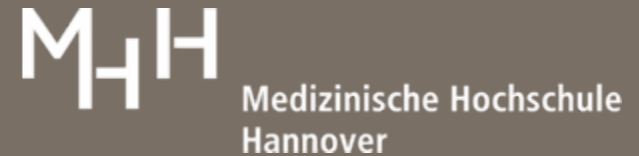


# Aktuelle Versorgungssituation: Ergebnisse der empirischen Umfragestudien

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Strech  
Juniorprofessor für Medizinethik  
Institut für Geschichte, Ethik & Philosophie der Medizin  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

BMBF Forschungsverbund „Allokation“  
Berlin, 30. Oktober 2009



# Methoden

## 1. Tiefeninterviews (qualitativ)<sup>1,2</sup>

- 11/2006 bis 01/2007
- 13 Interviews (15 leitende Ärzte) à 45-60 Minuten
- Setting: 2 Unikliniken, 2 Häuser der Maximalversorgung, 1 Haus der Regelversorgung

## 2. Systematische Übersichtsarbeiten zur internationalen qualitativen und quantitativen Forschung<sup>3,4</sup>

1. Strech, D. et al. (2008) Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit, **Ethik in der Medizin** 20, 94-109
2. Strech, D. et al. (2009): Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien, **Gesundh ökon Qualitätsmanag**, 14, 38-43
3. Strech, D. et al. (2008): How physicians allocate scarce resources at the bedside, **Journal of Medicine and Philosophy**, 33: 80-99
4. Strech, D. et al. (2009) Are physicians willing to ration health care? **Health Policy** 2009; 90(2-3):113-24.

# Methoden

## 3. Fragebogen (quantitativ)<sup>1</sup>

- Fragebogenvalidierung
  - Kognitive Interviews und Pilottestung
- Randomisiert-stratifiziertes Sample von 1137 Klinikern
  - Kardiologie, Intensivmedizin
- Zwei Versendeaktionen
  - 12/2007 und 03/2008
- 524 Antworten (RR: 46%)

1. Strech D et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. **DMW** 2009; 134: 1-6.

# Ergebnisse der Tiefeninterviews

## A) Wunsch nach Entlastung der klinischen Praxis durch Zuteilungs-Entscheidungen oberhalb der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung

- Fehlende Legitimität zur Rationierung
- Unvorbereitetheit und fehlende gesundheits-ökonomische Kompetenz
- Eingeständnis der Willkür und Unehrlichkeit
- Emotionaler Stress
- Gewissenskonflikte
- Anwalt des individuellen Patienten
- Falsches Bild in der Gesellschaft

# Ergebnisse der Tiefeninterviews

## B) Eingeschränkte Standardisierbarkeit der medizinischen Praxis

- Unterschiedliche (finanzielle) Grundvoraussetzungen der Kliniken
- Probleme der unzureichenden Studienlage
- Problem der Grenzwert-Bestimmung
- Eingeschränkte Einzelfallsensibilität
- Eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit
- Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung
- Öffentlicher Widerstand
- Mangelnde Compliance bei Ärzten

# Rationierung als Reaktion auf Mittelbegrenzung

GPs: Italien, Norwegen, Schweiz, UK: 2004<sup>2</sup>

□ Nie:	44%	
□ Seltener als monatlich:	26%	} <b>56%</b>
□ Monatlich:	14%	
□ Wöchentlich:	11%	
□ Täglich:	5%	

