gegen eine Kur von Erna M. wurden über alle Stakeholdergruppen hinweg weniger Argumente vorgebracht. So wiesen zwölf Befragte (26,7%) auf den *baldigen Ruhestand* der Erna M. hin (insbesondere vier Ärzte/innen (57,1%); drei Pflegekräfte (50%), nicht dagegen Politiker/innen):

„Sie hat keine sehr große Spanne mehr vor sich, dass sie dann in Rente gehen kann. Also, das würde ich empfehlen, dass sie das auch mal prüft.“ (Pflegepersonal, ID-106)

Einige wenige Personen aus den Gruppen der Gesunden (zwei Personen=22,2%), Erkrankten (ein/e Interviewte/r=8,3%), Mitarbeiter/innen der GKV (ein/e Befragte=16,7%), aber vorrangig der Ärzteschaft (drei Ärzte/innen=42,9%) argumentierten gegen Erna M. aufgrund ihrer *Komorbidität*:

„Das heißt die Anwendungsmöglichkeiten wären bei der Erna M. durch das Asthma eingeschränkt.“ (Ärzte, ID-205)

Auf dieses Argument gegen Erna M. wurde jedoch nicht von den Pflegekräften und Politikern/innen verwiesen.

Als weiteres Kriterium gegen Erna M. wurde ihr im Vergleich zu Laura K. *höheres Alter* genannt (sechs Befragte=13,3%), das andere Teilnehmer/innen gerade als Argument für Erna M. angeführt hatten (s. o.):

„Erna M. ist 58 Jahre alt und hat chronische Rückenschmerzen, die sie wahrscheinlich schon ganz, ganz lange hat. Vielleicht 20 Jahre oder so. Und sie hat wahrscheinlich in den 20 Jahren da schon einiges gehabt und gemacht und für ihren Rücken getan. Also, davon gehe ich einfach mal aus, denn chronische Rückenschmerzen treten nicht mit 58 auf, sondern sehr viel früher.“ (Pflegepersonal, ID-106)

Gesunde Personen, Mitarbeiter/innen der GKV und Politiker/innen nannten dieses Argument gegen Erna M. jedoch nicht.

Als häufigstes Argument dafür, Laura K. die Kur zuzusprechen, nannten 18 Befragte aus allen Stakeholdergruppen außer den Politikern/innen die *längere zukünftige Berufstätigkeit* von Laura K. (40%). Auch fünf Ärzte/innen (71,4%) führten dies als Kriterium für ihre Entscheidung zugunsten von Laura K. an:

„Sie wird durch die chronischen Rückenschmerzen super viele Schmerzmedikamente brauchen, super viele Ärzte aufsuchen und super oft im Job fehlen. Das heißt sie ist 41, wenn es ihr danach besser geht, kann sie noch gut und gerne ihre 24 Jahre arbeiten und viel Geld erwirtschaften“ (Ärzte, ID-108)

Weiterhin brachten drei Gesunde (33,3%), drei Erkrankte (25%), zwei Ärzte/innen (28,6%) und zwei Pfleger/innen (33,3%) – nicht dagegen die Politiker/innen und die Vertreter/innen der Krankenkassen – das geringere *Alter* von Laura K. im Vergleich zu Erna M. als Argument für eine Priorisierung von Laura K. vor:

„Dann hätte ich trotzdem gesagt, dass es die 41-Jährige bekommt. Also in dem Fall würde ich es jetzt wirklich komplett aufs halt Alter beziehen.“ (Gesunde, ID-109)

Fünf Untersuchungspersonen (11,1%) argumentierten mit dem Verweis auf den höheren *therapeutischen Nutzen* einer solchen Maßnahme bei Laura K. dafür, ihr die Kur zuzusprechen. Dabei schien drei interviewten Ärzten/innen dieses Kriterium besonders wichtig (42,9%), während die befragten Erkrankten, Mitarbeiter/innen der GKV und Politiker/innen dieses Argument für Laura K. nicht nannten:

„Muss ja auch ein bisschen Aussichten haben, dass so eine Kur was bringt. Und ich denke mal mit einer 41jährigen, die sonst gesund ist, würde so eine Kur mit Garantie, doch 90 Prozent schon was bringen.“ (Pflegepersonal, ID-201)

Ferner sprachen sich vier interviewte Personen mit der Begründung für Laura K. aus, dass eine Kur bei ihr eine *Frührente verhindern* würde (8,9%).

Gegen Laura K. wurden drei Argumente vorgebracht. So verwiesen zwei Gesunde (22,2%), zwei Erkrankte (16,7%), zwei Ärzte/innen (28,6%) und zwei Politiker/innen (40%) auf *alternative Behandlungsmöglichkeiten*:

„Und zwar aus dem Grunde, weil die andere ist jünger, von der kann man auch, weil sie keine Zusatzerkrankungen hat, eher erwarten, dass sie auch aus eigener Kraft, äh, in etwa eine Maßnahme, sozusagen, für sich organisiert, sozusagen durch sportliche Betätigung, die im Grunde einer Rehabilitationsmaßnahme vielleicht zumindest ähnlich wird“ (Politiker, ID- 305)

Ein/e Erkrankte/r (8,3%) nannte die *längere zukünftige Berufstätigkeit* und die *fehlende Komorbidität* bei Laura K. als Posteriorisierungskriterien. Auffälligerweise brachten Vertreter/innen der GKV und Pflegekräfte keine Kriterien gegen Laura K. vor.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Drei Untersuchungspersonen (6,7%) wünschten sich weiterhin mehr Informationen über die *Art der Erkrankung* der beiden Personen im Fallbeispiel und über die *Erfolgsaussicht* einer Kur, um eine Entscheidung zu fällen.

Während die Mehrzahl der Befragten das *Alter*, die *längere zukünftige Berufstätigkeit* und die *Komorbidität* als Entscheidungskriterien für oder gegen Laura K. bzw. Erna M. heranzogen, wurden diese Kriterien von einigen Befragten auch ausdrücklich abgelehnt. So sprachen sich fünf Befragte (11,1%) dagegen aus, das *Alter* in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen, Drei Interviewte (6,7%) lehnten es ab, die *längere Berufstätigkeit* bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen, und zwei Befragte (4,4%) wollten die *Komorbidität* nicht als Argument einbeziehen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich mehr Befragte für Erna M. als für Laura K. aussprachen. Jedoch ergab sich keine deutliche Mehrheit. Als Hauptgründe für die Priorisierung von Erna M. wurden medizinische Aspekte, wie ihre *Komorbidität* und *Asthmaerkrankung* genannt. Bei der Entscheidung zu Gunsten einer Kur für Laura K. waren dagegen soziodemographische Kriterien, wie die *längere zukünftige Berufstätigkeit* und das *Alter* ausschlaggebend. Auffallend ist dabei, dass die Angehörigen der Allgemeinbevölkerung und die Repräsentanten/innen aus dem medizinischen Bereich zu unterschiedlichen schlussendlichen Entscheidungen gelangten: Befragte aus der Allgemeinbevölkerung entschieden sich schlussendlich für eine Priorisierung von Erna M. (vier Gesunde=44,4%; acht Erkrankte=66,7%; zwei GKV-Mitarbeiter/innen=33,3%; drei Politiker/innen=60%), die Angehörigen des medizinischen Bereichs dagegen für Laura K. (fünf Ärzte/innen=71,4%; vier Pflegekräfte=66,7%). Während sich die Repräsentanten/innen der Allgemeinbevölkerung für Erna M. aufgrund ihrer *Komorbidität* entschieden (fünf Gesunde=55,6%; sieben Erkrankte=58,3%; zwei GKV-Mitarbeiter/innen=33,3%; vier Politiker/innen=80%), war für die Angehörigen des medizinischen Systems die *Länge der zukünftigen Berufstätigkeit* von Laura K. wichtiger (fünf Ärzte/innen=71,4%; drei Pflegekräfte=50%).

Ferner wurde besonders das *Alter* in diesem Fallbeispiel kontrovers verwendet, aber auch die Kriterien *längere zukünftige Berufstätigkeit* und *Komorbidität* wurden von den Befragten als Argumente für oder gegen Erna M. bzw. Laura K. verwendet oder bewusst abgelehnt. Weiterhin wurden einige Priorisierungskriterien von bestimmten Stakeholdergruppen nicht genannt. Für GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen spielte die *längere zukünftige/vergangene Berufstätigkeit* kaum eine Rolle. Während die Ärzte/innen die *Kostenersparnis* für das Gesundheitswesen als Argument verwendeten, nannten es Gesunde, Erkrankte, Pflegekräfte, GKV-Mitarbeitern/innen und Politikern/innen nicht. Ferner verwiesen die Erkrankten, GKV-Mitarbeitern/innen und Politikern/innen nicht auf den *therapeutische Nutzen*. Weiterhin brachten Politiker/innen auffälligerweise keine Argumente gegen Erna M. und für Laura K. vor, und Vertreter/innen der GKV und Pflegekräfte nannten keine Kriterien gegen Laura K..

3.5.3 Lebensqualität vs. berufliche soziale Verantwortung

In einem nächsten Fallbeispiel stehen sich zwei Patienten gegenüber, Stephan G. und Martin F., die beide so schnell wie möglich operiert werden müssten, um einem Herzinfarkt vorzubeugen. Stephan G. ist ein leitender Computerspezialist mit 2000 Mitarbeitern. Sowohl in seinem Beruf als auch in seiner Freizeit bewegt er sich kaum. Dies führte zur Übergewichtigkeit und zu einer Erkrankung des Herzens. Martin F. jobbt als Fahrradkurier. Auch in seiner Freizeit ist er leidenschaftlicher Sportler und legt sehr viel Wert auf gesunde Ernährung. Erblisch bedingt leidet er auch an einer Herzerkrankung. Die Befragten sollten sich nun vorstellen, dass nur Stephan G. operiert werden kann, und dazu Stellung nehmen, ob sie

sich auch für diesen Patienten entschieden hätten. Die Patienten wurden stichpunktartig beschrieben und den Befragten, wie in Abbildung 3 gezeigt, vorgelegt.

Eigenschaften der Patienten	
<u>Stephan G.</u>	<u>Martin F.</u>
<ul style="list-style-type: none">• Leitender Computerspezialist mit 2000 Mitarbeitern• Bewegt sich kaum• Ernährt sich überwiegend von Fast Food• Übergewichtig und dadurch bedingte Erkrankung des Herzens mit dem Risiko eines Herzinfarktes	<ul style="list-style-type: none">• Jobbt als Fahrradkurier• Leidenschaftlicher Sportler• Legt sehr viel Wert auf gesunde Ernährung• Erblich bedingte Erkrankung des Herzens mit dem Risiko eines Herzinfarktes
Beide Männer müssen so schnell wie möglich operiert werden, um einem Herzinfarkt vorzubeugen. Stellen Sie sich vor, nur einer kann operiert werden. Stephan G. wird operiert. Wie stehen Sie zu der Entscheidung?	

Abbildung 3: Eigenschaften der Patienten im Fallbeispiel 3

Es wurden folgende Oberkategorien erstellt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Gründe für die Ablehnung einer Entscheidung 3) Kriterien zu Gunsten von Martin F., 4) Kriterien gegen Martin F., 5) Kriterien zu Gunsten von Stephan G., 6) Kriterien gegen Stephan G., 7) Zusätzliche Entscheidungskriterien sowie 8) Abgelehnte Entscheidungskriterien.

In diesem Fallbeispiel fiel die schlussendliche Entscheidung recht deutlich aus: Insgesamt entschieden sich die meisten Untersuchungspersonen für eine Operation bei Martin F. (25 Interviewte=55,6%) und nur vier Befragte (8,9%) für eine Priorisierung von Stephan G.. Besonders sechs Ärzte/innen (85,7%), sechs Gesunde (66,7%) und sieben Erkrankte (58,3%) sprachen sich für eine Operation bei Martin F. aus. Eine gesunde Person (11,1%), ein/e GKV-Mitarbeiter/in (16,7%), zwei Erkrankte (16,7%), und sogar drei Pflegekräfte (50%) und drei Politiker/innen (60%) trafen in diesem Fall keine schlussendliche Entscheidung. Als Gründe für die Ablehnung einer Entscheidung nannten vier Befragte (8,9%), dass eine Entscheidung unethisch/ungerecht sei und eine Person (2,2%) war der Auffassung, dass dieses Fallbeispiel ein unrealistisches Szenario darstellt.

Als Hauptargument für eine Operation an Martin F. wurde seine *gesunde Lebensweise* (22 Interviewte=48,9%) genannt. Dieses Priorisierungskriterium erschien fünf Ärzten/innen (71,4%), sieben Erkrankten (58,3%), und drei Pflegekräften (50%) besonders wichtig:

„Ich denke, wenn so ein junger leidenschaftlicher Sportler, der sich gesund ernährt, so eine Operation braucht, dann ist es bei ihm auch wirklich, ist es am Limit angekommen und da, da hilft auch nichts anderes mehr, von daher würde ich den als erstes operieren“ (Pflegepersonal, ID-301)

Das zweithäufigst genannte Kriterium zu Gunsten einer Operation an Martin F. war der Hinweis darauf, dass seine Erkrankung *unverschuldet* ist (21 Interviewte=46,7%). Besonders für fünf Ärzte/innen (71,4%) und sechs gesunde Personen (66,7%) spielte dieses Argument eine wichtige Rolle bei der Entscheidungsfindung:

„Ich denke, es ist erblich bedingt. Er tut eine Menge für sich. (...) Ich denke, wenn jemand sich so einsetzt für seine Gesundheit und trotzdem krank wird, dann hat das ja auch etwas Tragisches und dann würde ich ihm den Vorzug geben.“ (Ärzte, ID-111)

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Acht Befragte (17,8%) aus den Stakeholdergruppen der Gesunden, Erkrankten, Ärzten/innen und Pflegekräfte waren außerdem der Ansicht, dass eine Operation bei Martin F. *erfolgreicher* wäre als bei Stephan G.:

„(...) von wem kann ich eigentlich nach der Operation erwarten, dass er sich seiner Erkrankung entsprechend verhält? (...) Aber wenn man das unter diesem Blickwinkel ganz ausschließlich sieht, dann würde ich sagen, dann hätte Herr F. als gesund lebender, sportlicher Mensch wahrscheinlich größere Chancen, bei mir operiert zu werden. Das ist jetzt nicht mehr nur so, weil er hier so als Sympathieträger erscheint, sondern das hat eben den Grund, (...) kann ich erwarten, dass diese Maßnahme auch wirklich eine Entsprechung im Verhalten des Patienten erfährt, denn - ... Ja, oder auch das Risiko, was zur Sekundärerkrankung kleiner ist, dass er also wieder vor der Tür steht und entsprechend andere Ressourcen verbraucht.“ (Ärzte, ID-117)

Dagegen waren vier Untersuchungspersonen (8,9%) jedoch der Meinung, dass eine Operation bei ihm *weniger erfolgreich* wäre als bei Stephan G., und führten dies gerade als Grund gegen eine Operation bei Martin F. an. Zwei Befragte (4,4%) waren der Ansicht, dass Martin F. zu intensiv Sport getrieben und somit sein Herzinfarktisiko gesteigert habe, und nannten dies als Grund gegen eine Operation bei ihm.

In Übereinstimmung mit der mehrheitlichen Entscheidung für eine Operation bei Martin F. wurden insgesamt weniger Gründe für eine Operation an Stephan G. genannt. Acht Befragte (17,8%) verwiesen auf Stephan G.s *berufliche Position* als Priorisierungskriterium:

„Na ja, also ich meine, das ist natürlich irgendwie schon ziemlich heftig, ja. Wenn dieser Typ ausfällt, ein Unternehmen mit 2.000 Mitarbeitern, Computerspezialist.“ (Pflegepersonal, ID-110)

Besonders fünf gesunde Personen (55,5%) und zwei Pflegekräfte (33,3%) argumentierten mit diesem Kriterium für eine Operation an Stephan G., während die Ärzte/innen, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen diesen Aspekt nicht erwähnten.

Weiterhin plädierten ein/e Gesunde/r (11,1%) und ein/e Erkrankte/r (8,3%) für eine Priorisierung von Stephan G., weil er die Möglichkeit habe, sein Krankheitsrisiko zu *kontrollieren*, also zu senken, indem er seinen Lebensstil ändert:

„Er kann sich ändern, indem er seine Ernährung umstellt und ein bisschen mehr Sport treibt. Könnte sein Risiko also senken.“ (Erkrankte, ID-215)

Ferner argumentierte ein/e Patient/in (8,3%) für eine Operation an Stephan G. aufgrund seiner *unverschuldeten Erkrankung* und *Bedürftigkeit* als Übergewichtiger und damit Gesundheitsgefährdeter.

Das meistgenannte Kriterium gegen eine Operation bei Stephan G. war das *Selbstverschulden* seiner Erkrankung (22 Befragte=48,9%). Dieses Argument wurde besonders von sieben Gesunden (77,8%) und vier Pflegekräften (66,7%) verwendet (während Politiker/innen dieses Argument nicht nannten):

„Der Stephan G, der hat das sich ja fast selber zuzuschreiben. Mit dem Bewegen - Gut, aber allein schon auch das Ernähren! Das müsste ja - ein leitender Computerspezialist ist ja kein dummer Mensch - er eigentlich vom Verstand her schon wissen, dass das alles nicht gut ist für ihn.“ (Gesunde, ID-101)

Simone Heil et al.

Ferner sprachen sich zehn Befragte (22,2%) mit der Begründung gegen eine Operation bei Stephan G. aus, dass er selbst *aktiv sein Herzinfarktrisiko minimieren* könne, indem er auf seine Ernährung achtet:

„Also ich weiß jetzt nicht, warum Stefan G. eher operiert ist, vielleicht war das Risiko bei ihm noch höher, ansonsten hätte ich gesagt: ‚Nimm mal erstmal ein bisschen ab und beweg dich ein bisschen.‘ Vielleicht wird es dann ja auch von alleine besser oder wenigstens ein bisschen besser.“ (Pflegepersonal, ID-301)

Außerdem machten auch zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%), zwei Ärzte/innen (28,6%), ein/e Gesunde/r (11,1%) und ein/e Erkrankte/r (8,3%) die *geringe Erfolgsaussicht* einer Operation bei Stephan G. als Argument gegen ihn geltend:

„Also sie könnten natürlich sich verbessern. Aber das Problem ist ja, er hat ja Übergewicht. Und das wird er nicht erst seit drei Tagen haben, sondern das wird er schon seit einem längeren Zeitpunkt haben. Und wenn es schon so weit kommt, dass er ein Risiko hat, das heißt die ganzen Gefäße werden kaputt sein. Und auch wenn man seinen Lebenswandel macht, hat man immer noch ein erhöhtes Risiko. Man wird weiterhin seinen Bluthochdruck garantiert haben und er wird weiterhin seine Fettstoffwechselstörung haben, so dass selbst eine Operation nicht viel verbessern würde.“ (Ärzte, ID-108)

Dieses Posteriorisierungskriterium wurde von den befragten Pflegekräften und Politikern/innen nicht erwähnt.

