



## Schwerpunkt

# Kriterien der Priorisierung aus gesellschaftlicher Sicht <sup>☆</sup>

Adele Diederich<sup>\*</sup>, Margrit Schreier

Jacobs University Bremen, School of Humanities and Social Sciences, Bremen

## Zusammenfassung

Die angespannte Finanzlage der Gesetzlichen Krankenkassen scheint eine Einschränkung von Gesundheitsleistungen unumgänglich zu machen. Die Feststellung und Durchsetzung von Prioritäten, d.h., einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen, kurz Priorisierung, ist eine der dringendsten und aktuellsten Fragen im Schnittpunkt von Gesundheitsethik, Gesundheitsrecht, Sozialmedizin und Gesundheitspolitik. Obwohl eine öffentliche Diskussion über Priorisierung von verschiedener Stelle angemahnt wird, spielen vor allem die Sichtwei-

sen und Werthaltungen der Kliniker und die Interessen ihrer Sponsoren eine dominante, die der Patienten und der gesunden Bevölkerung aber eine ganz untergeordnete Rolle. Im Folgenden wird zusammengefasst, wie einige ausgewählte Länder in der Praxis verfahren und im Anschluss daran wird eine Untersuchung vorgestellt, in der gesunde Bürger in Deutschland zu favorisierten Priorisierungen von Krankheiten, Therapiearten, Lebensweise der Versicherten, soziodemographischen Faktoren sowie ökonomischen und ethischen Aspekten befragt werden.

**Schlüsselwörter:** Priorisierung, öffentliche Meinung, qualitative Interviews

## Criteria for Prioritization from a Societal Perspective

### Summary

The precarious financial situation of the German public health care system requires the limitation of health care benefits. Determining priorities between groups of patients, indications, or procedures and implementing preferential treatments is one of the pressing issues in health ethics, health law, social medicine and health politics. Although a public debate on priority setting, or prioritization, has repeatedly been called for, it was mainly the physicians' views and values as well as the interests of their sponsors

that have been voiced; the perspectives of patients and the public has been deemed irrelevant. In the following, we summarize the prioritization experiences from some foreign countries and report on preliminary results obtained from qualitative interviews with healthy German citizens concerning their views on setting priorities with respect to diseases, therapies, people's lifestyle, demographic factors, and economic and ethical aspects.

**Key words:** prioritization, priority setting, public view, qualitative interviews

<sup>☆</sup>Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG DI 506/10-1.

<sup>\*</sup>Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Adele Diederich, Jacobs University Bremen, School of Humanities and Social Sciences, Campus Ring 1, 28759 Bremen, Germany.

Tel.: +49 421 200 3431; fax: +49 421 200 49 3431.

E-Mail: [a.diederich@jacobs-university.de](mailto:a.diederich@jacobs-university.de) (A. Diederich).



## Einleitung

Demographischer und epidemiologischer Wandel und der damit verbundene steigende Bedarf an Gesundheitsleistungen sowie medizinisch-technischer Wandel mit teuren Diagnose- und Therapieverfahren werden für die angespannte finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verantwortlich gemacht. Eine Begrenzung medizinischer Leistungen scheint unausweichlich. In der Bundesrepublik Deutschland wird dies in einigen Fachkreisen unter verschiedenen Aspekten kontrovers diskutiert und mit Begriffen wie Rationierung, Rationalisierung oder Priorisierung in Zusammenhang gebracht, wobei diese Begriffe teilweise als Synonyme benutzt werden. In Anlehnung an die Definition der Zentralen Ethikkommission (ZEKO, [1]) wird Priorisierung hier als Festlegung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen Patientengruppen oder Verfahren vor anderen verstanden im Gegensatz zu Rationierung, die eine Vorenthaltung von Leistungen beinhaltet (vgl. jedoch [2,3]). Die Notwendigkeit einer öffentlichen Debatte dieser Problematik in der Bundesrepublik wurde spätestens durch die Stellungnahme der ZEKO [1] angemahnt. Im Gegensatz zu anderen Ländern kommt diese Debatte hier jedoch nur schleppend in Gang. Dabei sind Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen längst Realität im medizinischen Alltag, wenn auch nicht nach expliziten Kriterien, so doch implizit. In diesem Zusammenhang wird von offener versus verdeckter Priorisierung gesprochen [4]. Eine qualitative Befragung von Ärzten eines Krankenhauses ergab [5], dass z.B. nach Alter der Patienten und spezifischen Krankheiten priorisiert wird (z.B. polytraumatisierte Patienten, leukämische Erkrankungen, chemotherapeutisch zu Behandelnde, onkologische Patienten, Virushepatitis), was als patient dumping bezeichnet wird und unweigerlich eine Benachteiligung chronisch Kranker nach sich zieht, aber auch nach weitaus subtileren Verteilungskriterien wie sozialem Status, beruflicher Stellung, Bildung, Sympathie, Mitleid, Geschlecht, Redegewandtheit (siehe auch [6]). Schließ-

