

Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Priorisierungskriterium in der Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

Eine interviewbasierte qualitative Analyse der Präferenzen verschiedener Stakeholdergruppen

Health-Related Quality of Life as a Criterion for Priority Setting in Peripheral Arterial Disease

An Interview-Based Qualitative Stakeholder Analysis

Michael H. Freitag¹, Birgitta Bayerl², Kathrin Alber², Jochen Gensichen¹, Eckhard Nagel^{2,3}, Walter A. Wohlgenuth⁴

Hintergrund: Unter Priorisierung in der Medizin versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen, insbesondere unter Bedingungen relativer Mittelknappheit. Gegenstand dieser empirischen Analyse sind die Präferenzen verschiedener Interessengruppen des Gesundheitswesens im Hinblick auf den Stellenwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Methoden: Es wurde eine persönliche Befragung mittels eines teilstrukturierten Interviewleitfadens von sechs verschiedenen Akteuren (7 Ärzte, 8 Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK), 9 Angehörige der pAVK-Patienten, 3 Pflegekräfte, 3 Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und 9 „unbeteiligte“ Bürger) durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und mithilfe der Software *f4* inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Die Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde von den befragten Akteuren als wichtiges Priorisierungskriterium angesehen. Dabei wurden sowohl Argumentations- und Begründungsmuster für als auch gegen deren Verwendung eingebracht. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird einerseits als wichtige Möglichkeit gesehen, die Patientenperspektive einzubeziehen, andererseits wird ihre Objektivierbarkeit problematisiert.

Background: Priority setting in medicine means the explicit definition of prioritized indications, patient groups or methods above others, especially under circumstances of relative scarcity of resources. Here, we analyse the perspectives of various stakeholder groups regarding health-related quality of life as a potential criterion for priority setting.

Methods: We performed a qualitative preference analysis by semi-structured interviews of 6 stakeholder groups (7 physicians, 8 patients with peripheral arterial disease, 9 relatives of patients, 3 nurses, 3 members of the medical service of the statutory health insurance and 9 „uninvolved“ others representing the general public). The 2nd stage of peripheral arterial disease was selected as prioritizing context. The interviews were recorded, transcribed and the content analyzed according to Mayring using the software *f4*.

Results: Health-related quality of life was regarded as a relevant criterion for priority setting. Patterns of argumentation and explanation for both pro and con its implementation were introduced in the interviews. On one hand, health-related quality of life was mentioned as an important way of taking the patient perspective into account, on the other hand, its objectivity was questioned.

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

² Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

³ Universitätsklinikum Essen

⁴ Institut für Röntgendiagnostik, Universitätsklinikum Regensburg

Peer reviewed article eingereicht: 16.08.2012, akzeptiert: 11.03.2013

DOI 10.3238/zfa.2013.0175-0180

Schlussfolgerungen: In der qualitativen Analyse der Interviews wurde deutlich, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Priorisierungskontext sowohl als Fairness- als auch als Effizienzkriterium verwendet werden könnte. Es bestätigte sich, dass medizinische Priorisierung ein komplexer Vorgang ist, für dessen gerechte und angemessene Umsetzung keine einfachen Lösungen zu erwarten sind. Umso wichtiger erscheint die Fortsetzung der begonnenen Debatte, um das Problembewusstsein und die Akzeptanz in der Bevölkerung zu steigern.

Schlüsselwörter: Priorisierung in der Medizin; gesundheitsbezogene Lebensqualität; Stakeholdergruppen; Präferenzen; periphere arterielle Verschlusskrankheit

Conclusions: The analysis of the interviews conveyed that health-related quality of life may be used as both a criterion of fairness and of efficiency for priority setting in medicine. Priority setting is a complex process for which no easy solutions exist for implementation. It will be crucial to continue the started discussion to increase both the awareness of the problem and the acceptance within the public.

