

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Adele Diederich und Margrit Schreier

Priorisierung in der Medizin
FOR 655 Nr. 27 / 2010



JACOBS
UNIVERSITY

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:



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

ISSN 1866-0290

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

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Adele Diederich, Margrit Schreier

Jacobs University Bremen

Im Teilprojekt „Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Eine empirische Untersuchung“ der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Forschergruppe FOR655 „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter der besonderen Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung“ wurden Einstellungen und Präferenzen zur Allokation medizinischer Leistungen mittels eines Fragebogens erhoben. Eine repräsentative Stichprobe mit Teilnehmern (N=2031) aus ganz Deutschland nahm zu zehn Themenkomplexen, die sich mit Priorisierung medizinischer Leistungen im weiteren Sinne befassten, Stellung. Diese Themenkomplexe: *Einstellungen zur Krankenversicherung (Solidarität/Knappheit), Finanzierungs- und Beitragsgestaltung der Krankenkassen, Bereiche im Gesundheitssystem, Personengruppen, Gesundheitsverhalten, Therapeutischer Nutzen, Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis, Evidenzbasierung, Lebensbedrohliche Erkrankungen, Entscheidungsträger bei der Allokation medizinischer Leistungen*, wurden durch 34 Fragen mit 135 Items abgebildet. Die Ergebnisse der Befragung werden dargestellt.

Stichworte: Bevölkerungsbefragung, medizinische Versorgung, Priorisierung, Präferenzen

Prof. Dr. Adele Diederich
School of Humanities and Social Sciences
Jacobs University Bremen gGmbH
Campus Ring 1
D-28759 Bremen
phone: 0421/200 3431
e-mail: a.diederich@jacobs-university.de

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

In a survey study, attitudes and preferences within the German population concerning health care allocation were examined by questionnaire (conducted within the research project “Criteria and preferences in prioritizing health care services: an empirical study” which is part of the Research Group “Prioritizing in medicine: A theoretical and empirical analysis in consideration of the public health insurance system” funded by the German Research Foundation (DFG). A representative sample (N=2031) with participants from all over Germany answered questions from ten thematic areas concerning prioritizing in medicine in a broader sense. These thematic areas: *attitudes towards health insurance (solidarity/scarcity), areas of public health care, groups of persons, health behaviour, therapeutic use, cost-efficiency-ratio, evidence-based medicine, life-threatening diseases, decision makers in allocating health care services* were covered by 34 questions comprising a total of 135 items. The results of the survey are described.

Key words: population survey, health care, prioritizing, preferences

1. Einleitung

Kopfpauschale, Gesundheitsprämie, Eigenbeteiligung, Zuzahlung, Ärztehonore, Kostenexplosion, Lobbyisten, Solidargemeinschaft: die Liste der Begriffe, die in der Debatte um die Gesundheitsversorgung täglich in den Medien genannt wird, lässt sich beliebig fortsetzen. Auch Maximalversorgung, Zweiklassenmedizin, Versorgungsengpass auf dem Lande sind beliebte Vokabeln, die immer wieder auftauchen, wenn die Situation unseres Gesundheitssystems erörtert wird. Es fehlt nicht an Diskussionsfreude verschiedenster Interessengruppen, wenn eine weitere sogenannte Gesundheitsreform unabwendbar erscheint. Da verwundert es, dass Stimmen kaum Gehör finden, die fragen, was sich ein Gesundheitssystem, das auf dem Solidaritätsprinzip basiert, leisten kann, um allen gerecht zu werden. Auch Begriffe wie Rationierung und Priorisierung werden in diesem Zusammenhang genannt - sowohl die ehemalige Regierung (CDU/SPD), aber auch die jetzige Regierung (CDU/FDP) (siehe Rösler Deutsches Ärzteblatt, März 2010) weist eine Diskussion dieser Begriffe jedoch zurück. Die Ärzteschaft ist in dieser Hinsicht geteilt. Während einige Mediziner seit Jahren eine Debatte über die Notwendigkeit von Priorisierung medizinischer Leistungen einfordern (ZEKO, 2000; 2007), steht ein Großteil dem Konzept und den Konsequenzen, die sich daraus für das deutsche Gesundheitssystem ergeben, skeptisch bis ablehnend gegenüber (z.B. 112ter Deutscher Ärztetag, 2009).

Obwohl bestimmte Leistungen bereits heute eingeschränkt sind (z.B. Kuhlmann, 1998; Strech et al., 2008), teils offen, häufig aber verdeckt, gab und gibt es keine öffentliche Debatte über Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen im Gesundheitswesen in Deutschland (vgl. ZEKO, 2000, 2007, Meyer, 2009). Dabei ist das Problem der exponentiell steigenden Gesundheitskosten, beschleunigt durch Faktoren

wie Fortschritte in der Medizintechnik, massive Veränderungen in Demographie und Epidemiologie, kein deutsches Problem, sondern existiert in vielen westlichen Industrieländern. Jedoch werden dort, im Gegensatz zu Deutschland, seit den 1980er Jahren Priorisierungsdiskussionen geführt, Lösungen gefunden und Verfahren implementiert (z.B. Ham, 1997; Sabik & Lie, 2008 für einen Überblick über verschiedene Länder).

Es mag vielfältige Gründe dafür geben, warum es in Deutschland so schwierig ist, eine öffentliche Debatte über eine Priorisierung in der Medizin zu führen; diese sollen hier jedoch nicht erörtert werden. Im Folgenden wird eine Untersuchung dazu vorgestellt, wie die allgemeine Bevölkerung in Deutschland eine Priorisierung medizinischer Leistungen sieht, denn deren Interessen, Erwartungen und Präferenzen wurden bislang kaum erforscht. (siehe jedoch z.B. Busse, 1999; Westphal et al., 2001; Schwappach, 2003, 2006; Böcken et al., 2009; Liedtke, 2009, für regionale Erhebungen).

Wenn es darum geht festzulegen, was zu den medizinischen Leistungen, die letztlich aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, gehören soll und was nicht, sollten gesunde und kranke Bürger über Art und Umfang dieser Leistungen jedoch mitbestimmen können oder zumindest angehört werden, zumal es in der Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung (WHO, 1996) heißt, dass sich „Gesundheitsreformen [] mit den Bedürfnissen der Bürger auseinandersetzen und durch den demokratischen Prozess die von ihnen in Gesundheit und Gesundheitsversorgung gesetzten Erwartungen berücksichtigen“ müssten und dass auf das Wort der Bürger gehört und ihre Entscheidung respektiert werden solle. Für eine Zusammenfassung weiterer Argumente für und gegen eine Bürgerbeteiligung siehe Diederich und Schreier (2009), Diederich et al. (2009b), Schreier und Diederich (2008).

Ein erster Schritt in Richtung Bürgerbeteiligung in Fragen der Priorisierung im Gesundheitswesen wurde im Teilprojekt „Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Eine empirische Untersuchung“ der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Forschergruppe FOR655 „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter der besonderen Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung“ unternommen. 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 Festlegung einer Nachrangigkeit. Sowohl Priorisierung als auch Posteriorisierung werden damit zugleich gegenüber einer Rationierung im Sinne einer Vorenthaltung medizinischer Leistungen abgegrenzt (ZEKO, 2000).

Zu diesem Zweck wurde ein populationsbezogener Survey durchgeführt, um ein für Deutschland repräsentatives Meinungsbild zu Themen der Priorisierung medizinischer Leistungen zu erstellen. Die zentrale Forschungsfrage lautete: „Nach welchen Kriterien könnte/sollte eine Priorisierung medizinischer Leistungen in Deutschland erfolgen und wie ist die relative Wichtigkeit dieser Kriterien?“

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Im Folgenden werden die Themenbereiche, die durch den Fragebogen abgedeckt wurden, kurz eingeführt und im Anschluss daran die Anwohnhäufigkeiten (in Prozent) auf die dazu gestellten Fragen vorgestellt. Zur ausführlichen Darstellung der Fragebogenentwicklung sowie des Fragebogens siehe Diederich et al. (2009a, b). Zum Schluss folgt ein kurzes Resümee aller Ergebnisse.

2. Entwicklung des Fragebogens und der Themenbereiche

Mit dem Fragebogen sollte ein möglichst breites Spektrum an Aspekten und Kriterien der Priorisierung im Gesundheitswesen abgedeckt werden. Zur Ermittlung dieses Spektrums wurde im Vorfeld des Bevölkerungssurveys zunächst eine qualitative Interviewstudie mit Vertretern verschiedener Stakeholder- oder Interessengruppen im Gesundheitswesen durchgeführt (neun gesunde Personen, zwölf erkrankte Personen, sieben Ärztinnen und Ärzte, sechs Personen aus der Gruppe des Pflegepersonals, fünf Politiker/innen und sechs Vertreter/innen der Gesetzlichen Krankenkassen; siehe Schreier et al. 2008 für eine detaillierte Darstellung der Auswahlkriterien). In den Fragebogen wurden diejenigen Aspekte des Themas aufgenommen, die von einem Drittel der Interviewpartner entweder innerhalb einer Stakeholdergruppe oder über alle Stakeholdergruppen hinweg benannt wurden (für die Ergebnisse der Interviewstudie vgl.: Heil et al., 2010; Otten et al., 2009; Schreier et al., 2010; Winkelhage et al., 2009a, b), aus theoretischer Perspektive ergänzt bzw. untermauert durch Themenbereiche und Fragenkomplexe der anderen Teilprojekte der Forschergruppe (siehe Diederich et al., 2009b). Aufbauend auf den Befunden der Interviewstudie wurden außerdem Fallbeispiele für die Durchführung einer Conjoint-Analyse konstruiert, die an dieser Stelle jedoch nicht berichtet wird (siehe Wirsik et al., 2009; Diederich et al., (in Vorbereitung).

Wie in vergleichbaren Bevölkerungsbefragungen (z.B. European Social Survey; World Values Survey) wurden Fragen nach bestimmten Themen gruppiert, um die Beantwortung zu erleichtern. Die Themenbereiche wurden im Fragebogen kurz erläutert bzw. es wurden den Teilnehmern Hintergrundinformationen geliefert (siehe Diederich et al., 2009a). Folgende Themenkomplexe wurden durch den Fragebogen abgedeckt:

1. Einstellungen zur Krankenversicherung (Solidarität/Knappheit)
2. Finanzierungs- und Beitragsgestaltung der Krankenkassen
3. Bereiche im Gesundheitssystem
4. Personengruppen
5. Gesundheitsverhalten
6. Therapeutischer Nutzen
7. Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis
8. Evidenzbasierung
9. Lebensbedrohliche Erkrankungen
10. Entscheidungsträger bei der Allokation medizinischer Leistungen

Soziodemographische Fragen zu Alter, Geschlecht, Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommen sowie Situationsvariablen (z.B. Bundesland Alt/Neu, Anzahl der Mitversicherten etc.) bildeten den abschließenden Themenbereich des Fragebogens. Zusätzlich wurde das gesundheitliche Wohlbefinden mittels des SF-8 Standard (QualityMetric Incorporated, 1999) erfasst. Die Antworten auf diese Fragen dienen dazu, Hypothesen zu testen, die sich aus der Interviewphase ergeben haben, und gehen dabei in die Modellierung der Analyse ein. An dieser Stelle beschränken wir uns auf die Darstellung der deskriptiven Ergebnisse für die Gesamtbevölkerung.

Der Großteil der Fragen des Bevölkerungssurveys war geschlossen. Die Antworten wurden überwiegend auf kategorialen Skalen gemessen. Dabei wurden nominale und ordinale Messskalen eingesetzt. Eine „Weiß nicht“ Antwort oder „Antwort verweigert“ wurde nur aufgenommen, wenn diese vom Befragten geäußert wurde. Diese Methode hat sich gegenüber einer derartigen bereits in der Antwortskala angebotenen Option einerseits und gegenüber der wiederholten Aufforderung zu einer substantiellen Antwortoption andererseits als angemessener erwiesen (Schumann & Presser, 1996). Um Antwortoptionen auf kategorialen Skalen zu generieren, wurde erstens auf Formulierungen aus den Stakeholder-Interviews zurückgegriffen; andere Fragen und Antwortoptionen wurden in Anlehnung an frühere Befragungen formuliert (Bowling, 1996; Gallego et al., 2007; Lees et al., 2002; King & Maynard, 1999; Myllykangas et al., 2003; Neuberger et al., 1998; Nord et al., 1995; Shmueli, 2000; Westphal, 2001).