Eine gesunde Person (11,1%) begründete ihre Entscheidung gegen Stephan G. zudem damit, dass er seine Operation aufgrund seines *hohen Einkommens* selbst bezahlen könne:

„Der eine verdient wer weiß was und der andere nichts. Ja, dann kann ja dieser seine Operation selber bezahlen.“ (Gesunde, ID-104)

Als zusätzliche Kriterien für eine Entscheidung zwischen Martin F. und Stephan G. wünschten sich sieben Befragte (15,6%) mehr Informationen über die *Art der Erkrankung*:

„Da würde ich, (...) das natürlich ein bisschen davon abhängig machen, welche ererbte Erkrankung des Herzens es ist. Da gibt es nämlich durchaus auch welche, die man durch- wo man eigentlich durch Operationen eigentlich auch nicht viel erreicht, und insofern sich da so eine Operation vielleicht sogar überflüssig ist. Insofern kann man das nicht, nicht ganz 100%ig beantworten“ (Politiker, ID-305)

Weitere fünf Untersuchungspersonen (11,1%) baten um nähere Angaben zur *Prognose* der im Fallbeispiel dargestellten Personen:

„(...) ich bin kein Mediziner, deshalb kann ich es leider an dieser Stelle nicht besser begründen, aber ich würde mich ungern zwischen diesen beiden wirklich entscheiden wollen. Ich würde mir einen Mediziner hinzuholen in diesem Fall und fragen: ‚Für wen kann ich hier jetzt mehr rausholen? (...)Wie setze ich meine Leistung, die ich einmal zur Verfügung habe, am effektivsten ein?‘“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-311)

Ferner wünschten sich zwei Pflegekräfte (33,3%) und eine erkrankte Person (8,3%) Informationen über das *Alter* von Martin F. und Stephan G., um eine Entscheidung zu fällen:

„(...) wir haben da kein Alter von den Zweien. Wenn man Martin auch als Fahrradkurier jobbt ist er vielleicht 22, studiert vielleicht und würde vielleicht in

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

fünf Jahren oder in zehn Jahren genauso gut sein und 2.000 Mitarbeiter unter sich haben.“ (Pflegepersonal, ID-307)

Während die *berufliche Position* des Stephan G. für acht Befragte (17,8%) eine Rolle bei der Entscheidungsfindung spielte, lehnten elf Untersuchungspersonen (24,4%) dieses Kriterium explizit ab. Insbesondere drei Pflegekräfte (50%), drei gesunde Personen (33,3%) und zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) weigerten sich, diesen Aspekt in ihre Entscheidung mit einzubeziehen:

„Aber wenn es halt nur ein leitender Computerspezialist ist, in einem Unternehmen, in nicht seinem Unternehmen, (...) dann wird dann halt jemand anders in diese Position gesetzt und das weiß ja jeder: Jeder ist ersetzlich, in irgendeiner Art und Weise. Das ist egal.“ (Gesunde, ID-109)

Im Gegensatz zu den 22 Befragten (48,9%), die die *ungesunde Lebensweise* von Stephan G. als Argument gegen ihn verwendeten, sprachen sich sieben Interviewte (15,6%) explizit dagegen aus, dieses Posteriorisierungskriterium in ihrer Entscheidung zu berücksichtigen:

„Aber wenn der Patient vor einem steht, mit seiner schweren Angina pectoris, und ich untersuche den und stelle fest, er hat jetzt einen Krampfgefäßverschluss, dann schicke ich den natürlich ins nächstliegende, interventionelle Haus oder herzchirurgische Abteilung, damit der sofort behandelt wird. Dann kann man diese Frage nicht stellen, bewegt sich kaum und ernährt sich überwiegend von Fastfood, also den nehme ich nicht.“ (Ärzte, ID-117)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Befragten mehrheitlich für Martin F. aussprachen. Jedoch fiel es besonders den interviewten Pflegekräften und Politiker/innen schwer, in diesem Fallbeispiel eine Entscheidung zu treffen. In erster Linie wurden verhaltensbezogene Merkmale, wie *gesunde Lebensweise* und *Selbstverschuldung* für die Entscheidungsfindung herangezogen. Für das medizinische Personal und die Erkrankten war die gesunde Lebensweise besonders wichtig. Das medizinische Kriterium der *Erfolgsaussicht* dagegen spielte nur eine zweitrangige Rolle bei den Entscheidungen und wurde unterschiedlich von den Befragten gehandhabt. Während acht Untersuchungspersonen (17,8%) Martin F. eine bessere *Prognose* bescheinigten, stellten vier Interviewte (8,9%) dies in Frage und waren der Meinung, dass Stephan G. eine bessere *Erfolgsaussicht* habe.

Das Kriterium der *beruflichen Position* erwies sich als konfliktträchtig, da es sowohl von acht Befragten (17,8%) als Argument zu Gunsten einer Operation bei Stephan G. herangezogen als auch von elf Interviewten (24,4%) explizit abgelehnt wurde. Auch der Aspekt der *Selbstverschuldung* birgt hohes Konfliktpotenzial, da er von 22 Befragten (48,9%) als Argument gegen eine Behandlung von Stephan G. verwendet wurde, von zwei Interviewten (4,4%) als Aspekt gegen eine Behandlung von Martin F. genannt wurde, aber von sieben Untersuchungspersonen (15,6%) als Posteriorisierungskriterium explizit abgelehnt wurde.

Ferner argumentierten die Politiker/innen im Gegensatz zu den anderen Stakeholdergruppen nicht mit dem *Selbstverschulden* gegen eine Operation an Stephan G. Auffälligerweise nannten die befragten Ärzte/innen, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen keine Kriterien zu Gunsten von Stephan G.

3.5.4 Konkretes und statistisches Leben

In einem weiteren Fallbeispiel wurde eine konkret beschriebene Patientin, Anna G., 100 anonymen Patienten gegenüber gestellt: Anna G. ist 38 Jahre alt, sie lebt in einer mittleren

Kleinstadt, ist von Beruf Gärtnerin und ist Mutter von zwei kleinen Kindern. Sie leidet unter Krebs. Ihre Prognose ist äußerst schlecht, aber durch sehr teure Medikamente bestünde eine sehr gute Möglichkeit, dass ihre Lebenszeit um sechs Monate verlängert würde. Anstelle von Anna G. könnten für den gleichen Betrag 100 an einer anderen Krebsart erkrankte Patienten behandelt werden, deren Lebenszeit dann mit einer von 50 Prozent auf 75 Prozent erhöhten Wahrscheinlichkeit voraussichtlich auch um sechs Monate verlängert würde. Die Befragten wurden gebeten sich zu entscheiden, ob Anna G. oder die anderen 100 Patienten therapiert werden sollen. Abbildung 4 zeigt die Beschreibung der Situation.

Eigenschaften der Patienten	
<u>Anna G.</u>	<u>100 andere Patienten</u>
<ul style="list-style-type: none">• 38 Jahre alt• Lebt in einer mittleren Kleinstadt, Gärtnerin, Mutter von zwei kleinen Kindern• Leidet unter Krebs• Sehr gute Möglichkeit, dass durch sehr teure Medikamente ihre Lebenszeit um sechs Monate verlängert wird	<ul style="list-style-type: none">• 100 an einer anderen Krebsart erkrankte Patienten• Könnten alle zusammen für den gleichen Betrag behandelt werden• Lebenszeit könnte mit einer von 50% auf 75% erhöhten Wahrscheinlichkeit um sechs Monate verlängert werden.
Stellen Sie sich vor, Sie müssten die Entscheidung treffen ob Anna G. oder die anderen 100 Patienten therapiert werden sollen. Wofür würden Sie sich entscheiden?	

Abbildung 4: Eigenschaften der Patienten im Fallbeispiel 4

Es wurden folgende Oberkategorien entwickelt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Gründe für die Ablehnung einer Entscheidung, 3) Kriterien für die 100 anderen Patienten, 4) Kriterien gegen die 100 anderen Patienten, 5) Kriterien für Anna G., 6) Kriterien gegen Anna G., 7) Zusätzliche Entscheidungskriterien, 8) Abgelehnte Kriterien.

In diesem Fallbeispiel befürwortete die Mehrheit (28 Interviewte=62,2%) die Behandlung der 100 ‚abstrakten‘ Personen. Insbesondere zehn Erkrankte (83,3%), sieben Gesunde (77,8%) und vier Ärzte/innen (57,1%) entschieden sich eindeutig für die Behandlung der 100 anonymen Patienten. Nur drei Untersuchungspersonen (6,7%) bevorzugten die Therapie von Anna G.. Auffallend ist dabei, dass sich zwei der interviewten Pflegekräfte (33,3%) für Anna G. entschieden. Zehn Befragte (22,2%) fühlten sich nicht in der Lage, eine schlussendliche Entscheidung zwischen den anonymen 100 Patienten und dem Einzelschicksal der Anna G. zu treffen. Fünf befragte Personen (11,1%) empfanden eine solche Entscheidung als *unethisch/ungerecht*. Drei Untersuchungspersonen (6,7%) begründeten ihre Ablehnung einer Entscheidung mit der Auffassung, dass dieses Fallbeispiel ein *unrealistisches Szenario* darstellt und dass es *keine langfristige Hilfe* für die Patienten gibt.

Ausschlaggebendes Kriterium für eine Entscheidung zu Gunsten der 100 Patienten war für 29 Teilnehmer/innen (64,4%) die *Anzahl der zu behandelnden Personen*. Besonders sechs Ärzte/innen (85,7%), sechs Gesunde (66,7%), acht Erkrankte (66,7%) und vier Pflegekräfte (66,7%) argumentierten mit diesem Aspekt für die Therapie der 100 anonymen Personen, während nur zwei der befragten GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) dieses Kriterium nannten:

„Ich würde die (...) untere Frage positiv beantworten. Also, (...) die 100 anderen Patienten, die haben eine Chance von 50 bis 75. Also, muss man davon ausgehen, dass doch auch eine größere Anzahl tatsächlich eine Verlängerung hätte. Ich würde das Geld auf die 100 verteilen.“ (Pflegepersonal, ID-106)

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Weiterhin führten 15 Interviewte (33,3%) als Begründung für eine Behandlung der 100 ‚abstrakten‘ Personen die *vielen Einzelschicksale* an, die sich hinter der Zahl verbergen:

„Sie haben in einem Fall die soziale Situation dargestellt, bei den 100 anderen gar nicht. Dann kann eine Karin F. dabei sein, die dann vielleicht nicht Gärtnerin, sondern Verkäuferin ist und drei kleine Kinder hat oder so - das steht ja nicht.“
(Gesunde, ID-306)

Dieses Priorisierungskriterium wurde besonders von vier Ärzten/innen (57,1%), sechs Erkrankten (50%) und vier Gesunden (44,4%) angeführt, während nur ein/e GKV-Mitarbeiter/in (16,7%) und kein/e Vertreter/innen der Pflegekräfte und Politiker/innen diesen Aspekt in ihre Entscheidung mit einbezogen.

Drei Interviewte (6,7%) führten die *Wahrscheinlichkeit der Lebensverlängerung* als Argument für ihre Entscheidung zu Gunsten der 100 Patienten an. Dieses Kriterium wurde besonders von zwei befragten Pfleger/innen (33,3%) hervorgehoben, während nur ein/e Erkrankte/r (8,3%) diesen Aspekt nannte:

„Ja, aber ich würde mich wahrscheinlich, (...) für, Variante zwei, hundert an einer anderen Krebsart erkrankten Patienten entscheiden, ohne natürlich den näheren Hintergrund dieser hundert Patienten zu kennen, aber aufgrund der Tatsache, dass sich die Wahrscheinlichkeit um 25 Prozent erhöht.“ (Pflegepersonal, ID-202)

Vertreter/innen der anderen Gruppen erwähnten dieses Kriterium gar nicht.

Drei Befragte (6,7%) hielten dagegen die *Wahrscheinlichkeit der Lebensverlängerung* für relativ gering und führten dieses Argument gegen die Therapie der 100 ‚abstrakten‘ Personen an. Ferner plädierten zwei Untersuchungspersonen (4,4%) gegen die Behandlung der 100 Patienten, weil es sich um *anonyme Personen* handele. Dieses Kriterium wurde jedoch nur von einem/r Pfleger/in (16,7%) und einem/r Arzt/Ärztin (14,3%) erwähnt, während die anderen Stakeholdergruppen diesen Aspekt nicht in ihrer Entscheidungsfindung anführten.

Für eine Priorisierung von Anna G. wurden nur wenige Argumente genannt. So sprachen sich 16 Befragte (35,6%) für Anna G. aus, weil sie *Mutter zweier Kinder* ist:

„Allerdings ist hier bei der Anna G. (...) Die hat zwei Kinder, hätte dann sechs Monate Zeit. Wahrscheinlich hat sie ja vorher nicht gewusst, dass sie was hat, könnte dann noch ein bisschen was organisieren, um das, um die Zukunft der Kinder abzusichern.“ (Erkrankte, ID-215)

Dieses Argument wurde insbesondere von den sieben befragten Erkrankten (58,3%), den drei Pflegekräften (50%) und den vier Gesunden (44,4%) angeführt, während GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen diesen Aspekt bei ihrer Entscheidung nicht berücksichtigten.

Ferner betonten zwei der interviewten Ärzte/innen (16,7%) (aber keine Mitglieder der anderen Stakeholdergruppen) die *Wahrscheinlichkeit der Lebensverlängerung* von Anna G.:

„Wobei bei ihr das ja anscheinend so dargestellt wird, als ob das eine 100 prozentige sechsmonatige Verlängerung wäre, und bei den anderen nur um 75 Prozent, ne?“
(Ärzte, ID-107)

Gegen eine Therapie von Anna G. wurden hauptsächlich zwei Argumente angeführt. So hoben drei Interviewte (6,7%) hervor, dass es sich um eine *einzelne Person* handele (analog

zu dem Argument für eine Therapie der 100 anderen Patienten aufgrund der Anzahl der behandelten Personen). Das zweite Argument gegen eine Behandlung von Anna G. lautete, dass der *Gewinn an Lebenszeit* durch eine Therapie *zu gering* sei (ebenfalls drei Untersuchungsteilnehmer/innen=6,7%).

Als zusätzliche Kriterien für eine Entscheidung zwischen Anna G. und den anderen 100 Patienten wurden vereinzelt nähere Angaben zur *Art der Erkrankung* aller Patienten gewünscht (drei Befragte=6,7%). Weiterhin merkten zwei Interviewte (4,4%) an, dass eine *persönliche Beziehung* zu den Patienten ihre Entscheidung eventuell beeinflussen würde.

Während die *Wahrscheinlichkeit der Lebensverlängerung* als Argument für Anna G. bzw. für oder gegen die 100 ‚abstrakten‘ Patienten fungierte, lehnten es zwei der befragten Erkrankten (16,7%) ausdrücklich ab, diesen Aspekt bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen:

„Und die 50 bis 75% können mich auch nicht verändern an dieser Meinung, weil auch hier besteht ja bei Frau Anna G nur die Möglichkeit, eine sehr gute Möglichkeit. Das sind ja auch nur 50 bis 75%, das ist ja auch nicht hundert Prozent“ (Erkrankte, ID-209)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die schlussendliche Entscheidung bei diesem Fallbeispiel sehr deutlich ausfiel, und zwar zu Gunsten der 100 anonymen Personen (28 Interviewte = 62,2%). Interessanterweise entschieden sich zwei der Pflegekräfte (33,3%) für Anna G. Dies lässt sich möglicherweise mit dem engen Kontakt der Angehörigen des Pflegepersonals zu den Erkrankten und der dadurch entstehenden Betroffenheit auf Priorisierungsentscheidungen erklären. Das Hauptargument von 29 Teilnehmern/innen (64,4%) für die Priorisierung dieser 100 ‚abstrakten‘ Patienten war die höhere *Anzahl der behandelten Personen*. Die vielen Einzelschicksale, die sich hinter der anonymen Anzahl der 100 Patienten verbargen, wurde als zweithäufigstes Priorisierungskriterium genannt, und zwar besonders von Ärzten/innen, Erkrankten und Gesunden, während Pflegekräfte und Politiker/innen diesen Aspekt in ihrer Argumentation nicht berücksichtigten. Das Kriterium der sozialen Verantwortung der Anna G. als *Mutter zweier Kinder* fiel dagegen weniger ins Gewicht (16 Befragte=35,6%). Im Gegensatz zu den anderen Stakeholdergruppen, insbesondere den Pflegekräften und Vertretern der Allgemeinbevölkerung, nannten die GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen diesen Aspekt gar nicht. Obwohl die Stakeholdergruppen die gleiche schlussendliche Entscheidung fassten, hatten sie unterschiedliche Argumentationsschwerpunkte. Die Erkrankten verwiesen häufiger auf das konkrete Einzelschicksal. Diese Einstellung lässt sich mit dem Grad der potentiellen eigenen Betroffenheit erklären. Für die Ärzte/innen war die Personenanzahl dagegen wichtiger. Sie argumentierten somit nutzenorientierter. Darin wird ihre Perspektive aus der medizinischen Praxis deutlich.

Das Priorisierungskriterium der *Wahrscheinlichkeit einer Lebensverlängerung* wurde kontrovers diskutiert. Während drei Untersuchungspersonen (6,7%) dieses Kriterium für bzw. gegen die 100 anderen Patienten anführten, argumentierten zwei Befragte (4,4%) mit diesem Gesichtspunkt für eine Behandlung von Anna G.; ebenfalls zwei Interviewte (4,4%) lehnten es als Entscheidungskriterium explizit ab.

3.5.5 Gesundheitsverhalten

Im Hinblick auf die Frage, ob ein 38-jähriger starker Raucher, der an einem nicht erblich bedingten Herzinfarkt erkrankt ist, einen Teil seiner Behandlungskosten selbst übernehmen sollte, wurden folgende Oberkategorien entwickelt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Kriterien für die Beteiligung an den Behandlungskosten, 3) Bedingungen für die Beteiligung

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

an den Behandlungskosten, 4) Kriterien gegen die Beteiligung an den Behandlungskosten und 5) Bedingungen gegen die Beteiligung an den Behandlungskosten.

Die Entscheidung in dieser Frage fiel sehr unterschiedlich aus. 16 der Befragten (35,6%) vertraten die Meinung, dass Raucher etwas zu ihren Behandlungskosten beitragen sollten. Besonders sechs Erkrankte (50%) und vier Gesunde (44,4%) plädierten für eine Beteiligung an den Behandlungskosten. Zehn Befragte (22,2%) argumentierten zwar ebenfalls für eine Beteiligung, knüpften dies jedoch an Bedingungen. Insbesondere Angehörige medizinischer Berufe, also drei Ärzte/innen (42,9%) und drei Pfleger/innen (50%), stimmten für eine Zuzahlungsregelung unter bestimmten Bedingungen; unter den gesunden Personen und GKV-Mitarbeiter/innen wies die Kategorie der bedingten Zustimmung dagegen keine Besetzung auf. Elf der Interviewten (24,4%) waren gegen eine Beteiligung an den Behandlungskosten, und zwar hauptsächlich vier der GKV-Mitarbeiter/innen (66,7%) und zwei der Politiker/innen (40%). Auch hier knüpften fünf der Befragten (11,1%) dies an bestimmte Bedingungen. Bei drei der Untersuchungspersonen (6,7%) war die schlussendliche Entscheidung nicht erkennbar.

Das Hauptargument für eine Beteiligung an den Behandlungskosten war das *Selbstverschulden* der Erkrankung (21 Untersuchungspersonen=46,7%). Vier Pflegekräfte (66,7%), fünf Gesunde (55,6%) und sechs Erkrankte (50%) betonten diesen Aspekt besonders bei ihrer Entscheidung für die Zuzahlungsregelung:

„Ja, finde ich angemessen. (...) dieses wird ja auch reichlich publiziert in den Medien, welche Gefahr besteht. Vor 40 Jahren hätte ich vielleicht anders gedacht, da die Wissenschaft halt nicht so war (...). Aber jetzt denke ich mal weiß jedermann, der raucht, welche Folgen damit verbunden sind und welchen Gefahren er sich aussetzt, und (...) dass er diese Gefahren bewusst in Kauf nimmt, ja? Und deshalb denke ich mal, dass einen Teil der Operation zu bezahlen gerechtfertigt ist.“ (Pflegerpersonal, ID-202)

Ferner argumentierten acht Befragte (17,8%) für die Zuzahlungsregelung, weil die Raucher/innen so dazu *motiviert* werden könnten, *das Rauchen aufzugeben*. Dieser Aspekt wurde besonders von drei Interviewten der Ärzteschaft (42,9%) hervorgehoben, während es nur von wenigen Befragten der anderen Stakeholdergruppen und keinem der GKV-Mitarbeiter/innen genannt wurde:

„(...) weil gerade beim Rauchen ich auch das Gefühl habe, der Druck, (...) also entweder kommt der von innen, oder es muss ein großer Druck von außen sein. Und vielleicht auch im Rahmen des Abschreckens, wie ein Bußgeldkatalog eben beim Autofahren, sonst würde ja jeder auch 80 in der Stadt fahren.“ (Ärzte, ID-304)

Außerdem plädierten zwei der Untersuchungspersonen (4,4%) für diese Zuzahlungsregelung aufgrund der allgemeinen *Notwendigkeit, Geld zu sparen*.