Keywords: Priority Setting; Health-Related Quality of Life; Stakeholder Analysis; Preferences; Peripheral Arterial Disease

Hintergrund

Die zunehmenden medizinischen Möglichkeiten bei gleichzeitig zu beobachtenden demografischen und epidemiologischen Veränderungen haben die Diskussion über den Umgang mit der relativen Mittelknappheit im Gesundheitswesen angetrieben [1]. Es ist absehbar, dass die Maßnahmen zur Rationalisierung der Gesundheitsversorgung (Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven zur Effizienzsteigerung) nicht mehr ausreichen werden, um alle medizinisch möglichen Leistungen allen Versicherten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer heutigen Form zur Verfügung zu stellen. Vor diesem Hintergrund könnten Prioritäten gesetzt werden. Unter dem Begriff Priorisierung versteht man dabei „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ [2]. Durch diesen Prozess wird die Bildung von Rangreihen ermöglicht, bei denen Unverzichtbares bzw. Wichtiges oben steht und Obsoletes bzw. Leistungen mit negativer Nutzen-/Schaden-Bilanz unten. Priorisierung wird so begrifflich von der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer von der Rationierung abgegrenzt. In ihrer Stellungnahme von 2007 zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden drei zentrale inhaltliche Kriterien einer gerechten Prioritätensetzung vorgestellt: die medizinische Bedürftigkeit, der erwartete medizinische Nutzen und die Kosteneffektivität [3].

Die DFG-Forschergruppe 655 „Priorisierung in der Medizin – Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ führt in diesem Kontext interdisziplinäre Untersuchungen durch, um u.a. die Wertvorstellungen und Präferenzen von verschiedenen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zu untersuchen und dadurch Grundlagen für eine zukünftige Priorisierung bereitzustellen [4].

Bislang erfolgte die Einschätzung der medizinischen Bedürftigkeit von Patienten sowie des Nutzens von medizinischen Maßnahmen überwiegend aus der Perspektive des behandelnden Arztes bzw. des Gesundheitssystems. In den letzten Jahren wurde gefordert, die Perspektive der Patienten stärker zu berücksichtigen und in gesundheitspolitische Entscheidungen einzubinden [5], was u.a. durch die Berücksichtigung von *Patient-reported outcomes* und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in klinischen Studien zum Ausdruck kommt. Problematisch dabei sind jedoch u.a. die Gewichtung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Verhältnis zu klassischen medizinischen Ergebnisparametern bei divergenten Resultaten [6] und die notwendige Informationsreduktion bei der Überführung von multidimensionalen bzw. krankheitsspezifischen Konstrukten in ein für die Ressourcenallokation verwendbares Maß (z.B. im Rahmen des Konzepts der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY)) [7].

In dieser empirischen Studie wurden Präferenzen von verschiedenen Akteuren bezüglich einer Priorisierung von

medizinischen Leistungen sowie insbesondere die Akzeptanz der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als mögliches Priorisierungskriterium analysiert. Als Indexerkrankung wurde hierfür die periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium II (Claudicatio intermittens) gewählt. Diese eignet sich dafür besonders gut, da in diesem Stadium die Indikation für verschiedene Therapieoptionen nicht eindeutig geklärt ist und die Therapieentscheidung u.a. von der mehrdimensional eingeschränkten gesundheitsbezogenen Lebensqualität der betroffenen Patienten abhängen kann [8, 9].

Methoden

Im Rahmen der DFG-Forschergruppe 655 „Priorisierung in der Medizin – Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ führten wir eine Befragung von verschiedenen Akteuren durch. Da im deutschsprachigen Raum noch kein relevantes Wissen zu konkreten Fragen der Priorisierung vorhanden ist, entschied sich die Forschergruppe für ein „sequenzielles mixed-methods“-Design [10]. Im ersten (hier präsentierten) Schritt wurde eine qualitative Studie durchgeführt, auf der im Anschluss eine quantitative bevölkerungsrepräsentative Erhebung aufbauen soll.

Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission (Universität Bayreuth) genehmigt. Alle Teilnehmer erhielten eine Aufklärung über Hintergrund und Ablauf der Studie und bestä-

tigten ihre Teilnahmebereitschaft sowie die Aufzeichnung der Interviews und deren pseudonymisierte Auswertung mit einer schriftlichen Einverständniserklärung. Die Darstellung der Studienmethodik und -ergebnisse orientiert sich an den Richtlinien zur Publikation qualitativer Forschungsergebnisse (COREQ) [11]. Das detaillierte methodische Vorgehen wurde bereits ausführlich beschrieben [12].

Rekrutierung und Sampling

Insgesamt wurden 39 semistrukturierte Interviews mit sechs verschiedenen Akteuren (8 Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit, 8 Angehörige der betroffenen Patienten, 7 Ärzte, 3 Pflegekräfte, 9 unbeteiligte Bürger und 3 Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)) durchgeführt. Die Teilnehmer wurden teils anhand ihrer Funktion im Gesundheitswesen (Ärzte, MDK) kontaktiert, Patienten und deren Angehörige wurden über Arztpraxen und Krankenhäuser und die unbeteiligten Bürger durch persönliche Kontakte der Autoren rekrutiert.

Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte gezielt anhand vorher festgelegter Kriterien (non-probabilistisch), um eine möglichst heterogene Gruppe von direkt oder indirekt Beteiligten einzuschließen (Tab. 1, siehe Online-Ausgabe der ZFA). Das Sampling erfolgte theoriegesteuert mit einem qualitativen Stichprobenplan als Samplingstrategie, um alle vorab als relevant identifizierten Merkmale zu berücksichtigen [13].

Interviews und Interviewleitfaden

Die Interviews wurden face-to face mithilfe eines semi-strukturierten Leitfadens durchgeführt und waren für etwa eine Stunde ausgelegt. Zur Konstruktion des Interviewleitfadens wurde vorab ein Literaturreview durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde anhand des Weniggrafschen Pyramidenmodells aufgebaut, d.h. aus Forschungsfragen und dazugehörigen theoretischen Fragen einzelne Interviewfragen gebildet [14]. Die zentrale Forschungsfrage lautete: „Welche Priorisierungskriterien – unter besonderer Berücksichtigung von gesundheitsbezogener Lebensqualität und evidenzbasierter Medizin – sind für verschiedene Akteure bei der Entscheidung

der Gewährung medizinischer Leistungen beim Krankheitsbild der pAVK von Bedeutung?“ Sie wurde in sechs Themenkomplexe untergliedert, die wiederum die Grundlage für die einzelnen Interviewfragen bildeten. Für jedes Thema wurden eigene Interviewfragen formuliert, die folgendermaßen lauteten:

- „Gerade haben wir über die wissenschaftlichen Belege von Therapien gesprochen. Wie bereits erwähnt, gibt es für das Stadium II keine wissenschaftlichen Belege für den medizinischen Nutzen eines Eingriffs. Untersuchungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität legen aber nahe, dass ein Eingriff die Lebensqualität eines Patienten stärker verbessern kann als eine Therapie mit Tabletten. Finden Sie, man sollte auf die harten wissenschaftlichen Fakten hören oder auf die Selbsteinschätzung der Patienten zur Verbesserung der Lebensqualität? Können Sie Ihre Meinung begründen?“

Das Instrument wurde für die jeweilige Akteursgruppe (u.a. an das Sprachniveau) so angepasst, dass die Intention der Frage erhalten blieb. Es erfolgte ein Pretest mit fünf Personen.

Die Unterkategorie „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ wurde erklärt, wenn der Interviewpartner sich dafür aussprach, die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Priorisierungskriterium zu berücksichtigen.

Durchführung und Transkription

Die Interviews fanden von Oktober 2007 bis Mai 2008 statt und wurden durch B. B. im direkten Kontakt mit den Befragten persönlich durchgeführt, digital aufgezeichnet und pseudonymisiert. Die vollständige Transkription der Interviews erfolgte mit der Software *f4*.