**16%**

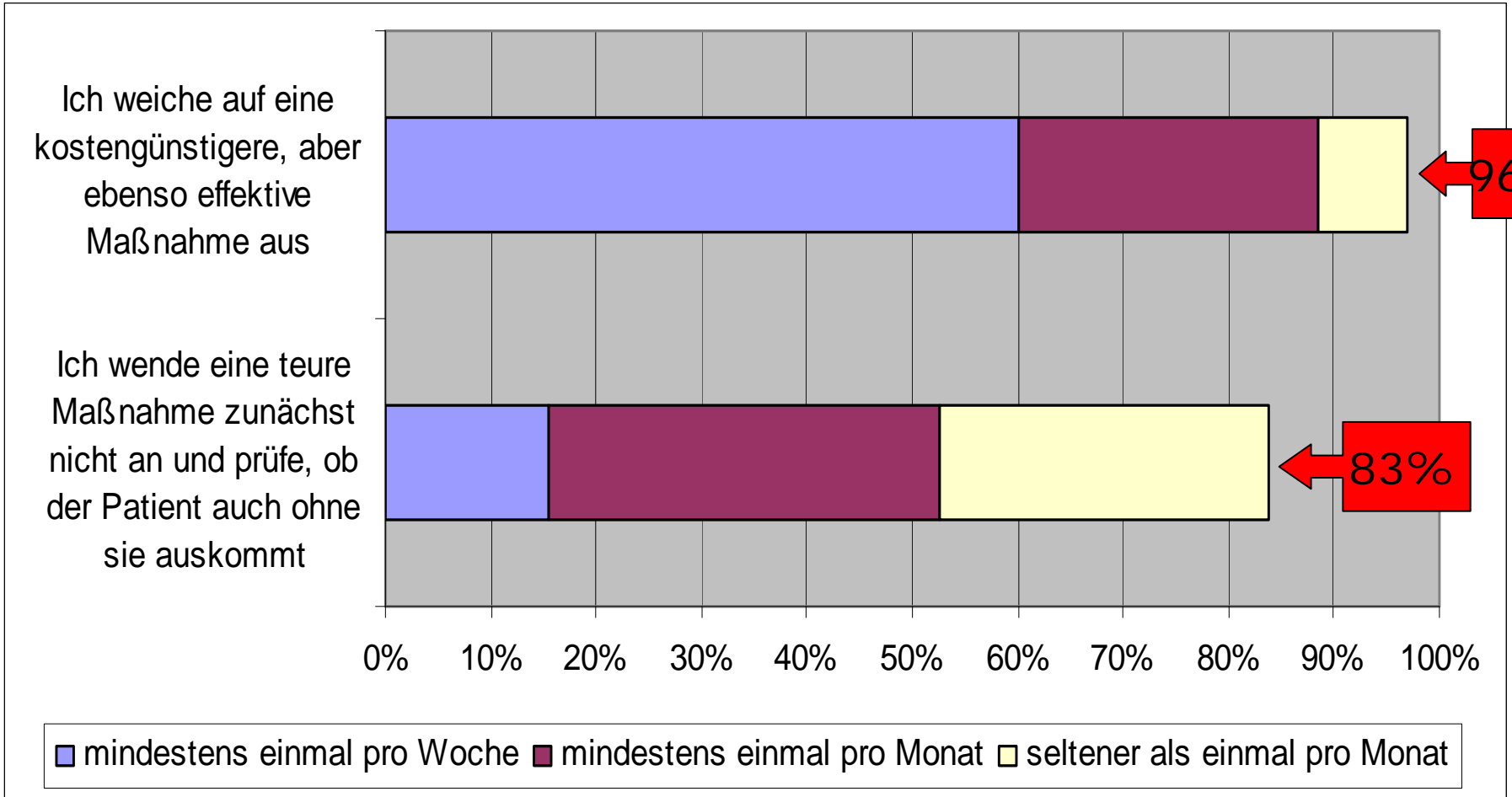
Kliniker: BRD: 2008<sup>1</sup>

□ Nie:	22%	
□ Seltener als monatlich:	32%	} <b>78%</b>
□ Monatlich:	33%	
□ Wöchentlich:	11%	
□ Täglich:	2%	

