

Julia Roeper, Marina Otten, Margrit Schreier & Adele Diederich — Jacobs University Bremen — DFG Forschergruppe FOR655
j.roeper@jacobs-university.de

1. Hintergrund

- Ergebnisse aus vorangegangenen Studien zeigen, dass Eigenverantwortung als ein kontroverses Kriterium angesehen wird (Heil et al., 2010; Diederich, Schreier, 2010a).
- Einerseits wird Eigenverantwortung als Posteriorisierungskriterium (Nachrangigkeit) bei Entscheidungen über die gesundheitliche Versorgung mehrheitlich akzeptiert (Diederich et al., 2012; Diederich, Schreier, 2010b; Schwettmann, 2012).
- Andererseits wird Eigenverantwortung von bestimmten Stakeholdergruppen explizit abgelehnt (Heil et al., 2010).
- Priorisierung: Verfahren, um die Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen festzustellen (ZEKO, 2007)

2. Zielsetzung

- Als kontroverses Kriterium aus vorangegangenen Untersuchungen soll Eigenverantwortung genauer analysiert werden (Heil et al., 2010; Diederich, Schreier, 2010a).
- Schwerpunkte der Untersuchung liegen auf Begründungsmustern und Entscheidungsverläufen der Teilnehmer.
- Hier Fokus auf: Einstellungen der Teilnehmer hinsichtlich Eigenverantwortung als mögliches Priorisierungskriterium
- Weiterführend: Untersuchung von Stakeholderunterschieden (Allgemeinbevölkerung, Ärzte/innen, Pflegepersonal, Vertreter der GKV)

3. Methode

Durchführung:

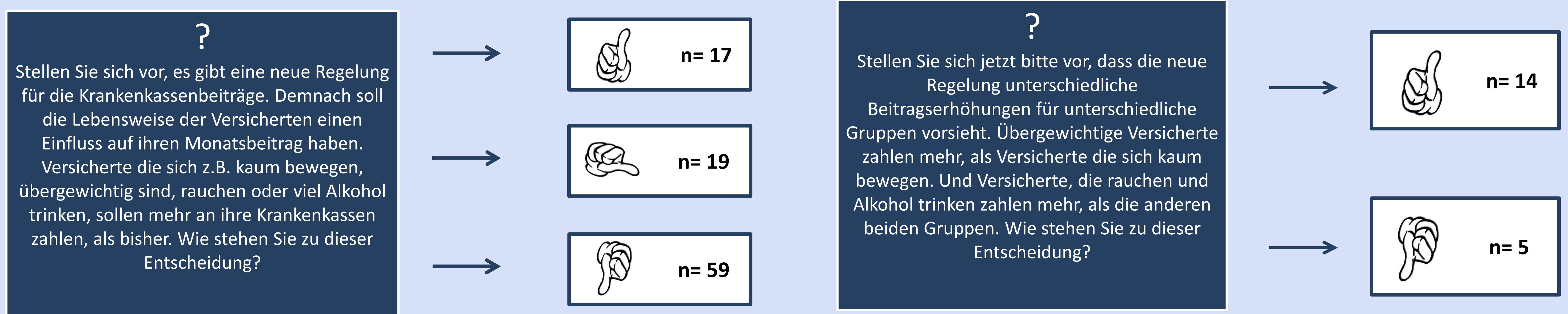
- 13 leitfadengestützte Fokusgruppen (sechs homogene, sieben heterogene Gruppen)
- Gezielt ausgewählte heterogene Stichprobe
- Stichprobe (N= 77) bestehend aus 40 Personen aus der Allgemeinbevölkerung, 17 Ärzten/innen, 19 Pflegern/innen, einem Vertreter der GKV

Auswertung:

- Vollständige Transkription der Interviews
- Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse
- Frequenzanalyse

4. Ergebnisse

• Gesunder vs. ungesunder Lebensstil & aktiv vs. passiv



Pflegepersonal:

„Andererseits wird dann durch Folgeerkrankungen von Rauchen und Alkohol eine Krankenkasse auch sehr stark belastet durch, was weiß ich, Entziehungskuren oder sämtlichen internistischen Behandlungen, die notwendig sind, auch bei Raucherfolgen.“

Gründe für höhere Beitragszahlungen (n= 181):