Qualitative Inhaltsanalyse

Anschließend erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [15]. Zur Strukturierung der Auswertung wurde aus theoretischen Vorüberlegungen und den Aussagen der Interviewteilnehmer ein Kategoriensystem gebildet (kombiniert deduktiv-induktives Vorgehen). Als Gütekriterien für das Kategoriensystem wurden Objektivität (hier im Sinne der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit), Reliabilität und Validität sowie die

für die qualitative Inhaltsanalyse spezifischen Merkmale Erschöpfung, Saturiertheit und Exklusion geprüft [16]. Zur Beschreibung der Häufigkeit von Kategoriennennungen wurde zusätzlich eine einfache frequenzanalytische Auswertung durchgeführt. Diese wurde nur für die Themenkomplexe durchgeführt, bei denen der Interviewer keine expliziten Kriterien zur Beurteilung vorgab, um das Ergebnis nicht zu verfälschen.

Ergebnisse

Alle angesprochenen Personen waren zur Teilnahme an den Interviews bereit und alle Fragen wurden beantwortet. 17 Befragte waren weiblich (43,6 %). Durch den hohen Anteil an Ärzten war der Bildungsgrad überdurchschnittlich hoch (46 % mit hoher Bildung, d.h. mindestens fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife).

Die Intrakoderreliabilität für das Kategoriensystem betrug 87,4 % und die Interkoderreliabilität 76,3 %. Nach einer entsprechenden Präzisierung des Kategoriensystems stieg die Interkoderreliabilität auf 86,2 %. Die für die qualitative Inhaltsanalyse spezifischen Gütekriterien (Erschöpfung, Saturiertheit, Exklusion) wurden ebenfalls erfüllt.

Das entwickelte Kategoriensystem wurde in drei Ebenen strukturiert: Patientenebene, medizinische und gesellschaftliche Ebene, entsprechend der Mikro-, Meso- und Makroebene der Priorisierung [Bayerl et al., unveröffentlichte Daten]. Die Unterkategorie „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ wurde innerhalb der Medizinischen Ebene der Oberkategorie „Fundierung des Behandlungskonzepts“ zugeordnet (Tab. 2, siehe Online-Ausgabe der ZFA). Darunter wurden Inhalte verstanden, die eine Orientierung bei der Behandlung bieten, u.a. die Orientierung an evidenzbasierter Medizin, die Verwendung von Leitlinien, die Therapiefreiheit des Arztes, die Patientenpräferenz und die medizinische Dringlichkeit.

Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität können drei Argumentations- und Begründungsmuster beschrieben werden:

1. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann als Parameter für die Zielgröße (**Outcome**) herangezogen werden, um z.B. Patienten, bei denen

durch die Therapie eine höhere hinzugewonnene gesundheitsbezogene Lebensqualität erwartet werden kann, zu priorisieren („Erwartete bessere gLQ“): *„Ja, weil auch eine objektive längere Gehstrecke vom subjektiven Empfinden her deutlich mehr bringen wird als nur das Ausmessen einer entsprechenden Gehstrecke.“* (Beispiel Unbeteiligter Bürger)

2. Andererseits wurde die Verwendung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als **Indikationsparameter** thematisiert, d.h. Patienten mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität priorisiert („Schlechte Ausgangs-gLQ“): *„Also ich entschlief mich erstens ..., nachdem ich mit dem Patienten gesprochen habe und von ihm gehört habe, welchen Leidensdruck er hat und wozu er die Geheleistung braucht. Wenn er berufstätig ist und davon seine Freude und sein Leben abhängt und das Fortkommen, seine Familie und seine anderen gesellschaftlichen Verpflichtungen, dann ist natürlich die Indikation großzügiger zu sehen, weil es ihm den Alltag erleichtert.“* (Beispiel Arzt)
3. Die **Einbindung der Patientenperspektive** für oder gegen die Therapieentscheidung wurde ebenfalls genannt und mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Verbindung gebracht: *„Also ich denke, dass das im Vordergrund steht, auch natürlich die Beschwerden des Patienten, also zum Teil die subjektiv empfundenen Beschwerden wie Schmerz. Kann man ja messen, kann man einteilen und wenn ein Patient das natürlich als stärker empfindet, würde man ihm vehementer und bevorzugt behandeln. Also das wären für so diese klassischen Grundlagen, das zu tun.“* (Beispiel MDK-Mitarbeiter)