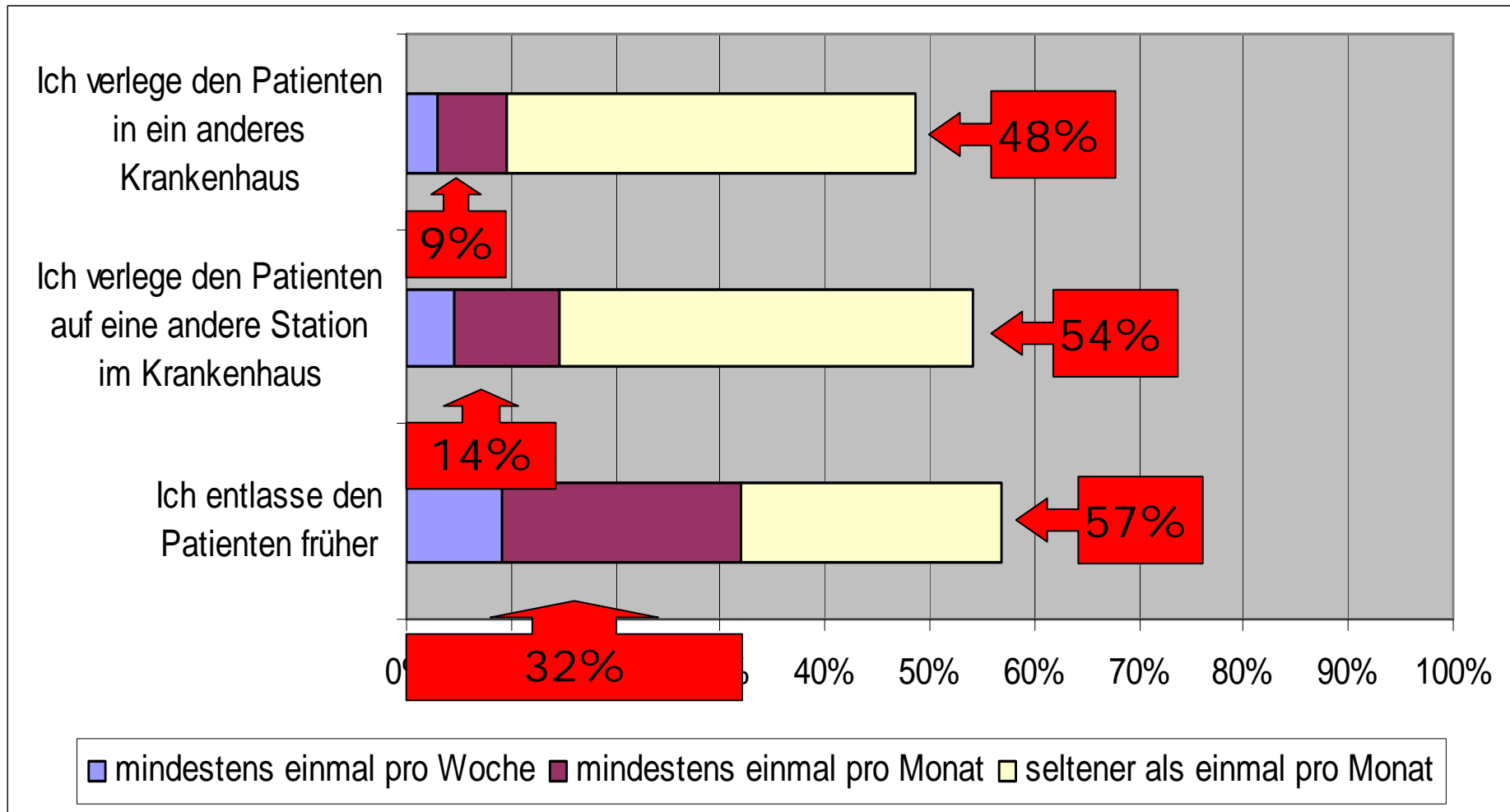
**13%**

1. Strech, D. et al. (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. **DMW** 2009; 134: 1-6.
2. Hurst, S. et al. (2006): Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe. **J Gen Intern Med** 2006; 21(11): 1138-1143