Neun Befragte (20%) sprachen sich für eine Beteiligung an den Behandlungskosten aus, aber nur wenn die Zuzahlung in *angemessener Höhe* ausfallen würde:

„Wenn er das kann, ja. Es gibt natürlich auch Leute, die könnten das wahrscheinlich gar nicht. Muss man da eventuell Unterschiede machen, ob er das finanziell leisten kann oder ob er das nicht leisten kann. Dann würde ich ja sagen, müsste er ein bisschen dazu beitragen.“ (Erkrankte, ID-103)

Simone Heil et al.

Diese Bedingung wurde von vier Erkrankten (33,3%), zwei Pflegekräften (33,3%), zwei Gesunden (22,2%) und einem/r Arzt/Ärztin (14,3%) genannt, nicht dagegen von den GKV-Mitarbeiter/innen und den Politiker/innen.

Sechs Befragte (13,3%) machten ihre Zustimmung zu einer Beteiligung von Rauchern an den Behandlungskosten außerdem davon abhängig, ob ein Raucher bereit ist, das Rauchen aufzugeben. Für den Fall, dass ein Raucher *nicht bereit ist, das Rauchen aufzugeben*, sahen sie eine Zuzahlung als gerechtfertigt an:

„Man kann darüber nachdenken, wenn jemand fünf Jahre nach einem Infarkt immer noch weiter raucht. Oder von mir aus drei Jahre nach einem Infarkt, dass man dann über so einen Kostenbeitrag nachdenkt.“ (Ärzte, ID-111)

Dieser Aspekt war drei Vertretern/innen der Ärzteschaft (42,9%) besonders wichtig, während er von Gesunden und GKV-Mitarbeitern/innen nicht angeführt wurde.

Außerdem sprachen sich insbesondere zwei Pflegekräfte (33,3%) dafür aus, dass im Falle einer solchen Zuzahlungsregelung die Patienten *vorher über diese Beteiligung informiert* werden müssten:

„Wenn dahingehend mit ihm im Vorfeld sozusagen darüber gesprochen worden ist, dann ja. Aber nicht, dass er dann aus-, sozusagen aus dem Krankenhaus kommt und die Rechnung präsentiert kriegt, sondern dass es wirklich klar ist.“ (Pflegepersonal, ID-110)

Diese Bedingung wurde jedoch nicht von den Erkrankten, Ärzten/innen, GKV-Mitarbeitern/innen und Politikern/innen genannt.

Ein Argument gegen eine Zuzahlung, das von 13 der Befragten (28,9%) angeführt wurde, war die *schwierige Umsetzbarkeit* einer solchen Regelung:

„Aber da ist wirklich die Frage auch: Kriegt man das in der Gesamtheit wirklich so klar abgegrenzt und eindeutig abgegrenzt, dass man diesen Weg auch wirklich gehen kann? (...) Wo beginnt dann, sozusagen, die Eigenverantwortung und wo endet sie wieder? Das ist unheimlich schwierig das tatsächlich eindeutig und für alle auch akzeptabel zu definieren.“ (Mitarbeiter/innen der Krankenkasse, ID – 114)

Dieser Aspekt wurde besonders von vier Pflegekräften (66,7%) und fünf GKV-Mitarbeitern/innen (83,3%) hervorgehoben, während die interviewten gesunden Personen diese Bedingung nicht nannten.

Ferner waren elf der Untersuchungspersonen (24,4%) der Meinung, dass eine Beteiligung des Rauchers an den Behandlungskosten *ungerecht* sei. Vier der Erkrankten und zwei der GKV-Mitarbeiter/innen (jeweils 33,3%) argumentierten am häufigsten mit diesem Aspekt:

„Ich würd's ablehnen, weil ich dann sagen würde, Leute, die zu viel Fettes essen oder einfach nur dick sind, weil sie sich nicht unter Kontrolle haben und dann Herzinfarkte bekommen, die müssten genauso zuzahlen. Autofahrer müssten dann zahlen, dafür dass sie mit 140 über die Autobahn fahren und sich in ein Risiko begeben, was unheimlich groß ist. Und da gibt's bestimmt noch viel mehr Beispiele.“ (Erkrankte, ID – 215)

Vereinzelt begründeten Interviewteilnehmer/innen ihre Entscheidung gegen die Zuzahlungsregelung damit, dass die Raucher *keine Verantwortung* (fünf Befragte=11,1%) für ihre Erkrankung trügen, da sie bspw. durch die Zigarettenindustrie zum Rauchen verleitet

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

würden und somit an ihrer Erkrankung unschuldig seien. Auch dieser Gesichtspunkt wurde vor allem von zwei Ärzten/innen (28,6%) angeführt (nicht dagegen von Gesunden und GKV-Mitarbeiter/innen):

„Weil die Raucher sind hier auch zum Raucher geworden, weil ihnen durch eine Maschinerie von Zigarettenindustrie suggeriert wird, dass rauchen schick und schön ist und zur Lebensart gehört. Also das nein.“ (Erkrankte, ID – 209)

Ferner plädierten zwei der Interviewten (4,4%) mit der Begründung gegen die Beteiligung von Rauchern an ihren Behandlungskosten, dass eine solche Regelung die *Entscheidungsfreiheit* der Bürger/innen in Bezug auf ihre Lebensführung beeinträchtigen würde.

Sieben Untersuchungspersonen (15,6%) waren der Ansicht, dass Raucher nur unter der Bedingung keine Zuzahlung zu ihren Behandlungskosten leisten sollten, wenn sie *gewillt sind, mit dem Rauchen aufzuhören* (spiegelbildlich zu der entsprechenden Bedingung für die Beteiligung an den Behandlungskosten):

„Aber er müsste sich dann schon (...) sagen: Ich höre auf zu rauchen. Das müsste dann schon wirklich kontrolliert werden und so sein, dann könnte man sagen- ein Auge zudrücken.“ (Erkrankte, ID – 116)

Diese Bedingung wurde am häufigsten von drei Gesunden (33,3%) genannt, nicht dagegen von den Ärzten/innen und Pflegekräften.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Mehrzahl der Interviewten, aber insbesondere die der Stakeholdergruppen der Gesunden und Erkrankten, für eine Posteriorisierung von Rauchern bei der medizinischen Versorgung aussprachen. Die Repräsentanten/innen aus dem medizinischen Bereich knüpften häufiger Bedingungen an ihre Entscheidung für die Zuzahlungsregelung. Dagegen plädierten die Gruppen der GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen mehrheitlich gegen eine Beteiligung der Raucher an den Behandlungskosten. Das verhaltensbedingte Kriterium der *Selbstverschuldung* fungierte als Hauptargument für die Entscheidung, dass Raucher sich an ihren Behandlungskosten beteiligen sollten. Insbesondere die Vertreter/innen der Allgemeinbevölkerung und die Pflegekräfte nannten dieses Kriterium. Vor allem die befragte Ärzteschaft sah in der Zuzahlungsregelung eine pädagogische Maßnahme für die Raucher. Drei der befragten Ärzte/innen (42,9%) vertraten die Meinung, dass diese Regelung gerechtfertigt sei, wenn die Patienten nicht bereit seien, das Rauchen aufzugeben. Als Bedingung, unter der sie einer Beteiligung von Rauchern an ihren Behandlungskosten zustimmen würden, führten die Befragten am häufigsten an, dass die *Höhe der Beteiligung* den finanziellen Mitteln der Raucher *angemessen* sein müsse. Von den GKV-Mitarbeitern/innen und den Politikern/innen wurde diese Bedingung jedoch nicht genannt. Insbesondere Pflegekräfte und GKV-Mitarbeiter/innen bezweifelten dagegen die *Umsetzbarkeit* dieser Art der Posteriorisierung von Rauchern.

3.6 Priorisierung von Therapien

Im Folgenden wird nun auf Aspekte der Priorisierung von Therapien eingegangen, wobei vor allem die Einstellung der Befragten zu Priorisierungen und Priorisierungsentscheidungen von Interesse war, wie sie in anderen Ländern bereits implementiert wurden; im Vordergrund stand dabei die Abwägung ökonomischer und ethischer Aspekte. Zunächst ging es um den Abbruch der künstlichen Ernährung der Patientin Terri Schiavo, die in den USA 15 Jahre lang

im Wachkoma gelegen hatte, woraufhin die Patientin starb. Die Interviewten wurden gefragt, welche Meinung sie zu diesem Abbruch haben. Indirekt lag der Fokus hier auf ethischen Aspekten bzw. der Frage nach dem Patientenwillen versus ökonomischen Aspekten. Durch gezieltes Nachfragen sollten die Befragten angeregt werden, diesbezüglich Stellung zu nehmen. Wenn sie den Ernährungsabbruch befürworteten, wurde bspw. nachgefragt, ob sie diese Entscheidung moralisch vertretbar finden oder ob das nicht letztendlich einem Mord gleichkommt. Da solche Nachfragen von den Befragten jedoch unter Umständen als Angriff gewertet werden könnten, wies der/die Interviewer/in ihn/sie darauf hin, dass Gegenfragen nicht unbedingt seine/ihre Ansichten widerspiegeln und möglicherweise provokativ wirken könnten. Die nächste Frage bezog sich auf eine Regelung aus England, bei der die Kosteneffizienz von Behandlungen als zentrales Entscheidungskriterium herangezogen wird. Auch hier wurden die Befragten wieder gebeten, dazu Stellung zu nehmen, und sie wurden gefragt, wie sie es fänden, wenn es in Deutschland auch solch ein Gesetz gäbe. Indirekt lag der Fokus an dieser Stelle, ähnlich wie beim vorhergehenden Beispiel, auf ethischen Aspekten, in Kombination mit ökonomischen Gesichtspunkten bzw. der Frage nach der Therapieeffizienz. Auch hier sollten gezielte Nachfragen weitere Ausführungen seitens der Befragten generieren. Die dritte Frage in diesem Themenblock bezog sich darauf, ob die Teilnehmer/innen es befürworten würden, Mittel aus der Patientenbehandlung in die Entwicklung und Umsetzung medizinischer Leitlinien umzuschichten. Abschließend wurde gefragt, ob die Befragten es befürworten würden, wenn die Leistungen der GKV ausschließlich auf solche Therapieverfahren beschränkt wären, deren Wirkung wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte.

3.6.1 Die Wachkomapatientin Terri Schiavo

Die Patientin Terri Schiavo aus Florida, USA, erlitt eine durch Sauerstoffmangel ausgelöste schwere Hirnschädigung und lag bis zu ihrem Tode 15 Jahre im Wachkoma. 2005 wurden die lebenserhaltenden Maßnahmen abgeschaltet.

Die Teilnehmer/innen wurden gefragt, ob sie es für richtig hielten, dass die künstliche Ernährung abgebrochen wurde. Dazu wurden folgende Oberkategorien entwickelt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Kriterien für einen Ernährungsabbruch, 3) Kriterien gegen einen Ernährungsabbruch, 4) Zusätzliche Entscheidungskriterien, 5) Abgelehnte Kriterien.

Insgesamt befürworteten 17 der Befragten (37,8%) den Ernährungsabbruch der Wachkomapatientin Terri Schiavo. Besonders eindeutig fiel die Entscheidung für den Ernährungsabbruch bei den Stakeholdergruppen der Gesunden (sechs Gesunde=66,7%) und der Erkrankten (sechs Patienten/innen=50%) aus. Zwölf Untersuchungspersonen (26,7%) waren sogar der Ansicht, dass der Ernährungsabbruch zu spät erfolgt sei. Insbesondere drei Vertreter/innen der Ärzteschaft (42,9%) waren dieser Meinung, während unter den interviewten Politikern/innen keine/r diese Meinung vertrat. Sieben der befragten Personen (15,6%) hielten den Ernährungsabbruch bei der Wachkomapatientin Terri Schiavo dagegen nicht für gerechtfertigt, darunter insbesondere zwei Politiker/innen (40%). Bei sieben Interviewten (15,6%) war die schlussendliche Entscheidung nicht erkennbar und zwei Untersuchungspersonen (4,4%) trafen in diesem Fall keine Entscheidung.

Für die Berechtigung des Ernährungsabbruchs wurden viele Kriterien angeführt, die insgesamt hohe Besetzungshäufigkeiten aufweisen. Am häufigsten wurde als Grund genannt, dass eine *künstliche Lebensverlängerung* bei Terri Schiavo gleichbedeutend mit einer *Leidensverlängerung* gewesen wäre (genannt von 20 Untersuchungspersonen=44,4%):

„Bei meinem eigenen Kind, (..) ich hätte dafür plädiert, ein friedvolles Ende zu ermöglichen und dass was man gesehen hat an dieser Frau, auch vom äußeren, das

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

war ja nicht mehr mit Leben gleichzusetzen, das war Bewegung, aber war kein Leben.“ (Gesunde, ID-206)

Besonders die befragten gesunden Personen (sieben Gesunde=77,8%), aber auch drei GKV-Mitarbeiter/innen (50%), drei Ärzte/innen (42,9%), fünf Erkrankte (41,7%) und zwei Pflegekräfte (33,3%) hielten den Ernährungsabbruch aus diesem Grund für gerechtfertigt, während Politiker/innen diesen Aspekt in ihrer Argumentation nicht anführten.

17 der Befragten (37,8%) verwiesen auf die hohen *Kosten*, die mit der Aufrechterhaltung *des komatösen Zustands* verbunden sind:

„Jemand kostet extrem viel als (...) Wachkomapatient (...). Als hirntoter Patient kostet man extrem viel. Die Pflege, dann die Folgeerkrankungen, die Ernährung, die Medikamente, die man bekommt. Und außerdem 15 Jahre ist eine Zeit.“ (Ärzte, ID-108)

Dieses Kriterium wurde insbesondere von fünf Vertretern/innen der Ärzteschaft (71,4%) als wichtig empfunden, wurde aber auch von sechs Erkrankten (50%), von drei Gesunden (33,3%) und von zwei Pflegekräften (33,3%) vorgebracht, während die Politiker/innen auch dieses Kriterium nicht erwähnten.

Als weiteres Argument für einen Ernährungsabbruch bei der Wachkomapatientin wurde die *Dauer des komatösen Zustands* (14 Interviewte=31,1%) genannt. Für sechs Erkrankte (50%), vier Gesunde (44,4%) und zwei Pflegekräfte (33,3%) spielte dieses Kriterium eine Rolle bei der Entscheidungsfindung, während Politiker/innen dieses Kriterium nicht geltend machten:

„15 Jahre passiert mit dieser Frau einfach nichts, sie ist einfach nur da, dann ist das okay. Schon viel zu lange, glaube ich. Ist auch schwer für sie, also wenn ich mir auch diese Frau vorstelle, die einfach nur liegt, die ja nichts mehr kann, 15 Jahre lang. Warum? Dann soll sie einfach einschlafen“ (Erkrankte, ID-317)

Des Weiteren hegten elf Interviewteilnehmer/innen (24,4%) Zweifel daran, dass sich *der Gesundheitszustand* der Wachkomapatientin noch einmal verändern würde. Drei der Gesunden (33,3%) und zwei der GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) hielten den Ernährungsabbruch aus diesem Grund für gerechtfertigt (wohingegen Politiker/innen auch diesen Aspekt nicht berücksichtigten):

„Ich bin der Meinung, dass mit der Formulierung des Standpunktes der Ärzte, dass ein Leben für diese Patientin unwahrscheinlich ist, mit diesem Zeitpunkt hätte man dem Antrag des Mannes dieser Frau, der ja auch vorher schon einmal gestellt wurde, Rechnung tragen müssen und der Frau einen friedvollen Tod geben, zugestehen müssen.“ (Gesunde, ID-206)

Weitere elf Befragte (24,4%) hielten den Ernährungsabbruch für angemessen, weil die Angehörigen zuvor zugestimmt hatten:

„Das können wirklich nur die Leute beurteilen, die diese 15 Jahre lang immer an ihrer Seite waren. Ob das jetzt Eltern sind, ob das Therapeuten sind. Die einfach wissen, (...) kann nur ein Patienten mit den Augen, zum Beispiel zwinkern, zum Beispiel über Herzfrequenz auch äußern, was für ihn Stress ist und was nicht.“ (Pflegepersonal, ID-307)

Acht Untersuchungsteilnehmer/innen (17,8%) verwiesen ferner auf die *geringe zu erwartende Lebensqualität* im Falle des Erwachens der Patientin und die *Belastung der Angehörigen*.

Insbesondere die Gruppe der gesunden Personen (vier Gesunde=44,4%) hob diese Aspekte bei ihrer Argumentation für einen Ernährungsabbruch hervor, während sie von den befragten GKV-Mitarbeiter/innen und Politikern/innen nicht genannt wurden.

Sieben Befragte (15,6%) plädierten für den Ernährungsabbruch bei der Wachkomapatientin Terri Schiavo mit der Begründung, dass jeder das *Recht habe zu sterben*. Dieses Argument wurde vor allem von den Pflegekräften (zwei Pflegekräfte =33,3%) geltend gemacht, während die Politiker/innen in ihrer Argumentation auf diesen Gesichtspunkt nicht eingingen:

„Aber wenn man den mutmaßlichen Willen des Patienten kennt oder meint zu kennen und das lange abwägt und überlegt und sagt: "Das hätte sie nicht gewollt." Dann finde ich, dass jeder Mensch auch ein Recht nicht nur auf ein würdiges Leben hat, sondern auch auf einen würdigen Tod und das wird manchmal in unserer Gesellschaft oder gerade auf den Intensivstationen auch vergessen.“ (Pflegepersonal, ID-301)

Außerdem argumentierten besonders zwei der GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%), dass der Ernährungsabbruch gerechtfertigt sei, weil die Komapatientin *ohne die moderne Medizin längst gestorben* wäre. Dieser Gesichtspunkt wurde von den Pflegekräften und den Politikern/innen jedoch nicht als Kriterium genannt. Weitere zwei Befragte (4,4%) verwiesen auf die Möglichkeit, anderen Patienten/innen durch die *Spende von Terri Schiavos Organen* zu helfen.

In Übereinstimmung damit, dass die Mehrzahl der Befragten den Ernährungsabbruch bei Terri Schiavo für gerechtfertigt hielt, wurden insgesamt auch weniger Argumente gegen als für den Ernährungsabbruch vorgebracht. Zwölf Interviewte (26,7%) waren der Ansicht, der Ernährungsabbruch sei nicht gerechtfertigt gewesen, weil Terri Schiavo *aus ihrem Koma erwachen* könne (elf der Befragten (24,4%) hatten genau dies bezweifelt):

„Na klar hat man immer Hoffnungen, dass das irgendwie sich noch mal (...) regeneriert, ne? Dass man wieder gesund wird. Oder das haben dann wahrscheinlich eher die - die Beteiligten, die Eltern, das Umfeld, die Bekannten, die Verwandten, die dann daneben stehen“ (Gesunde, ID-09)

Besonders vier Gesunde (44,4%), fünf Erkrankte (41,7%) und ein/e Politiker/innen (20%) plädierten aus diesem Grund gegen den Ernährungsabbruch, während Vertretern/innen des medizinischen Bereichs (kein/e Arzt/Ärztin=0%, eine Pflegekraft=16,7%) dieses Argument (*Möglichkeit des Erwachens*) kaum verwendeten.