Zu den abgelehnten Priorisierungskriterien zählte neben Patientenmerkmalen (Alter, Beruf) und gesellschaftlichen Aspekten (Selbstbeteiligung bei mangelnder Selbstverantwortung) in Teilen jedoch auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Kritisiert wurden u.a. deren mangelnde Messbarkeit und Objektivierungsmöglichkeit.

Die frequenzanalytische Auswertung der Antworten auf der Medizinischen Ebene wurde nach den einzelnen Akteursgruppen aufgegliedert (detailliert in Tab. 2, siehe Online-Ausgabe der ZFA). Insgesamt wurden von den 39 befragten

Personen 347 Kriterien genannt, entsprechend 8,9 Kriterien pro Person. Die Oberkategorie „Fundierung des Behandlungskonzepts“, zu dem auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität gehört, wurde innerhalb der Medizinischen Ebene am häufigsten (68,5 %, n = 113) genannt. Die am häufigsten genannten Unterkategorien waren die evidenzbasierte Medizin (n = 45; 27,3 %), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (n = 32; 19,4 %) und Leitlinien (n = 19; 11,5 %). Ärzte und Mitarbeiter des MDK nannten die Fundierung des Behandlungskonzepts nochmals häufiger (n = 33; 34,4 % bzw. n = 28; 41,8 %) als die anderen Stakeholdergruppen. Diese Differenz ist durch die bevorzugte Nennung der Relevanz von Leitlinien und der evidenzbasierten Medizin bedingt, während es bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität weniger Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen gab.

Diskussion

In dieser Arbeit wurden die Präferenzen von sechs verschiedenen Akteursgruppen bezüglich der Eignung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Priorisierungskriterium in der Medizin untersucht. Als Indexerkrankung wurde die periphere arterielle Verschlusskrankheit im Fontaine-Stadium II gewählt, da sich in Anbetracht der hier nicht klar definierten Indikationsstellung Fragen zur Angemessenheit der medizinischen Leistungserbringung darstellen lassen. Reicht eine Verminderung der Gehstrecke (ohne Ruheschmerz oder Wunden) aus, um eine invasive Therapiemaßnahme in allen Fällen zu rechtfertigen? Die Antworten der Befragten konnten in einer qualitativen Inhaltsanalyse drei verschiedenen Ebenen zugeordnet werden: der **Patientenebene**, der **Medizinischen Ebene** und der **gesellschaftlichen Ebene** [Bayerl et al., unveröffentlichte Daten]. Innerhalb der Medizinischen Ebene konnte die Unterkategorie „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ der Oberkategorie „Fundierung des Behandlungskonzepts“ zugeordnet werden. Sie wurde als Priorisierungskriterium in diesem Kontext von den verschiedenen Stakeholdergruppen nach der evidenzbasierten Medizin insgesamt am zweithäufigsten akzeptiert. Unstrittig war bei den Befragten, dass die gesund-