- Umsetzbarkeit (n= 72)
- Eigenverantwortung (n= 61)
- **Kosten/Risiken für das Gesundheitssystem (n= 26)**
- (Un-)Gerechtigkeit (n= 8)
- Anreizmöglichkeit (n= 8)
- Sonstige Gründe für höhere Beitragszahlungen (n= 6)

Allgemeinbevölkerung:

„Ich hatte es jetzt in dem Zusammenhang mit dem "wenig Bewegung" gesehen, also es gibt ja, die meisten Übergewichtigen, sage ich mal, liegt es ja daran, dass sie einfach zu viel essen, auch zu wenig Bewegung, und das muss natürlich, mit der Zeit wird man davon halt zu dick.“

Arzt:

„Wenn jetzt kontrolliert wird, ob ich denn nun wirklich mich daran gehalten habe, mit dem Rauchen aufzuhören. Das Nächste ist dann, dass bei mir zuhause die Kamera mitläuft, um zu gucken wie viel Whiskey ich denn jeden Abend trinke, weil ich gesagt habe: "Nie mehr als einen" oder so -.“

Gründe gegen höhere Beitragszahlungen (n= 420):

- Zweifel an der Umsetzbarkeit (n= 162)
- **Fehlende Eigenverantwortung (n= 130)**
- (Un-)Gerechtigkeit (n= 48)
- **Eingriff in die Privatsphäre (n= 46)**
- Kostenausgleich (n= 21)
- Sonstige Gründe gegen höhere Beitragszahlungen (n= 10)
- Fehlende Einsicht (n= 3)

Vertreter der GKV:

„Andererseits denke ich, aber wie gesagt auch, ob jemand nun raucht oder Alkoholiker ist oder irgendwelche Risikoportarten ausübt, das liegt auch nicht immer allein in der Person begründet. Also das hat auch häufig äußere Umstände, dass man vielleicht zu diesen Risikogruppen gehört.“

5. Schlussfolgerung

- Ungesunde Lebensweise (Bewegungsmangel, Übergewicht, Alkohol- und Tabakkonsum) wird als Posteriorisierungskriterium mehrheitlich abgelehnt
- Im Vergleich zu Bewegungsmangel und Übergewicht werden Alkohol- und Tabakkonsum eher als Kriterien akzeptiert
- Am häufigsten genannte Kriterien für oder gegen höhere Beitragszahlungen:
 - Eigenverantwortung/Fehlende Eigenverantwortung
 - Umsetzbarkeit/Zweifel an der Umsetzbarkeit
- Am häufigsten genannte Argumente zu den Unterkategorien *Fehlende Eigenverantwortung* und *Zweifel an der Umsetzbarkeit*:
 - Verweise auf Krankheits- bzw. Suchtcharakter
 - Problem des Festlegens einer Grenze

6. Ausblick

- Detailliertere Frequenzanalyse:
 - Argumente nach den jeweiligen Stakeholdergruppen ermitteln
 - Argumente nach den jeweiligen Risikofaktoren analysieren
- Mögliche Konflikte zwischen unterschiedlichen Stakeholdergruppen aufdecken
- Analyse der Entscheidungs- und Argumentationsverläufe
- Gemeinsame Interpretation mit vorangegangenen Studien (Heil et al., 2010; Diederich & Schreier, 2010a)

Literatur

- Diederich A, Schreier M. (2010a). *Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung.* FOR655, 27(4)
- Diederich A, Schreier M. (2010b). *Zur Akzeptanz von Eigenverantwortung als Posteriorisierungskriterium. Eine empirische Untersuchung.* Bundesgesundheitsblatt, 53, 896-902
- Diederich A, Schwettmann L, Winkelhage J. (2012). *Does lifestyle matter when to decide on co-payment for health care? Attitudes of the German public.* FOR655, 35(6)
- Heil S, Schreier M, Winkelhage J, Diederich A. (2010). *Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen.* FOR655, 26(3)
- Schwettmann L. (2012). *Wird alles, was Spaß macht, besteuert? Das Für und Wider einer Berücksichtigung von Eigenverantwortung bei der medizinischen Versorgung am Beispiel von Übergewicht und Adipositas.* FOR655, 34(5)
- ZEKO (2007). *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zusammenfassung.* Dtsch Arztebl, 104, 2750-2754