Acht der Befragten (17,8%) waren der Meinung, dass ein Ernährungsabbruch eine *Straftat* sei. Dieser Ansicht waren besonders drei der gesunden Personen (33,3%) und zwei der Ärzte/innen (28,6%), während Pflegekräfte und Politiker/innen dieses Kriterium nicht nannten:

„Also das sehe ich kritisch, eher negativ, weil ich denke, dass wir Menschen nicht das Recht haben, sozusagen dem Leben eines anderen ein Ende zu setzen, was man ja damit tut. Also sie lebt ja, also die Lebensfunktionen funktionieren ja noch. (...) Also man hat, sagen wir mal, meine Grundsatzhaltung, dass ich als Mensch und als Arzt nicht vor die Entscheidung stehen darf, oder gestellt werden sollte, sozusagen durch eine bewusste aktive Handlung das Leben zu beenden, eines anderen.“ (Ärzte, ID-105)

Weiterhin verurteilten vier der Interviewten (8,9%) *die Art, wie Terri Schiavo gestorben ist* und drei der Befragten (6,7%) hielten die Vorgehensweise für *unethisch* bzw. *ungerecht*. Zwei Untersuchungspersonen (4,4%) plädierten gegen den Ernährungsabbruch mit dem

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Verweis, dass Terri Schiavo nicht gelitten und somit ein *lebenswertes Leben* geführt habe. Weitere zwei der Interviewteilnehmer (4,4%) vermuteten, dass der Ehemann Terri Schiavo *beseitigen* wollte.

Im Vergleich zu den anderen Fallbeispielen wünschten sich die Befragten eine Vielzahl zusätzlicher Informationen, um eine Entscheidung treffen zu können. Elf der Untersuchungspersonen (24,4%) forderten mehr Informationen über die genaue *Diagnose* der Komapatientin:

„Wenn (...) wirklich noch eine Chance besteht, dass man wieder geheilt werden kann, dann muss man es natürlich weiterführen, aber wenn wirklich absolut 100% sicher ist, dass er nie wieder ein normales Leben führen kann, sollte man es dann doch absetzen.“ (Erkrankte, ID- 214)

Diese Information war vor allem zwei der Politikern/innen (40%), vier der Erkrankten (33,3%) und zwei der GKV-Mitarbeitern/innen (33,3%) wichtig, während Angehörige des medizinischen Personals (ein/e Arzt/Ärztin=14,3%, keine Pflegekraft=0%) kaum nähere Auskünfte über die *Diagnose* wünschten.

Neun der Untersuchungspersonen (20%) verlangten mehr Informationen dazu, wer schlussendlich über den Ernährungsabbruch entschieden hatte:

„Schwierig zu beantworten. Es ist die Frage: Wer ist dafür verantwortlich? Ist das eine Entscheidung der Angehörigen? Dann ist das völlig in Ordnung. Ist es eine Entscheidung, die von den Angehörigen im Zusammenhang mit dem Arzt getroffen wurde, also eine medizinische Entscheidung, dann ist das auch nicht anfechtbar.“ (Mitarbeiter/innen der Krankenkassen, ID-311)

Vor allem fünf erkrankte Personen (41,7%) fragten nach dieser Information, während dies für die Entscheidung der Stakeholdergruppen aus dem medizinischen Bereich (Ärzten/innen und Pflegekräften) sowie der Politiker/innen keine Rolle spielte.

Fünf der Interviewten (11,1%) wollten wissen, ob Terri Schiavo eine *Patientenverfügung* hatte. Diese zusätzliche Information wurde insbesondere von zwei Pflegekräften (33,3%) angefordert, während die Erkrankten und GKV-Mitarbeitern/innen sich nicht danach erkundigten:

„Weil man häufig auch nicht weiß, was haben vielleicht Patienten mit ihren Angehörigen vor so einem Ereignis auch besprochen. (...) Ohne es schriftlich zu fixieren, ohne dass irgendwie fünf Leute da als Zeugen bei waren (...). Zum Beispiel Ehepaare zu zweit. Dass sie gesagt haben: Du, wenn ich irgendwann alt bin und ich will das nicht. Ich will nicht nur, dass meine Hülle da liegt. (...) Und ich glaube, dann kommt es einfach nicht an die Öffentlichkeit und dann ist der Patient einfach gestorben.“ (Pflegepersonal, ID-307)

Einige wenige Befragte (vier Befragte=8,9%) merkten an, dass ihre Entscheidung maßgeblich davon beeinflusst worden wäre, wenn sie die betroffene Komapatientin *persönlich gekannt* hätten. Ferner wünschten sich zwei der Interviewteilnehmer (4,4%) nähere Angaben zum *Alter* von Terri Schiavo.

Im Gegensatz zu den vielen Befragten, die die *Kosten* und die *Dauer des komatösen Zustands* als Argumente für einen Ernährungsabbruch anführten, sprachen sich sieben Interviewteilnehmer/innen (15,6%) explizit dagegen aus, die *Kosten des Komas* in ihre Entscheidungsfindung mit einzubeziehen, und drei Untersuchungspersonen (6,7%) fanden es nicht angemessen, die *Dauer des Komas* bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen.

Auffälligerweise lehnte es besonders die Gruppe der Politiker/innen ab, die *Kosten (des komatösen Zustands)* als Entscheidungskriterium zu verwenden:

„Also, das Problem ist, denke ich bei diesen Entscheidungen, wenn sie dann unter Kostengesichtspunkten kommen. Zum Beispiel, die Familie kann sich das nicht mehr leisten und das ist ja in den USA schon eher das Problem. Dann find ich es makaber.“ (Politiker, ID- 310)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entscheidung in diesem Fall recht eindeutig ausfiel, nämlich dahingehend, dass die Mehrzahl der Befragten den Ernährungsabbruch bei der Komapatientin Terri Schiavo für gerechtfertigt hielten. Drei Befragte der Ärzteschaft (42,9%) vertraten sogar die Meinung, dass der Abbruch zu spät erfolgt sei. Medizinische Kriterien, wie die *Leidensverlängerung*, die *Dauer des komatösen Zustands*, die geringe Hoffnung auf *Veränderung des Gesundheitszustands* und die *geringe zu erwartende Lebensqualität* wurden als Hauptgründe für eine Entscheidung zu Gunsten des Ernährungsabbruchs angeführt. Das medizinische Kriterium der *Diagnose* wurde ebenfalls am häufigsten von den Befragten als zusätzliche Information gewünscht.

Während für sieben gesunde Personen (77,8%) und drei GKV-Mitarbeiter/innen (50%) das Kriterium der *Leidensverlängerung durch künstliche Lebensverlängerung* ausschlaggebend für ihre Entscheidung zu Gunsten eines Ernährungsabbruches war, argumentierten fünf Ärzte/innen (71,4%) am häufigsten mit den *Kosten des Komas* für einen Ernährungsabbruch. Für sechs Erkrankte (50%) spielte besonders die *Dauer und die Kosten des komatösen Zustands* eine Rolle bei ihrer Entscheidungsfindung für einen Ernährungsabbruch. Die befragten Politiker/innen hielten den Ernährungsabbruch vergleichsweise am seltensten für gerechtfertigt und nannten entsprechend nur wenige Entscheidungskriterien, insbesondere für einen Abbruch; bei den Pflegekräften schließlich ist kein ausschlaggebendes Kriterium erkennbar.

Das medizinische Kriterium der *Komadauer* und das wirtschaftliche Kriterium der *Komakosten* erwiesen sich jedoch als konfliktträchtig, da sie sowohl als Argumente für einen Ernährungsabbruch von den Befragungsteilnehmer/innen herangezogen wurden, als auch ausdrücklich von den Untersuchungspersonen abgelehnt wurden. Hinsichtlich der *Prognose* von Terri Schiavo gingen die Meinungen unter den Befragten auseinander. Während elf Interviewte (24,4%) keine *Veränderung im Gesundheitszustand* erwarteten, verwiesen zwölf der Teilnehmer/innen (26,7%) (und darunter vor allem Politiker/innen) darauf, dass Terri Schiavo noch erwachen könne. Ferner verwiesen vor allem die Gesunden auf die *geringe zu erwartende Lebensqualität* im Falle des Erwachens der Patientin und die *Belastung der Angehörigen*.

Die Pflegekräfte machten außerdem darauf aufmerksam, dass die Patienten ein *Recht* hätten *zu sterben*. Diese Einstellungen können mit der potentiellen eigenen Betroffenheit dieser Stakeholdergruppen erklärt werden.

3.6.2 Die Regelung in England

Als nächstes wurde den Teilnehmern/innen erläutert, dass in England eine Regelung existiert, derzufolge die Kosten für eine Krebstherapie je gewonnenes Lebensjahr 30.000 Euro nicht überschreiten dürfen. Die Frage dazu lautete, was die Befragten davon halten, wenn eine solche Regelung auch in Deutschland eingeführt würde. Dazu wurden folgende Oberkategorien entwickelt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Kriterien gegen die Übernahme des Gesetzes, 3) Kriterien für die Übernahme des Gesetzes sowie 4) Bedingungen für die Übernahme des Gesetzes.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

19 der Befragten (42,2%) vertraten die Ansicht, eine solche Regelung sollte in Deutschland nicht eingeführt werden. Besonders vier Pflegekräfte (66,7%), drei Politiker/innen (60%), vier Ärzte/innen (57,1%) und drei GKV-Mitarbeiter/innen (50%) waren mehrheitlich gegen die Übernahme der englischen Regelung. Dagegen sprachen sich 16 der Interviewten (35,6%) schlussendlich für eine Übernahme der Regelung in Deutschland aus. Vor allem sieben erkrankte Personen (58,3%), aber auch drei Gesunde (33,3%) waren für eine solche Einführung. Bei sieben der Untersuchungspersonen (15,6%) war die schlussendliche Entscheidung nicht erkennbar.

29 Interviewte (64,4%) lehnten die Übernahme der englischen Regelung vor allem deswegen ab, weil die Entscheidung über eine Krebstherapie dabei allein von *finanziellen Erwägungen* abhängig gemacht werde. Anders als in der vorherigen Frage bezüglich der Komapatientin Terri Schiavo, wo der Kostenfaktor eine ausschlaggebende Rolle für eine Entscheidung zu Gunsten eines Ernährungsabbruchs spielte, sprachen sich in diesem Fall besonders sechs Ärzte/innen (85,7%), sieben Gesunde (77,8%) und acht Erkrankten (66,7%) gegen eine rein *monetär motivierte Entscheidung* aus:

„Wenn ich jetzt betroffen wäre, dann würde ich sagen: Mein Gott, was ist Geld? Ich möchte vielleicht doch leben. Und man klammert sich auch daran und denkt: Ach Mensch, vielleicht werde ich ja doch gesund oder, na ja, gesund vielleicht nicht, aber geheilt für ein paar Jahre und die kann ich noch leben.“ (Gesunde, ID-101)

Außerdem kritisierten 14 der Befragungsteilnehmer (31,1%) die *unsolidarische Vorgehensweise* dieser Regelung. Insbesondere fünf Gesunde (55,6%) und drei Pflegekräfte (50%) wiesen in ihrer Argumentation gegen die Einführung darauf hin, dass sich in dem Fall nur noch Besserverdienende die Finanzierung teurer Therapien leisten könnten:

„Das würde ja auch dazu führen, dass dann die, die es sich leisten können, die Differenz sozusagen mal draufpacken würden und sich dann damit trotzdem noch ihre Therapie erkaufen würden und das würde wieder zu einer Zweiklassenmedizin mindestens führen, wenn nicht zu einer ... Mehrklassenmedizin, aber jedenfalls würde das bedeuten, dass arme Leute sich das eben nicht erkaufen können und die Reichen schon. Das finde ich nicht in Ordnung und nicht fair.“ (Pflegepersonal, ID-301)

Dieses Kriterium wurde auch von vier Erkrankten (33,3%) genannt, die übrigen Stakeholdergruppen verwendeten dieses Argument dagegen kaum (ein/e Politiker/in=20%, ein/e GKV-Mitarbeiter/in=16,7%, kein/e Arzt/Ärztin=0%).

Ferner waren elf Befragte (24,4%) der Meinung, dass es *andere Möglichkeiten* gäbe, Finanzierungsprobleme aufwendiger Therapien zu lösen bzw. Geld zu sparen. Vor allem zwei Politiker/innen (40%) waren dieser Ansicht:

„Eine Katastrophe. Finde ich nicht vertretbar. (...) Wir haben ja da durch unsere Solidarsysteme andere Regelungen zum Glück und das Wirtschaftlichkeitsgebot ist schon da. Und es wird ja auch nicht alles bezahlt. (...) Das heißt, wenn Sie jetzt solche Frage haben: Bis zu wieviel Geld zahlt der Staat? (...) Dass man sagt, wir zahlen bei der Krebserkrankung bis zu 30.000 Euro. Und wenn jemand dann ein Häuschen hat, dann muss er dieses Häuschen nicht seinen Erben schenken, sondern dann muss er das Häuschen verkaufen und den Rest selber zahlen. Das kann man ja sagen. Aber die 35.000 kriegt er. Und der, der kein Häuschen hat, der kriegt's vom Staat. Da würde ich drüber reden können.“ (Politiker, ID-211)

Außerdem argumentierten zehn der Interviewteilnehmer/innen (22,2%) gegen eine solche Einführung, weil diese Regelung keinen Spielraum für *individuelle Entscheidungen* ermögliche. Dieser Gesichtspunkt wurde vor allem von vier gesunden Personen (44,4%) geltend gemacht, während Erkrankte und Politiker/innen in ihrer Argumentation gegen die Gesetzeseinführung nicht darauf verwiesen:

„Ich glaube zum Beispiel, dass man bei dieser generellen Regelung vergisst, dass für manchen die Lebensverlängerung eine Folter ist, weil ihm zum Beispiel die Chemo oder so etwas überhaupt nicht bekommt, und für den anderen eine echte Lebensqualität, weil er es relativ gut vertragen kann und in dieser Zeit - diese Lebenszeit für ihn und die Familie keine Belastung ist, sondern eine ganz ganz wichtige Zeit. Aber so etwas können Sie nicht in ein Gesetz verpacken. (...) Die Gesetze, die Sie machen müssen, werden immer an dieser Wirklichkeit ein Stückweit vorbeigehen.“ (Gesunde, ID-306)

Sieben Befragte (15,6%) waren zudem der Meinung, dass in Deutschland *keine Notwendigkeit* für die Übernahme der englischen Regelung bestehe:

„Die ist aus meiner Sicht ethisch eigentlich nur gerechtfertigt, wenn ich alle anderen Möglichkeiten, Geld zu sparen, ausgeschöpft habe. Das ist aber in Deutschland überhaupt nicht der Fall. Also, wir schmeißen ja in vielen Bereichen das Geld nur so aus dem Fenster raus ohne dass irgendjemand von profitiert.“ (Mitarbeiter/innen der Krankenkassen, ID-113)

Ferner wiesen fünf Untersuchungspersonen (11,1%) auf die zu erwartende *fehlende Akzeptanz* hinsichtlich einer solchen Gesetzeseinführung *in der Bevölkerung* hin:

„Diese Denkart hat sich in Deutschland noch nicht durchgesetzt und die halte ich auch hier für schwierig. Wie gesagt, rein fokussiert, von allem abgetrennt, auf Kostengründen würde ich sagen reizvoll. Aber ich glaube nicht, dass wir es diskutieren können.“ (Mitarbeiter/innen der Krankenkassen, ID-311)

Weitere vier Interviewteilnehmer/innen (8,9%) sprachen sich gegen die englische Regelung aus, weil es sich bei Krebspatienten um *persönliche Schicksale* handele, denen eine Therapie nicht verweigert werden dürfe, und weil eine solche Regelung eine *Entscheidung über Leben und Tod* bedeuten würde. Zwei der Befragten (4,4%) zweifelten die *Umsetzbarkeit* einer Einführung dieser Regelung wie in England an.

Für die Übernahme des Gesetzes in Deutschland wurden von den verschiedenen Stakeholdergruppen nur wenige Argumente vorgebracht. So sprachen sich acht Teilnehmer/innen (17,8%) aufgrund des *Kostendrucks* für die Gesetzeseinführung aus. Dieses Argument wurde insbesondere von zwei der befragten Ärzte/innen (28,6%; nicht dagegen von den Pflegekräften) verwendet:

„Aber es ist schon so, dass man da mit Sicherheit irgendwo eine Grenze ziehen muss, wenn das von der Allgemeinheit getragen werden soll. (...) ein Jahr ist so lang, und wenn das 3 Millionen kostet, soll das jeder kriegen. Aber das geht ja nun mal nicht. Das kann ja ein Kind beantworten, dass wenn man das machen würde, der Staat pleite gehen würde, und dass das nicht funktionieren kann, dass jeder so eine Behandlung kriegt.“ (Ärzte, ID-107)

Vier Untersuchungspersonen (8,9%) waren außerdem für die Übernahme der englischen Regelung, da damit eine *einheitliche Regelung für alle Patienten* geschaffen würde. Zwei Interviewteilnehmer/innen (4,4%) waren ferner der Überzeugung, dass mit einer solchen Regelung *Mittel eingespart* würden, die in anderen Bereichen des Gesundheitswesens *investiert* werden könnten.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Ein Großteil der Befragten, die für die Übernahme der englischen Regelung argumentierten, knüpfte ihre Zustimmung jedoch an bestimmte Bedingungen. So forderten neun Untersuchungspersonen (20%), dass im Falle der Einführung einer solchen Regelung in Deutschland die *eingesparten Mittel* auch in andere Bereiche des Gesundheitswesens *investiert* werden sollten. Diese Bedingung wurde besonders von vier Gesunden (44,4%) geltend gemacht, während die befragte Ärzteschaft und Politiker/innen nicht auf diesen Aspekt eingingen:

„Wenn man sich damit ausrechnet, dass dann andererseits wieder mehr Menschen länger leben würden. Es ist ja wie vorhin bei der Frage, gebe ich einer Patientin sechs Monate länger oder 100 Patienten. Da könnte man vielleicht auch 100 anderen Leuten ein längeres Leben verschaffen, wenn man Vorsorgeuntersuchungen macht.“
(Gesunde, ID-204)

Zudem nannten acht der Befragten (17,8%) *individuelle Ausnahmeregelungen* als Bedingung für ihre Zustimmung der englischen Regelung, und drei Interviewteilnehmer/innen (6,7%) forderten die Möglichkeit einer *individuellen Zusatzfinanzierung* (dass also die 30.000 Euro persönlich, mit Hilfe karitativer Einrichtungen etc. aufgestockt werden könnten, so dass eine Behandlung ggf. doch noch erfolgen könnte). Zwei der Teilnehmenden (4,4%) machten es zur Vorbedingung für ihre Zustimmung für die Übernahme der Regelung in Deutschland, dass *parallel auch andere Mittel ausgeschöpft* werden sollten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Übernahme der englischen Regelung, nach der die Kosten für eine Krebstherapie je gewonnenes Lebensjahr 30.000 Britische Pfund nicht überschreiten sollten, von 19 der Befragten (42,2%) abgelehnt wurde. Jedoch lässt sich feststellen, dass die schlussendliche Entscheidung in diesem Fall im Gegensatz zu den vorherigen Fallbeispielen relativ knapp ausfiel. So plädierten 16 Interviewte (35,6%) für die Einführung der englischen Regel, knüpften an ihre Entscheidung aber bestimmte Bedingungen wie die *Investition der eingesparten Mittel* in andere Bereiche des Gesundheitswesens (neun Befragte=20%) und *individuelle Ausnahmeregelungen* (acht Befragte=17,8%). Erstaunlicherweise waren es gerade diejenigen, die an einer Erkrankung leiden, die sich am häufigsten für die Einführung dieser Regelung aussprachen (sieben Erkrankte=58,3%). Während das wirtschaftliche Kriterium des *Kostendrucks* in der vorangegangenen Frage (Terri Schiavo) als Hauptargument für den Ernährungsabbruch verwendet wurde, argumentierten die meisten Befragten in diesem Fall gegen die Berücksichtigung der *Behandlungskosten*, und damit gegen die Übernahme der englischen Regelung in Deutschland. Insbesondere sechs Vertreter/innen der befragten Ärzteschaft (85,7%) sprachen sich dagegen aus, Entscheidungen bezüglich der Durchführbarkeit von aufwendigen Therapien primär von *finanziellen Erwägungen* abhängig zu machen. Auf der anderen Seite waren es wiederum zwei Ärzte/innen (28,6%), wenn auch weniger im Vergleich zu denen, die sich gegen die englische Regelung wandten, die den *Kostendruck* als Argument für ihre Entscheidung für die Einführung einer solchen Regelung geltend machten. Somit erwies sich dieses Priorisierungskriterium als konfliktträchtig. Als weiteres Kriterium gegen die Einführung der Regelung wurde die *unsolidarische Vorgehensweise* genannt. Dieser Aspekt wurde insbesondere von den Gesunden und den Pfleger/innen (die sich somit wiederum gegen die Bevorzugung von Besserverdienenden wandten) hervorgehoben. Die Politiker/innen dagegen argumentierten häufiger damit, dass es *andere Möglichkeiten* gäbe, Finanzierungsprobleme aufwendiger Therapien zu lösen und Gesunde fühlten sich in ihrer *individuellen Entscheidungsfreiheit* durch die Einführung einer solchen Regelung beschränkt. Diese unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen verdeutlichen wiederum die verschiedenen Perspektiven und Interessen der Stakeholdergruppen.