3. Durchführung der Befragung und Zusammensetzung der Stichprobe

Die repräsentative Bevölkerungsbefragung wurde nach dem Random Route-Verfahren zufällig ausgewählter Bürger/innen von der TNS Healthcare GmbH mittels Computer Assisted Personal Interviews (CAPI) von Juli bis September 2009 durchgeführt.

Die Bruttostichprobe betrug N=3729. Nach Abzug neutraler Ausfälle (3%, z.B. keine Privathaushalte, Sprachprobleme) verblieben 3617 Adressen. Darauf bezogen betrug die Ausfallrate 43,1% (21% der Haushalte oder Zielpersonen nicht angetroffen, 13% der Haushalte oder Zielpersonen nicht bereit, 9,1% Sonstiges (keine Zeit, Urlaub, krank)). Die von den jeweiligen Interviewern eingegebenen Datensätze von 2031 Interviews wurden von TNS zu einem gesamten Datensatz zusammengefasst. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse und Analysen basieren auf diesen 2031 Interviews.

An der Befragung nahmen 1131 (55,7%) Frauen und 900 Männer teil. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 52 Jahren, mit einer Standardabweichung von 18 Jahren (Median 52 Jahre), wobei zu beachten ist, dass aufgrund eines Fehlers bei TNS Personen mit 79 Jahren und älter der Kategorie 79 Jahre zugeordnet wurden. Die Altersstruktur ist wie folgt:

Alter	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-78	≥ 79
Prozent	14.1	12.3	18.8	15.6	16.8	15.4	7.0

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

30,8% der Befragten waren Vollzeit und 12,2% Teilzeit erwerbstätig. Unter den Befragten ohne Erwerbstätigkeit waren 6,9% Arbeitslose, 37,1% Rentner/Pensionäre/im Vorruhestand und 9% Hausfrauen/Hausmänner. 4% der Stichprobe waren Schüler und Studenten ohne eigenen Verdienst, Wehr- und Zivildienstleistende und sonstige Nicht-Erwerbstätige. Zur Berechnung eines sozioökonomischen Indexes (hier nach Winkler & Stolzenberg, 1999) wurden neben dem Berufsstatus auch Bildung und Einkommen erhoben. Darüber hinaus wurde nach dem Gesundheitszustand (SF8), der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, dem Lebensstil und einer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen gefragt. Diese Variablen werden als Prädiktoren in statistische Modelle einfließen, um spezifische Hypothesen zu überprüfen (siehe Diederich et al. 2009b, für eine Zusammenstellung einiger Hypothesen. Die Analyse der Daten in Hinblick auf spezifische Personengruppen und Fragenkomplexe ist in Vorbereitung.).

4. Ergebnisse der Befragung

Im Folgenden sind alle Angaben in Prozent angegeben. Rundungsfehler sind nicht berücksichtigt. Wenn nicht anders ausgeführt, beträgt die Stichprobengröße N=2031.

4.1 Einstellungen zur Krankenversicherung (Solidarität/Knappheit)

Dieser Themenkomplex diente dazu, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob und wie die Bevölkerung Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen wahrnimmt und was ihr hinsichtlich der Leistungen ihrer Krankenversicherung wichtig ist. Der Fragebogen begann mit einer allgemeinen Frage zur Solidarität und deren Bewertung.

4.1.1 In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das sogenannte „Solidaritätsprinzip“. Das heißt, dass die Versicherten gegenseitig füreinander eintreten. Jeder zahlt nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit ein und bekommt die medizinische Versorgung, die er benötigt. Wie beurteilen Sie diese Idee des „Solidaritätsprinzips“ ganz grundsätzlich?

Sehr gut	Gut	Schlecht	Sehr schlecht	Weiß nicht	Antwort verweigert
31,5	55,2	9,1	2,6	1,4	0,1

Die zweite Frage befasste sich mit der subjektiv wahrgenommenen Knappheit im Gesundheitswesen. Der erste Teil der Frage zielte darauf ab, wie die Befragten ihre jetzige Situation sehen, der zweite Teil bezog sich darauf, ob sie Befürchtungen für eine nicht ausreichende Versorgung in der Zukunft haben.

4.1.2 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

„Meine Krankenkasse bezahlt zurzeit alle notwendigen Leistungen, die ich benötige.“

(Jeder Befragte soll die Frage für seine Krankenversicherung beantworten, d.h. GKV-Versicherte für ihre gesetzliche Krankenversicherung, privat Versicherte für ihre private Versicherung.)

Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht	Antwort verweigert
42,2	33,4	17,7	6,0	0,6	0,1

„Meine Krankenkasse wird in Zukunft alle notwendigen Leistungen bezahlen, die ich benötige.“

Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht	Antwort verweigert
18,8	29,0	31,3	11,6	9,1	0

Eine weitere Frage beschäftigt sich mit der so genannten Basisversicherung. In den qualitativen Interviews äußerte insbesondere die Gruppe der Politiker, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse auf eine Basisversicherung beschränkt werden sollten, um Gelder im Gesundheitswesen einzusparen (Schreier et al., 2010; zusammenfassend für alle Stakeholdergruppen Heil et al., 2010, Kap. 3.4). Auch waren mehr als 30% der Befragten in den qualitativen Interviews der Ansicht, dass die Kosten „nicht notwendiger“ Leistungen nicht von der Krankenkasse übernommen werden sollten (Diederich et al., 2009b, Tabelle 2; Heil et al., 2010, S. 14). Entsprechend ist von großem Interesse, welche Leistungen eine solche Basisversicherung umfassen sollte. Die Antwortkategorien orientierten sich dabei an Leistungen, die zurzeit von der GKV abgedeckt werden, aber unterschiedliche Zielgruppen ansprechen.

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

4.1.3 Stellen Sie sich vor, es könnten nicht mehr alle medizinischen Leistungen in dem bisherigen Umfang von Ihrer Krankenversicherung gezahlt werden. Die Krankenkasse bietet nur noch eine „Grundsicherung“ an. Wie wichtig ist es Ihnen, dass folgende Leistungen in der Grundsicherung enthalten sind?
Jeder Befragte soll die Frage für seine Krankenversicherung beantworten, d.h. GKV-Versicherte für ihre gesetzliche Krankenversicherung, privat Versicherte für ihre private Versicherung.

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Weniger wichtig	Nicht wichtig	Weiß nicht	Antwort verweigert
Behandlung akuter lebensbedrohlicher Verletzungen und Erkrankungen	93,5	5,9	0,4	0	0	0
Behandlung chronischer Erkrankungen, die bei Nicht-Behandlung zu Folgeschäden führen (z.B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck)	88,5	10,2	0,8	0,2	0,1	0
Behandlung sonstiger chronischer Erkrankungen, die die Lebensqualität einschränken (z.B. Schuppenflechte)	66,3	25,4	6,5	1,3	0,3	0
Behandlung akuter nicht lebensbedrohlicher Erkrankungen wie (z.B. Blasenentzündung)	61,3	30,2	7,2	1,1	0	0
Medizinische Leistungen in der Schwangerschaft (z.B. Ultraschalluntersuchungen)	73,8	20,1	3,8	1,0	0,9	0,2
Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Gesundheits-Check-up)	66,1	24,9	7,1	1,4	0,3	0
Leistungen zur Früherkennung von bestimmten Krankheiten (z.B. Krebsfrüherkennung)	81,7	14,9	2,7	0,4	0,1	0

Gesundheitsaufklärung (z.B. Ernährungsberatung)	25,7	30,9	29,4	13,4	0,3	0,1
Rehabilitationsmaßnahme zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit	65,2	27,9	4,8	1,3	0,6	0,1

Die letzte Frage in diesem Themenkomplex basiert auf einer Fragestellung des juristischen Teilprojektes der Forschergruppe und betrifft die haftungsrechtliche ärztliche Aufklärungspflicht. Im Zuge einer Priorisierung entsteht ein ökonomisch-juristisches Spannungsfeld zwischen der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“, die der Arzt gem. § 276 Abs. 2 BGB zu beachten und somit Qualitätsstandards und medizinische (Fach-) Standards einzuhalten hat, und einer möglicherweise nicht mehr gesicherten Finanzierung dieser Standards. Als Lösungsansatz wird u. a. eine ärztliche Aufklärungspflicht diskutiert, die für Fälle gedacht wird, in denen die GKV eine standardgemäße Behandlung nicht finanziert, so dass der Patient über einen privaten „Zukauf“ der Behandlung entscheiden kann. Einstellungen zu Voraussetzungen, Maß und Ausgestaltung einer solchen Aufklärungspflicht sollten durch folgende Frage erfasst werden:

- 4.1.4** Angenommen, ein spezielles Diagnose- oder Therapieverfahren wird in Zukunft nicht mehr von Ihrer Krankenversicherung finanziert. Ihnen würde ein solches Verfahren aber helfen. Erwarten Sie von Ihrem Arzt, dass er Sie über ein solches Verfahren informiert und Sie auf die entstehende Kostenpflicht aufmerksam macht?

Ja, ich möchte in jedem Fall von meinem Arzt darüber informiert werden, dass es ein Diagnose- bzw. Therapieverfahren gibt, das ich dann selber bezahlen muss.	89,3
Ich möchte von meinem Arzt über solche Diagnose- oder Therapieverfahren, die von der Krankenkasse nicht erstattet werden, nur dann informiert werden, wenn ich das vorher mit ihm verabredet habe.	7,3
Nein, ich möchte es auf keinen Fall wissen, wenn es Diagnose- und Therapieverfahren gibt, die ich aber selbst bezahlen müsste.	2,4
Weiß nicht	0,9
Antwort verweigert	0

4.1.5 Zusammenfassung

Die Ergebnisse des ersten Themenbereiches (Einstellungen zur Krankenversicherung (Solidarität/Knappheit)) zeigen, dass die Bürger das Solidaritätsprinzip mit großer Mehrheit bejahen (86,7%, siehe auch Frage 4.2.3 im folgenden Themenbereich) und ein positives Meinungsbild vom Leistungsumfang ihrer Krankenkasse haben (75,6%, Stand 2009). Was die Zukunft ihrer Krankenkassenleistung betrifft, so sind 47,8% der

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Befragten optimistisch, aber immerhin 42,9% eher pessimistisch. Auf die Frage, was in eine Grundversicherung aufgenommen werden soll, so sind ihnen alle abgefragten Leistungen – bis auf die Gesundheitsaufklärung – sehr wichtig oder wichtig. Jedoch zeichnet sich hier eine Priorisierung, d.h. einer Rangordnung, verschiedener Leistungen ab. Die Behandlung akuter lebensbedrohlicher Verletzungen und Erkrankungen wird von 93,5% der Befragten, die Behandlung akuter nicht lebensbedrohlicher Erkrankungen von 61,3% als sehr wichtig angesehen. Die letzte Frage in dem Themenbereich zielte auf eine ärztliche Aufklärungspflicht ab. Hier zeigt sich, dass die Bürger auf jeden Fall Information über mögliche Behandlungen erhalten wollen (89,3%), auch wenn sie nicht durch die Krankenkasse finanziert werden.

4.2 Finanzierungs- und Beitragsgestaltung der Krankenkassen

Im zweiten Themenblock ging es um Krankenkassenbeiträge. Zunächst wurde allgemein nach der Bereitschaft, höhere Beitragssätze zu zahlen, gefragt (vgl. auch Heil et al., 2010, Kap. 3.7.2):

- 4.2.1** Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können helfen, Krankheiten frühzeitig zu erkennen oder zu therapieren. Es stellt sich die Frage, ob diese neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog Ihrer Krankenkasse aufgenommen werden sollen und damit bei Bedarf auch von ihr bezahlt werden. Wären Sie bereit, dafür einen höheren Beitrag in Ihre Krankenkasse zu zahlen?

Ja, ich bin bereit, künftig einen höheren Beitrag in meine Krankenkasse zu zahlen, damit neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von der Krankenkasse bezahlt werden.	40,1
Nein, ich bin nicht bereit, einen höheren Beitrag in meine Krankenkasse zu zahlen, damit neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von der Krankenkasse bezahlt werden.	53,9
Weiß nicht	5,0
Antwort verweigert	0,9

Mit einer weiteren Frage wurde erfasst, was die Befragten selbst bereit sind zu tun, damit die Krankenkassenbeiträge stabil bleiben. Die Antwortkategorien orientierten sich hierbei an ausgewählten Prinzipien, die im Zuge der Gesundheitsreformen immer wieder diskutiert wurden und werden wie z.B. das Hausarztssystem oder Modelle der integrierten Versorgung, und an Vorschlägen, die den Antworten der Befragten in der Interviewstudie entnommen wurden, wie z.B. höhere Eigenverantwortung, höhere Eigenbeteiligung und Posteriorisierung von Risikosportarten (Diederich et al., 2009b, Tabelle 2; Heil et al., 2010, Kap. 3.2 - 3.4).