# Strategien im Umgang mit Mittelbegrenzung

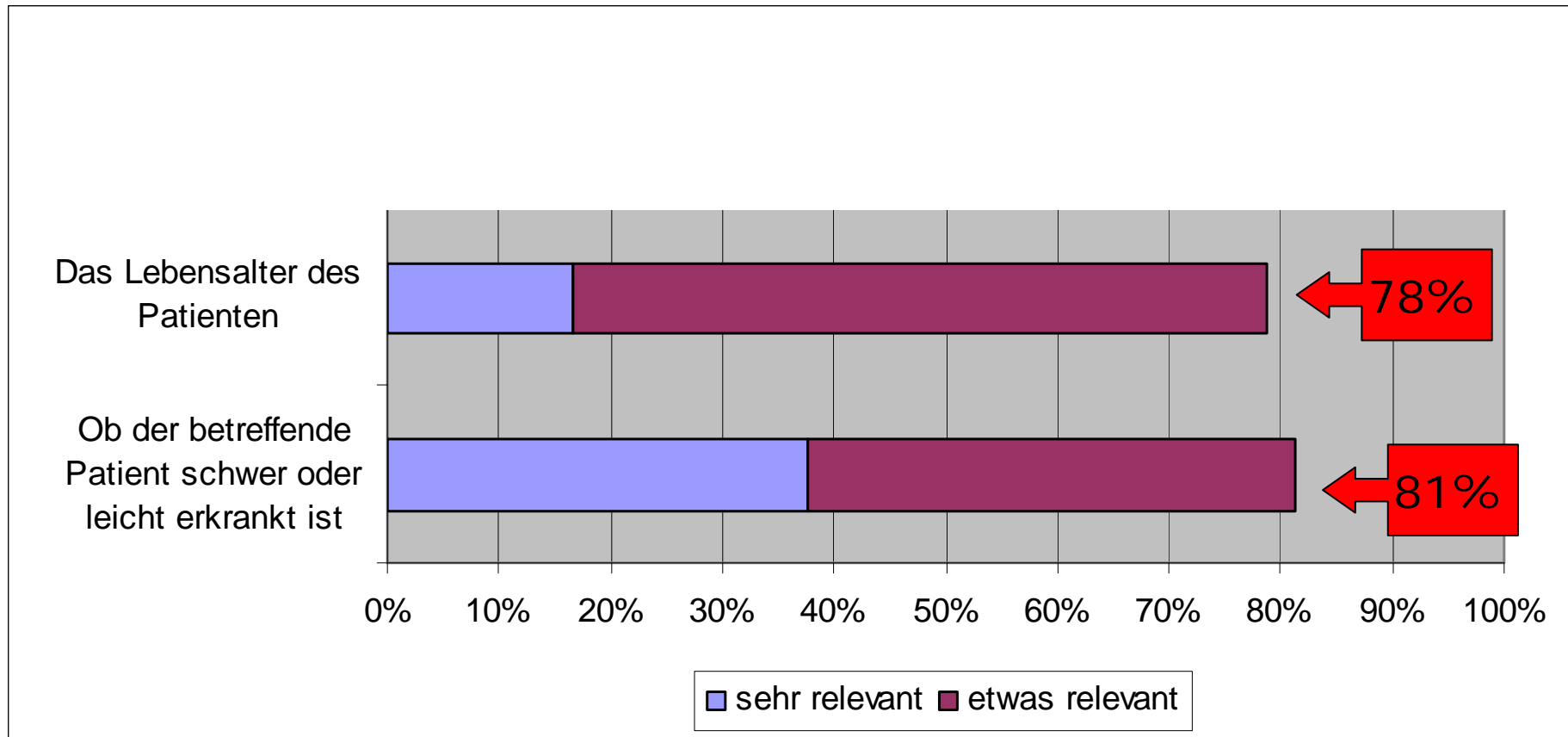


# Strategien im Umgang mit Mittelbegrenzung