heitsbezogene Lebensqualität einen patientenrelevanten Parameter darstellt, dessen Verbesserung als übergeordnetes Therapieziel angestrebt werden sollte. Im Zusammenhang mit einer hypothetischen Priorisierung sahen die Befragten die Relevanz der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in zweierlei Hinsicht: zum einen als Indikationsparameter für eine Therapie, d.h. je niedriger die gesundheitsbezogene Lebensqualität, desto therapiebedürftiger der Patient („Schlechte Ausgangs-gLQ“). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität fungiert dabei als Fairnesskriterium im Sinne einer größeren Bedürftigkeit bzw. einer größeren medizinischen Dringlichkeit. Zum anderen kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Angaben der Befragten auch als Outcomeparameter verwendet werden, d.h. je höher die erreichbare gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. deren Differenz zur Ausgangssituation, umso eher sollte die Therapie durchgeführt werden („Erwartete bessere gLQ“). Hierbei handelt es sich um eine Beurteilung der Therapieeffizienz, letztlich also um ein nutzenmaximierendes Motiv im Sinne eines Effizienzkriteriums [17]. Die praktische Eignung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Priorisierungskriterium wurde jedoch von den hier Interviewten auch hinterfragt, v.a. aufgrund der eingeschränkten Objektivierbarkeit. Carr et al. beschrieben dieses Phänomen als „paradox of illness“: Demnach korreliert die objektive Schwere der Erkrankung nicht direkt mit der subjektiv eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität [18]. Die von Jenkinson thematisierte Möglichkeit der Manipulierbarkeit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [19] wurde ebenfalls in einem Interview angesprochen (Beispiel MDK-Mitarbeiter).

In der Literatur werden noch weitere Probleme im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität genannt, die in den hier durchgeführten Interviews nicht explizit thematisiert wurden. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das für die im Rahmen der Allokation notwendige Operationalisierung stark vereinfacht und zusammengefasst werden muss. Dabei werden die quantitative Lebenserwartung und die Qualität der verbleibenden Lebenszeit miteinander kombiniert [19]. Dies könnte zur Diskriminierung von Patienten-

Dr. med. Michael H. Freitag, MPH ...

... Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sowie Public Health und Präventivmedizin (USA), erweiterte Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena und Mitarbeiter in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Weimar. Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung, chronische Erkrankungen, Lyme-Borreliose.

tengruppen führen, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dieser Einteilung reduziert ist und die demnach nur geringere Nutzenwerte erreichen können [20]. Arnesen und Norheim stellten die Eignung der im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität häufig verwendeten *Time-Trade-Off-Methode* für Priorisierungsentscheidungen gleich in mehrfacher Hinsicht infrage, u.a. da die Betroffenen oftmals gar nicht bereit sind, auf Lebenszeit zugunsten besserer Gesundheit zu verzichten [21].

Ein weiteres Ergebnis der Studie ist die Tatsache, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Priorisierungskriterium von professionalisierten (Ärzte, Pfleger, MDK) wie nicht-professionalisierten (Patienten, Angehörige, Bürger) Akteursgruppen ähnlich wichtig eingeschätzt wurde. Dies im Gegensatz zur evidenzbasierten Medizin, die insbesondere von den professionalisierten Akteursgruppen kontrovers diskutiert wurde.

Zu den Limitationen der hier dargestellten Studie gehört die relativ gerin-

ge Stichprobengröße, die aber in Anbetracht des qualitativen Studiendesigns, der Tiefe der Interviews, der erreichten Sättigung sowie der großen Schnittmenge mit den in der Literatur genannten Themen als angemessen angesehen werden kann. Persönliche Interviews können methodisch u.U. zu Antworten im Sinne einer sozialen Erwünschtheit führen, haben aber andererseits den Vorteil, eine höhere Beteiligung und im Gegensatz zu schriftlichen Befragungen bei Bedarf Rückfragen und Erläuterungen zu ermöglichen. Dies war insbesondere bei den nicht-professionalisierten Gruppen notwendig, die auch deutlich weniger Priorisierungskriterien nannten (durchschnittlich 6,1 Kriterien) als professionalisierte Gruppen (14,4 Kriterien). Letzteres spricht dafür, dass das Thema der Priorisierung und die assoziierten Fragestellungen bei nicht im Gesundheitswesen Beschäftigten noch nicht entsprechend präsent ist. Krones und Kollegen fanden ebenfalls, dass befragte Patienten noch wenig Verständnis für notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen haben [22]. Bei zukünftigen Analysen

könnte daher die Verwendung von beratenden Verfahren (z.B. Bürgerkonferenzen) sinnvoll sein, um informiertere Entscheidungen zu ermöglichen.