4.2.2 Damit Ihre Krankenkassenbeiträge in Zukunft stabil bleiben, wären Sie bereit...

	Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
...vor einem Facharzt immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen?	84,2	15,1	0,4	0,2
...sich nur von Ärzten behandeln zu lassen, die von Ihrer Krankenkasse festgelegt werden?	26,6	70,7	2,5	0,1
...bei Medikamenten höhere Zuzahlungen zu leisten?	27,9	69,3	2,6	0,1
...bei nicht-ärztlichen Therapien* (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie) höhere Zuzahlungen zu leisten?	36,9	59,6	3,4	0
...jährlich einen höheren Betrag der Krankheitskosten (Arzt, Krankenhaus) selbst zu übernehmen?	17,6	79,8	2,4	0,1
...an Abend- und Wochenendkursen teilzunehmen, um zu lernen, wie man seine Gesundheit erhalten kann?	49,1	47,3	3,2	3,2
...für Risikosportarten (z.B. Skifahren) eine gesonderte Versicherung abzuschließen?	65,7	31,2	2,4	0,6
... Vorsorgeuntersuchungen selber zu finanzieren?	15,7	82,8	1,2	0,2

Im zweiten Themenblock wurde ein weiteres Mal auf das Solidaritätsprinzip eingegangen, allerdings spezifischer als im ersten Block. Es wurde konkret danach gefragt, wie wichtig es den Befragten ist, dass nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder kostenlos in der GKV mitversichert sind (vgl. Diederich et al., 2009b, Tabellen 9 und 13).

4.2.3 In der gesetzlichen Krankenversicherung sind Kinder und nicht erwerbstätige oder gering verdienende Ehepartner kostenlos mit versichert. Unter der Annahme knapper finanzieller Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie wichtig ist es Ihnen, dass diese Personengruppen kostenlos mitversichert sind?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Weniger wichtig	Nicht wichtig	Weiß nicht	Antwort verweigert
Ehepartner, die nicht erwerbstätig sind oder ein geringes Einkommen haben (unter 400 Euro)	76,7	15,7	3,6	2,7	0,9	0,3

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Kinder	91,8	5,0	1,4	1,0	0,5	0,1
--------	------	-----	-----	-----	-----	-----

Da eine höhere Eigenbeteiligung mehrfach in den qualitativen Interviews als Möglichkeit angesprochen wurde, einer Einschränkung von medizinischen Leistungen entgegen zu wirken (Diederich et al., 2009b, Tabelle 2; Heil et al., 2010, Kap. 3.4, 3.5.5), sollte mit der nächsten Frage genauer untersucht werden, für welche Leistungen die Befragten bereit sind, einen eigenen Anteil zu finanzieren und wie hoch dieser sein sollte. Die einzelnen Items beruhen in erster Linie auf Leistungen, die zurzeit nicht oder nur teilweise von der GKV finanziert werden.

4.2.4 Ich lese Ihnen nun einige medizinische Leistungen vor, die zum Teil nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Unter der Annahme, dass die finanziellen Mittel der gesetzlichen Krankenkasse knapp sind, welchen Anteil an den Kosten sollte Ihrer Meinung nach der Versicherte selber tragen?

	Keinen	Ein Viertel	Die Hälfte	Den Gesamten	Weiß nicht	Antwort verweigert
Empfängnisverhütung für Erwachsene (z.B. Pille)	23,0	11,5	19,3	41,9	4,0	0,2
Empfohlene Reiseimpfungen	17,5	7,8	20,6	52,7	1,2	0,1
Homöopathie/Heilpraktikerbehandlung	25,6	14,7	28,2	28,2	3,0	0,1
Künstliche Befruchtung	21,2	7,6	21,9	43,3	5,3	0,5
„Life-Style“-Medikamente (z.B. Mittel gegen Haarausfall, zur Gewichtsreduktion)	14,8	5,5	9,5	68,0	2,0	0,1
Nicht verschreibungspflichtige Medikamente (z.B. Erkältungsmittel)	21,2	12,1	23,3	42,4	0,8	0,1
Allgemeine Vorsorge (z.B. Gesundheitssport, Stressbewältigungsseminare)	25,6	12,5	25,1	34,2	2,3	0,0
Rehabilitationsmaßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit	67,9	11,0	10,7	9,2	0,9	0,0
Zahnersatz	42,7	25,3	23,9	6,7	1,2	0,1
Brillengläser/Kontaktlinsen	39,1	24,2	26,8	9,1	0,6	0,1

Medizinische Hilfsmittel wie z.B. Gehhilfen	61,6	15,9	13,3	8,5	0,5	0,0
Kosmetische Operationen ohne medizinische Notwendigkeit (z.B. Brustvergrößerung, Entfernung von Tätowierungen, Nasenkorrekturen)	13,2	2,8	4,5	78,2	1,1	0,1
Chefarztbehandlung im Krankenhaus	24,3	10,2	13,8	48,2	3,1	0,3
Originalpräparate statt Nachahmerprodukte bei den Medikamenten	38,1	16,1	17,2	24,0	4,3	0,1
Mutter-Kind-Kuren (bzw. Vater-Kind-Kuren)	55,8	16,6	15,4	9,7	2,3	0,1
Sterilisation ohne medizinische Notwendigkeit ,zur dauerhaften Verhütung	19,5	6,8	13,9	56,9	2,6	0,2

4.2.5 Zusammenfassung

Im zweiten Themenbereich ging es hauptsächlich um Krankenkassenbeiträge. Zwar ist die Mehrheit der Befragten (53,9%) nicht bereit, für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden höhere Krankenkassenbeiträge zu bezahlen, 40,1% der Befragten sprechen sich dennoch dafür aus. Auch findet das so genannte Hausarztmodell großen Zuspruch (84,2%), wenn die Krankenkassenbeiträge dadurch stabil bleiben. Eine Einmischung der Krankenkassen bei der Arztauswahl wird dagegen mehrheitlich abgelehnt (70,7%). Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen, die heute noch von den meisten Krankenkassen getragen werden, werden eher abgelehnt, was im Umkehrschluss einer Akzeptanz der Erhöhung der Krankenkassenbeiträge gleichkommen könnte. Zusatzversicherungen für Risikosportarten werden jedoch von der Mehrheit befürwortet (65,7%). Wir kommen im Absatz 4.5 darauf zurück, wenn es um Eigenverantwortung geht. Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen, die auch heute teilweise nicht mehr getragen werden, werden von den meisten der Befragten akzeptiert. Ausnahmen sind Rehabilitationsmaßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (67,9% für „keine Zuzahlung“), medizinische Hilfsmittel (61,6%) und Eltern-Kind-Kuren (55,8%). Bei Zuzahlungen zu Homöopathie/Heilpraktikerbehandlungen, die gerade in den Medien diskutiert wurden, sind 28,2% der Befragten dafür, den gesamten Betrag selbst zu zahlen und 25,6% sprechen sich dafür aus, hierzu keine Zuzahlung zu leisten.

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Eine Diskrepanz der Ergebnisse scheint darin zu bestehen, dass die Befragten es einerseits ablehnen, höhere Krankenkassenbeiträge zur Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu zahlen, andererseits aber keine Zuzahlungen leisten wollen, damit die Krankenkassenbeiträge stabil bleiben können, d.h., eine Erhöhung der Beiträge in Kauf nehmen. Bei genauerer Betrachtung fällt jedoch auf, dass sich die Ablehnung der Erhöhung der Beiträge auf neue, noch nicht im Einsatz stehende, zukünftige Methoden bezieht, die Zuzahlung jedoch auf den Erhalt des Status quo der Behandlungen zielt.

4.3 Bereiche des Gesundheitssystems

Dieser Themenblock wurde nur mit einer Frage abgedeckt. Sie zielte darauf ab, ob finanzielle Mittel primär für strukturelle Veränderungen in der ambulanten, stationären, palliativen oder rehabilitativen Versorgung eingesetzt werden sollen. Insbesondere bezüglich der Rehabilitation gab es in den Interviews widersprüchliche Aussagen insofern, dass einige der Befragten den Bereich der Rehabilitation eher stärken, andere eher beschränken wollten (vgl. Diederich et al., 2009b, Tabelle 2; Heil et al., 2010, Kap. 3.2).

4.3.1 Stellen Sie sich vor, Sie haben einen bestimmten Betrag zur Verfügung, den Sie für strukturelle Veränderungen der Gesundheitsversorgung nutzen können. Wie wichtig ist es Ihnen,

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Weniger wichtig	Nicht wichtig	Weiß nicht	Antwort verweigert
...dass mehr Ärzte im Krankenhaus eingestellt werden?	59,2	27,5	6,7	2,7	3,7	0,0
... dass es mehr häusliche Pflegedienste gibt?	48,5	30,2	13,5	4,4	3,4	0,0
... dass es mehr Hausärzte gibt?	48,3	26,8	16,8	6,3	1,8	0,0
...dass das Umfeld für den Patienten im Krankenhaus angenehm ist (z.B. bauliche Maßnahmen im Krankenhaus, gutes Essen)?	44,8	39,1	13,4	1,9	0,7	0,0
...dass ein Hausarzt in höchstens 20 Minuten Fahrzeit erreichbar ist?	61,1	28,4	7,9	2,1	0,4	0,0

.. dass es mehr Einrichtungen zur Versorgung Sterbender (Hospize) gibt?	49,9	32,0	9,1	2,8	6,0	0,3
...dass für die Versorgung der Patienten im Krankenhaus mehr Pflegepersonal eingestellt wird?	73,1	21,6	3,4	0,5	1,3	0,0
...dass es mehr Fachärzte gibt?	50,0	29,5	13,7	4,3	2,5	0,0
...dass ein Krankenhaus in höchstens 20 Minuten Fahrzeit erreichbar ist?	55,3	30,0	11,9	2,2	0,5	0,0
...dass es mehr Rehabilitationseinrichtungen gibt?	29,2	34,9	23,3	6,2	6,3	0,0

4.3.2 Zusammenfassung

Für die Mehrheit der Befragten sind alle Bereiche, die angesprochen wurden, wichtig oder sehr wichtig, jedoch durchaus in unterschiedlicher Stärke, so dass sich auch hier eine Rangreihe abzeichnet. Während es für 73,1% der Befragten sehr wichtig ist, dass für die Versorgung der Patienten im Krankenhaus mehr Pflegepersonal eingestellt wird, erachten es nur 29,2% der Befragten für sehr wichtig, dass es mehr Rehabilitationseinrichtungen gibt. Auch ist der Anteil derjenigen, der die Einrichtung von mehr Rehabilitationseinrichtungen als weniger wichtig oder nicht wichtig ansieht, am größten (29,5%) im Vergleich zu allen anderen strukturellen Veränderungen.