lich spielen auch ökonomische Faktoren wie Versicherungsstatus des Patienten und Refinanzierungsmöglichkeiten der Behandlungskosten eine Rolle bei der Priorisierung.

Dies führt zu Unzufriedenheiten und Konflikten auf allen Seiten: Die Ärzte beklagen das Fehlen ethisch vertretbarer und gesellschaftlich akzeptierter Kriterien bei der Verteilung knapper Ressourcen; das Fehlen institutionalisierter Richtlinien; die Widersprüche zwischen institutionellen Vorgaben, Behandlungsauftrag und politischen Rahmenbedingungen; inkonsistente Verteilungskriterien sowie inkonsistente Wertpräferenzen [5]. Die Patienten sind verunsichert, fühlen sich benachteiligt (Zwei-Klassen Medizin) oder entwickeln eine Haben-Wollen Mentalität.

Welche Lösungen werden angestrebt? Die ZEKO (2007) [7] stellt einen formalen Kriterienkatalog für eine gerechte Prioritätensetzung vor, in dem unter anderem Transparenz, Begründung, Konsistenz, Legitimität und Offenlegung und Ausgleich von Interessenskonflikten aufgeführt werden. Im Jahre 2000 forderte die ZEKO in ihrer Stellungnahme eine öffentliche Debatte über Priorisierung bzw. Prioritäten in der medizinischen Versorgung und stellte dort acht Schritte einer Priorisierungsdiskussion vor. Unter Punkt acht wird eine Berücksichtigung der Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller (potenziell) Beteiligten gefordert. In der Stellungnahme von 2007 wird mit Nachdruck eine Diskussion eingefordert. Ohne ein größeres Problembewusstsein in der Bevölkerung und Politik für die Begrenztheit der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung sieht sie jede explizite Prioritätensetzung zum Scheitern verurteilt.

Begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen betreffen aber nicht nur unser eigenes System. Andere Länder sehen sich ähnlichen Problemen ausgesetzt. Im Folgenden stellen wir kurz dar, wie die Bürgerbeteiligung bei Fragen der Priorisierung in ausgewählten Ländern gehandhabt wird und welche Priorisierungskriterien dort diskutiert werden. Im Anschluss daran berichten wir über erste Ergebnisse einer Untersuchung zu Kriterien der Priorisierung aus Sicht der

deutschen Bevölkerung, die im Rahmen der DFG-Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin“ durchgeführt wird.

## Bürgerbeteiligung

Die ZEKO [7] sieht eine öffentliche Diskussion über die Begrenztheit der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung als unabdingbar an und empfiehlt die Einrichtung einer nationalen Prioritätenkommission, die sich aus Vertretern der Ärzteschaft, Politik und Patientenvertretern zusammensetzt. Die Beteiligung von Bürgern und Patienten wird als eine zwingende Notwendigkeit gesehen, wenn es darum geht, gesundheitspolitische Entscheidungen zu legitimieren [8]. Fehlende Transparenz des Versorgungsgeschehens und der Entscheidungsfindung wird als eine wesentliche Ursache für die mangelnde Akzeptanz bisheriger Gesundheitsreformen angesehen. Es ist richtig und wichtig, die Öffentlichkeit über die Notwendigkeit von Priorisierungen zu unterrichten, aber sie sollte auch einen Einfluss darauf haben, wie die Entscheidungen zustande kommen. Entscheidungen, die nur von Experten getroffen werden, quasi unter Ausschluss der Öffentlichkeit, fehlt es an Fairness und Legitimation [9]. Wie sieht es mit der Bürgerbeteiligung in andern Ländern aus?