3.6.3 Leitlinien vs. Patientenbehandlung

Für die Frage, ob zukünftig Geld aus der direkten Behandlung von Patienten in die Umsetzung und Aktualisierung von Leitlinien in der Medizin umgeschichtet werden sollte, wurden folgende Oberkategorien entwickelt 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Kriterien für Kürzungen bei Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin sowie 3) Kriterien gegen Kürzungen bei Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin.

In dieser Frage waren die Interviewteilnehmer/innen geteilter Meinung. So sprachen sich 19 der Befragten (42,2%) für die Kürzungen bei Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin aus, während 17 der Untersuchungspersonen (37,8%) gegen eine solche Umschichtung waren. Die Angehörigen der Allgemeinbevölkerung (sechs Gesunde=66,7%, sieben Erkrankte=58,3%) stimmten mehrheitlich für diese Maßnahme, während sich vier Politiker/innen (80%) und Vertreter/innen des medizinischen Systems (drei Ärzte/innen=42,9%) eher gegen Einschnitte bei der Patientenbehandlung zu Gunsten der Aktualisierung von Leitlinien in der Medizin wandten. Pflegekräfte und GKV-Mitarbeiter/innen waren hinsichtlich dieser Frage in ihrer Meinung gespalten (jeweils zwei (33,3%) dafür und zwei (33,3%) dagegen). Bei vier der Befragten (8,9%) war die schlussendliche Entscheidung nicht erkennbar.

Die meisten Befragten (22 Personen=48,9%) begründeten ihre Entscheidung für die Umschichtung damit, dass mit der *Umsetzung von Forschungsergebnissen* Innovationen in Krankenhäusern eingeführt werden könnten. Besonders sechs Gesunden (66,7%), acht Erkrankten (66,7%) und drei Pflegekräften (50%) schien dieses Kriterium wichtig, dagegen wurde es nur von einem/r Politiker/in (20%) genannt:

„Also, ich kann dazu nur sagen, ich persönlich habe das als großen Gewinn empfunden, dass man mir gesagt hat: Sagen Sie uns immer, wenn Sie Schmerzen haben, Sie müssen hier keine haben. Und dass man dann, wenn ich gesagt habe, ich habe welche, sofort Maßnahmen ergriffen hat. Und zwar so lange Maßnahmen ergriffen hat, bis ich keine Schmerzen mehr hatte. Das finde ich richtig. Und wenn das nicht umgesetzt wird, dann muss man dem auch, denke ich, zum Durchbruch verhelfen. Doch, könnte ich mir vorstellen, dass das ein Sinn macht.“ (Erkrankte, ID-209)

Außerdem plädierten 17 der Untersuchungspersonen (37,8%) über alle Stakeholdergruppen hinweg für eine solche Umschichtung der finanziellen Mittel mit dem Verweis darauf, dass die Umsetzung und Aktualisierung von Leitlinien langfristig den Patienten wieder zu Gute kommen würde und somit eine *Investition für die Zukunft* sei. Dieses Argument betonten insbesondere sechs Gesunde (66,7%) und fünf Erkrankte (41,7%), während nur ein/e befragte/r Arzt/Ärztin (14,3%) und eine/r der interviewten Politiker/in (20%) darauf Bezug nahmen:

„Wobei sich das langfristig auf jeden Fall auch insgesamt wahrscheinlich auch bezahlt machen wird. Das wird sich wieder ausgleichen, weil die Versorgung insgesamt optimiert wird und wenn dann tatsächlich diese Versorgungsleitlinien zur Optimierung der Versorgung insgesamt beitragen, wird sich das auch langfristig auch in der Kostenspirale eigentlich positiv auswirken. Weil wir möglicherweise auch über diesen Weg ja auch die viel zitierte Überversorgung und Doppelversorgung auch möglicherweise auch vermeiden können. Und in Teilen auch Unterversorgung beseitigen können.“ (Mitarbeiter der Krankenkassen, ID-114)

Ein Großteil der Befragten knüpfte jedoch bestimmte Bedingungen an ihre Entscheidung für Kürzungen bei Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin. So nannten

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

acht der interviewten Personen (17,8%) die Bedingung, dass die *Kürzungen in angemessener Höhe* erfolgen sollten, d. h. dass auch weiterhin ausreichend finanzielle Mittel für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen müssten. Diese Vorbedingung wurde vor allem von zwei Ärzten/innen (28,6%), drei Erkrankten (25%) und zwei Gesunden (22,2%) vorgehoben:

„(...) woran wird dann konkret gespart? Da muss man ja dann überlegen. Wird jetzt, ich meine muss man jetzt in dem Beispiel mal überlegen, jemand der jetzt Schmerzen hat, der hier liegt, woran wird dann jetzt gespart, so dass man das Geld umschichten könnte. Da wird ja kaum daran gespart, dass er hier anständige Schmerzmittel kriegt, weil das wäre ja dann verrückt.“ (Ärzte, ID-107)

GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen dagegen erwähnten diese Bedingung nicht.

Weiterhin forderte die Gruppe der Gesunden (drei Befragte=33,3%), dass die Maßnahmen zur Förderung leitlinienbasierter Medizin *qualitativ hochwertig* sein und einer Qualitätskontrolle unterzogen werden sollten:

„Ich würde es halt ab und zu mal versuchen, aber ich würde da jetzt nicht zu viel machen, also wirklich dann prüfen, ob das wirklich was gebracht hat in Einzelfällen, aber das nicht, von Anfang an also nicht allzu häufig zu machen.“ (Gesunde, ID-302)

Dieser Aspekt wurde von den übrigen Stakeholdergruppen nicht als Bedingung genannt.

Gegen Kürzungen bei Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin argumentierten 21 der Interviewte/nehmer/innen (46,7%) mit der Begründung, dass es *andere Möglichkeiten der Finanzierung und Umsetzung* gäbe. Dieses Argument wurde von allen sieben der befragten Ärzte/innen (100%) und fünf Politiker/innen (100%) vorgebracht, während aus den anderen Stakeholdergruppen jeweils nur wenige der Befragten diese Ansicht vertraten:

„Und es gibt diese Leitlinien und es gibt diese Empfehlungen und wenn man sich orientiert an den Verlautbarungen der Fachgesellschaften oder über Fortbildungen, dann kann man da auf dem Laufenden sein. Da braucht man keine zusätzlichen Gelder, um Leitlinien zu überprüfen. Also das ist eine Selbstverpflichtung, denke ich, die muss auch funktionieren.“ (Ärzte, ID-117)

Ferner sahen 13 der Untersuchungspersonen (28,9%) *keine akute Notwendigkeit* einer solchen Maßnahme. Insbesondere drei Politiker/innen (60%) und Vertreter/innen des medizinischen Bereichs (vier Ärzte/innen=57,1%, drei Pflegekräfte=50%) meinten, dass leitlinienbasierte Medizin schon längst umgesetzt würde. Die Repräsentanten/innen der Allgemeinbevölkerung (kein/e Gesunde/r=0%, ein/e Erkrankte/r=8,3%) und GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) nannten diesen Aspekt in ihrer Argumentation gegen eine solche Umschichtung seltener:

„Ist eine sehr hypothetische Frage, weil diese Leitlinien entstehen mehr und mehr und die Weiterbildung, gerade in Schmerztherapie nimmt auch rapide zu, ohne dass es jetzt den Patienten weggenommen wird.“ (Pflegepersonal, ID-301)

Das *geringe Einsparpotential in der Patientenversorgung* wurde von neun der Befragten (20%) als weiteres Kriterium gegen die Kürzungen bei den Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin genannt. Vor allem vier Erkrankte und zwei Pflegekräfte (beide 33,3%) äußerten die Befürchtung, dass im Falle einer Umschichtung nicht genügend

Mittel für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehen würden, während die GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen diesen Aspekt nicht benannten:

„Also es kann nicht sein, dass man Schmerz publiziert, und ja, schmerzfreies Krankenhaus, und wir müssen das tun und die weiterbilden, und die Stelle einführen, dass darunter Patienten leiden müssen, die aktuell im Haus liegen. Das geht nicht.“ (Pflegepersonal, ID-202)

Außerdem hegten sechs der Interviewteilnehmer/innen (13,3%) Zweifel an der *Umsetzbarkeit* leitlinienbasierter Medizin. Besonders zwei Ärzte/innen (28,6%) und zwei Gesunde (22,2%) sahen diesen Punkt kritisch, während Politiker/innen und Erkrankte diesen Aspekt nicht erwähnten:

„(...) was meine Mama manchmal erzählt hat, dass sie halt im Krankenhaus so Leute eingestellt haben, die ganz oben sitzen und die von der Praxis eigentlich gar keine Ahnung haben und die dann irgendwelche Neuerungen umsetzen und letztendlich, wenn die Mitarbeiter das umsetzen sollen, dann sind sie nur unzufrieden, weil das überhaupt nicht läuft. Und da sehe ich halt die Gefahr dabei, dass man sich das theoretisch ganz toll durchdenken kann, aber praktisch ist es halt ganz schwer umsetzbar.“ (Gesunde, ID-302)

Ferner befürchteten fünf der Befragten (11,1%) eine *Erhöhung der Bürokratie* durch eine Förderung leitlinienbasierter Medizin. Vor allem drei Gesunde (33,3%) und zwei Ärzte/innen (28,6%) wiesen auf den bürokratischen Aufwand einer solchen Maßnahme hin:

„Meistens ist mein Gefühl, gerade auch wenn es Disease-Management-Programme oder Ähnliches geht, dass dann wieder deutliche Anteile mehr in der Verwaltung, (...) der Überprüfung steckenbleibt, und das Ziel nicht so sinnvoll erreicht werden kann, dass es sich am Ende eher wieder aufhebt.“ (Ärzte, ID-304)

Die anderen Stakeholdergruppen dagegen argumentierten nicht mit diesem Kriterium gegen eine Umschichtung zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Umschichtung der finanziellen Mittel aus der direkten Behandlung von Patienten in die Umsetzung und Aktualisierung von Leitlinien kontrovers von den Stakeholdergruppen diskutiert wurde. Auffallend sind dabei die unterschiedlichen schlussendlichen Entscheidungen der Vertreter/innen der Allgemeinbevölkerung gegenüber den Repräsentanten/innen des medizinischen Bereichs und den Politikern/innen. Während sich die Gesunden und Erkrankten mehrheitlich für Kürzungen bei Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin aussprachen, waren die meisten befragten Politiker/innen und Ärzte/innen dagegen. Die Untersuchungspersonen, die eine solche Umschichtung schlussendlich befürworteten, sahen in der Stärkung von leitlinienbasierter Medizin zuallererst eine *Innovation* und *Investition in die Zukunft*. Gesunde, Erkrankte und Pflegekräfte argumentierten somit wieder aus ihrem Eigeninteresse heraus, da sie die Meinung vertraten, dass die Umsetzung von Forschungsergebnissen letztendlich wieder den Patienten zugute kommen würde.

Kritisiert wurden dagegen die Einsparungen bei der direkten Patientenbehandlung. So war die meistgeforderte Bedingung für eine Zustimmung zu der Umschichtung, dass die *Kürzungen in angemessener Höhe* erfolgen sollten. Insbesondere Politiker/innen und Ärzte/innen waren außerdem der Meinung, dass es *andere Möglichkeiten der Finanzierung und Umsetzung* von Leitlinien gebe, als bei den Patienten zu sparen. Vertreter/innen des medizinischen Systems und Politiker/innen sahen ferner *keine Notwendigkeit* für eine Aktualisierung von Leitlinien. Die negative Einstellung des medizinischen Personals gegenüber Leitlinien lässt vermuten, dass sie Einschränkungen in ihrer Therapiefreiheit fürchteten und bei der Umsetzung der

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Sparmaßnahmen bei der Patientenbehandlung Probleme sahen. Außerdem könnte ihre Einstellung darauf basieren, dass sie im Praxisalltag schlechte Erfahrungen mit bestimmten Maßnahmen gesammelt haben. Aufgrund der eigenen Betroffenheit waren vorrangig Erkrankte und Pfleger/innen besorgt über Kürzungen bei der Patientenbehandlung, weil ihrer Meinung nach das *Budget* in diesem Bereich zu *gering* sei.

3.6.4 Evidenzbasierte Medizin

Als nächstes wurden die Teilnehmer/innen gefragt, was sie davon hielten, wenn der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich auf medizinische Leistungen beschränkt wäre, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist. Die folgenden Oberkategorien wurden entwickelt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Kriterien zu Gunsten der Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien und 3) Kriterien gegen die Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien.

Insgesamt entschied sich die Mehrzahl der Befragten (23 Befragte=51,1%) für eine Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien durch die GKV. Vor allem neun Erkrankte (75%), vier GKV-Mitarbeiter/innen (66,7%), drei Politiker/innen (60%), aber auch vier Gesunde (44,4%) lehnten eine Beschränkung der Leistungen der GKV auf evidenzbasierte Maßnahmen ab. Dagegen sprachen sich 15 der Untersuchungspersonen (33,3%) gegen die Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien durch die GKV aus, und zwar vorrangig Vertreter/innen des medizinischen Bereichs (vier Ärzte/innen=57,1%, drei Pfleger/innen=50%). Bei sieben Befragten (15,6%) war die schlussendliche Entscheidung nicht erkennbar.

Hauptargument für eine Ausweitung des GKV-Leistungskatalogs war die *Wirksamkeit nicht evidenzbasierter Therapien* (23 Befragte=51,1%). Insbesondere sieben Gesunde (77,8%), drei Politiker/innen (60%), sieben Erkrankte (58,3%) und vier Ärzte/innen (57,1%) waren der Meinung, dass nicht evidenzbasierte Therapien wirksame Alternativen zu evidenzbasierter Medizin seien, während Pflegekräfte dieses Argument nicht nannten:

„Aber was ist homöopathisch belegt? Trotzdem können sie sehr vielen Patienten damit helfen. Homöopathie ist ein großes weites Feld, wo die Schulmedizin manchmal wirklich nur traurig hinterher laufen kann. Und da gibt es ja keine Belege in dem Sinne, aber die ist trotzdem sehr, sehr wirksam.“ (Ärzte, ID-111)

Weiterhin plädierten 16 der Befragten (35,6%) für die Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien mit der Begründung, dass die *Erfahrung und das Wissen der Ärzteschaft* ausreichend für die Beurteilung der Wirksamkeit von Behandlungen ist. Vor allem die Vertreter/innen der Allgemeinbevölkerung (fünf Gesunde=55,6%, fünf Erkrankte=41,7%) argumentierten mit diesem Aspekt, der von den übrigen Stakeholdergruppen seltener genannt wurde:

„Aber Expertenwissen ist natürlich auch wichtig, ja. Und Ärzte, die über Jahrzehnte tätig sind und über einen hohen Erfahrungsschatz verfügen, die sollten sich natürlich da auch einbringen können. Weil, ja, aufgrund ihrer Erfahrung, eben. Würde ich schon wichtig finden. Also, nicht nur Studien berücksichtigen.“ (Gesunde, ID-212)

Ferner waren 15 der Untersuchungspersonen (33,3%) der Meinung, dass es *nicht möglich* sei, *zu jeder Therapie wissenschaftliche Studien* durchzuführen. Darauf wiesen vor allem zwei Politiker/innen (40%), drei Pflegekräfte (50%) und drei GKV-Mitarbeiter/innen (50%) hin:

„[Ich halte davon] gar nichts. Weil dann dürften wir bei den Frühchen, die dürften wir nicht mehr behandeln. Es ist einfach so, dass es für die Behandlung von Frühgeborenen keine gesetzlichen Studien gibt.“ (Pflegerpersonal, ID-307)

Außerdem betonten sechs der Teilnehmer/innen (13,3%) den hohen *Aufwand und die geringe Aussagekraft der Studien*, darunter insbesondere zwei Pfleger/innen (33,3%; nicht dagegen die Angehörigen der übrigen Stakeholdergruppen):

„Also es gab ja auch nie irgendwelche guten Schmerzmittel auf dem Markt, die an Kindern zugelassen sind, das gibt es auch heute nicht. (...) Das liegt daran, dass die Verfahren, die dazu führen, dass ein Medikament überhaupt auf den Markt kommen darf, sehr schwierig sind und viele Versuche auch beinhalten und dass das bei Kindern eben erstens ethisch noch schwieriger vertretbar ist, Medikamentenversuche zu machen und dass es auch noch viel teurer ist.“ (Pflegerpersonal, ID-301)

Weitere fünf der Befragten (13,3%) sprachen sich gegen die Beschränkung des GKV-Leistungskatalogs auf evidenzbasierte Therapien aus, da sie der Ansicht waren, dass nicht evidenzbasierte Therapien *kostengünstigere Alternativen* darstellen. Zudem begründeten zwei der Interviewten (4,4%) ihre Entscheidung für die Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien durch die GKV mit der *Entscheidungsfreiheit der Patientin/des Patienten und/oder deren Angehörige*. Repräsentanten/innen der Allgemeinbevölkerung (ein/e Gesunde/r=11,1%, ein/e Erkrankte/r=8,3%) waren der Auffassung, dass nicht evidenzbasierte Therapieformen den Patient/innen auch zur Verfügung stehen sollten, wenn diese es wünschten.