4.4 Personengruppen

Ein Schwerpunkt des Fragebogens lag auf den Merkmalen von Personen/Patienten, die zu einer Priorisierung bzw. Posteriorisierung bei der Allokation knapper finanzieller Ressourcen führen können. Die Eigenschaften der Personengruppen, die betrachtet wurden, beruhten zum einen auf den Ergebnissen aus der qualitativen Studie und umfassten die Kriterien *Alter* (jung vs. alt), *lebensbedrohliche Erkrankung*, *Art der Erkrankung* (chronisch vs. akut), *Lebensstil* (ungesund vs. gesund), *berufliche und soziale Verantwortung* (vgl. Diederich et al., 2009b, Tabellen 2,3,4,5; Heil et al., 2010, Kap. 3.3 und 3.5). Zum anderen handelte es sich um Kriterien, die bereits in der

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Literatur diskutiert wurden, wie die *Lebensqualität* (Bowling, 1996, Gallego et al., 2007, Lees et al. 2002), der *Sozialstatus* (Gallego et al., 2007, Myllykangas et al., 2003) und der *gesellschaftliche Nutzen* (King & Maynard, 1999, Neuberger et al., 1998, Shmueli, 2000). Zunächst wurde für 18 verschiedene personenbezogene Kriterien ihre Akzeptanz erfragt:

4.4.1 Halten Sie es für gerechtfertigt, folgende Personengruppen gegenüber allen anderen bevorzugt zu behandeln?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
Personen, die sich gesellschaftlich besonders engagieren (z.B. ehrenamtlich Tätige)	5,9	92,4	1,7	0,0
Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung	93,7	5,8	0,4	0,0
Alte Menschen	50,2	45,4	4,0	0,3
Patienten mit psychischen Erkrankungen	42,5	51,4	5,7	0,4
Personen mit einem gesunden Lebensstil	8,4	88,9	2,5	0,2
Personen mit hohem Einkommen	1,6	97,7	0,5	0,1
Patienten mit chronischen Erkrankungen	42,3	54,2	3,4	0,1
Kinder	72,5	25,4	1,9	0,2
Patienten mit eingeschränkter Lebensqualität	49,1	45,1	5,5	0,3
Personen mit hoher beruflicher Verantwortung (z.B. Personen in Leitungspositionen mit mehreren Mitarbeitern)	5,8	92,9	1,2	0,1
Patienten mit körperlichen Behinderungen	57,0	38,7	3,9	0,3
Patienten mit akuten Erkrankungen	87,2	11,3	1,4	0,1
Sozial Benachteiligte	13,8	83,2	2,9	0,2
Personen mit Kindern	46,4	49,4	3,7	0,4
Personen im berufsfähigen Alter	14,4	83,7	1,9	0,1
Patienten mit geistigen Behinderungen	43,9	51,0	4,9	0,2
Arbeitslose	4,8	93,7	1,4	0,1
Personen mit sozialer Verantwortung (die z.B. Angehörige pflegen)	31,4	65,1	3,3	0,1

Der Ergebnisse zeigen, dass es einige personenbezogene Eigenschaften gibt, die als Priorisierungskriterien akzeptiert und andere, die klar abgelehnt werden. Eigenschaften, die sich auf die soziale Stellung des Patienten beziehen wie hohes Einkommen, hohe berufliche Verantwortung, soziale Benachteiligung oder Arbeitslosigkeit werden von der deutlichen Mehrheit der Befragten als Priorisierungskriterien nicht akzeptiert. Auch soziales Engagement oder soziale Verantwortung (Personen, die sich gesellschaftlich besonders engagieren, Personen mit Kindern, Personen mit sozialer Verantwortung) gelten der Mehrheit nicht als Grund für eine vorrangige Behandlung; die lebensbedrohliche sowie akute Erkrankung eines Patienten dagegen rechtfertigen eine solche. Interessanterweise werden psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen, eingeschränkte Lebensqualität, körperliche Behinderungen oder geistige Behinderungen nicht oder nicht mit deutlicher Mehrheit als Kriterien für eine vorrangige Behandlung angesehen.

Die Beurteilung von Alter als Priorisierungskriterium ist nicht eindeutig. Kinder sollen vorrangig behandelt werden (72,5%), bei älteren Patienten sind die Befragten geteilter Ansicht, und 83,7% der Befragten sind der Meinung, dass Personen im berufsfähigen Alter, im Wesentlichen also die Beitragszahler, nicht bevorzugt behandelt werden sollen. Da das Alter als Priorisierungskriterium bereits sehr kontrovers in den qualitativen Interviews diskutiert wurde (zusammenfassend Heil et al., 2010, S. 64f.) und die Antworten dort kontextabhängig ausfielen, wurde mit zwei weiteren Fragen auf dieses Kriterium vertiefend eingegangen.

4.4.2 Stellen Sie sich vor, zwei Patienten sind lebensbedrohlich erkrankt, aber es kann zunächst nur einer behandelt werden. Was meinen Sie: Welcher Patient soll zuerst behandelt werden?

Der jüngere Patient → weiter mit Frage 4.4.4	26,5
Der 30 Jahre ältere Patient.	18,7
Das Los soll entscheiden.	20,5
Weiß nicht	22,3
Antwort verweigert	12,1

Von den 2031 Befragten bevorzugte gut ein Viertel (538 Personen) den jüngeren Patienten. Die nächste Frage wurde somit nur den 1493 verbleibenden Teilnehmern gestellt.

4.4.3 Nehmen Sie an, der ältere Patient ist **sehr** alt. Welcher Entscheidung stimmen Sie zu?

Wenn der Patient sehr alt ist, soll der jüngere Patient behandelt werden	17,3
Auch wenn der ältere Patient sehr alt ist, sollte der ältere Patient behandelt werden.	21,7

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Auch wenn der Patient sehr alt ist, sollte das Los entscheiden.	27,1
Weiß nicht	21,2
Antwort verweigert	12,7

Zunächst fällt bei den Ergebnissen für die beiden letzten Fragen auf, dass der Anteil der „Weiß nicht“ und „Antwort verweigert“ Antworten hoch ist im Vergleich zu den vorherigen Fragen (zusammengenommen jeweils über 33%). Auch der Anteil derer, die die Entscheidung dem Zufall überlassen wollen, ist hoch.

Frage 4.4.3 zielte darauf ab festzustellen, ob der relative Altersunterschied oder das absolute Alter einer Person ausschlaggebend für eine Entscheidung ist. Daraus ergibt sich die weitere Frage, ab welchem Alter Unterschiede in der Behandlung gemacht werden sollten:

4.4.4 Ab welchem Alter würden Sie einen Menschen als **sehr** alt bezeichnen?

95,5% der Befragten machten dazu Angaben. Der Mittelwert des genannten Alters beträgt 82,5 Jahre mit einer Standardabweichung von 8,6 Jahre und einem Wertebereich von 50 bis 110 Jahre. Eine kumulierte Häufigkeitsverteilung ist in folgender Tabelle dargestellt.

Alter	≤ 60	65	70	75	80	85	90	95
Kumul.%	2,5	4,0	12,5	20,7	52,4	67,8	92,2	95,0

Das heißt, lediglich 2,5 % der Befragten bezeichnen Personen mit einem Alter von 60 Jahren und jünger als sehr alt. Für die Hälfte der Befragten (Median) muss eine Person 80 sein, um als sehr alt zu gelten. 31,7% der Befragten geben Alterswerte zwischen 75 und 80 Jahre an. Für immerhin 5% der Befragten muss ein Mensch über 95 Jahre sein, um als sehr alt zu gelten.

Häufig spielt das biologische Alter bei Entscheidungen eine wichtigere Rolle als das chronologische Alter. Mit der folgenden Frage sollte untersucht werden, ob eine Allokation medizinischer Leistungen nach dem Kriterium Alter nach dem tatsächlichen Alter erfolgen sollte, oder ob weitere Faktoren wie der Allgemeinzustand und Komorbiditäten (vgl. Diederich et al., 2009b, Tabelle 4; Heil et al., 2010, Kap. 3.5.2) berücksichtigt werden sollten.

4.4.5 Es wird immer wieder berichtet, dass in England die Blutwäsche für Nierenkranke, die älter als 65 Jahre alt sind, nicht mehr von der staatlichen Krankenversicherung bezahlt wird, unabhängig davon wie ihr Allgemeinzustand ist. Angenommen, es würde in Deutschland so eine gesetzliche Altersgrenze geben, welcher Aussage stimmen Sie zu?

Für Patienten, die über dieser Altersgrenze liegen, aber einen guten Allgemeinzustand aufweisen, sollten Ausnahmeregelungen gemacht werden und eine Behandlung trotzdem bezahlt werden.	61,2
---	------

Für Patienten, die über dieser Altersgrenze liegen, sollten keine Ausnahmeregelungen gemacht werden, egal wie ihr Allgemeinzustand ist.	19,1
Weiß nicht	8,9
Antwort verweigert	10,9

Auch hier liegt der Anteil der Personen, die keine Angabe macht („Weiß nicht“ und „Antwort verweigert“) mit 20% relativ hoch. Überraschend hoch ist auch der Anteil derjenigen (19,1%), die dem Patienten, ungeachtet seines Allgemeinzustandes, eine von der Solidargemeinschaft finanzierte Behandlung versagt. In wenigen Bereichen der Medizin bestehen bereits Verfahren zur Prioritätensetzung, wie z.B. das so genannte Triage-Verfahren, das in der Katastrophenmedizin angewendet wird und zur Bestimmung von Behandlungsprioritäten beim Massenansturm von Verletzten dient (Blöß, 2004). Das Verfahren zielt auf „den größtmöglichen Nutzen für viele“, wie es im Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall (Rebentisch, 2006) heißt. Schwerstverletzte mit nur geringer Überlebenschance werden so lange nicht behandelt, bis ausreichend Ärzte und Logistik für alle Verletzten zur Verfügung stehen, da ihre Versorgung zu viele Ressourcen zu lange binden – und damit die Behandlung anderer mit eventuell besseren Überlebenschancen behindern würde. Nach welchen Kriterien eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung in einem solchen Triage-Fall die Allokation knapper Ressourcen vornehmen würde, sollte mit einer weiteren Frage erhoben werden. Dabei wurden auch die Kriterien *Alter* (Diederich et al., 2009b, Tabellen 2 und 4; Heil et al., 2010, zusammenfassend S. 64f.), *Schwere der Erkrankung* (Diederich et al., 2009b, Tabelle 3; Heil et al., 2010, Kap. 3.3, 3.5.1) in einem weiteren Kontext untersucht. Für Personen, die nach keinem der vorgegebenen Kriterien eine Entscheidung treffen wollten, wurde zusätzlich die Option „nach Zufall“ angeboten bzw. sie konnten in einem Freitext-Feld ein von ihnen präferiertes Kriterium benennen.

4.4.6 Stellen Sie sich folgende Situation vor: In einem Mehrfamilienhaus hat es gebrannt. Es gibt zahlreiche Verletzte, aber nicht genügend medizinische Helfer vor Ort, um alle gleichzeitig zu versorgen. Wenn Sie der entscheidende Arzt vor Ort wären, welche Verletzten würden Sie gegenüber anderen vorrangig versorgen?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
Verletzte mit hohen Überlebenschancen gegenüber Verletzten mit geringen Überlebenschancen	58,0	28,1	9,1	4,8
Jüngere Verletzte gegenüber älteren Verletzten	28,3	53,5	12,6	5,7

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Leicht Verletzte gegenüber schwer Verletzten	5,7	90,1	2,9	1,3
Verletzte mit großen Schmerzen gegenüber Verletzten mit geringen Schmerzen	89,4	6,4	2,8	1,4

Gut die Hälfte der Befragten (58%) stimmt dem jetzigen Triage-Verfahren zu. Für die große Mehrzahl der Befragten (89,4%) ist jedoch der Schmerzzustand, in dem sich die verletzte Person befindet, ausschlaggebend für eine vorrangige Behandlung. Nach jüngerem Alter soll nicht priorisiert werden (53%), jedoch ist auch wiederum der Anteil derjenigen hoch, die keine eindeutige Antwort auf diese Frage geben (18,3).

39 Befragte (1,9 %) haben alle vier Szenarien in Frage 3.4.6 mit „Nein“ beantwortet. Diesen Personen wurde folgende Frage gestellt:

4.4.7 Sollte zufällig ausgewählt werden, welche Patienten zuerst behandelt werden?

Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
33,3	64,1	2,6	0,0

25 Personen beantworteten diese Frage mit „Nein“. Ihnen wurde die Möglichkeit gegeben, in einer weiteren offenen Frage anzugeben, wonach Ihrer Meinung nach ausgewählt werden sollte, welche Patienten zuerst behandelt werden. Dazu wurden jedoch keine Angaben gemacht.

Die letzte Frage in diesem Themenblock bezog sich auf Prioritätensetzung im Bereich der Transplantationsmedizin. In der Transplantationsmedizin wird die Allokationsproblematik besonders offensichtlich, da die Anzahl der Patienten, die auf ein Organ warten, die Anzahl der Spender weit übersteigt. Bestehende Allokationskriterien werden immer wieder geändert. Daher war von besonderem Interesse, welche Kriterien die Bevölkerung bei der Organallokation heranziehen würde, insbesondere unter dem Stichpunkt Gleichheit (im Sinne gleicher Zugangschancen) einerseits und Effizienz, das heißt Erzielung eines größtmöglichen Nutzens andererseits.