Fünf [10] bzw. acht [11] Länder, in denen es seit längerem Bemühungen gibt, Prioritäten in der Gesundheitsversorgung durchzusetzen, wurden verglichen, unter anderem dahingehend, ob und ggf. in wieweit diese Länder Überzeugungen, Meinungen und Präferenzen ihrer Bürger bei der Festlegung von Priorisierungsprinzipien und/oder Richtlinien einbeziehen. In diesen Ländern gibt es Komitees und/oder Kommissionen (im Folgenden beides mit Ausschuss bezeichnet), die Ende der achtziger Jahre (Norwegen 1987, Oregon (USA) 1989) bis Mitte/Ende der neunziger Jahre (Niederlande 1992, Schweden 1993, Neuseeland 1993, Israel 1995, Dänemark 1997, England 1999) eingerichtet und seitdem teilweise neu strukturiert wurden. All diese Ausschüsse befürworteten, die Öffentlichkeit bei Fragen der Priorisierungen im

Gesundheitswesen einzubeziehen, beließen es aber dann teilweise bei der Erkenntnis, dass eine Diskussion wünschenswert sei (z.B., Norwegen). Dänemark hielt öffentliche Veranstaltungen zum Thema Priorisierung ab und verteilte entsprechendes Material über Priorisierungsfragen. Neuseeland, Niederlande, Oregon und Schweden berücksichtigten Rückmeldungen aus öffentlichen Diskussionsforen und Fragebogenergebnisse bei ihrer Entscheidungsfindung. In England bestand und besteht die Möglichkeit, dass sich die Öffentlichkeit auf verschiedenen Ebenen einbringt. Sie kann sich zu allgemeinen Priorisierungsprinzipien sowie zu spezifischen Richtlinienentwicklungen äußern. Zum Beispiel wird ein Entwurf für neue Richtlinien auf die NICE Website (National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://www.nice.org.uk/>) gestellt, um öffentliche Rückmeldungen zu erhalten, bevor endgültige Richtlinien dann in Kraft treten. Eine Beteiligung der Bürger ist ausdrücklich erwünscht.

In Israel war ursprünglich keine explizite Beteiligung der Bevölkerung vorgesehen. Laien werden seit 1999 aber angehört, wenn es um die Entscheidung geht, neue Technologien in die Grundversorgung aufzunehmen.

## Priorisierungskriterien

Sabik und Lie [11] teilen Priorisierungsbemühungen einzelner Länder danach ein, ob ein Ausschuss eher abstrakte Priorisierungsprinzipien definiert oder konkrete Allokationsrichtlinien erstellt, die als Grundlage für eine Priorisierung dienen sollen. Priorisierungsprinzipien wurden vor allem in Dänemark, Niederlande, Norwegen und Schweden diskutiert. Genannt wurden die Würde des Menschen, die Gleichheit aller Menschen, Bedürftigkeit und Solidarität, Sicherheit und Schutz, Freiheit und Selbstbestimmung, Notwendigkeit einer Behandlung, wobei dieser Begriff sehr breit gefasst ist und im Grunde alles beinhaltet, was einen (auch minimalen) medizinischen Nutzen haben könnte. Ziele, die aus diesen Werten abgeleitet wurden und bei einer Priorisierung berücksichtigt werden sollten,

waren unter anderem Qualität des Versorgungsangebotes, Kosten/Effektivität/Effizienz, demokratischer Einfluss der Bürger, Eigenverantwortung.

England, Israel, Neuseeland und Oregon dagegen entwickelten konkrete Allokationskriterien. Sie definierten die medizinischen Leistungen und bewerteten neue Gesundheitstechnologien, die in Leistungskataloge aufgenommen und öffentlich finanziert werden sollten. Es wurden klinische Richtlinien entwickelt, und es wurden ausdrücklich Kosten/Nutzen-Bewertungen einbezogen, aufgrund derer Behandlungen ein- bzw. ausgeschlossen werden können.

Bewertungskriterien für neue Technologien waren z.B. [12] lebensrettend, mit vollkommener Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten; ihr Potenzial, Mortalität und Morbidität zu verhindern; die Anzahl der Patienten, denen ihr Gebrauch zugute kommt; die finanzielle Belastung für die Gesellschaft und den einzelnen Patienten; Technologien für Krankheiten, für die es keine Behandlungsalternative gibt; verlängern die Lebensdauer und verbessern Lebensqualität; begünstigen eine Reduktion der Morbidität vs. begünstigen eine Verbesserung der Lebensqualität; ihr Nettogewinn für das Gesundheitswesen oder die Gesellschaft ist höher als die kurz- und/oder langfristigen Kosten.