Während die Befragten somit eine Vielzahl von Argumenten zu Gunsten einer Ausweitung des GKV Leistungskatalogs auf nicht evidenzbasierte Therapien nannten, wurden nur drei Argumente gegen die Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien von den Interviewteilnehmern/innen angeführt. 23 der Befragten (51,1%) argumentierten mit dem *fehlenden therapeutischen Nutzen* der nicht evidenzbasierten Therapien. Vor allem sechs Vertreter/innen der Ärzteschaft (85,7%), fünf GKV-Mitarbeiter/innen (83,3%), aber auch drei befragte Politiker/innen (60%) und fünf gesunde Personen (55,6%) wiesen auf den *fehlenden Nutzen* nicht evidenzbasierter Therapien für den Heilungsprozess hin:

„Grundsätzlich finde ich das richtig, dass solche Behandlungsmethoden durch einen Studienprozess gehen, weil es sich in der Vergangenheit ja auch gezeigt hat, dass gewisse Behandlungsmethoden oder auch Präventionsmaßnahmen, und Diagnostik in der Prävention wo man sich viel von versprochen hat, dann dadurch gezeigt hat, dass es nicht so effektiv ist. (...) Und dann finde ich das völlig richtig, dass die nicht durch die gesetzlichen Krankenversicherungen gezahlt werden in so einem Standardkatalog. Deswegen ist es schon richtig, dass so Sachen durch so einen Studienprozess durchmüssen.“ (Ärzte, ID-107)

Außerdem führten elf der Untersuchungspersonen (24,4%) *die knappen finanziellen Mittel* als Kriterium gegen die Finanzierung an (dagegen hielten fünf der Befragten 13,3% nicht evidenzbasierte Therapien für eine kostengünstigere Alternative und verwendeten dies als Argument *für* deren Finanzierung; vgl. oben):

„Also, wenn das eine banale Erkrankung ist und der Patient fordert von mir homöopathische Behandlungen ab und das sind Krankenkassenkosten was weiß ich (...) dann würde ich das verweigern, natürlich. Würde aber nicht sagen, das hilft nicht. Und würde sagen: ‚Lieber Mann, wenn Sie etwas wollen, was unser Solidarsystem nicht vorgesehen hat, dann müssen Sie das selber bezahlen.‘“ (Politiker, ID-308)

Ferner plädierten vier der Interviewten (8,9%) für eine Beschränkung des GKV Leistungskatalogs auf evidenzbasierte Therapien, weil über die Nebenwirkungen nicht

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

evidenzbasierter Therapien nicht genügend Wissen vorliege. Dieses medizinische Kriterium schien den zwei Ärzten/innen (28,6%) besonders wichtig.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die meisten Befragten eine Ausweitung des GKV-Leistungskatalogs auf nicht evidenzbasierte Therapien befürworteten. Interessanterweise fielen die schlussendlichen Entscheidungen der Stakeholdergruppen unterschiedlich aus. Während die Vertreter/innen der Allgemeinbevölkerung (Gesunde, Erkrankte, Politiker/innen) und GKV-Mitarbeiter/innen sich mehrheitlich zu Gunsten der Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien durch die GKV entschieden, waren die Repräsentanten/innen der medizinischen Versorgung (Ärzte/innen, Pfleger/innen) anderer Meinung. Die kontrovers geführte Diskussion zwischen den verschiedenen Stakeholdergruppen spiegelt sich auch in den Hauptargumenten für bzw. gegen die Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien wider. Die negative Einstellung der Allgemeinbevölkerung und GKV-Vertretern/innen gegenüber einer Beschränkung des GKV Leistungskatalogs auf evidenzbasierte Medizin ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass hier eine einschränkende Wirkung auf die Patientenautonomie befürchtet wird. Ein weiterer Erklärungsansatz dafür, dass sich die Repräsentanten der Allgemeinbevölkerung dafür aussprachen, dass auch Therapien, die nicht evidenzbasiert sind, von der Krankenkasse finanziert werden sollen, könnte sein, dass sich diese Stakeholdergruppen generell vor einer höheren Eigenbeteiligung fürchteten. Während das meistgenannte Kriterium für eine Finanzierung die *Wirksamkeit* der nicht evidenzbasierten Therapien war (23 Befragte=51,1%), sprachen sich ebenso viele Befragte (23 Befragte=51,1%) aufgrund des *fehlenden therapeutischen Nutzens* gegen eine Finanzierung nicht evidenzbasierter Therapien aus. Insbesondere die befragten Ärzte/Ärztinnen sprachen sich gegen die Finanzierung von nicht evidenzbasierter Medizin aus, da sie den *fehlenden therapeutischen Nutzen* solcher Maßnahmen bemängelten. Sie argumentierten somit aus ihrer Erfahrung in der medizinischen Praxis.

Auch der *Kostenfaktor* wurde in diesem Zusammenhang von den Untersuchungsteilnehmern/innen je unterschiedlich gesehen. Während fünf der Interviewten (13,3%) der Meinung waren, dass nicht evidenzbasierte Therapien *kostengünstiger* seien, waren elf der Befragten (24,4%) der gegenteiligen Ansicht. Insgesamt gesehen spielten bei dieser Frage medizinische Kriterien die vorrangige Rolle, wohingegen wirtschaftliche Kriterien von untergeordneter Bedeutung für die Befragten waren. Von den Pflegekräften wurden besonders der *Aufwand* und die *geringe Aussagekraft von wissenschaftlichen Studien* kritisiert.

3.7 Abschlussfragen zu Wunschvorstellungen

Der letzte Themenbereich beinhaltete abschließende Fragen, die im Zusammenhang mit einer Diskussion über Fragen künftiger Priorisierung in Deutschland von Interesse sind. Die erste Frage in diesem Themenblock lautete, wer nach Ansicht der Befragten an der Entscheidung darüber beteiligt werden sollte, wie die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen verteilt werden. Ferner wurden die Teilnehmer/innen gefragt, wie viel sie in Zukunft bereit wären, für die gesetzliche Krankenversicherung zu zahlen bzw. auf welchem Niveau medizinische Leistungen erbracht werden sollten.

3.7.1 Entscheidungsträger einer Priorisierung in der Medizin

In Deutschland entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) darüber, wie die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen verteilt werden sollen. Der G-BA setzt sich zurzeit

aus Kostenträgern (vertreten durch die Spitzenverbände der Krankenkassen), Leistungserbringern (vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) und drei unparteiischen Mitgliedern zusammen. Weiterhin sind Patientenvertreter beratend im G-BA tätig (sie werden vom Deutschen Behindertenrat, von der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. sowie der Verbraucherzentrale Bundesverband benannt). Die Interviewteilnehmer/innen wurden gefragt, wer als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses an den Entscheidungen über die Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen beteiligt werden sollte.

Die folgenden Oberkategorien wurden entwickelt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Gründe dafür, dass im G-BA nicht nur Ärzteschaft und Krankenkassen vertreten sein sollten, 3) Gründe dafür, dass im G-BA (nur) Ärzteschaft und Krankenkassen vertreten sein sollten, 4) Weitere gewünschte Mitglieder, 5) Bedingungen für Mitglieder im G-BA sowie 6) Abgelehnte Mitglieder.

Insgesamt entschied sich die Mehrheit der Interviewten (23 Befragte=51,1%) dafür, dass neben Ärzteschaft und Krankenkassen noch weitere Interessensgruppen im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten sein sollten. Insbesondere neun Erkrankte (75%), sechs Gesunde (66,7%) und vier Pflegekräfte (66,7%) waren der Auffassung, dass der G-BA durch zusätzliche Mitglieder gestärkt werden sollte. Elf Untersuchungspersonen (24,4%) waren jedoch der Meinung, dass im G-BA nur die Ärzteschaft und Krankenkassen vertreten sein sollten. Besonders drei GKV-Mitarbeiter/innen (50%) und zwei Politiker/innen (40%) wandten sich gegen die Aufnahme von weiteren Kommissionsmitgliedern. Bei acht Interviewten (17,8%) war die schlussendliche Entscheidung nicht erkennbar.

Als Hauptgrund dafür, dass im G-BA nur die Ärzteschaft und Krankenkassen vertreten sein sollten, wurde die *Entscheidungskompetenz* der jetzigen Mitglieder hervorgehoben (elf Befragte=24,4%). Besonders drei befragte Ärzte/innen (42,9%), zwei Politiker/innen (40%), drei Erkrankte (25%) und zwei Gesunde (22,2%) drückten ihr Vertrauen in das Expertenwissen der Kommissionsmitglieder aus, während ein/e GKV-Mitarbeiter/in dieses Argument nur selten (16,7%) und die interviewten Pflegekräfte gar nicht verwendeten:

„Es muss einfach wirklich ein Fachgremium sein, was darüber entscheidet und es müssen eben verschieden Spezialisten drin sitzen und das kann auch nur eine fachliche Entscheidung sein.“ (Politiker, ID-314)

Vier Untersuchungspersonen (8,9%) führten als weiteres Kriterium für eine Beschränkung des G-BAs auf Leistungserbringer und Kostenträger die Funktion der *Krankenkassen als Geldgeber* an. Auf diesen Aspekt wurde insbesondere von zwei Ärzten/innen (28,6%) verwiesen. Erkrankte, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen nannten dieses Argument dagegen nicht.

Als Hauptgrund dafür, dass im G-BA nicht nur die Ärzteschaft und Krankenkassen vertreten sein sollten, wurde das *Eigeninteresse* der jetzigen Kommissionsmitglieder genannt (fünf Befragte=11,1%). Zwei befragte Ärzte/innen (28,6%) und ein/e GKV-Mitarbeiter/in (16,7%) monierten, dass ihre Berufsgruppen das Gremium nutzten, um vorrangig eigene Interessen durchzusetzen. Auch ein/e Gesunde/r (11,1%) und ein/e Erkrankte/r (8,3%) verwiesen in ihrer Argumentation darauf, während Pfleger/innen und Politiker/innen diesen Aspekt nicht nannten:

„Was ja immer natürlich auch mit rein spielt, diese Vertreter der einzelnen Institutionen sind natürlich auch davon geprägt, was sie als Institutionen zu vertreten haben. Da kann sich, glaube ich, keiner dieser Experten von frei machen. Und, das,

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

auch wenn es vielleicht nur unterschwellig da mit in diese Entscheidungsprozesse rein fließt, also es schwingt natürlich irgendwo immer mit.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-115)

Als Begründung für ihre Entscheidung zu Gunsten weiterer Mitglieder im G-BA sagten vier der Befragten (8,9%) außerdem, dass damit *unfaire Entscheidungen verhindert* werden könnten. Dieses Argument brachten insbesondere zwei gesunde Personen (22,2%) sowie ein/e Arzt/Ärztin (14,3%) und ein/e Erkrankte/r (8,3%) vor, während die interviewten Pflegekräfte, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen diesen Gesichtspunkt nicht erwähnten:

„Aber wenn man dann nur welche von oben hat, finde ich das auch ein bisschen unfair, wenn die das allein entscheiden.“ (Gesunde, ID-302)

Ferner argumentierten die Untersuchungspersonen mit der *unzureichenden Entscheidungskompetenz* (drei Befragte=6,7%) der derzeitigen Mitglieder im G-BA (dies steht im Gegensatz dazu, dass die Entscheidungskompetenz der derzeitigen Mitglieder von anderen Befragten gerade als Argument *gegen* die Aufnahme weitere Mitglieder geltend gemacht wurde; vgl. oben) und mit der *Notwendigkeit der Partizipation* von Betroffenen an wichtigen Entscheidungen (zwei Befragte=4,4%).

Vereinzelt knüpften Interviewpartner bestimmte Bedingungen an die Aufnahme weiterer Mitglieder im G-BA und/oder den Verbleib der aktuellen Kommissionsmitglieder. So plädierten zwei der Befragten (4,4%) für ein *eingeschränktes Stimmrecht* zusätzlicher Mitglieder, eine Untersuchungsperson (2,2%) sprach sich dagegen dafür aus, dass zusätzliche Mitglieder ein *uneingeschränktes Stimmrecht* erhalten sollten, und eine weitere interviewte Person (2,2%) machte eine *Rotation der Mitgliedschaft* und *fachliches Wissen* zur Bedingung einer Mitgliedschaft im G-BA.

In erster Linie wünschten sich die Interviewten *Patienten/innen (Vertreter/innen)* als weitere Kommissionsmitglieder:

„Aber die Patientenrolle insgesamt scheint mir eine Aufwertung nötig zu haben. Das man da dann, ich glaube da gibt es mehr, mehr Potential als den Ärzten und auch den Krankenkassen oftmals lieb ist. Und darauf sollte man nicht verzichten.“ (Gesunde, ID-206)

Ferner forderten zwölf Befragte (26,7%), dass *unbeteiligte Bürger/innen* mehr Mitspracherecht im G-BA erhalten sollten. Dieses schien vor allem sechs Erkrankten (50%) und drei Ärzten/innen (42,9%) wichtig:

„Im Prinzip müsste ja so ein Durchschnittsversicherter da sitzen, der gar nicht einer bestimmten Erkrankungsgruppe, Patientengruppe, wie auch immer zugehört. So was halt. Weil ich meine, die zahlen ihre Beiträge, und die sind versichert, also sollten sie auch ein Stück weit Mitbestimmungsrecht haben, was in ihren Leistungskatalog kommt.“ (Ärzte, ID-107)

Nur ein/e Politiker/in (20%), eine Pflegekraft (16,7%) und ein/e Gesunde/r (11,1%) waren diesbezüglich der gleichen Meinung und Repräsentanten/innen der GKV sprachen sich gar nicht für die Beteiligung von Bürgern/innen aus.

Als weitere gewünschte Berufsgruppe im G-BA wurden *Wissenschaftler/innen* genannt (zehn Befragte=22,2%). Besonders Vertreter/innen der Allgemeinbevölkerung (vier

Simone Heil et al.

Gesunde=44,4%, drei Erkrankte=25% und ein/e Politiker/in=20%) plädierten für die Aufnahme von *Wissenschaftler/innen* in den GB-A, während Repräsentanten/innen des medizinischen Bereichs und der gesetzlichen Krankenkassen diese Gruppe kaum oder gar nicht nannten (eine Pflegekraft=16,7%, ein/e Arzt/Ärztin=14,3%, kein/e GKV-Mitarbeiter/innen=0):

„Vielleicht sollten da doch ein paar unabhängige Leute noch mit dazu entscheidungsberechtigt sein, wenn sie über ein entsprechendes Fachwissen verfügen, ja, also, kompetent sind für bestimmte Fragen und auch dabei Entscheidungen treffen können, warum nicht. Denke mal, das ist immer gut wenn da auch unparteiische Menschen dabei sind.“ (Gesunde, ID-212)

Sechs der Untersuchungspersonen (13,3%) wünschten sich weiterhin *Politiker/innen* als Mitglieder des G-BAs. Insbesondere die Stakeholdergruppe der gesunden Personen (drei Befragte=33,3%) sprach sich für mehr Mitspracherecht der Politiker/innen in diesem Gremium aus. Auch zwei Erkrankte (16,7%) und eine Pflegekraft (16,7%) waren dieser Ansicht, während keine Befragten der Ärzteschaft, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen diese Gruppe nannten.

Außerdem waren vier der *Pflegekräfte* (66,7%) der Meinung, dass ihre Berufsgruppe im G-BA vertreten sein sollte:

„Aus berufspolitischer Sicht finde ich es natürlich nicht richtig [Lachen]. Weil ich denke, dass das natürlich etwas ist was-, da es ja nicht nur um Therapie geht oder sage ich mal um medizinische Maßnahmen geht, sondern es geht natürlich auch um Versorgung, es geht natürlich auch um Förderung und Erhalt. Und ich glaube, da in diesem Zusammenhang, leisten Pflegekräfte und Therapeuten einen ganz immensen Beitrag. Und als solches sehe ich die Pflege eben auch nicht nur als Kostenfaktor, sondern auch gleichberechtigt beteiligt an der Leistungserbringung. Und dann denke ich, wäre es durchaus wichtig, dass dort auch Vertreter der Pflege vertreten sind.“ (Pflegepersonal, ID-110)

Angehörige der anderen Stakeholdergruppen nannten die Pfleger/innen dagegen nicht als Personengruppe, die am GB-A beteiligt werden sollte.

Ferner plädierten vier der Interviewten (8,9%) für die Hinzunahme von *Ethiker/innen* und vier der Befragten (4,4%) sprachen sich für mehr Einfluss von *Vertreter/innen der Kirche* im G-BA aus.

Einige dieser Personengruppen wurden von anderen Untersuchungsteilnehmer/innen als potenzielle Mitglieder des GB-A jedoch ausdrücklich abgelehnt. So waren elf der Interviewten (24,4%) dagegen, *Politiker/innen* als Kommissionsmitglieder in den G-BA aufzunehmen (sechs Befragte=13,3% hatten sich für die Hinzunahme der Politiker/innen in den G-BA ausgesprochen). Besonders Repräsentanten/innen des medizinischen Bereichs (drei Pflegekräfte=50% und zwei Ärzte/innen=28,6%) äußerten sich skeptisch gegenüber dieser Berufsgruppe:

„Ja, also das sind ja da die Betroffenen, das sind auf der einen Seite die Krankenkassen und auf der anderen Seite die Ärzte, die sind ja in diesen Ausschuss hinein gewählt worden und die sollten eben nach sachlichen Gründen entscheiden und die Politik sollte sich da raushalten... oder muss sich da raushalten, denn sonst wird die Sache eben nicht nur fragwürdig, sondern sie wird dann eben auch von der Basis nicht mehr akzeptiert.. oder nicht mehr umgesetzt oder nur widerwillig und schlecht umgesetzt.“ (Ärzte, ID-303)

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Patienten/innen (-vertreter/innen) als zusätzliche Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschuss wurden insbesondere von drei interviewten Krankenkassenvertretern (50%) abgelehnt. Auch zwei der *Ärzte/innen* (28,6%) waren gegen die Hinzunahme von *Patienten/innen (-vertreter/innen)*, während Pflegekräfte und Politiker sich nicht ausdrücklich gegen die Aufnahme dieser Gruppe aussprachen:

„Aber auf der anderen Seite haben wir halt auch die Erfahrung gemacht, dass sobald Patientenvertreter drin sitzen in solchen Gremien, die sehr persönliche Betroffenheit, also dieser sehr subjektive Blickwinkel die Diskussion, die relativ abgehoben und auf einem abstrakt medizinischen Niveau stattfindet, erschwert.“ „Also es verkompliziert das Ganze?“ „Sehr. Weil die Betroffenheit, die lenkt die Diskussion sehr stark. Es ist absolut nachvollziehbar. Man ist halt nicht mehr in der Lage, auf einem abstrakten, sehr unpersönlichen Niveau das Thema an sich zu beleuchten.“
(Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-311)

Außerdem lehnten vier der Befragten (8,9%) die Beteiligung von *Bürger/innen* und *Ethiker/innen* im G-BA ab.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine knappe Mehrheit der Befragten eine Aufnahme weiterer Mitglieder in den Gemeinsamen Bundesausschuss befürwortet. GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen sprachen sich jedoch – möglicherweise aus Eigeninteresse – gegen eine Mitgliedserweiterung im G-BA aus. Als Hauptgrund dafür, dass im G-BA nur die Ärzteschaft und Krankenkassen vertreten sein sollten, wurde deren *Entscheidungskompetenz* hervorgehoben. In einer Beteiligung von zusätzlichen Interessengruppen im G-BA sahen die Befragten dagegen eine Maßnahme, um zu verhindern, dass die jetzigen Mitglieder nur in ihrem *eigenen Interesse* handeln oder *unfaire Entscheidungen* treffen würden.

Große Unstimmigkeit herrschte jedoch unter den Untersuchungspersonen hinsichtlich der Gruppen, die als zusätzliche Mitglieder im G-BA aufgenommen werden sollten. Vorrangig wurden die *Patienten/innen (-vertreter/innen)* genannt (19 Befragte=42,2%), die jedoch von sieben der Interviewten (15,6%) als weitere Beteiligte im G-BA gerade abgelehnt wurden. Auch die Hinzunahme von unbeteiligten Bürgern/innen (zwölf dafür=26,7%, vier dagegen=8,9%) und Politiker/innen (sechs dafür=13,3%, elf dagegen=24,4%) war umstritten.

3.7.2 Krankenversicherungsbeiträge

Abschließend wurden die Teilnehmer/innen gefragt, inwieweit sie bereit wären, höhere Krankenkassenbeiträge zu akzeptieren, um den derzeitigen Stand der medizinischen Versorgung zu sichern. Für die Wahl zwischen einem gleichbleibenden Krankenkassenbeitrag bei eingeschränkten Leistungen und einem höheren Krankenkassenbeitrag bei stabilem bzw. verbessertem Leistungsangebot der GKV wurden folgende Oberkategorien erstellt: 1) Schlussendliche Entscheidung, 2) Akzeptierte Beitragshöhe, 3) Kriterien zu Gunsten einer Beitragserhöhung, 4) Bedingungen für eine Beitragserhöhung, 5) Kriterien gegen eine Beitragserhöhung sowie 6) Zusätzliche Entscheidungskriterien.