- 4.4.8 Im Jahre 2007 erhielten rund 3000 Patienten eine neue Niere. Ca. 8000 Patienten standen weiterhin auf der Warteliste, weil nicht genügend Spendernieren zur Verfügung standen. Angesichts dieser Knappheit stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien die Organverteilung vorgenommen werden soll. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Organverteilung zu?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht	Antwort verweigert
Der Patient, in dessen Körper das Spenderorgan voraussichtlich am längsten überlebt, soll das Organ bekommen.	35,0	23,4	14,5	12,5	11,0	3,5
Organe sollten nach der Dauer der Wartezeit des Patienten vergeben werden.	41,5	25,8	16,8	7,1	7,1	1,6
Jüngere Patienten sollten gegenüber älteren bevorzugt werden.	15,9	23,4	26,3	24,4	8,0	2,0
Patienten, für die erblich bedingt nur wenige Organe in Frage kommen, sollten bei Vorliegen eines passenden Organs bevorzugt werden.	32,5	37,2	11,0	6,5	10,6	2,1

Die Überlebenswahrscheinlichkeit, die Wartezeit und die erbliche Disposition des Patienten werden von bis zu 70% der Befragten als Priorisierungskriterien akzeptiert; das jüngere Alter dagegen wird abgelehnt. Betrachtet man die akzeptierten Kriterien hinsichtlich ihrer Zustimmungshäufigkeiten, so ergibt sich die Rangreihe „erbliche Passung > Wartezeit > Überlebenswahrscheinlichkeit“ (wobei > bedeutet „wird bevorzugt“). Eine Untersuchung, in der Experten (Transplanteure, Nephrologen) unter anderem auch die Wichtigkeit der Wartezeit, des HLA match (Überlebenswahrscheinlichkeit), sowie der Mismatch probability (erbliche Passung) für die Vergabe eines Organs einschätzen sollten, ergab die Rangreihe „Überlebenswahrscheinlichkeit > Wartezeit > erbliche Passung“ (Diederich, 2001a, b). Obwohl die Ergebnisse nicht direkt vergleichbar sind, da in der letzteren Studie die Präferenzstärke der Kriterien in einem trade-off (mittels Conjoint Analyse) bestimmt

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

wurden, zeigt sich ein Unterschied in der Beurteilung der medizinischen Kriterien, aber eine Übereinstimmung in der Beurteilung der Wartezeit.

4.4.9 Zusammenfassung

In dem Themenbereich Priorisierung von Personengruppen zeigen die Ergebnisse, dass einige Kriterien klar befürwortet werden (z.B. Schwere der Erkrankung), andere strikt ablehnt werden (z.B. soziale Stellung) und wieder andere kontrovers sind (z.B. Alter). Während in der abstrakten Fragestellung (3.4.1) die älteren Personen leicht bevorzugt werden sollten, die Kinder auf jeden Fall und die im berufstätigen Alter auf keinen Fall, zeigt sich in den kontextbezogenen Fragen keine Bevorzugung nach dem Alter. Anzumerken sei hier jedoch, dass in den Fragen 3.4.6 und 3.4.9 jeweils nach der Vorrangigkeit der jüngeren Person gefragt wurde; nicht jedoch nach der Vorrangigkeit der älteren Person. Im Triage-Verfahren hat für die Befragten die Linderung der Schmerzen Vorrang vor der Überlebenswahrscheinlichkeit. Bei der Vergabe der Organe befürworteten die Befragten diejenigen Kriterien, die auch jetzt schon gelten.

4.5 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsbezogene Risikofaktoren wie mangelnde Bewegung, hoher Alkohol- oder Nikotinkonsum, aber auch ungesunde Ernährung sind ein bedeutsamer Kostenfaktor in der Gesundheitsversorgung. Das Kriterium „gesunder Lebensstil“ bzw. „Selbstverschulden“ wurde mehrfach in den qualitativen Interviews angesprochen (Diederich et al. 2009b, Tabellen 2 und 5; Heil et al., 2010, Kap. 3.3, 3.5.3, 3.5.5) sowie in der Literatur bereits diskutiert (Bowling, 1996, Gallego et al., 2007, Lees et al. 2002, King & Maynard, 1999, Myllykangas et al., 2003, Nord et al. 1995, Shmueli, 2000). Im Grunde kann dieser Themenbereich auch dem vorhergehenden – Priorisierung von Personengruppen – zugeordnet werden. Im Gegensatz dazu steht hier primär das eigene Handeln der Person im Vordergrund, das eine nachrangige Behandlung (Posteriorisierung) rechtfertigen könnte.

Ziel der Fragen in diesem Themenkomplex war somit zu erheben, ob nach Meinung der Bevölkerung Personen mit einem gesundheitsgefährdenden Verhalten posteriorisiert werden sollten. Hierbei war auch von Interesse, ob Unterschiede nach Art des gesundheitsgefährdenden Verhaltens gemacht werden sollten.

- 4.5.1** Hautkrebs zum Beispiel kann viele Ursachen haben, aber auch häufige Besuche im Solarium erhöhen das Risiko, an einem Hautkrebs zu erkranken. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu:

„Personen, die häufig ins Solarium gehen und an einem Hautkrebs erkranken, sollen einen Teil ihrer Behandlungskosten selbst bezahlen.“

Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht	Antwort verweigert
45,7	26,2	13,2	12,9	1,4	0,6

- 4.5.2** Es gibt verschiedene gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, die das allgemeine Krankheitsrisiko erhöhen können. Bei welchen der folgenden gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen sollte Ihrer Meinung nach der Patient höhere Zuzahlungen leisten?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
Ungesunde Ernährung	45,9	45,9	7,2	1,0
Hoher Alkoholkonsum	70,9	25,6	3,1	0,4
Rauchen	67,8	28,7	3,1	0,4
Extremsport (z.B. freies Klettern, Klippenspringen)	74,2	23,3	2,3	0,1
Sonnenbaden/Solarium	65,0	31,1	3,5	0,3
Drogenkonsum (z.B. Heroin)	76,4	21,1	2,0	0,5
Bewegungsmangel	38,1	54,0	7,2	0,7
Sonstige	5,3	11,2	74,9	8,6

Von einigen Befragten selbst vorgeschlagene Posteriorisierungskriterien waren unsolider Lebenswandel; Extremsport (mehrfach genannt), mit weiteren konkreten Beispielen wie extremes Bergsteigen, Motorradfahren, Bungee – Jumping; aber auch verletzungsanfällige Sportarten wie Fußball, die nicht als Extremsportarten gelten. Ferner wurde genannt: missglückte Schönheitsoperationen oder missglückte Tätowierungen; Multi-Tätowierte und –Gepiercte; selbst verschuldete Unfälle durch Unachtsamkeit; Nichteinhaltung von Terminen für Therapien; Unfälle im Bereich Heimwerken; Berufstätige, die trotz Anraten des Arztes (schwaches Herz o.ä.) immer bis zur Erschöpfung weiterarbeiten; Verkehrswidrigkeiten.

Aus den qualitativen Interviews ergab sich, dass die Therapiecompliance als verhaltensbezogenes Priorisierungskriterium eine Rolle spielen könnte (Heil et al., 2010, Kap. 3.5.5). Patienten halten Therapieanweisungen nicht immer ein, so dass z.B. die

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Wirkungsweise von Arzneimittel eingeschränkt ist. Dies führte zu der Frage, ob mangelnde Therapietreue ebenfalls zu einer Posteriorisierung führen sollte.

4.5.3 Patienten halten die Therapieabsprachen, die sie mit ihrem Arzt getroffen haben, nicht immer ein. Wenn sie aber zum Beispiel Antibiotika-Tabletten nicht regelmäßig einnehmen, können diese nicht richtig wirken. Der Erfolg der Behandlung ist somit nicht gewährleistet. Sollten Ihrer Meinung nach Patienten, die sich nachweislich nicht an die Therapieabsprachen halten, einen Teil ihrer Behandlung selbst bezahlen?

Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
72,4	23,0	4,2	0,3

4.5.4 Zusammenfassung

Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen als Posteriorisierungskriterien werden von den Befragten weitgehend befürwortet; lediglich das Kriterium „Bewegungsmangel“ wird abgelehnt (54%), und beim Kriterium „Ungesunde Ernährung“ sind die Befragten geteilter Meinung (45,9% für jeweils die Antwortkategorien ja/nein). Auffällig ist, dass für diese beiden Kriterien der Anteil derjenigen, die keine genauen Angaben machen (Weiß nicht, Antwort verweigert), im Vergleich zu den anderen Kriterien am höchsten ist (etwa 8%). Interessanterweise handelt es sich dabei auch um diejenigen Kriterien, die kein aktives Zutun des Patienten zur Gesundheitsschädigung beinhalten wie z.B. Rauchen oder Sonnenbaden, sondern ein passives Unterlassen. Ferner scheint die Zustimmung zu einem Kriterium nicht unbedingt von einem kausalen Zusammenhang zwischen Verhaltensweise und Erkrankung abzuhängen (Frage 4.5.1 Solarium und Hautkrebs). Das dortige Ergebnis legt nahe, dass bestimmtes Verhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führen könnte, per se sanktioniert wird (71,9% Zustimmung). Therapie-Non-Compliance wird von 72,4% der Befragten als Posteriorisierungskriterium bejaht. Hier wird passives Verhalten bzw. Nichtstun negativ bewertet. Anders als bei den vorhergehenden passiven Verhaltensweisen, die nicht oder nicht eindeutig posteriorisierend bewertet wurden, ist hier bereits eine Beeinträchtigung der Gesundheit eingetreten, welche der Patient durch aktives Handeln wieder herstellen kann.

Im zweiten Themenbereich wurde nach einer Zusatzversicherung für Risikosportarten gefragt (Frage 4.2.2), um Krankenkassenbeiträge stabil zu halten. 65,7% der Befragten befürworteten dies. Dieses Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis aus dem vorliegenden Themenbereich zu Posteriorisierungskriterien überein bzw. wird hier sogar in der Zustimmungsrate noch übertroffen (74,2%), möglicherweise aufgrund der genannten Sportarten (Skifahren, Klippenspringen). Auch wurden von den Befragten selbst Sportarten genannt, bei denen im Falle einer Verletzung eine Posteriorisierung in Betracht gezogen werden kann.

4.6 Therapeutischer Nutzen

Der therapeutische Nutzen als Priorisierungskriterium wurde häufig von verschiedenen Stakholdergruppen genannt (vgl. Diederich et. al, Tabellen 3, 4, 5 und 9, Heil et al., 2010, Kap. 3.5.1: therapeutischer Nutzen generell; 3.5.2: Verbesserung der Lebensqualität; 3.5.3: Erfolgsaussicht). Zunächst sollte hier ermittelt werden, welche Kriterien für die Bestimmung des therapeutischen Nutzens überhaupt von Bedeutung sind. Insbesondere wurde das mehrdimensionale Konstrukt der Lebensqualität abgebildet, wobei die Dimensionen sich an dem Erhebungsinstrument SF-36® (Ware et al., 1996) orientierten, das zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt wurde.

Die Befragten wurden einleitend darauf hingewiesen, dass häufig davon gesprochen werde, dass nur noch Maßnahmen, die auch einen eindeutigen therapeutischen Nutzen haben, von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden sollen, es aber unterschiedliche Meinungen dazu gäbe, wann eine Maßnahme einen therapeutischen Nutzen hat.

4.6.1 Wie wichtig sind für Sie die folgenden Punkte, um den Nutzen einer medizinischen Behandlung zu bestimmen?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Nicht wichtig	Weiß nicht	Antwort verweigert
Die Lebensdauer des Patienten wird verlängert.	64,2	24,4	6,5	1,8	2,4	0,7
Die körperliche Beweglichkeit des Patienten wird verbessert.	77,5	21,7	0,6	0,1	0,1	0,0
Die Schmerzen des Patienten werden reduziert.	90,7	8,8	0,4	0,0	0,0	0,0
Der Patient kann seine alltäglichen Verrichtungen wieder selbstständig ausführen.	84,6	14,6	0,5	0,1	0,1	0,0
Der Patient ist wieder arbeitsfähig.	82,4	15,5	1,8	0,1	0,1	0,0
Die Krankheit des Patienten wird vollständig geheilt.	85,4	12,6	1,7	0,2	0,0	0,0

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Das psychische Wohlbefinden des Patienten wird verbessert.	64,5	32,6	2,3	0,1	0,5	0,0
Die Kontakte zu Verwandten oder Bekannten, die durch die Krankheit eingeschränkt waren, werden verbessert.	46,2	40,1	11,5	1,9	0,2	0,0

Alle Maßnahmen wurden überwiegend als sehr wichtig oder eher wichtig eingestuft. Allerdings gibt es auch hier Abstufungen (Prioritäten). Während z.B. eine Therapie, die die Schmerzen des Patienten reduziert, von 90,7% der Befragten als sehr wichtig erachtet wird, ist eine lebensverlängernde Maßnahme nur 64,2% der Befragten sehr wichtig.