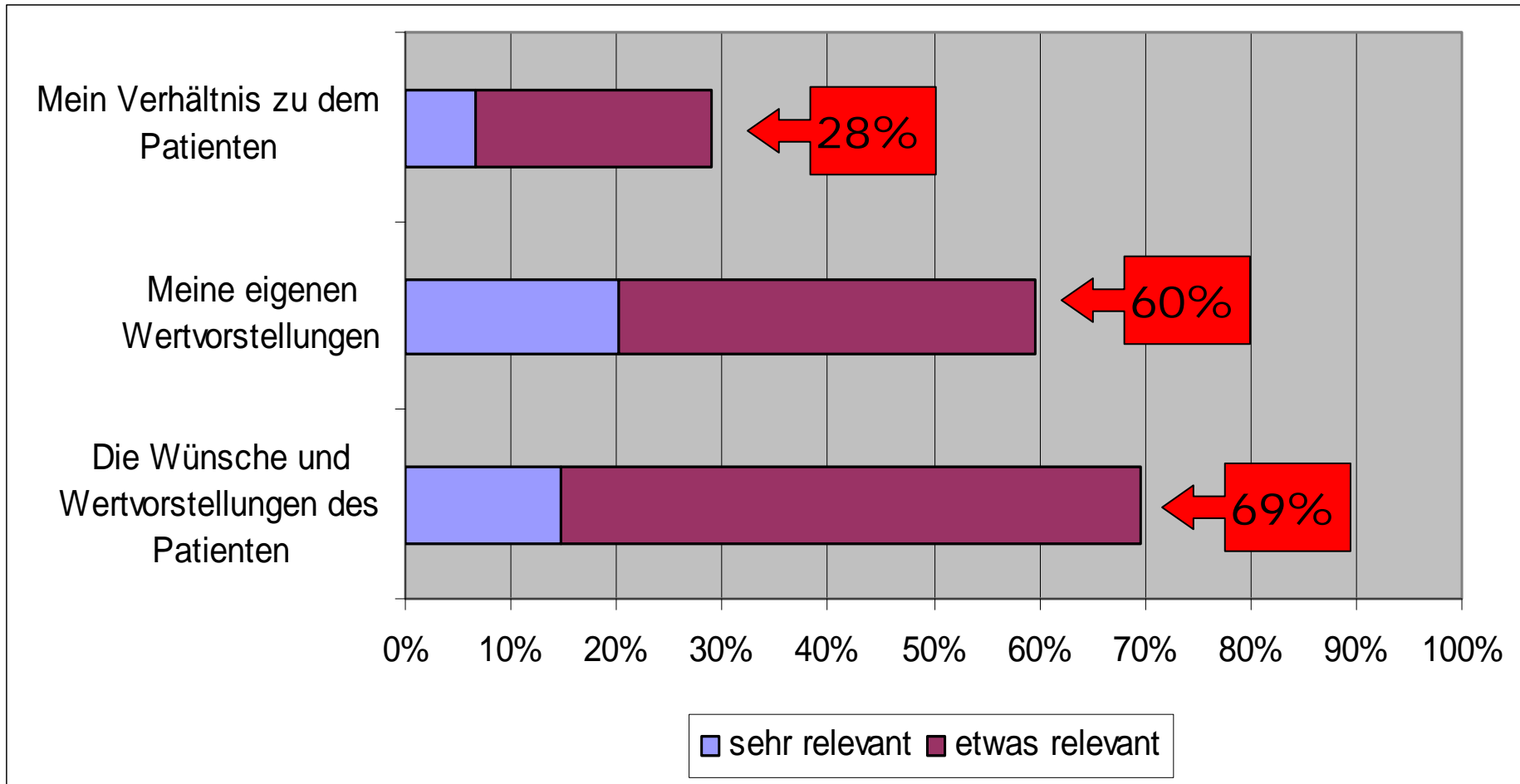




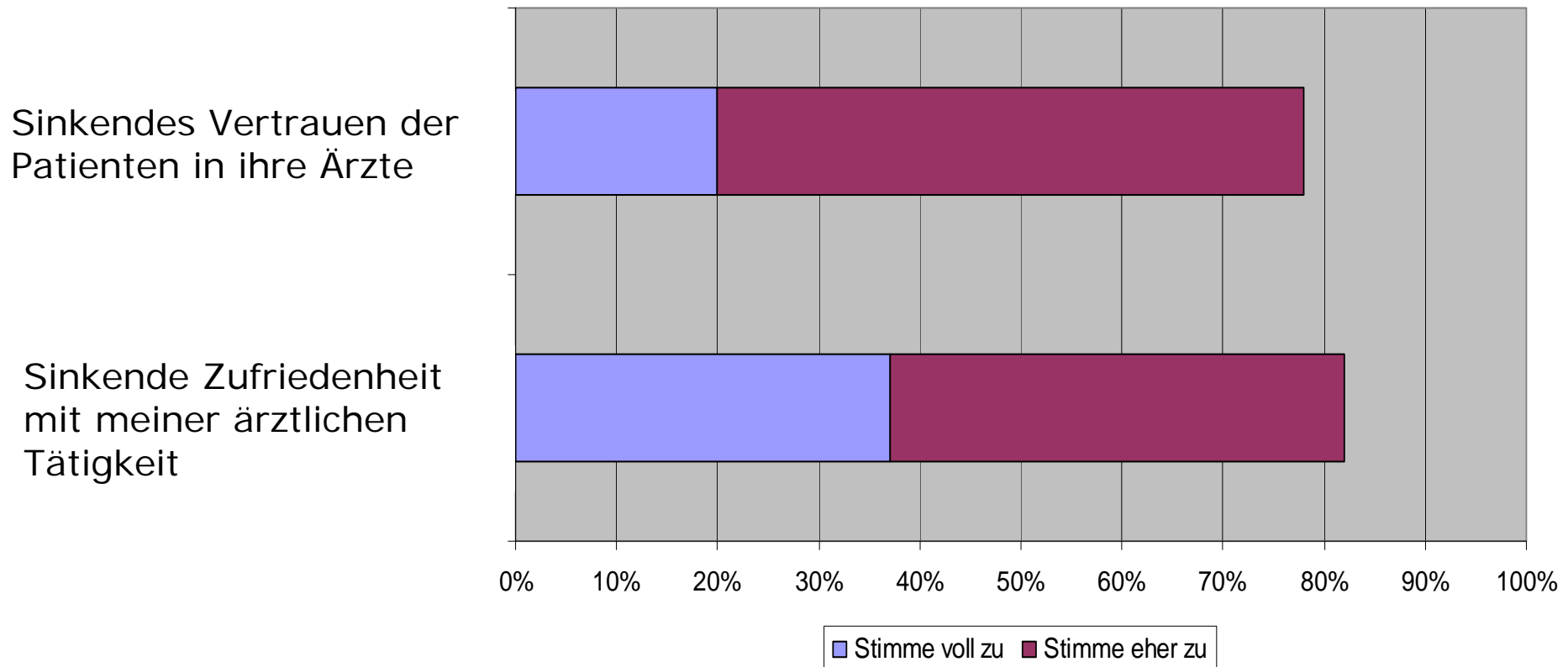
# Kriterien im Umgang mit Mittelbegrenzung