In Oregon legte die Health Services Commission Wertekategorien fest, die für eine Priorisierung als relevant angesehen wurden (Wert für die Gesellschaft (z.B. Prävention, persönliche Verantwortung, Kosten/Effektivität), Wert für den Einzelnen, der des Gesundheitsdienstes bedarf (z.B. Prävention, Lebensqualität, persönliche Wahl), wesentlich für gesundheitliche Grundversorgung (Prävention, zum Wohle vieler, Lebensqualität, Kosten/Effektivität, Auswirkungen auf die Gesellschaft). Diese Werte dienten als Grundlage, Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung in eine Rangordnung zu bringen (Details s. [10]). Aktuelle und sehr umfangreiche Listen können unter <http://www.oregon.gov/OHPPR/> abgerufen werden.

## Bürgerbeteiligung und Priorisierungskriterien in Deutschland

In der folgenden Untersuchung wurden gesunde Bürger zu favorisierter Priorisierung von Krankheiten, der Verwendung von Mitteln im Gesundheitswesen sowie Priorisierungskriterien (wie Lebensweise der Versicherten wie Raucher/Nichtraucher, Eigenverschulden/Nicht-Eigenverschulden oder soziodemographische Faktoren) befragt. Auch ökonomische oder ethische Aspekte, Therapieeffizienz (Kosten-Nutzen), QALY (Quality-Adjusted Life Years) und DALY (Disability-Adjusted Life Years) Indices, Therapieeffektivität (Wirksamkeit einer Behandlung, Evidence based Medicine (EbM)) oder konkretes versus statistisches Leben sowie der Patientenwille und vieles mehr wurden einbezogen.

## Methode

Es wurden teilstandardisierte Interviews mit Angehörigen unterschiedlicher Interessensgruppen, im Folgenden Stakeholdergruppen genannt, durchgeführt (N = 42). Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf die Stakeholdergruppen der gesunden (n = 9) und erkrankten Personen (n = 12). Die Auswahl von Teilnehmer(inne)n aus beiden Personengruppen erfolgte nach einem qualitativen, unvollständig gekreuzten Stichprobenplan [13,14] unter Einbeziehung der folgenden Kriterien: höchster erreichter Bildungsabschluss, Alter, Sozialisation in den alten oder neuen Bundesländern. Für die Auswahl erkrankter Personen war darüber hinaus die Schwere der Erkrankung maßgeblich (leicht und schwer; Klassifikation gemäß ärztlicher Beurteilung).

Der Interviewleitfaden beinhaltete die folgenden Themenbereiche [15]: (1) Status Quo – Persönliche Erfahrungen mit Priorisierung jetzt verglichen mit der Vergangenheit; (2) Zukünftige Entwicklung – Allgemeine Fragen zu Wunschvorstellungen; (3) Zukünftige Entwicklung – Favorisierte Priorisierung von Patientengruppen; (4) Zukünftige Entwicklung – Favorisierte Priorisierung

von Zielen der Medizin, Versorgungsformen und therapeutischen Verbesserungen; (5) Perspektive und Betrachtungsweise auf das Thema Priorisierung; (6) Abschlussfragen zu Wunschvorstellungen. Die Interviews wurden in 20 verschiedenen Städten in den alten und neuen Bundesländern von Januar bis Mai 2008 durchgeführt, digital aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die Länge der Interviews betrug im Durchschnitt 1:15 Stunden.

Die Auswertung erfolgte induktiv mittels qualitativer Inhaltsanalyse [16], wobei immer dann eine neue Kategorie erstellt wurde, wenn ein Aspekt von mindestens zwei verschiedenen Personen benannt wurde. Zur Veranschaulichung der Methode ist im Folgenden die Explikation der Kategorie „Sachmittel im Gesundheitswesen“ aufgeführt. Diese Kategorie stellt einen der Bereiche dar, in die nach Ansicht der Befragten mehr Mittel im Gesundheitswesen investiert werden sollten.