21 der Befragten (46,7%) bevorzugten eine Beitragserhöhung zu Gunsten stabiler oder verbesserter medizinischer Leistungen. Insbesondere fünf Pflegekräfte (83,3%), sechs gesunde Personen (66,7%) und drei Ärzte/innen (42,9%) erklärten sich bereit, höhere Krankenkassenbeiträge zu zahlen, damit der bisherige Leistungsstand der GKV erhalten bleibt. Auch ein/e Politiker/in (20%) und vier Erkrankte (33,3%) und zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) stimmten einer Beitragserhöhung zu. 16 der Untersuchungspersonen (35,6%) waren mit einer Beitragserhöhung von 20-25%

einverstanden, unter der Voraussetzung, dass dafür die Gesundheitsleistungen optimiert würden. Besonders unter den befragten gesunden Personen (sechs Gesunde=66,7%) und den Pflegern/innen (drei Pflegekräfte=50%) war die Akzeptanz einer solchen Regelung hoch. Dagegen stimmte nur ein/e GKV-Mitarbeiter/in (16,7%) und keine der interviewten Politiker/innen für eine Krankenkassenbeitragserhöhung von 20-25%.

Vier der Befragten (8,9%) waren dagegen nur mit einer Beitragserhöhung von unter 20% einverstanden und vier Interviewteilnehmer/innen (8,9%) akzeptierten sogar eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge von über 25%, um damit eine Verbesserung der medizinischen Leistungen zu erreichen. Insbesondere die Stakeholdergruppe der Gesunden (zwei Gesunde=22,2%) war bereit, eine Erhöhung von über 25% zu akzeptieren, wenn sich die medizinischen Leistungen damit verbessern würden.

Neun der Interviewten (20%) lehnten dagegen eine Beitragserhöhung ab und entschieden sich damit für reduzierte Gesundheitsleistungen bei stabilen Beiträgen. Bei 13 der Befragten (28,9%) war die Entscheidung nicht erkennbar.

Der meistgenannte Grund, aus dem die Befragten eine Beitragserhöhung in Kauf nehmen würden, waren die *unzureichenden Gesundheitsleistungen* (14 Befragte=31,1%). In erster Linie bemängelten die Vertreter/innen des medizinischen Bereichs (vier Ärzte/innen=57,1%, drei Pflegekräfte=50%) und vier Gesunde (44,4%) den Zustand der derzeitigen medizinischen Leistungen und begründeten damit ihre Entscheidung für eine Beitragserhöhung:

„Mit dem jetzigen Beitrag von 14 Prozent können wir auf die Dauer nicht einmal diesen Standard halten, denn es ist in den letzten Jahren ein Investitionsstau in den Krankenhäusern eingetreten und auch in den Praxen und das heißt also, dass wir in vielen Bereichen noch gerade so das Niveau halten, aber auch diese Geräte und Maschinen, die da noch laufen und die Bauten usw., die verschleißten immer mehr und wenn kein zusätzliches Geld kommt, kann das nicht erhalten werden und ersetzt werden oder durch neue Geräte ersetzt werden.“ (Ärzte, ID-303)

Dieser Grund wurde von den übrigen Stakeholdergruppen (ein/e Erkrankte/r=8,3%, ein/e GKV-Mitarbeiter/in=16,7% und ein/e Politiker/in=20%) seltener genannt.

Ferner stimmten sechs der Interviewteilnehmer/innen (13,3%) einer Erhöhung der Kassenbeiträge zu, weil ihnen die derzeitigen finanziellen Mittel unzureichend erschienen. Vor allem drei Erkrankte (25%) waren der Ansicht, dass eine Beitragserhöhung aus diesem Grund akzeptabel sei. Gesunde und Politiker/innen nannten diesen Aspekt dagegen nicht:

„Muss man irgendwann sowieso, weil das geht ja nun mal in die Richtung, dass die Rentner immer besser versorgt werden und immer mehr werden und immer weniger Beitragszahler vorhanden sind. Und die, die sich's leisten können, werden wahrscheinlich sowieso alle in die Privatversicherung abwandern, weil sie da dann nicht den Rest tragen müssen, sondern nur sich selbst.“ (Erkrankte, ID-215)

Weiterhin begründeten fünf der Untersuchungspersonen (11,1%) ihre schlussendliche Entscheidung für eine Krankenkassenbeitragserhöhung damit, dass damit der Erhalt des *Solidaritätsprinzips* garantiert würde. Vor allem zwei Pflegekräfte (33,3%) und zwei gesunde Personen (22,2%) waren dieser Ansicht:

„Also gerechter wäre es bestimmt, 25 Prozent zu zahlen... weil sonst, wenn ich jetzt weiter soviel zahle wie bisher und die Gesundheitsleistungen werden reduziert, können es sich nur noch die Reichen leisten, irgendwelche besonderen Sachen dann zu bekommen...die exklusiveren Behandlungen. Und das fände ich auch super

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

unfair, dann müssten sich die Leute halt schon, also müsste man versuchen, dass sich wirklich alle an den Kosten beteiligen.“ (Gesunde, ID-302)

Dieser Gesichtspunkt wurde jedoch nicht von den befragten Erkrankten, Ärzten/innen und GKV-Mitarbeiter/innen angeführt.

Gleichermaßen waren drei der Befragten (6,7%) der Ansicht, dass sie eine Beitragserhöhung akzeptieren würden, um so eine *Aufrechterhaltung des Sozialstaatsprinzips* zu gewährleisten. Eine/r der Interviewten (2,2%) sprach sich außerdem aufgrund der damit einhergehenden *Rationalisierung* der Gesundheitsversorgung für eine Krankenkassenbeitragserhöhung aus.

Eine der Befragten (2,2%) knüpfte bestimmte Bedingungen an ihre Zustimmung zu einer Beitragserhöhung. So forderten sie, dass damit die *medizinischen Leistungen verbessert* und die *Kosten gerecht verteilt* werden müssten.

Da die Mehrheit der Interviewteilernehmer/innen nicht bereit war, Erhöhungen der Kassenbeiträge von über 25% zu akzeptieren, wurden entsprechend auch mehr Kriterien gegen als für eine solche Erhöhung angeführt. Der *finanzielle Aufwand* (20 Befragte=44,4%) war der am häufigsten genannte Grund gegen eine Beitragserhöhung. In erster Linie waren fünf befragte Krankenpfleger/innen (83,3%) aufgrund der damit verbundenen finanziellen Belastung dagegen, die Beiträge weiter anzuheben:

„Nein. Also 25% ist ja schon ein Viertel. Ein Viertel meines Gehaltes, was nur für meine Krankenversicherung drauf geht, die ich vielleicht die nächsten 10 Jahre nicht nutze, weil ich gerade in einem Alter bin, in dem einfach wenige Leistungen anstehen. Und das finde ich schon heftig. Also, finde ich schon ganz schön heftig.“ (Pflegepersonal, ID-307)

Auch sieben Erkrankte (58,3%) und drei Ärzte/innen (42,9%) wiesen in ihrer Argumentation gegen eine Beitragserhöhung auf den *finanziellen Aufwand* hin. Politiker/innen dagegen machten dieses Kriterium nicht geltend.

Ferner waren 13 der Interviewten (28,9%) der Meinung, dass auch *reduzierte Leistungen eine ausreichende Versorgung* der Bevölkerung gewährleisten würden (14 der Befragten=31,1% hatten dieses Argument gerade für eine Beitragserhöhung angeführt; vgl. oben). Insbesondere fünf Ärzte/innen (71,4%) sahen auch *verringerte medizinische Leistungen* als *ausreichend* an:

„Wenn man ganz ehrlich ist, ist das ja schon ein bisschen wie mit der Rente, oder? Ich meine, ich bin jetzt jung, ich zahle seit ich arbeite super viel Geld für die -, für meine Krankenkasse, ich gehe maximal einmal im Jahr oder zweimal im Jahr zum Arzt, weil es irgendeine Vorsorgeuntersuchung ist, sonst gehe ich gar nicht zum Arzt. Also, Sachen kann ich mir selber besorgen, und wenn was ist, stehe ich das alleine durch, okay. Wenn ich jetzt noch mehr zahle, um das zu bekommen was ich bekomme, also alles, nichts, also ich meine ich kriege ja nichts, weil ich ja keine Leistungen in Anspruch nehme, warum soll ich dann noch mehr bezahlen?“ (Ärzte, ID-108)

Auch hielten zwei der Pflegekräfte (33,3%), drei der Erkrankten (25%) und zwei der Gesunden (22,2%) die *reduzierten Leistungen* für *ausreichend*. Die interviewten Politiker/innen nannten diesen Gesichtspunkt jedoch nicht.

Zwölf der Untersuchungspersonen (26,7%) verwiesen in ihrer Argumentation gegen eine Beitragserhöhung auf *andere Möglichkeiten zur Finanzierung medizinischer Leistungen, die ausgeschöpft* werden könnten, ohne die Krankenkassenbeiträge zu erhöhen. Vor allem vier

Simone Heil et al.

der befragten Ärzteschaft (57,1%) waren der Ansicht, dass es *andere Ressourcen* gäbe, die für die *finanzielle Sicherung der medizinischen Versorgung* herangezogen werden könnten. Die gleiche Meinung vertraten auch drei der GKV- Mitarbeiter/innen (50%) und zwei der Politiker/innen (40%):

„Man kann das Gleiche aber auch auf andere Füße stellen, indem man die Eigenleistung, im Grunde genommen, also alles das, was jetzt nicht mehr gesetzliche Leistung sein kann, weil die Gelder halt dafür nicht mehr zur Verfügung stehen, muss dann eigenfinanziert werden. Der Trend der Zeit geht dahin. Das ist meine Prognose, dass wir demnächst viel mehr Zusatzversicherungen privater Art haben werden, um das Niveau von heute halten zu können, weil die Krankenversicherungsbeiträge bei 20 bis 25 Prozent, die sind nicht mehr tragbar aus Krankenkassensicht. Dazu wird es nicht kommen. Man wird das Spektrum abspecken und den Versicherten auferlegen, dass sie sich privat Zusatz zu versichern haben, um das Gleiche, was es vorher gegeben hat, zu bekommen. Das ist ja auch absehbar.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-311)

Die Pflegekräfte dagegen zogen diesen Aspekt in ihrer Argumentation nicht heran.

Ferner waren sieben Befragte (15,6%) über alle Stakeholdergruppen hinweg der Ansicht, dass bereits *ausreichend finanzielle Mittel* für die Sicherung der medizinischen Versorgung zur Verfügung stünden (sechs der Interviewten 13,3% waren dagegen der gegenteiligen Meinung, dass die Mittel unzureichend seien). In erster Linie waren drei interviewte Politiker/innen (60%) und zwei GKV-Mitarbeiter/innen (33,3%) der Überzeugung, dass finanzielle Mittel in genügendem Maße vorhanden seien:

„Ich halte ja die Ausgangsthese schon für falsch. Diese- Weil diese prognostizierte Kostenexplosion gibt es meines Erachtens nicht. Man darf nicht vergessen, dass auch medizinischer Fortschritt, der ja häufig so als auch Kostentreiber genannt wird, auch zu Kosteneinsparungen führen kann.“ (Mitarbeiter der Krankenkasse, ID-115)

Vertreter/innen des medizinischen Systems (Ärzte/innen, Pfleger/innen) teilten diese Meinung jedoch nicht.

Weiterhin befanden vier Interviewteilnehmer/innen (8,9%) die *medizinischen Leistungen* als *ausreichend* und sprachen sich damit gegen eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge aus.

Als zusätzliches Entscheidungskriterium wünschten sich zwei Untersuchungspersonen (4,4%) nähere Auskünfte über die *Art der reduzierten Leistungen*.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich mehr Befragte für eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge auf 20% bis 25% zu Gunsten stabiler oder verbesserter medizinischer Leistungen aussprachen als Untersuchungspersonen, die eine Beitragserhöhung ablehnten. Insbesondere unter den Interviewten des medizinischen Bereichs und den gesunden Personen war die Zahl derer groß, die eine Krankenkassenbeitragserhöhung akzeptieren würden, um eine *Verbesserung der Gesundheitsleistungen* zu erzielen. Als Hauptargument für eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge fungierten die *unzureichenden Gesundheitsleistungen*. Jedoch erwies sich dieses Kriterium als konfliktträchtig, da fast genauso viele Befragte auch *reduzierte Leistungen als ausreichend* beurteilten. Während beispielsweise fünf Ärzte/innen (71,4%) auch *verringerte medizinische Leistungen als ausreichend* ansahen, hielten vier Ärzte/innen¹ (57,1%) die Leistungen für unzureichend, was darauf schließen lässt, dass sich diese Gruppe mit der Bewertung der reduzierten Leistungen schwer tat und sie sowohl als

¹ Einige Ärzte/innen haben in diesem Kontext beide Argumente verwendet. Die Äußerungen der Personen lassen sich deswegen nicht zu 100% aufaddieren.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Argument für eine Beitragserhöhung, als auch als Kriterium gegen eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge verwendet.

Ebenso kontrovers wurde über die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden *finanziellen Mittel* diskutiert. Während sechs Untersuchungspersonen (13,3%) sie als *unzureichend* ansahen, waren sieben Interviewte (15,6%) der Meinung, dass *finanzielle Mittel in ausreichendem Maß* vorhanden seien. Während hauptsächlich die Erkrankten der Ansicht waren, dass die *finanziellen Mittel nicht ausreichen*, waren die Stakeholdergruppen der Politiker/innen und GKV-Mitarbeiter/innen der gegenteiligen Meinung. Als Hauptkriterium gegen eine Beitragserhöhung wurde der *finanzielle Aufwand* genannt. Dieser Gesichtspunkt wurde besonders von den interviewten Krankenpflegern/innen hervorgehoben, während die Politiker/innen ihn nicht geltend machten. Ferner verwiesen im Gegensatz zu den befragten Pflegern/innen insbesondere die Stakeholdergruppen der Ärzte/innen, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen auf *andere Möglichkeiten*, die *ausgeschöpft* werden könnten, ohne die Beiträge anzuheben.

4. Zusammenfassung und Diskussion

Ein wesentliches Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand in der Einbeziehung der Perspektiven unterschiedlicher Stakeholdergruppen. Beim Vergleich der Antworten von Gesunden, Erkrankten, Ärzten/innen, Pfleger/innen, GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen fällt auf, dass die Interviewten in der Tat z. T. unterschiedliche Meinungen und Argumentationsschwerpunkte hatten. Die diversen Antworten der Stakeholdergruppen spiegelten ihre unterschiedlichen Interessen und Perspektiven wider.

So verwies die interviewte **Allgemeinbevölkerung** (Gesunde und Erkrankte) auf die *längeren Wartezeiten* vor ärztlichen Behandlungen als negative Veränderung. Weiterhin sprachen sich die Repräsentanten der Allgemeinbevölkerung mehrheitlich für Kürzungen bei Patientenbehandlungen zu Gunsten leitlinienbasierter Medizin aus, da sie der Meinung waren, dass die Umsetzung von Forschungsergebnissen letztendlich wieder den *Patienten zugute kommen* würde. Ferner waren sie gegen eine Beschränkung des GKV Leistungskatalogs auf evidenzbasierte Medizin, da sie sich vor einer höheren Eigenbeteiligung fürchteten und sich in ihrer Patientenautonomie gefährdet sahen.

Gesunde Personen forderten verstärkte Anstrengungen im Bereich der *ambulanten Versorgung* und machten das Kriterium *Selbstverschuldung* bei ihrer Argumentation für eine Zuzahlungsregelung für Raucher geltend. Ferner war für gesunde Personen das Kriterium der *Leidensverlängerung durch künstliche Lebensverlängerung* ausschlaggebend für ihre Entscheidung zu Gunsten eines Ernährungsabbruches bei Terri Schiavo. Die befragten gesunden Personen argumentierten weiterhin gegen die englische Gesetzeseinführung, da sie sich in ihrer *individuellen Entscheidungsfreiheit* eingeschränkt fühlten.

Erkrankte plädierten für eine Erhöhung der finanziellen Mittel für *behandlungsbedürftige Personen* und sprachen sich für eine Stärkung der *Arzt-Patient-Beziehung* aus. Als direkt betroffene Gruppe nahm sie besonders die *erhöhte Eigenbeteiligung* der Patienten/innen als Verschlechterung wahr. In ihrer Argumentation verwiesen die interviewten Patienten/innen häufiger auf das *konkrete Einzelschicksal* (s. Frage Anna G. und die 100 anderen Patienten). Im Gegensatz zu den Politikern/innen und GKV-Mitarbeitern/innen nahmen die befragten Erkrankten den zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen wahr und waren der Meinung, dass die *finanziellen Mittel nicht ausreichen* (s. Argumentation bei der Erhöhung von Krankenkassenbeiträgen und englische Gesetzeseinführung). Wie die Gesunden

befürworteten die Erkrankten auch die Posteriorisierung von Rauchern aufgrund der *Selbstverschuldung*.

Die **Vertreter/innen des medizinischen Systems** (Ärzte/innen, Pfleger/innen) hoben eher die gestiegenen *Verwaltungsaufgaben* als negative Veränderung hervor und plädierten deshalb häufig für eine Reduzierung der *Verwaltungskosten*. So sahen die Repräsentanten des medizinischen Bereichs auch *keine Notwendigkeit* für eine Aktualisierung von Leitlinien, was darauf schließen lässt, dass diese Personen schlechte Erfahrungen mit solchen Maßnahmen gesammelt haben. Weiterhin lässt sich die negative Einstellung der Mediziner/innen gegenüber Leitlinien eventuell damit erklären, dass sie Einschränkungen in ihrer Therapiefreiheit fürchteten und bei der Umsetzung der Sparmaßnahmen bei der Patientenbehandlung Probleme sahen. Dagegen plädierten sie für vermehrte Investitionen in ihre Berufsgruppen. Die am häufigsten genannten Kriterien des medizinischen Personals waren das medizinische Kriterium der *Notwendigkeit einer Operation* (s. Robert B. und Peter L.) wie auch soziodemographischen Kriterien, wie die *längere zukünftige Berufstätigkeit* und das *Alter* (Laura K. und Erna M.). Auch die Repräsentanten des medizinischen Bereichs verwendeten das Kriterium der *Selbstverschuldung* in ihrer Argumentation (Stephan G. und Martin F.), knüpften jedoch im Gegensatz zu den anderen Stakeholdergruppen häufiger bestimmte Bedingungen an eine Zuzahlungsregelung für Raucher.

Im Vergleich zu den anderen Interessensgruppen argumentierte die befragte **Ärzeschaft** häufiger mit dem medizinischen Kriterium *therapeutischen Nutzen* (s. Argumentation bei Robert B. und Peter L.; Finanzierung von nicht evidenzbasierter Medizin). Außerdem lag ein Argumentationsschwerpunkt dieser Stakeholdergruppe bei der *Kostenersparnis* (s. Argumentation bei Laura K. und Erna M.; Komapatientin Terri Schiavo; englische Gesetzeseinführung). Ferner argumentierten die Ärzte/innen nutzenorientierter von der *Personenanzahl* ausgehend als die übrigen Gruppen (Anna G. und die anderen 100 Patienten). Die Mediziner/innen in unserer Studie machten ihre Entscheidungen somit zwar in erster Linie von medizinischen Erwägungen abhängig, bezogen aber durchaus auch externe Kriterien wie Kosten oder das Alter der Patientinnen und Patienten in ihre Entscheidung ein (vgl. auch die Ergebnisse von Strech et al. 2008).