# Kriterien im Umgang mit Mittelbegrenzung



# Rationierung: Mit welchen Auswirkungen?



# Schlussfolgerungen

- Rationalisierung wird als maßgebliche ärztliche Strategie im Umgang mit Mittelknappheit signalisiert
  
- Es wird verdeckt (implizit) rationiert!
  - Anwendung unterschiedlicher Strategien und Kriterien
  - Strukturelle Benachteiligung einzelner Patientengruppen möglich

# KSSL: Erleichterung & Einschränkung

- Gesetzlich verankerte KSSL würden es **erleichtern**, Maßnahmen mit einer schlechten Kosteneffektivität vorzuenthalten
  - 75% (stimme voll zu + stimme eher zu)
  
- KSSL stellen eine unzulässige **Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit** dar
  - 44% (stimme voll zu + stimme eher zu)

# KSSL: Relevanz des geringen Nutzens

- Durch KSSL sollten **zunächst** diejenigen Maßnahmen begrenzt werden, die dem Patienten einen **geringen Nutzensgewinn** bieten **bei vergleichsweise hohen Kosten**
  - 92% (stimme voll zu + stimme eher zu)

# KSSL: Eine Frage der Perspektive?

- Ärzte sollten gesetzlich verankerte KSSL **befolgen**, welche von der Anwendung von Maßnahmen abraten, die bei **hohen Kosten** nur einen **geringen Nutzenszugewinn** für den Patienten bieten
  - 78% (stimme voll zu + stimme eher zu)
  
- Um eine **konsistente und gerechte** Zuteilung knapper Ressourcen zu gewährleisten, sollten Ärzte von den Empfehlungen in gesetzlich verankerten KSSL **nicht abweichen**.
  - 30% (stimme voll zu + stimme eher zu)

# Resümee: Einstellungen zu KSSL

## □ Ärztinnen und Ärzte...

- Erwarten eine Erleichterung der Entscheidungsfindung
- Akzeptieren den geringen medizinischen Nutzen als Rationierungskriterium
- Messen der Gerechtigkeit und Konsistenz in der ärztlichen Rationierung relativ wenig Bedeutung zu



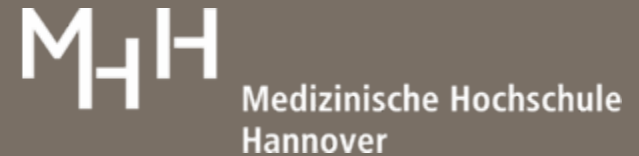
# Weiterer Forschungsbedarf

- Evaluation der Implementierungseffekte
  - Kosten Impact
  - Versorgungsqualität
  - Arzt-Patienten Beziehung
  - Einfluß auf Zufriedenheit der Ärzte
  
- Methodische Herausforderungen an KSSL
  - Siehe Folgevorträge

# Aktuelle Versorgungssituation: Ergebnisse der empirischen Umfragestudien

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Strech  
Juniorprofessor für Medizinethik  
Institut für Geschichte, Ethik & Philosophie der Medizin  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