### Sachmittel für die Krankenversorgung

#### Explikation:

Diese Kategorie ist zu kodieren, wenn die befragte Person der Meinung ist, dass mehr Mittel für die Einrichtung (Betten, Aufenthaltsräume etc.) und die medizinische Ausrüstung (medizinische Geräte, Werkzeuge etc.) in ambulanten Arztpraxen und Krankenhäusern eingesetzt werden sollten.

#### Beispiel:

„(...) dass sie [die Krankenhäuser] eine vernünftige Ausrüstung haben. Also ich weiß nicht, manchmal hatte ich so das Gefühl, dass die Krankenhäuser gar nicht richtig ausgerüstet sind“ (Upt 20)

#### Abgrenzung:

Diese Kategorie ist nicht zu kodieren, wenn die befragte Person mehr Mittel für die Ausstattung mit ärztlichem Personal oder Pflegepersonal aufwenden möchte. In diesem Fall ist die Kategorie „Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal“ zu kodieren. Die Kategorie ist auch dann nicht zu kodieren, wenn die Untersuchungsperson ausdrücklich mehr/

bessere medizinische Geräte für bessere Untersuchungen haben möchte, dann ist die Kategorie „Diagnostik“ zu kodieren.

Die Zuordnung von Textstellen zu den Kategorien erfolgte durch zwei unabhängige Kodierinnen (prozentuale Übereinstimmung gesamt nach der ersten Probekodierung: 75.6%).

## Ergebnisse

Im Folgenden werden die Kategorien für die Gruppen der gesunden und der erkrankten Personen dargestellt. Aus Platzgründen beschränken wir uns dabei auf Kategorien, mit denen erfasst wurde wie die Mittel im Gesundheitswesen nach Ansicht der Befragten verteilt werden sollten. Die Kategorien beziehen sich zunächst darauf, in welche Bereiche der Medizin mehr oder weniger Mittel investiert werden sollten und auf welche Personengruppen mehr oder weniger Mittel entfallen sollten; diese Kategorien waren durch den Interviewleitfaden bereits vorgegeben. Einige der Befragten vertreten jedoch die Ansicht, dass eine Priorisierung nicht durch Umverteilung von Mitteln zwischen Bereichen oder Personengruppen erfolgen sollte, sondern durch eine strukturelle Veränderung des medizinischen Systems oder indem Mittel aus anderen gesellschaftlichen Bereichen in das medizinische System investiert werden; diese Kategorien sind im Folgenden ebenfalls aufgeführt.

### (Um-)Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen: Bereiche

Was die Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen über verschiedene Bereiche betrifft, unterscheiden die Befragten zwischen (1) Bereichen, die gestärkt werden sollten, (2) Bereichen, in denen die Mittel gekürzt werden sollten sowie (3) Bereichen, in denen Leistungen unbedingt weiter bezahlt werden sollten.

Zu den Gebieten, in die nach Ansicht der Befragten *mehr Mittel* investiert werden sollten, zählen zunächst die klassischen Bereiche wie etwa Forschung, Prävention und Diagnostik, wobei hier insbesondere das diagnostische Gespräch zwischen Arzt und Patient als wichtig angesehen wird und nicht die Apparatemedizin. Von zentraler Bedeutung für die Befragten aus der Bevölkerung ist weiterhin die medizinische Versorgung, unter besonderer Berücksichtigung der stationären Versorgung, der Ausstattung der Krankenhäuser mit Sachmitteln und der personellen Ausstattung der Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegepersonal. Auch in der ambulanten Versorgung sehen einige der Befragten die Notwendigkeit, mehr Mittel in medizinisches Personal zu investieren, beispielsweise im Hinblick auf eine Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Land. Einige der Befragten kritisieren auch, was sie als Fokussierung des medizinischen Systems auf Ärztinnen und Ärzte wahrnehmen, und fordern dass mehr Mittel in die Ausbildung und Bezahlung von Angehörigen anderer Heilberufe investiert werden sollten, etwa Physiotherapeuten, Psychotherapeuten oder Heilpraktiker. So argumentiert etwa Untersuchungspartner/in 9:

„Und ich halte auch diese starke Ärztekonzentration des gesamten Gesundheitswesens für falsch. (...) bei den, ich sage mal sogenannten mittleren medizinischen Berufen. Die haben ja alle keine Verantwortung. Denen ist ja von vorneherein auch jede Verantwortung genommen durch dieses System der Ärztekonzentration. (...) Und das kann nicht dazu führen, dass jetzt ein Physiotherapeut oder eine hochausgebildete Pflegekraft, eine Schwester oder so, dass die selber Verantwortung übernimmt. (...) Und das sind doch aber Leute, die haben auch vielmehrsemestrige Studiengänge hinter sich, eine akademische Ausbildung“.