Ein Therapienutzen kann gegebenenfalls sehr gering ausfallen. Die Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen, zum einen gemessen als Ansprechrate, zum anderen als Wirksamkeitspotential, könnte als potentiell Priorisierungskriterium in Betracht gezogen werden. Ob Maßnahmen, die in einer dieser beiden Dimensionen nur marginal wirksam sind, posteriorisiert und gegebenenfalls aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden sollten, sollte mit den folgenden Fragen aus Sicht der Bevölkerung beantwortet werden:

4.6.2 Bei mindestens wie vielen von 100 Erkrankten müsste Ihrer Meinung nach eine Therapie anschlagen, um von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert zu werden?

86,4% der Teilnehmer machten dazu Angaben. Der Mittelwert der genannten Personenanzahl ist 45,26 mit einer Standardabweichung von 27,94 und einem Wertebereich von 1 bis 100. Der Median liegt bei 50. Eine kumulierte Häufigkeitsverteilung ist in folgender Tabelle dargestellt.

Anzahl Personen	≤ 10	20	30	40	50	60	70	80	90
Kumul.%	18,9	26,1	36,4	42,1	64,9	74,0	81,1	91,1	95,3

Für die Hälfte der Befragten muss eine Therapie bei mindestens 50 von 100 Personen anschlagen, damit sie von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden soll. 18,9% der Befragten würden sie finanziert sehen wollen, wenn sie bei 10 und weniger Personen wirksam ist.

274 (13,5%) Personen machten bei Frage 4.6.2 keine konkreten Angaben (Weiß nicht, Antwort verweigert). Ihnen wurde die Gelegenheit gegeben, ihre Antwort zu vorher

definierten Kategorien zuzuordnen. Etwa 60% der Befragten nahmen dieses Angebot an. Die restlichen 40% blieben bei den Antwortmöglichkeiten „Weiß nicht“ und „Antwort verweigert“.

4.6.3 Wenn Sie sich nicht für eine konkrete Anzahl Personen entscheiden können, in welcher der folgenden Kategorien finden Sie sich am ehesten wieder?

Bei 1 oder 2 von 100 Erkrankten	4,4
Bei 3 oder 4 von 100 Erkrankten	2,6
Bei 5 von 100 Erkrankten	5,8
Bei 10 von 100 Erkrankten	14,2
Bei 25 von 100 Erkrankten	9,9
Bei 50 von 100 Erkrankten	12,0
Bei 75 von 100 Erkrankten	4,7
Bei allen Erkrankten (100 von 100)	4,4
Weiß nicht	36,1
Antwort verweigert	5,8

Der Mittelwert der genannten Personenanzahl ist 31,52 etwas geringer als der aus Frage 4.6.3, mit einer Standardabweichung von 29,65. Der Wertebereich von 1 bis 100 ist gleich. Der Median mit einer Personenanzahl von 25 liegt deutlich unter dem vorherigen. Da die Anzahl der Befragten hier relativ klein ist (159 im Vergleich zu 1757), verändert dieses Ergebnis die Antworttendenz, die bei Frage 4.6.3 beobachtet wurde, jedoch nicht dramatisch.

4.6.4 Wie viele Wochen oder Monate sollte Ihrer Meinung nach eine Therapie durchschnittlich das Leben eines unheilbar erkrankten Patienten verlängern, um von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert zu werden?

_____ Wochen oder _____ Monate

Weiß nicht	31,1
Antwort verweigert	13,1

16,7% der Befragten gaben die Zeit in Wochen an. Der Mittelwert in dieser Gruppe beträgt 5,91 Wochen mit einer Standardabweichung von 9,09 Wochen. Der Median ist 4 Wochen, und die Werte liegen zwischen einer und 70 Wochen. 38,5% der Befragten gingen von Monaten aus. Der Mittelwert hier ist 11,52 Monate mit einer Standardabweichung von 13,11 Monaten. Der Median beträgt 6 Monate, und die

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

genannten Werte reichen von einem bis 96 Monate. 6,6% aller Befragten gaben einen Zeitraum von einer Woche an und 15% einen Zeitraum von einem Monat. Der Anteil der Befragten, die keine konkreten Angaben machen, ist mit 44,2% sehr hoch.

- 4.6.5** Stellen sich vor, ein Patient ist an Krebs erkrankt. Die einzige Therapie, die es gibt, kann den Patienten nicht heilen, aber sie verlängert das Leben des Patienten im Durchschnitt um 3 Wochen, in Einzelfällen auch mal um 5 Monate.
Was meinen Sie, sollte eine solche Behandlung - bei knappen finanziellen Mitteln - von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden?

Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
54,7	30,2	11,4	3,7

Obwohl die Mehrheit der Befragten (54,7%) für die Finanzierung einer solchen Therapie ist, sind doch auch 30,2% dagegen.

4.6.6 Zusammenfassung

Ein großer Teil der Bevölkerung legt ein sehr strenges Kriterium an, wenn es um den Nutzen von Therapien geht. Nutzen wurde operationalisiert als Therapieansprechrates und Wirksamkeitspotential. Für die Hälfte der Befragten müsste ein Medikament bei mindestens 50% der Patienten wirken, damit es von der Krankenversicherung bezahlt wird und immerhin 3,2% der Befragten fordern eine hundertprozentige Erfolgsquote. In klinischen Studien hängt die Anzahl der Fälle, bei denen eine therapeutische Wirksamkeit eintreten muss, um zugelassen zu werden, von vielen Faktoren ab, z.B. vom Zielergebnis, von der Krankheit, von pharmakokinetischen Aspekten, aber auch vom Versuchsdesign und der statistischen Auswertungsmethode. Jedoch ist eine typische Ansprechrates deutlich kleiner als 50%, aber auch größer als 1%.

4.7 Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis

In diesem Themenblock wurde der Nutzen einer medizinischen Maßnahme mit den Kosten in Zusammenhang gebracht. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde vom Gesetzgeber benannt, nach Auftragserteilung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) das Verhältnis von Nutzen und Kosten verschiedener Gesundheitstechnologien zu bewerten (§ 139b (1) & (2) SGB V), um politische Entscheidungen der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen vorzubereiten (IQWiG, 2009). Allerdings dürfen den Versicherten aus grundsätzlichen Überlegungen heraus keine Nutzen stiftenden Gesundheitstechnologien ausschließlich aus Kostengründen vorenthalten werden (§ 12 SGB V und § 27 SGB V). Dementsprechend werden effektive Behandlungsmethoden anfänglich unabhängig vom Preis übernommen. Unter Anerkennung der Tatsache, dass dieser Ansatz nicht dauerhaft aufrechterhalten werden kann, sieht der Gesetzgeber zukünftig das Instrument der Höchstbeträge vor, bis zu deren Grenze die Krankenkassen die Kosten erstatten. Dieser Umstand und dass in den Interviews der konzeptuellen Phase die Kosten als Priorisierungskriterium häufiger kontrovers diskutiert wurden (vgl. Diederich et al.,

2009b, Tabellen 6 und 9; Heil et al., 2010, Kap. 3.6.1, 3.6.2), führten zur Aufnahme der folgenden Fragen:

- 4.7.1** Sind Sie der Meinung, dass die (Höhe der) Kosten eine Rolle bei der Entscheidung spielen sollen, ob eine medizinische Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden soll?

Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
25,4	70,1	3,7	0,8

Während die erste Frage allgemein gehalten und zunächst die generelle Meinung erfragt wurde, ob die Kosten einer Maßnahme in Entscheidungen der Ressourcenallokation einbezogen werden sollen, deckten die nachfolgenden Fragestellungen zwei unterschiedliche Nutzen-Bereiche ab: zum einem die Lebensverlängerung, zum anderen die Wirksamkeit eines Medikaments.

- 4.7.2** Stellen Sie sich vor, ein Medikament für die Behandlung eines Krebspatienten kostet 15.000 Euro. Das Leben des Patienten wird dadurch nur für einen kurzen Zeitraum (z.B. um ca. 11 Tage) verlängert. Sollte Ihrer Meinung nach diese Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden?

Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
30,7	53,8	9,9	5,6

- 4.7.3** Zur Behandlung einer Erkrankung gibt es häufig verschiedene Medikamente, die unterschiedlich viel kosten, aber auch unterschiedlich gut wirken. Zum Beispiel gibt es zur Senkung des Cholesterin-Spiegels Medikamente, die zwischen 160 und 600 Euro pro Jahr pro Patient kosten, und dabei unterschiedlich gut wirken. Welches Medikament sollte Ihrer Meinung nach von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden?

Das kostengünstigere Medikament, auch wenn es weniger wirksam ist.	10,3
Das wirksamere Medikament, auch wenn es teurer ist.	82,3
Keines der beiden Medikamente	2,6
Weiß nicht	3,9
Antwort verweigert	0,9

4.7.4 Zusammenfassung

Für die Mehrheit der Befragten (70,1%) soll die Höhe der Kosten einer medizinischen Behandlung keine Rolle dafür spielen, ob sie von der gesetzlichen Krankenversicherung

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

bezahlt wird oder nicht. Auch wird die Wirksamkeit eines Medikamentes höher bewertet als dessen Kosten (82,3 %). Wenn es allerdings um Behandlungen geht, die teuer sind und das Leben nur geringfügig verlängern, dann spielen die Kosten eine Rolle (53,8%). Lebensverlängerung per se scheint kein Kriterium für eine Priorisierung zu sein (siehe auch Antwort auf Frage 4.6.1).

4.8 Evidenzbasierung/Wirksamkeit

Evidenzbasierte Medizin (EbM) bildet eine objektivierbare, transparente und nachvollziehbare Grundlage für Allokationsentscheidungen. EbM gilt als Maßstab sowohl für den GBA als auch für das IQWiG, wenn es darum geht, vor allem neue medizinische Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Hier stellte sich die Frage, ob auch die Bevölkerung EbM als Entscheidungsgrundlage akzeptieren würde. In den qualitativen Interviews war hierzu die Meinung sehr unterschiedlich (vgl. Diederich et al., 2009b, Tabelle 11; Heil et al., 2010, Kap. 3.6.4).

Der Themenblock begann mit einer allgemeinen Frage, die die grundsätzliche Einstellung zu EbM als Priorisierungskriterium erfassen sollte:

4.8.1 Was meinen Sie, sollten in Zukunft neue medizinische Behandlungen nur von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, wenn deren Wirksamkeit eindeutig nachgewiesen wurde?

Ja, es sollten in Zukunft nur noch medizinische Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, wenn deren Wirksamkeit eindeutig nachgewiesen wurde.	51,1
Nein, es sollten in Zukunft auch neue medizinische Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, deren Wirksamkeit bislang nicht eindeutig nachgewiesen wurde.	42,5
Weiß nicht	6,0
Antwort verweigert	0,4

Eine weitere Frage betrifft das juristische Teilprojekt der Forschergruppe. Es besteht ein Konflikt zwischen einerseits einer notwendigen Leistungsbeschränkung und andererseits dem Recht auf eine allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung, das aus den Vorgaben des Sozialstaatsprinzips des Grundgesetzes (Art.20 Abs.1, 28 Abs.1 GG) resultiert - sofern man davon ausgeht, dass eine allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung zu den Kernelementen des Sozialstaates zählt. Die Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips ist jedoch verfassungsmäßig nicht geklärt und erfordert deshalb einen gesellschaftlichen Diskurs. In der Priorisierungsdiskussion führt dies zu der Frage, ob Behandlungskosten, für die ein Patient nicht selber aufkommen kann, aus öffentlichen Mitteln finanziert werden sollen bzw. ob dies auf alle Behandlungen zutrifft oder nur auf Behandlungen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich (nach den Standards der EbM) nachgewiesen wurde.

- 4.8.2** Stellen Sie sich vor, der Gesetzgeber legt fest, dass in Zukunft eine wirksame, aber sehr teure Chemotherapie zur Behandlung eines Krebsleidens nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden soll. Ein Patient, der diese Therapie braucht, kann die Behandlung aber nicht selber zahlen.
Welcher Aussage stimmen Sie zu?