Sponsoren: Die Durchführung der Studie erfolgte im Rahmen der DFG-Forschergruppe FOR 655 „Priorisierung in der Medizin – Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“, Teilprojekt B5.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Hinweis: Die im Text erwähnten Tabellen können über die Online-Ausgabe der ZFA auf der Website <http://www.online-zfa.de/> aufgerufen werden.

Tabelle 1 Stichprobenplan für die beteiligten Stakeholdergruppen

Tabelle 2 Frequenzanalytische Auswertung zur Oberkategorie „Medizinische Ebene“ und der zugeordneten Unterkategorien

Korrespondenzadresse

Dr. med. Michael H. Freitag, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Jena
Bachstraße 18, 07743 Jena
Tel.: 03641 9395812
Fax: 03641 9395802
michael.freitag@med.uni-jena.de

Literatur

1. Fuchs C, Nagel E, Raspe H. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? *Dtsch Arztebl* 2009; 106: A557–557
2. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? *Dtsch Arztebl* 2000; 97: A1017–1023
3. Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer. Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der GKV. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A2750–A2754
4. Wohlgenuth WA, Freitag MH (Hrsg.). *Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009
5. Speight J, Reaney M. Wouldn't it be NICE to consider patients' views when rationing health care? *BMJ* 2009; 338: b85
6. Ravens-Sieberer U, Cieza A. Lebensqualitätsforschung in Deutschland – Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen. In: Ravens-Sieberer U, Cieza A (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: ecomed, 2000: 25–49
7. Mortimer D, Segal L. Comparing the incomparable? A systematic review of competing techniques for converting descriptive measures of health status into QALY-weights. *Med Decis Making* 2008; 28: 66–89
8. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33 Suppl 1: S1–75
9. Wohlgenuth WA, Niechzial M, Nagel E, Bohndorf K. Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. *Fortschr Röntgenstr* 2003; 175: 169–175
10. Diederich A, Schreier M, Winkelhage J, et al. Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Entwicklung von Stichprobenplänen und Interviewleitfäden zur Vorbereitung einer Meinungsumfrage bei Betroffenen. In: Wohlgenuth WA, Freitag MH (Hrsg.) *Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Ber-

- lin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009: 11–37
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357
 12. Bayerl B, Alber K, Wohlgemuth WA, Freitag MH, Nagel E. Evidenzbasierte Medizin und gesundheitsbezogene Lebensqualität als potentielle Priorisierungskriterien medizinischer Leistungen am Beispiel der arteriellen Verschlusskrankheit – Identifikation relevanter Stakeholder und Interviewleitfadententwicklung. In: Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hrsg.). *Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009: 119–157
 13. Schreier M. Qualitative Stichprobenkonzepte. In: Naderer G, Balzer E (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen, Methoden und Anwendungen*. Wiesbaden: Gabler, 2007: 231–245
 14. Wengraf T. *Qualitative research interviewing*. London: Sage, 2001
 15. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 11. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag, 2010
 16. Rustemeyer R. *Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse*. Münster: Aschendorff, 1992
 17. Alber K. *Priorisierung in der Medizin – Stakeholderpräferenzen bei der Allokation knapper Spenderorgane*. Bayreuth: PCO-Verlag, 2011
 18. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ* 2001; 322: 1240–1243
 19. Jenkinson C. Death by questionnaire: quality of life measurement could seriously damage your health. *J Health Serv Res Policy* 1999; 4: 129–130
 20. Bullinger M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997; 47: 76–91
 21. Arnesen TM, Norheim OF. Quantifying quality of life for economic analysis: time out for time tradeoff. *Med Humanit* 2003; 29: 81–86
 22. Krones CJ, Willis S, Steinau G, Schumpelick V. Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen. Ein aktuelles Patientenmeinungsbild. *Chirurg* 2007; 78: 543–547



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit zwei Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet sowohl Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle als auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Interessenten schicken bitte einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de