BMBF Forschungsverbund „Allokation“  
Berlin, 30. Oktober 2009



# Was wir (quantitativ) über ärztliche Rationierung wissen – Allgemeine Häufigkeiten

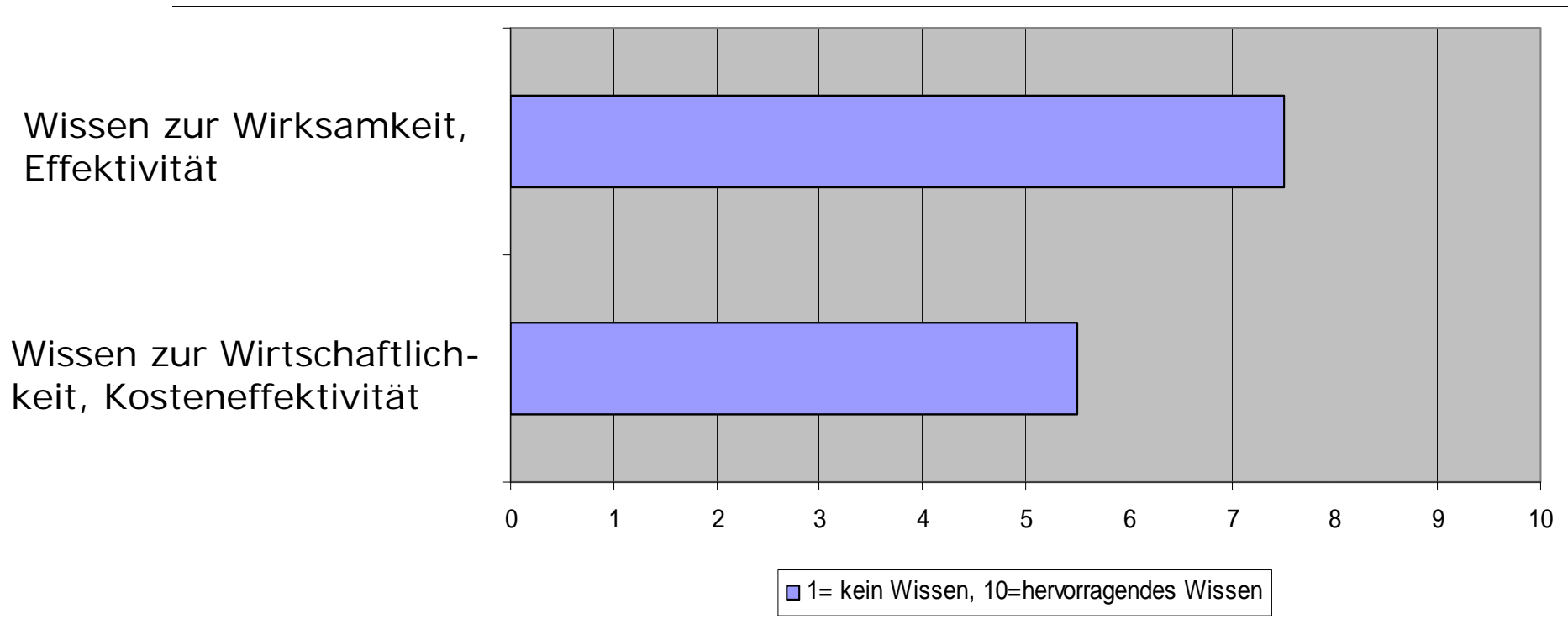
- Kern et al. (1999)<sup>1</sup>: 73% (Leser des Deutschen Ärzteblatt)
- Boldt & Schöllhorn (2008)<sup>2</sup>: 67% (Leiter von Intensivstationen)
- Strech et al. (2009)<sup>3</sup>: 78% (Kliniker aus Kardiologie und Intensivmedizin)

1. Kern, A. et al., *Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen?* Deutsches Ärzteblatt, 1999. **96**(3): p. A113-A117
2. Boldt, J. and T. Schöllhorn, *Rationierung ist längst Realität.* Deutsches Ärzteblatt, 2008. **105**(19): p. A995-7.
3. Strech D. et al.: *Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern.* DMW 2009;134: 1-6.