Die Therapie wird durch öffentliche Mittel, z.B. Sozialhilfe, bezahlt, wenn deren Wirksamkeit eindeutig nachgewiesen ist.	52,3
Die Therapie wird durch öffentliche Mittel, z.B. Sozialhilfe, bezahlt, auch wenn deren Wirksamkeit nicht eindeutig nachgewiesen ist.	29,0
Die Therapie soll in keinem Fall aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.	9,6
Weiß nicht	7,3
Antwort verweigert	1,7

In den Interviews der konzeptuellen Phase entschieden sich viele der Befragten dafür, dass medizinische Leistungen, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen wurde, unter bestimmten Bedingungen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden sollten (vgl. Diederich et al, 2009b, Tabelle 11; Erfahrung und Wissen der Ärzteschaft als Bedingung: Heil et al., 2010, S. 52). Hierzu sollte auch die Bevölkerung befragt werden:

- 4.8.3** Von der gesetzlichen Krankenversicherung werden zurzeit auch medizinische Leistungen bezahlt, deren Wirksamkeit nicht eindeutig belegt ist. Wann sollte Ihrer Meinung nach bei knappen finanziellen Mitteln eine Behandlung, deren Wirksamkeit nicht eindeutig belegt ist, von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht	Antwort verweigert
Wenn sie billiger ist als eine andere Therapie.	27,6	27,1	21,2	15,4	7,6	1,1
Wenn die Erkrankung lebensbedrohlich ist.	74,4	17,4	3,2	3,0	1,7	0,3
Wenn die Erkrankung nicht lebensbedrohlich ist.	21,4	28,3	32,1	13,7	4,0	0,5
Wenn der Patient die Therapie wünscht.	19,9	26,4	28,6	20,4	4,3	0,4
Wenn der Arzt die Behandlung aufgrund seiner Erfahrung empfiehlt.	66,9	26,7	3,8	1,5	0,9	0,2

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Wenn Untersuchungen zum Wirksamkeitsnachweis gerade durchgeführt werden.	34,4	38,6	14,5	5,5	6,5	0,6
--	------	------	------	-----	-----	-----

4.8.4 Bei vielen alternativen Heilverfahren wie z.B. Homöopathie oder Traditionelle Chinesische Medizin ist die Wirksamkeit umstritten. Sollten auch solche alternative Heilverfahren, deren Wirksamkeit umstritten ist, von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden?

Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
51,9	38,0	9,5	0,6

4.8.5 Zusammenfassung

EbM wird mit knapper Mehrheit (51,1%) als Kriterium für die von den Krankenversicherungen zu finanzierenden medizinischen Behandlungen akzeptiert. Andererseits befürworten auch 51,9% der Befragten, dass Heilverfahren, deren Wirksamkeit umstritten ist, von der Krankenversicherung bezahlt werden sollen. Vor allem bei lebensbedrohlichen Erkrankungen (91,8% Zustimmung) und Erfahrung des behandelnden Arztes (93,6%) spielt die nachweisliche Wirksamkeit eine untergeordnete Rolle. Öffentlich finanziert werden sollen aber nur EbM (52,3%), und keinerlei Finanzierung einer kostenaufwändigen Gesundheitsleistung aus öffentlichen Mitteln bejahen 9,6% der Befragten.

4.9 Lebensbedrohliche Erkrankungen

Nach dem sog. Nikolaus-Beschluss (BVerfG – Az.: 1 BvR 347/98 – v. 06.12.2005) des BVerfG ist es mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, eine gesetzlich krankenversicherte Person, für deren lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer ärztlichen Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Seit der Verkündung des Nikolaus-Beschlusses im Dezember 2005 sind eine Vielzahl von Entscheidungen der Instanzgerichte ergangen, deren Gegenstand auch die Grundsätze dieses Beschlusses berührten¹. Im Zuge dessen hat sich eine Reihe von Teilfragen

¹ BVerfG, Urteil vom 06.12.2005, Az.: 1 BvR 347/98, BVerfGE 115 S. 25 ff ; BSG, Urteil vom 26.09.2006, Az.: B 1 KR 3/06 R, SGB 2007 S. 363 (368); BSG Urteil vom 04.04.2006, Az.: B 1 KR 12/05 R – GesR 2006 S. 421 (426); BSG Urteil vom 14.12.2006, Az.: B 1 KR 12/06 R – SozR 4-2500 § 31 Nr. 8; BSG, Urteil vom 04.04.2006, Az.: B 1 KR 7/05 R, NJW 2007 S. 144; Padé, NZS 2007 S. 352 ff.)

ergeben, die in der Rechtsprechung der Instanzgerichte zum Teil umstritten sind, da eine höchstrichterliche Entscheidung durch das BVerfG (noch) aussteht.

Es ist daher von hoher praktischer Relevanz zu erfahren, innerhalb welchen Zeitraumes nach Meinung der Bevölkerung eine Erkrankung zum Tode führen muss, um als lebensbedrohlich zu gelten, und ob es Erkrankungen gibt, die aufgrund ihrer Schwere lebensbedrohlichen Erkrankungen gleich gesetzt werden sollten.

- 4.9.1** Es gibt Erkrankungen, die zwar nicht lebensbedrohlich sind, aber aufgrund ihrer Schwere den Patienten stark in seinem Gesundheitszustand beeinträchtigen.
Was meinen Sie, welche der folgenden Erkrankungen sind ebenso schwerwiegend wie eine lebensbedrohliche Erkrankung?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Antwort verweigert
Erkrankungen, die zur Erblindung führen können.	85,0	14,1	0,6	0,2
Erkrankungen, die dazu führen können, dass der Patient an den Rollstuhl gebunden ist.	81,2	17,9	0,7	0,1
Erkrankungen, die zur Folge haben, dass der Patient pflegebedürftig wird und Tag und Nacht der Hilfe bedarf.	92,7	6,5	0,7	0,1
Erkrankungen, die dazu führen können, dass der Patient zur Dialyse (Blutwäsche) muss.	86,4	11,6	1,9	0,1
Psychische Erkrankungen, die den Patienten daran hindern, seinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.	73,1	22,0	4,8	0,1
Andere Erkrankungen	11,0	17,8	65,5	5,7

Als weitere Krankheiten, die genauso schwerwiegend sind wie eine lebensbedrohliche Krankheit, werden *Alzheimer*, *Demenz*, *Parkinson* und *Amputationen* genannt.

- 4.9.2** Was meinen Sie: Wann würden Sie eine Erkrankung bei einem 35-jährigen Patienten als lebensbedrohlich bezeichnen?

Der Patient verstirbt innerhalb von einem Monat	42,9
Der Patient verstirbt innerhalb von 3 Monaten	6,1
Der Patient verstirbt innerhalb von 6 Monaten	8,6

BVerfG, Urteil vom 29.11.2007, Az.: 1 BvR 2496/07, NZS 2008 S. 365 ff.; BSG, Urteil vom 04.04.2006, Az.: B 1 KR 7/05 R, NJW 2007 S. 144; BSG, Urteil vom 07.11.2006, Az.: B 1 KR 24/06 R, SGB 2008 S. 42; *Padé*, NZS 2007 S. 352 ff.);

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Der Patient verstirbt innerhalb von 1 Jahr	15,5
Der Patient verstirbt innerhalb von 5 Jahren	8,6
Der Patient verstirbt innerhalb von 10 Jahren	6,7
Der Patient verstirbt innerhalb von 30 Jahren	1,9
Anderer Zeitraum	1,0
Weiß nicht	6,8
Antwort verweigert	1,8

4.9.3 Zusammenfassung

Es gibt eine Reihe von Krankheiten, die von der Bevölkerung ebenso schwerwiegend wie eine lebensbedrohliche Erkrankung gesehen wird, insbesondere diejenigen, bei denen der Patient auf Fremdhilfe angewiesen ist (inklusive der Demenzkrankheiten, die von den Befragten selbst eingebracht wurden). 42,9% der Befragten bezeichnen eine Krankheit als lebensbedrohlich, wenn ein 35-jähriger Patient innerhalb eines Monats verstirbt.

4.10 Entscheidungsträger bei der Verteilung medizinischer Leistungen

Zurzeit entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der sich aus Vertretern niedergelassener Ärzte, Krankenhäusern und Krankenkassen zusammensetzt, über die medizinischen Leistungen, die in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Patientenvertreter, die ebenfalls Mitglieder des G-BA sind, verfügen nur über eine Beratungsfunktion und haben kein Abstimmungsrecht. Für die Umsetzung und die demokratische Legitimation eines Priorisierungsverfahrens ist es von großem Interesse zu erfahren, wer aus Sicht der Bevölkerung an einem solchen Verfahren partizipieren sollte und in welcher Form. Die Antwortkategorien basieren dabei auf den Ergebnissen der qualitativen Interviews (vgl. Diederich et al, 2009b, Tabelle 12; Heil et al., 2010, Kap. 3.7.1).

4.10.1 Wer sollte aus Ihrer Sicht über die Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden sollen, mitbestimmen, wer sollte nur eine beratende Funktion haben und wer sollte an den Entscheidungen gar nicht beteiligt sein?

	Mitbestimmungsrecht	Beratungsfunktion	Weder noch	Weiß nicht	Antwort verweigert
Vertreter der Krankenkassen	51,6	34,9	10,8	2,3	0,4
Ärzte	83,9	13,9	0,6	1,1	0,5
Krankenhausleitung	40,5	41,2	15,7	2,0	0,5
Pflegepersonal	35,6	45,4	16,6	1,9	0,4

Wissenschaftler	30,2	50,0	16,1	3,2	0,5
Bürger	33,9	25,8	35,9	3,9	0,5
Patienten/Patienten- organisationen	54,8	33,0	9,6	2,1	0,5
Ethiker	14,4	42,2	36,7	6,1	0,6
Politiker	12,7	24,1	59,5	3,0	0,8
Kirchenvertreter	5,5	28,5	62,7	2,8	0,5
Ökonomen	6,8	35,1	53,7	3,9	0,5
Juristen	8,4	46,0	41,9	3,2	0,4
Sonstige	1,2	1,8	39,4	52,2	5,3

4.10.2 Zusammenfassung

Nach Meinung der Befragten sollen Vertreter der Krankenkassen (51,6%), Ärzte (83,9%) und Patienten/Patientenorganisationen (54,8%) ein Mitbestimmungsrecht haben, wenn entschieden wird, welche Leistungen von der Krankenversicherung getragen werden sollen. Weder ein Mitbestimmungsrecht noch eine Beratungsfunktion soll Politikern (59,5%), Kirchenvertretern (62,7%) und Ökonomen (53,7%) zukommen. Einige Berufsgruppen (Krankenhausleitung, Pflegepersonal, Wissenschaftler) sollen eher mitbestimmend und beratend sein, während anderen Gruppen (Ethiker, Juristen) allenfalls eine beratende Funktion zukommen soll oder sie werden mit keiner Funktion bedacht. Die Befragten sind unentschieden, wenn es um ihre eigne Beteiligung am Entscheidungsprozess geht. Die Anteile in allen drei Kategorien (Mitbestimmungsrecht, beratende Funktion, weder noch) sind vergleichbar. Bei keiner anderen Gruppe ist eine derartige Zweiteilung in „Mitbestimmungsrecht“ versus „keine Funktion“ zu beobachten. In der Rubrik „Sonstige“ wurden genannt die „allgemeine Bevölkerung“ und „Familienangehörige“. Die Nennung „allgemeine Bevölkerung“ lässt vermuten, dass einige der Befragten in der Kategorie „Bürger“ nur ausgewählte Bürger vermuteten und nicht die Allgemeinheit.

5. Resümee

Nach welchen Kriterien könnte/sollte eine Priorisierung medizinischer Leistungen in Deutschland erfolgen und wie ist die relative Wichtigkeit dieser Kriterien? Um ein repräsentatives Meinungsbild dazu zu erstellen, wurde ein populationsbezogener Survey durchgeführt. Eine repräsentative Stichprobe mit Teilnehmern aus ganz Deutschland konnte zu zehn Themenkomplexen, die sich mit Priorisierung medizinischer Leistungen im weiteren Sinne befassten, Stellung nehmen. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu diesen Themenkomplexen, die durch 34 Fragen mit 135 Items abgebildet waren, kurz zusammengefasst.

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Einstellungen zur Krankenversicherung (Solidarität/Knappheit)

Die Bürger bejahen das Solidaritätsprinzip mit großer Mehrheit und haben ein positives Meinungsbild vom Leistungsumfang ihrer Krankenkasse. Wenn es um die Zukunft ihrer Krankenkassenleistung geht, so schätzen die Befragten sie etwa zu gleichen Teilen optimistisch und pessimistisch ein. Auf die Frage, was in eine Grundversicherung aufgenommen werden soll, sind ihnen alle abgefragten Leistungen – bis auf die Gesundheitsaufklärung – sehr wichtig oder wichtig. Jedoch zeichnet sich hier eine Priorisierung, d.h. einer Rangordnung, verschiedener Leistungen ab. So hat z.B. die bevorzugte Behandlung bei akuten lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen eine höhere Zustimmung als eine bevorzugte Behandlung bei akuten nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die letzte Frage in dem Themenbereich zielte auf eine ärztliche Aufklärungspflicht ab. Hier zeigt sich, dass die Bürger auf jeden Fall Information über mögliche Behandlungen erhalten wollen, auch wenn diese nicht durch die Krankenkasse finanziert werden.