Weiterhin findet sich die Forderung nach einer finanziellen Stärkung von Behandlungsformen der sogenannten alternativen Medizin wie etwa Alexander-Technik, Traditionelle Chinesische Medizin oder Homöopathie. Schließlich

sind einige der Befragten der Ansicht, dass der Bereich der Ethik in der Medizin gestärkt werden müsste, sei es durch die vermehrte Einrichtung von Ethikräten in Krankenhäusern oder durch eine stärkere Gewichtung ethischer Gesichtspunkte innerhalb der medizinischen Ausbildung.

Um eine finanzielle Stärkung der genannten Bereiche zu realisieren, sind nach Meinung der Befragten an anderen Stellen durchaus *Einsparungen* möglich, und zwar insbesondere im Verwaltungsbereich sowie hinsichtlich der Kosten von Medikamenten. Unnötige administrative Kosten sehen die Teilnehmer/innen zunächst im Bereich der Verwaltungsaufgaben im Gesundheitswesen allgemein – sei es dadurch, dass die Verwaltung in Krankenhäusern zu kostenaufwändig betrieben wird, sei es, indem Mediziner/innen in der ambulanten Versorgung unangemessen viel Zeit auf administrative Aufgaben verwenden müssen. Weiterhin erscheint den Befragten der Verwaltungsapparat der Krankenkassen zu aufwändig; insbesondere sollte ihrer Ansicht nach die Anzahl der Krankenversicherungen reduziert werden. Einsparpotenzial sehen die Befragten ebenfalls im Hinblick auf Arzneimittel. So werden Medikamente ihrer Meinung nach z.T. auch ohne medizinische Notwendigkeit verschrieben. Zudem lassen sich ihrer Ansicht nach Kosten dadurch verringern, dass die Preise für Medikamente einer stärkeren behördlichen Kontrolle und Regulierung unterworfen werden. Einige Befragte sind schließlich auch der Ansicht, dass derzeit Mittel in Behandlungen investiert werden, deren Wirksamkeit nicht hinreichend nachgewiesen ist oder die in keinem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen. So argumentiert etwa Interviewpartner/in 6: „Man muss da schon gucken (...). Es rentiert sich nicht mehr, wenn ein Mensch krebskrank ist und im Sterben liegt, dann wird man wahrscheinlich die Hüfte nicht mehr operieren“.

Die Befragten sind allerdings auch der Ansicht, dass es bestimmte Bereiche und medizinische Leistungen gibt, die *unverzichtbar* sind und daher auf jeden Fall weiter finanziert werden sollten:

Basisversorgung der Bevölkerung, ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte, stationäre Versorgung in Krankenhäusern sowie Prävention.

### (Um-)Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen: Personengruppen

In Bezug auf eine Priorisierung von Mitteln im Hinblick auf unterschiedliche Personengruppen differenzieren die Befragten zwischen: (1) Personengruppen, die finanziell gestärkt werden sollten; (2) Personengruppen, bei denen Einsparungen vorgenommen werden sollten; (3) Personengruppen, bei denen die Leistungen gleich bleiben sollten.

Personengruppen, in deren Versorgung *mehr Mittel* investiert werden sollten, sind Personen, deren Gesundheitszustand sich ohne medizinische Behandlung nicht verbessern oder sogar verschlechtern würde, schwer kranke Personen und Angehörige von Risikogruppen. Einige der Befragten sind außerdem der Ansicht, dass mehr Mittel in die Versorgung älterer Menschen investiert werden sollten, und/oder auch in die Versorgung jüngerer Menschen und Kinder. So argumentiert etwa Untersuchungsteilnehmer/in 4:

„Nach Personengruppen, sollte man vielleicht ein bisschen sortieren nach Jüngeren und nach Älteren, weil Ältere einfach mehr medizinische Leistungen brauchen und ich finde das macht auch, das macht auch einen Staat, eine Gesellschaft aus, dass er ältere Mitbürger sehr beachtet und dass die dementsprechend gute medizinische Leistungen bekommen“.