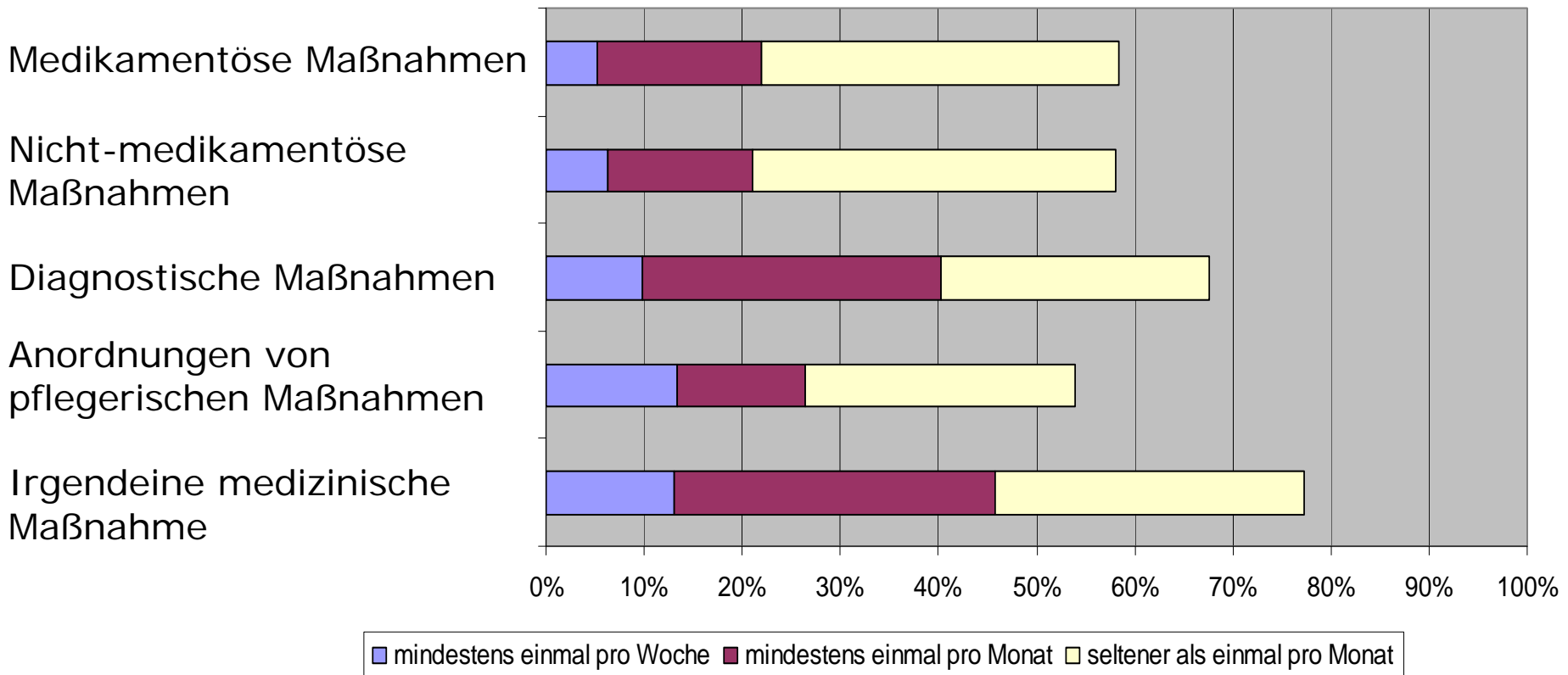
# Tiefeninterviews: Anforderungen an KSSL

- Primär an Wirksamkeit orientiert
- Aktualisierung
- Berücksichtigung von Ausreißern
- Flexibilität
- Konkretetheit
- Explizite Begründung
- Benutzerfreundlichkeit
- Akzeptanz durch Partizipation
- Autorschaft: Fachleute

# Rationierung: Mit welchem Hintergrundwissen?



# Rationierung: Bei welchen Maßnahmen?



# Einleitung zu KSSL Fragen

- Ein möglicher Ansatz zum Umgang mit knappen Mitteln in der Gesundheitsversorgung sind gesetzlich verankerte **kostensensible Leitlinien**, die Ärzten auf der Grundlage der verfügbaren Daten zur Wirksamkeit/ Effektivität UND Wirtschaftlichkeit/Kosteneffektivität medizinischer Maßnahmen Handlungsempfehlungen unterbreiten. Ärzte sind rechtlich abgesichert, wenn sie den Empfehlungen folgen, können in begründeten Fällen aber auch von diesen abweichen. Gehen Sie bei der Beantwortung bitte von der Annahme aus, die Mittel **reichen nicht aus**, um allen GKV-Patienten eine medizinisch optimale Versorgung zu gewährleisten, sodass Leistungseinschränkungen – z.B. mittels kostensensibler Leitlinien – unausweichlich sind.

# Konsequenzen für den Kosten Impact

- Die Anwendung von KSSL in der stationären Versorgung wird die Ausgaben in der ambulanten Versorgung erhöhen
  - 47% (stimme voll zu + stimme eher zu)
- Leistungsbegrenzungen durch KSSL in der Klinik werden dazu führen, dass **Patienten** mehr Gesundheitsleistungen (zumindest teilweise) **selbst bezahlen** müssen
  - 77% (stimme voll zu + stimme eher zu)



# Akkzeptanz von Multidisziplinarität in der KSSL Entwicklung