Für die **Pfleger/innen** war dagegen das Kriterium der *sozialen Verantwortung* besonders wichtig (s. Argumentation bei Robert B. und Peter L., Anna G. als Mutter zweier Kinder). Die Pfleger/innen wandten sich wiederholt gegen die Bevorzugung von Besserverdienenden (s. Argumentation Einsparungen bei Personengruppen; Erhöhung der Krankenkassenbeiträge) und mahnten in diesem Zusammenhang auch die *unsolidarische Vorgehensweise* der englischen Gesetzesregelung an. Die Pflegekräfte argumentierten außerdem häufig aus der Perspektive der Patienten (s. Argumentation für das *Recht zu sterben* der Komapatientin Terri Schiavo).

Während die Erkrankten der Ansicht waren, dass die *finanziellen Mittel* im Gesundheitssystem *nicht ausreichen*, waren die Politiker/innen und GKV-Mitarbeiter/innen der gegenteiligen Auffassung (s. Argumentation bei der Erhöhung der Krankenkassenbeiträge). Außerdem zogen diese beiden Gruppen im Gegensatz zu den anderen Stakeholdern in ihrer Argumentation kaum das medizinische Kriterium *therapeutischer Nutzen* heran. Auch an den Antworten bezüglich der Aufnahme weiterer Mitglieder in den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde das Eigeninteresse der Stakeholdergruppen deutlich. Während sich die übrigen Gruppen für eine Mitgliedserweiterung aussprachen, waren die GKV-Mitarbeiter/innen und Politiker/innen gegen eine Zunahme von weiteren Interessensgruppen, da sie den jetzt vertretenen Gruppen besondere *Entscheidungskompetenz* bescheinigten. Politikern/innen und GKV-Mitarbeitern/innen fiel es im Vergleich zu den anderen Gruppen wesentlich schwerer, bei den konkreten Fallbeispielen Entscheidungen zu treffen. Eine mögliche Erklärung für diese Enthaltungen könnte sein, dass sich diese Personen im Konflikt zwischen ihren offiziellen

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Rollen und ihren Ansichten als Privatpersonen fühlten. Einsparpotential sahen vor allem die **GKV-Mitarbeiter/innen** – mit ihrer auf Leistung und Effektivität gerichteten Perspektive – bei *nicht notwendigen Behandlungen* und der *Pharmabranche*. Im Gegensatz zu den anderen Interessensgruppen machten die **Politiker/innen** weiterhin *Selbstverschulden* nicht als Posteriorisierungskriterium geltend und sprachen sich mehrheitlich gegen eine Beteiligung der Raucher an ihren Behandlungskosten aus. Wie das medizinische Personal sahen die interviewten Politiker/innen *keine Notwendigkeit* für eine Aktualisierung von Leitlinien, was darauf schließen lässt, dass diese Personen möglicherweise schlechte Erfahrungen mit solchen Maßnahmen gesammelt haben.

Die relative Wichtigkeit der oben genannten Kriterien variierte dabei in unterschiedlichen Kontexten und z. T. wurden diese Kriterien auch kontrovers diskutiert (s. u.).

Die Untersuchung zeigt auch, dass einige Begriffe von den Interviewten unterschiedlich definiert und gehandhabt wurden. So sprachen sich beispielsweise einige Interviewteilnehmer/innen für eine Operation an Martin F. aus, da sie ihm eine gute *Erfolgsaussicht* bescheinigten. Andere wiederum waren der gegenteiligen Meinung. Auch hinsichtlich der Frage, ob ein Raucher für einen Teil seiner Behandlungskosten selbst aufkommen solle, plädierten manche der Untersuchungspersonen für eine Zuzahlung mit der Begründung, dass der Raucher seine Sucht *selbst verschuldet* habe, während andere Interviewte der Meinung waren, dass der Raucher nicht für seine Erkrankung verantwortlich sei, da er Opfer der Zigarettenindustrie sei. Diese Beispiele verweisen auf die Schwierigkeit, eine akzeptierte und intersubjektiv nachvollziehbare Definition von Priorisierungskriterien in der medizinischen Versorgung zu erstellen. Auch Strech et al. (2008) machten auf die Mehrdimensionalität von Begriffen aufmerksam, die bei ihrer qualitativen Untersuchung zu Priorisierungsentscheidungen von Medizinern ersichtlich wurden. Die Notwendigkeit, Priorisierungskriterien zu spezifizieren, um ein transparentes und zielführendes Vorgehen in konkreten Fällen zu gewährleisten, wird somit deutlich. In dieser Hinsicht können qualitative Studien (z. B. Interviews und Fokusgruppen) mit verschiedenen Stakeholdergruppen durchaus hilfreich sein.

Die Priorisierungskriterien, die in diesen Zusammenhängen zur Sprache kamen, hatten sich bereits in anderen Untersuchungen als relevant erwiesen. Beispielsweise waren 78 Prozent der Befragten in einer schwedischen Studie mit über 65-Jährigen dafür, dass die *Schwere der Erkrankung* eine große Rolle bei Priorisierungsentscheidungen haben sollte (Werntoft et al. 2007). Weiterhin plädierten in einem australischen Survey fast 60 Prozent der Interviewten für eine Posteriorisierung von Patienten/innen, die ihre Krankheit *selbst verschuldet* haben (Nord et al. 1995). Eine qualitative Interviewstudie mit deutschen Ärzten/innen zeigte, dass die Kriterien *therapeutischer Nutzen*, *Alter* und *Kosteneffektivität* einen Einfluss auf die Priorisierung in der Medizin haben (Strech et al. 2008). Neben medizinischen und soziodemographischen Kriterien wurde in dieser Untersuchung auch der *Kostenfaktor* als Priorisierungs- bzw. Posteriorisierungskriterium von den Stakeholdergruppen genannt. Auch die Bedeutung des *Kostenaspekts* bei Priorisierungsentscheidungen wurde bereits in anderen Studien nachgewiesen (Kuhlmann 1998). Jedoch sind die Befragten in dieser Studie im Vergleich zu den Interviewten früherer Untersuchungen (Werntoft et al. 2007) eher zu Kosteneinschränkungen im Gesundheitswesen bereit (vgl. z. B. die Argumentation für den Ernährungsabbruch bei Terri Schiavo).

Darüber hinaus erwiesen sich einige Kriterien als besonders konfliktträchtig, wie *Alter*, *berufliche Stellung*, *Selbstverschulden* und *Kosten*: Während sich die meisten Interviewten für mehr Investitionen in die medizinische Versorgung von *Kindern* und *Jugendlichen* aussprachen, waren die Befragten hinsichtlich der Priorisierung bzw. Posteriorisierung von *älteren Personen* geteilter Meinung. Insbesondere in dem Fallbeispiel mit Erna M. und Laura

K. wurde das *Alter* kontrovers diskutiert. Dabei zeigte sich, dass für die Angehörigen des medizinischen Systems die *Länge der zukünftigen Berufstätigkeit* eine größere Rolle spielte als für die anderen Stakeholdergruppen.

Die *berufliche Position* der im Fallbeispiel dargestellten Personen erwies sich ebenfalls als konfliktträchtig, da einige Untersuchungspersonen dieses Kriterium bei ihrer Entscheidung berücksichtigten, während andere es ausdrücklich ablehnten, diesen Aspekt in ihrer Entscheidungsfindung heranzuziehen (s. Fallbeispiel Robert B. und Peter L.).

Auch das Kriterium *Selbstverschuldung* barg ein hohes Konfliktpotenzial, da einige Befragte diesen Aspekt als wichtig erachteten, während andere Untersuchungspersonen es explizit ablehnten, die *Selbstverschuldung* in ihrer Argumentation zu berücksichtigen (s. Fallbeispiel Martin F. und Stephan G.). Insbesondere die Vertreter/innen der Allgemeinbevölkerung und des medizinischen Bereichs nannten dieses verhaltensbedingte Posteriorisierungskriterium (s. Argumentation bei der Zusatzregelung für Raucher).

Die *Kosten* wurden ebenso kontrovers diskutiert. Einerseits argumentierten die befragte Ärzteschaft und die Erkrankten mit dem *Kostenaspekt* (s. Ernährungsabbruch bei Terri Schiavo), andererseits lehnten es andere Untersuchungspersonen ausdrücklich ab, dieses wirtschaftliche Kriterium in ihrer Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (s. Argumentation bei der englischen Gesetzeseinführung).

Diese qualitative Untersuchung zeigt somit ein vielschichtiges Bild von Priorisierungspräferenzen und -kriterien. Nicht nur argumentieren die Angehörigen verschiedener Stakeholdergruppen unterschiedlich, wobei vermutlich auch Eigeninteresse und je unterschiedliche Erfahrungen mit dem medizinischen System in die jeweiligen Ansichten und Begründungsmuster eingehen, sondern sie nehmen die Situation im Gesundheitssystem z. T. auch unterschiedlich wahr (vgl. etwa die Ansicht der Ärztinnen und Ärzte, dass die medizinischen Leistungen ausreichend seien, im Vergleich zu den Ansichten der Gesamtbevölkerung (für eine detaillierte Darstellung der Präferenzen für die einzelnen Stakeholdergruppen siehe zu Ärzten/innen und Pflegepersonal (FOR655, Nr. 19 – 2009 (3) Winkelhage et al.); zu gesunden und erkrankten Personen (FOR655, Nr. 20 – 2009 (4) Winkelhage et al.); zu Vertretern/innen der Krankenkassen (FOR655, Nr. 23 – 2009 (7) Otten et al.); und zu Politiker/innen (FOR655, Nr. 24 – 2010 (1) Schreier et al.)). Darüber hinaus zeigen sich auch Unterschiede hinsichtlich der moralischen Akzeptabilität ausgewählter Priorisierungskriterien (wie etwa Alter, künftige Berufstätigkeit, Selbstverschulden) sowie hinsichtlich des Verständnisses einzelner Kriterien (Trägt beispielsweise ein Raucher eine Mitschuld an einer Herzerkrankung, oder ist er als Süchtiger ein Opfer der Zigarettenindustrie?). Diese Unterschiede verdeutlichen, welche Schwierigkeiten bei der Erarbeitung von Priorisierungskriterien zu bewältigen sind, die nicht nur für die Entscheidungsträger – insbesondere Politiker/innen und Vertreter/innen der GKV – akzeptabel sind, sondern auch und gleichermaßen für Angehörige des medizinischen Systems sowie der Allgemeinbevölkerung.

Die vorliegende qualitative Studie wurde nur mit einer kleinen Anzahl bewusst ausgewählter Vertreter/innen der verschiedenen Stakeholdergruppen durchgeführt. In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, inwieweit die hier ermittelten Ergebnisse für die Allgemeinbevölkerung verallgemeinerbar sind und inwieweit sich dabei ggf. zusätzliche Unterschiede im Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen der Befragten zeigen. Dies wird derzeit in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung ermittelt. Weiterhin wird zu klären sein, welche Argumentationsmuster den verschiedenen Entscheidungen und Kriterien im Einzelnen zugrunde liegen und wie robust die Entscheidungen im Kontext von Gegenmeinungen sind. Zur Beantwortung dieser Frage eignen sich weitere qualitative Untersuchungen unter Verwendung von Fokusgruppen.

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Priorisierungsentscheidungen ziehen für die Gemeinschaft der Versicherten und die einzelnen Betroffenen erhebliche Konsequenzen nach sich. Eine öffentliche Debatte, in der die Meinung aller Betroffenen berücksichtigt wird, nimmt den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern ihre Aufgabe nicht ab, trägt aber zur Transparenz und politischen Legitimation eines Priorisierungsverfahrens bei.

Literatur

- Brockmann, H. (2002): Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science & Medicine* 55:593-608.
- Bruni, R. A./Laupacis, A./Martin, D. K. (2008): Public engagement in setting priorities in health care. In: *Canadian Medical Association Journal* 179. 1. 15-18.
- Deutsche Sozialversicherung (2009): Krankenversicherung. www.deutsche-sozialversicherung.de, 11/2009.
- FOR655 (2007): Priorisierung in der Medizin- DFG- Forschergruppe FOR655. http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=1,08/2009.
- Kuhlmann, E. Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In: Feuerstein, G., Kuhlmann, E, Hrsg. *Rationierung im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998, 146-161.
- Meyer, T. H. R. (2009): Priorisierung im Gesundheitswesen - eine Diskussion nimmt Fahrt auf (Editorial). *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 103: 73-74.
- Nord, E./Richardson, J./Street, A./Kuhse, H./Singer, P. (1995): Maximizing Health Benefits Vs Egalitarianism - an Australian Survey of Health Issues. In: *Social Science & Medicine* 41. 10. 1429-1437.
- Otten, M./Schreier, S./Diederich, A. (2009): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Vertreter/innen der Krankenkassen. 23. 7. http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr23_Otten.pdf, 07/2010.
- Röstermundt, A./ Westphal, R. / Raspe, H. (2001): Relevanz und Finanzierung von Gesundheitsleistungen: Eine Befragung von Ärzten, Studenten, Patienten, Pflegepersonal und Senioren. *Gesundheitswesen* 63: 311-318.
- Sabik, L. M./Lie, R. K. (2008): Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*. 7. 4. <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/4>, 06/2009
- Schreier, M./Schmitz-Justen, F./Diederich, A./Lietz, P./Winkelhage, J./Heil, S. (2008): Sampling in qualitativen Untersuchungen: Entwicklung eines Stichprobenplanes zur Erfassung von Präferenzen unterschiedlicher Stakeholdergruppen zu Fragen der Priorisierung medizinischer Leistungen. FOR 655. 12. 8. http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr12_Schreier_et_al.pdf, 05/2009.

- Schreier, M./Diederich, A./Schnoor, M. (2010): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Politiker/innen. FOR 655. 24. 1. http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr24_Schreier.pdf, 07/2010.
- Strech, D./Börchers, K./Freyer, D./Neumann, A./Wasem, J./Marckmann, G. (2008): Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. In: Ethik in der Medizin 20. 2. 94-109.
- Ullrich, C. G./Christoph, B. (2006): Soziale und Risikosolidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Akzeptanz von "Entsolidarisierungsoptionen" bei gesetzlich Versicherten. In: C. Wendt & C. Wolf (Eds.), Soziologie der Gesundheit, Vol.46, 406-431. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Werntoft, E./Hallberg, I. R./Edberg, A. K. (2007): Prioritization and resource allocation in health care. The views of older people receiving continuous public care and service. In: Health Expectations 10. 2. 117-128.
- Westphal, R./Röstermundt, A.-K./Raspe, H. (2001): Die Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen im Spiegel eines Bevölkerungssurveys. In: Das Gesundheitswesen 63. 5. 302-310.
- Winkelhage, J./Diederich, A./Heil, S./Lietz, P./Schmitz-Justen, F./Schreier, M. (2007): Qualitative Stakeholder-Interviews: Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Erfassung von Prioritäten in der medizinischen Versorgung. FOR 655. 4. 4. http://www.priorisierung-in-dermedizin.de/documents/FOR655_Nr04_Winkelhage_et_al.pdf, 05/2009.
- Winkelhage, J./Winkel, S./Schreier, M./Heil, S./Lietz, P./Diederich, A. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Entwicklung eines Kategoriensystems zur Analyse von Stakeholderinterviews zu Prioritäten in der medizinischen Versorgung. FOR 655. 15. 11. http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr15_Winkelhage.pdf, 05/2009.
- Winkelhage, J./Schreier, M./Diederich, A. (2009): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Ärzten und Pflegepersonal. FOR 655. 20. 4. http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr20_Winkelhage.pdf, 11/2009.
- ZEKO (2000): Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt 97. 15. 1017-1023.
- ZEKO (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Langfassung) Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>, 06/2009.

Working Paper Series FOR 655

1. Hartmut Kliemt: Priority setting in the age of genomics, December 2007 (1)
2. Marlies Ahlert: If not only numbers count – allocation of equal chances, December 2007 (2)
3. Stefan Felder: The variance of length of stay and the optimal DRG outlier payments, December 2007 (3)
4. Jeannette Winkelhage, Adele Diederich, Simone Heil, Petra Lietz, Felix Schmitz-Justen, Margrit Schreier: Qualitative Stakeholder-Interviews: Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Erfassung von Prioritäten in der medizinischen Versorgung, December 2007 (4)
5. Antje Köckeritz: A cooperative bargaining model for two groups of patients, January 2008 (1)
6. Marlies Ahlert and Hartmut Kliemt: Necessary and sufficient conditions to make the numbers count, January 2008 (2)
7. Stefan Felder and Andreas Werblow: Do the age profiles of health care expenditure really steepen over time? New evidence from Swiss Cantons, February 2008 (3)
8. Marlies Ahlert, Wolfgang Granigg, Gertrud Greif-Higer, Hartmut Kliemt, Gerd Otto: Prioritätsänderungen in der Allokation postmortaler Spender-Lebern – Grundsätzliche und aktuelle Fragen, February 2008 (4)
9. Marlies Ahlert, Stefan Felder, Bodo Vogt: How economists and physicians trade off efficiency and equity in medically and neutrally framed allocation problems, February 2008 (5)
10. Adele Diederich, Hartmut Kliemt, Public health care priorities at the polls – a note, March 2008 (6)
11. Stefan Felder: To wait or to pay for medical treatment? Restraining ex-post moral hazard in health insurance, April 2008 (7)
12. Margrit Schreier, Felix Schmitz-Justen, Adele Diederich, Petra Lietz, Jeannette Winkelhage und Simone Heil: Sampling in qualitativen Untersuchungen, Juli 2008 (8)
13. Petra Lietz: Questionnaire design in attitude and opinion research: Current state of an art, September 2008 (9)

14. Margrit Schreier, Adele Diederich: Kriterien der Priorisierung: Praxis anderer Länder und erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung in Deutschland, Oktober 2008 (10)
15. Jeannette Winkelhage, Susanne Winkel, Margrit Schreier, Simone Heil, Petra Lietz, Adele Diederich: Qualitative Inhaltsanalyse: Entwicklung eines Kategoriensystems zur Analyse von Stakeholderinterviews zu Prioritäten in der medizinischen Versorgung, Oktober 2008 (11)
16. Anhang zu FOR 655 Working Paper Nr. 15 / 2008, Oktober 2008 (11)
17. Marlies Ahlert and Hartmut Kliemt: Towards Understanding the Ethical Implications of Priority Changes: The Example of Kidney Allocation,
18. Adele Diederich, Petra Lietz, Marina Otten, Maike Schnoor, Margrit Schreier, Jessica Schröter, Jeannette Winkelhage, Norman Wirsik: Fragebogen zur Erhebung von Präferenzen in der Bevölkerung bezüglich der Verteilung von Gesundheitsleistungen in der GKV, August 2009 (2)
19. Jeannette Winkelhage, Margrit Schreier, Adele Diederich: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Ärzten und Pflegepersonal, August 2009 (3)
20. Jeannette Winkelhage, Adele Diederich, Margrit Schreier: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von gesunden und erkrankten Personen, August 2009 (4)
21. Adele Diederich, Maike Schnoor, Jeannette Winkelhage, Margrit Schreier: Präferenzen in der Bevölkerung hinsichtlich der Allokation medizinischer Leistungen - Entwicklung eines Fragebogens für eine repräsentative Bevölkerungsbefragung, September 2009 (5)
22. Norman Wirsik, Adele Diederich, Margrit Schreier: Conjoint-Analyse: Prätest zu Evaluation von patientenbezogenen Merkmalen und dem Einfluss von Proxies auf die Bildung von Rangfolge. November 2009 (6)
23. Marina Otten, Margrit Schreier, Adele Diederich: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Vertreter/Innen der Krankenkassen. Dezember 2009 (7)
24. Margrit Schreier, Adele Diederich, Maike Schnoor: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Politiker/innen. Juni 2010 (1)
25. Marlies Ahlert, Katja Funke, Lars Schwettmann: Thresholds, Productivity, and Context: An Experimental Study on Determinants of Distributive Behaviour. Juni 2010 (2)
26. Simone Heil, Margrit Schreier, Jeannette Winkelhage, Adele Diederich:

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen. Juli 2010 (3).