Menschen mit Kindern, sozial Benachteiligte und gesetzlich Versicherte sind weitere Personengruppen, die nach Ansicht der Befragten finanziell gestärkt werden sollten. Gerade bei der Nennung dieser letzten Gruppe wird deutlich, dass Personengruppen, in deren medizinische Versorgung nach Ansicht der Befragten mehr Mittel investiert werden sollten, in einigen Fällen explizit im Gegensatz zu anderen Bevölkerungsgruppen definiert sind, die keiner solchen Unterstützung

bedürfen. Gesetzlich Versicherte werden dabei beispielsweise mit Personen in der privaten Krankenversicherung kontrastiert; Menschen mit Kindern werden Menschen ohne Kinder gegenüber gestellt; und Menschen, die einer medizinischen Behandlung bedürfen, werden mehr oder weniger implizit mit Personen verglichen, deren Zustand sich auch ohne medizinische Behandlung verbessern würde.

Diejenigen Personengruppen, in deren medizinische Versorgung nach Ansicht der Befragten mehr Mittel investiert werden sollten, sind partiell mit den Gruppen identisch, bei denen die Untersuchungsteilnehmer/innen keine Möglichkeiten sehen, Einsparungen vorzunehmen, bei denen die medizinischen Leistungen also *gleich bleiben* sollten. Auch hier erweist sich die medizinische Behandlungsbedürftigkeit als wesentliches Kriterium. Nicht gekürzt werden sollten die Mittel demnach bei besonders schwer erkrankten Personen, bei Menschen mit bestimmten Erkrankungen wie etwa Krebs sowie bei Unfallopfern. Unter soziodemografischen Gesichtspunkten werden hier vor allem ältere Menschen und sozial benachteiligte Personen genannt.

*Einsparungsmöglichkeiten* sehen die Befragten dagegen bei privat Versicherten, Personen ohne Kinder, Personen, die wegen Kleinigkeiten zum Arzt gehen (also im oben genannten Sinn keiner medizinischen Behandlung bedürfen) oder auch bei geringfügigen Beschwerden Medikamente verlangen, und Personen, die ihre Erkrankung selbst zu verantworten haben. Was die Behandlung von Menschen am Ende ihres Lebens angeht, deutet sich schließlich ein Konflikt an. Während manche der Befragten dafür argumentieren, dass in die Behandlung älterer Menschen verstärkt Mittel investiert werden sollten bzw. dass gerade deren Versorgung unverzichtbar ist (s. oben), vertreten andere die Ansicht, dass bei der Behandlung älterer Menschen gerade gespart werden kann, ebenso wie bei der Behandlung von Menschen, die nicht mehr unabhängig und aktiv am Leben teilnehmen können.

## Maßnahmen jenseits der Priorisierung

Wie oben bereits erwähnt, vertreten manche der Untersuchungsteilnehmer/innen die Ansicht, dass Einsparungen im Gesundheitssystem nicht notwendig Priorisierungsmaßnahmen erfordern, sondern alternativ durch strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem oder durch Umschichtungen von Mitteln aus anderen gesellschaftlichen Bereichen erreichbar sind. Als strukturelle Maßnahmen im Gesundheitssystem, die Einsparungen ermöglichen würden, nennen die Befragten die Einführung einer Basisversicherung, das Aufdecken von Korruption innerhalb des medizinischen Systems („...falsche Abrechnungen und was weiß ich, so Hinterhältigkeiten von Ärzten und Apotheken und so (...), dass wir diesen Leuten doch nach und nach auf die Schliche kommen und ihnen das Handwerk legen“. [Upt 11]) sowie die Einführung einer Verpflichtung zur Prävention:

„Man kann nicht nur ein Freiwilligkeitsprinzip bei der Vorsorge gelten lassen. Ich bin der Meinung, man muss auch eine bestimmte Kombination mit einer vorgeschriebenen Untersuchung zur Vermeidung oder zur rechtzeitigen Erkennung bestimmter Krankheiten kombinieren“ (ebenfalls Upt 11).

Wenn es um die Umschichtung von Mitteln aus anderen gesellschaftlichen Bereichen in das Gesundheitssystem geht, schlagen die Befragten vor, Einsparungen bei Ausgaben für Rüstung und Militär vorzunehmen und diese Mittel statt dessen in das Gesundheitssystem zu investieren.

## Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde erhoben, welche Gesichtspunkte bei gesunden und erkrankten Personen eine Rolle spielen, wenn Fragen der Priorisierung medizinischer Leistungen an sie herangetragen werden. Neben sehr konkreten Vorstellungen über Einsparpotenziale z.B. bei der Gerätemedizin oder der Verschreibungspraxis werden auch Verteilungskriterien angespro-

chen, die sich auf die Bedürftigkeit der Patienten beziehen oder Gerechtigkeitsaspekte beinhalten. Das heißt, es werden Aspekte angesprochen, die konkrete Priorisierungsrichtlinien nach sich ziehen könnten aber auch solche, die eher abstrakte Priorisierungsprinzipien beinhalten. Die Gleichheit aller Menschen, aber auch die besondere Bedürftigkeit einiger sowie Eigenverantwortung sind Kriterien, die die Befragten bewegen. Bemerkenswert ist, dass die Befragten bestimmten Bereichen des medizinischen Systems ausgesprochen kritisch gegenüberstehen. Der Verwaltungsaufwand, einschließlich des Kassenapparats, wird von einigen Befragten als zu hoch eingeschätzt. Die Befragten sind sich der Probleme in der medizinischen Versorgung durchaus bewusst. Sie sehen auch durchaus das gesellschaftliche Konfliktpotential, wenn es um Leistungen für bestimmte Personengruppen geht, wie z.B. Gruppen mit und ohne Kinder oder ältere Patienten, bei denen sowohl Mehrausgaben als auch Einsparungen eingefordert werden. In jedem Fall möchten die Befragten bei Fragen der Priorisierung medizinischer Leistungen angehört und in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Ein erster Schritt in die Richtung ist herauszufinden, ob die Kriterien und Positionen, die sich in der qualitativen Erhebung herauskristallisiert haben, sich auch in der Gesamtbevölkerung wiederfinden. Dies wird im Rahmen einer geplanten repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu klären sein.

## Literatur

- [1] Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission). Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Deutsches Ärzteblatt 2000;97(15):A1017–23.
- [2] Rosenberger M. Priorisierung von Gesundheitsleistungen: Die beste Medizin für alle – um jeden Preis? Deutsches Ärzteblatt 2006;103(12):A764–70.
- [3] Rosenberger M. Kann Rationierung fair sein? Ethische Überlegungen zur Gerech-

tigkeit im Gesundheitssystem. ZaeFQ 2007;101:356–61.

- [4] Preusker UK. Priorisierung statt verdeckter Rationierung. Deutsches Ärzteblatt 2007;104(14):A930–6.
- [5] Kuhlmann E. Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In: Feuerstein G, Kuhlmann E, Herausgeber. Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998. p. 146–61.
- [6] Brockmann H. Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. Social Science & Medicine 2002;55:593–608.
- [7] Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2007). Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Zusammenfassung). Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(40):A2750–4.
- [8] Badura B. Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. Vom Anbieter zum Verbraucherschutz. Bundesgesundheitsblatt 2002;45:21–5.
- [9] Fleck LM. Rationing: Don't Give up. The Hastings Center Report 2002;32(2):35–6.
- [10] Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. Health Policy 1997;42:49–62.
- [11] Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. International Journal for Equity in Health 2008;7:4.
- [12] Shani S, Siebzehner MI, Luxemburg O, Shemer J. Setting priorities for the adoption of health technologies on a national level – the Israeli experience. Health Policy 2000;54:169–85.
- [13] Schreier M. Qualitative Stichprobenkonzepte. In: Naderer G, Balzer E, Herausgeber. Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Wiesbaden: Gabler; 2007. S. 231–47.
- [14] Schreier M, Schmitz-Justen F, Diederich A, Lietz P, Winkelhage J, Heil S. Sampling in qualitativen Untersuchungen: Entwicklung eines Stichprobenplanes zur Erfassung von Präferenzen unterschiedlicher Stakeholdergruppen zu Fragen der Priorisierung medizinischer Leistungen, FOR 655 Nr. 12/2007.
- [15] Winkelhage J, Diederich A, Heil S, Lietz P, Schmitz-Justen F, Schreier M. Qualitative Stakeholder-Interviews: Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Erfassung von Prioritäten in der medizinischen Versorgung. Priorisierung in der Medizin, FOR 655 Nr. 04/2007.
- [16] Rustemeyer R. Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse. Münster: Aschendorff; 1992.