Finanzierungs- und Beitragsgestaltung der Krankenkassen

Im zweiten Themenbereich ging es hauptsächlich um Krankenkassenbeiträge. Zwar ist die Mehrheit der Befragten nicht bereit, für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden höhere Krankenkassenbeiträge zu bezahlen, eine nicht unbeachtliche Anzahl der Befragten sprechen sich dennoch dafür aus. Auch findet das so genannte Hausarztmodell großen Zuspruch, wenn die Krankenkassenbeiträge dadurch stabil bleiben. Eine Einmischung der Krankenkassen bei der Arztauswahl wird dagegen mehrheitlich abgelehnt. Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen, die heute noch von den meisten Krankenkassen getragen werden, werden eher abgelehnt. Zusatzversicherungen für Risikosportarten werden jedoch von der Mehrheit befürwortet. Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen, die auch heute teilweise nicht mehr getragen werden, werden von den meisten der Befragten akzeptiert. Ausnahmen sind Rehabilitationsmaßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, medizinische Hilfsmittel und Eltern-Kind-Kuren. Bei Zuzahlungen zu Homöopathie/ Heilpraktikerbehandlungen, entspricht der Anteil der Befragten, die dafür sind, den gesamten Betrag selbst zu zahlen und ungefähr dem, die keine Zuzahlung leisten wollen.

Bereiche im Gesundheitssystem

Es wurden zehn verschiedenen Bereiche angesprochen, wie zusätzliche Einstellung von Ärzten im Krankenhaus, Hausärzte, Fachärzte, und Pflegepersonal, aber auch die Einrichtungen von Hospizen oder Rehabilitationszentren. Für die Mehrheit der Befragten sind alle Bereiche, die angesprochen wurden, wichtig oder sehr wichtig, jedoch durchaus in unterschiedlicher Stärke, so dass sich auch hier eine Rangreihe abzeichnet. Während es für die Mehrheit der Befragten sehr wichtig ist, dass für die Versorgung der Patienten im Krankenhaus mehr Pflegepersonal eingestellt wird, findet nur eine Minderheit der Befragten es sehr wichtig, dass es mehr Rehabilitationseinrichtungen gibt.

Personengruppen

In dem Themenbereich Priorisierung von Personengruppen zeigen die Ergebnisse, dass einige Kriterien klar befürwortet werden (z.B. Schwere der Erkrankung), andere strikt ablehnt werden (z.B. soziale Stellung, gesellschaftliches Engagement, gesunder Lebensstil) und wieder andere kontrovers sind (z.B. Alter, Personen mit Kindern, psychische Erkrankungen, geistige Behinderungen). Während in einer abstrakten Fragestellung die älteren Personen leicht bevorzugt werden sollten, die Kinder auf jeden Fall und die im berufstätigen Alter auf keinen Fall, zeigt sich in den kontextbezogenen Fragen keine Bevorzugung nach dem Alter. Im Triage-Verfahren hat für die Befragten die Linderung der Schmerzen Vorrang vor der Überlebenswahrscheinlichkeit. Bei der Vergabe der Organe befürworten die Befragten diejenigen Kriterien, die auch jetzt schon gelten, nämlich erbliche Passung, Wartezeit und Überlebenswahrscheinlichkeit des Organs.

Gesundheitsverhalten

Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (hoher Alkoholkonsum, Rauchen, Extremsport, Sonnenbaden/Solarium, Drogenkonsum) als Posteriorisierungskriterien werden von den Befragten weitgehend befürwortet; lediglich das Kriterium „Bewegungsmangel“ wird abgelehnt und beim Kriterium „Ungesunde Ernährung“ sind die Befragten geteilter Meinung. Ferner scheint die Zustimmung zu einem Kriterium nicht unbedingt von einem kausalen Zusammenhang zwischen Verhaltensweise und Erkrankung abzuhängen (Solarium und Hautkrebs). Das dortige Ergebnis legt nahe, dass bestimmtes Verhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führen könnte, per se sanktioniert wird. Therapie-Non-Compliance wird von der Mehrheit der Befragten als Posteriorisierungskriterium bejaht.

Therapeutischer Nutzen

Ein großer Teil der Bevölkerung legt ein sehr strenges Kriterium an, wenn es um den Nutzen von Therapien geht, und zwar sowohl bei der Ansprechrage als auch beim Wirksamkeitspotential.

Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis

Für die Mehrheit der Befragten soll die Höhe der Kosten einer medizinischen Behandlung keine Rolle dafür spielen, ob sie von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wird oder nicht. Auch wird die Wirksamkeit eines Medikamentes höher bewertet als dessen Kosten. Wenn es allerdings um Behandlungen geht, die teuer sind und das Leben nur geringfügig verlängern, dann spielen die Kosten eine Rolle. Lebensverlängerung per se scheint kein Kriterium für eine Priorisierung zu sein.

Evidenzbasierung

EbM wird mit knapper Mehrheit als Kriterium für die von den Krankenversicherungen zu finanzierenden medizinischen Behandlungen akzeptiert. Andererseits befürwortet

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

auch eine knappe Mehrheit der Befragten, dass Heilverfahren, deren Wirksamkeit umstritten ist, von der Krankenversicherung bezahlt werden sollen. Vor allem wenn es um lebensbedrohliche Erkrankungen oder die Erfahrung des behandelnden Arztes geht spielt die nachweisliche Wirksamkeit eine untergeordnete Rolle.

Lebensbedrohliche Erkrankungen

Erbblindung, an den Rollstuhl gebunden zu sein, vollständige Pflegebedürftigkeit, Dialyse sowie psychische Erkrankung, bei denen der Patient auf Fremdhilfe angewiesen ist (inklusive der Demenzkrankheiten, die von den Befragten selbst eingebracht wurden), wird von der Bevölkerung ebenso schwerwiegend wie eine lebensbedrohliche Erkrankung angesehen.

Entscheidungsträger bei der Allokation medizinischer Leistungen

Die Teilnehmer wurden gefragt, welche Interessensgruppen welche Funktionen übernehmen sollen, wenn es darum geht, bestimmte Leistungen in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Ärzte, Patienten/Patientenorganisationen und Vertreter der Krankenkassen sollen nach Meinung der Befragten ein Mitbestimmungsrecht haben. Krankenhausleitung, Pflegepersonal, und Wissenschaftler sollen mitbestimmend und beratend sein. Ethiker und Juristen sollen allenfalls mit einer beratenden oder mit keiner Funktion bedacht werden. Weder Mitbestimmungsrecht noch eine Beratungsfunktion soll Politikern, Kirchenvertretern und Ökonomen zukommen. Hinsichtlich der Bürger sind die Befragten unentschieden. Etwa je ein Drittel spricht sich für eine Mitbestimmung, eine beratende Funktion und keine Funktion aus.

Literatur

- Blöß, T. (2004): Katastrophenmedizin: Zwang zur Selektion. In: Deutsches Ärzteblatt 101. 33. A2216-A2218
- Bowling, A. (1996): Health care rationing: The public's debate. In: British Medical Journal 312. 7032. 670-674
- Diederich, A. (2001a): A rational reconstruction of expert judgements in organ allocation. A conjoint measurement approach. *Analyse und Kritik*, 23, 245-261.
- Diederich, A. (2001b): Expertenurteile zur Organallokation. *Transplantationsmedizin*, 13, 101--107.
- Diederich A. & Schreier, M. (2009): Kriterien der Priorisierung aus gesellschaftlicher Sicht. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103. 111-116.
- Diederich, A./Lietz, P./Otten, M./Schnoor, M./Schreier M./Schröter, J./Winkelhage, J./Wirsik, N. (2009a): Fragebogen zur Erhebung von Präferenzen in der Bevölkerung bezüglich der Verteilung von Gesundheitsleistungen in der GKV. FOR655 18. 2. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- Diederich, A./Schnoor, M./Winkelhage, J./Schreier, M. (2009b): Präferenzen in der Bevölkerung hinsichtlich der Allokation medizinischer Leistungen - Entwicklung eines Fragebogens für eine repräsentative Bevölkerungsbefragung. FOR655 21. 5. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- Gallego, G/Taylor, S. J./McNeill, P./Brien, J. A. E. (2007): Public views on priority setting for high cost medications in public hospitals in Australia. In: Health Expectations 10. 3. 224-235
- Ham C. (1997): Priority setting in health care: learning from international experience. In: Health Policy 42. 1. 49-62.
- Heil, S./Schreier, M./Winkelhage, J./Diederich, A. (2010): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen. FOR655 26. 3. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- IQWiG. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009): Entwurf einer Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Kosten und Nutzen im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Version 2.0. Köln
- King, D./Maynard, A. (1999): Public opinion and rationing in the United Kingdom. In: Health Policy 50. 1-2. 39-53
- Kuhlmann, E. (1998): Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

- Settings. In: Feuerstein, G., Kuhlmann, E, Hrsg. Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical. 146-161
- Lees, A./Scott, N./Scott. S. N./MacDonald, S./Campbell, C. (2002): Deciding how NHS money is spent: a survey of general public and medical views. *Health Expectations* 5. 1. 47-54
- Liedtke, A. (2009): Umfrageergebnisse. In: *Priorisierung im Gesundheitswesen. Eine Umfrage der Allianz Deutschland AG*, abrufbar unter: <http://www.allianzdeutschland.de>, 07/2010
- Meyer, T. H. R. (2009): Priorisierung im Gesundheitswesen - eine Diskussion nimmt Fahrt auf (Editorial). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103. 73-74
- Myllykangas, M./Ryynänen, O.-P./Lammintakanen, J./Isomaki, V.-P./Kinnunen, J./Halonen, P. (2003): Clinical management and prioritisation criteria. In: *Journal of Health Organization and Management* 17. 5. 338-348
- Neuberger, J./Adams, D./MacMaster, P./Maidment, A./Speed, M. (1998): Assessing priorities for allocation of donor liver grafts: survey of public and clinicians. In: *British Medical Journal* 317. 7152. 172-175
- 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. *FOR 655* 23. 7. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- Rebentisch, E. (2006): Ethik und Recht in der Katastrophenmedizin. In: Bundesministerium des Innern. *Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall*. 4. überarbeitete Auflage. Berlin
- Sabik, L. M./Lie, R. K. (2008): Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. In: *International Journal for Equity in Health* 7. 4
- Schreier, M./Diederich, A (2008): Kriterien der Priorisierung: Praxis anderer Länder und erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung in Deutschland. *FOR655* 14. 10. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- 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. abrufbar unter: www.priorisierung-in-der-medizin.de, 07/2010
- Schreier, M./Diederich, A./Schnoor, M. (2010): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Politiker/innen.

- FOR655 24. 1. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- Shmueli, A. (2000): Horizontal equity in medical care: A study of the Israeli public's views. In: Israel Medical Association Journal 2. 10. 746-752
- 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
- Ware, J./Kosinski, M./Keller, S. D. (1996): A 12-Item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. In: Medical Care 34. 3. 220-33
- Westphal, R./Röstermundt, A./Raspe, H. (2001): Die Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen im Spiegel eines Bevölkerungssurveys. In: Das Gesundheitswesen 63. 5. 302-310
- WHO (1996): Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung. abrufbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/113303/E55363G.pdf, 07/2010
- Winkelhage, J./Schreier, M./Diederich, A. (2009a): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Ärzten und Pflegepersonal. FOR 655 19. 3. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- Winkelhage, J./Diederich, A./Schreier, M. (2009b): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von gesunden und erkrankten Personen. FOR 655 20. 4. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- Wirsik, N./Diederich, A./Schreier, M. (2009): Conjoint-Analyse: Prätest zu Evaluation von patientenbezogenen Merkmalen und dem Einfluss von Proxies auf die Bildung von Rangfolge. FOR655 22. 6. abrufbar unter: <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>, 07/2010
- 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. abrufbar unter: <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 postmortalen 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, February 2009
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)

Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

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, Jeanette Winkelhage, Adele Diederich: Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen. Juli 2010 (3)
27. Adele Diederich, Margrit Schreier: Einstellungen zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. August 2010 (4)