

Mit Leitlinien, Shared Decision Making und Choosing Wisely gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung?

von Corinna Schaefer¹ und David Klemperer²

ABSTRACT

Medizinisch nicht erklärbare Versorgungsunterschiede sind seit Jahrzehnten bekannt und als ein Hinweis darauf zu verstehen, dass die Indikationsstellung für medizinische Interventionen nicht immer den Interessen der Patienten entspricht. Damit einher gehen Über-, Unter- und Fehlversorgung. Im Beitrag wird das Potenzial zur Verbesserung der Indikationsstellung folgender drei Instrumente erörtert:

- Bereitstellung vertrauenswürdiger Evidenz in Leitlinien
- *Shared Decision Making* von Patient und Arzt mit Vereinbarung einer Zielsetzung, die den objektiven und subjektiven Bedarf des Patienten berücksichtigt
- *Choosing-Wisely*-Empfehlungen zur Vermeidung von unnützen Interventionen und zur Minderung von Überversorgung

Schlüsselwörter: Leitlinien, *Shared Decision Making*, *Choosing Wisely*, Überversorgung, Unterversorgung, Zielsetzung

Some differences in the supply of medical services are inexplicable, yet they have persisted for decades. Their existence points to the fact that medical indications preceding medical interventions are not always in the interest of the respective patients. This goes hand in hand with oversupply, undersupply and wrong supply. The article focusses on three instruments which may improve the quality of medical indication and discusses their potential:

- Preparation and provision of trustworthy evidence within guidelines
- *Shared Decision Making*, i.e. patient and doctor jointly determining what to do, taking into account the patient's objective and subjective needs
- *Choosing Wisely Recommendations* in order to prevent unnecessary interventions and to reduce oversupply

Keywords: guidelines, *Shared Decision Making*, *Choosing Wisely*, overuse/oversupply, underuse/undersupply, goal-setting

1 Ein Fakt: Über-, Unter- und Fehlversorgung

Zur Zuordnung von Leistungen in die Kategorien Überversorgung und Unterversorgung ist eine Definition von „richtiger Versorgung“ erforderlich. Unter „richtiger“ Versorgung wird eine Versorgung verstanden, die dem objektiven und subjektiven Bedarf eines Patienten entspricht. Objektiv ist ein Bedarf, wenn eine medizinische Intervention in belastbaren Studien einen Nutzen erwarten lässt, der die Schäden überwiegt. Als subjektiver Bedarf wird die Präferenz des

Patienten angesichts von mehr als einer (Be-)Handlungsoption vor dem Hintergrund seiner individuellen Situation verstanden.

Der Nachweis für Defizite in der Bedarfsgerechtigkeit liegt seit vielen Jahrzehnten vor: Medizinisch nicht erklärbare Versorgungsunterschiede wurden bereits 1938 von Glover für englische Schulkinder aufgezeigt (*Glover 1938*). Tonsillektomie-Raten unterschieden sich in verschiedenen Schulbezirken um den Faktor 8 und mehr. Wennberg und seine Arbeitsgruppe führte diese Art von Untersuchung seit Anfang der 1970er-Jahre bis in die Jetztzeit fort (*Fischer 2003*).

¹Corinna Schaefer, M. A., Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) · Straße des 17. Juni 106–108 · 10623 Berlin · Telefon: 030 40052501
E-Mail: mail@azq.de

²Prof. Dr. med. David Klemperer · Kastanienallee 63 · 10119 Berlin · E-Mail: david.klemperer@oth-regensburg.de

In Deutschland übernahm die Bertelsmann Stiftung in den 2000er-Jahren die Initiative und wies medizinisch nicht begründbare Unterschiede für eine Reihe von Interventionen nach, wie Blinddarmentfernung, Kaiserschnitt, Tonsillektomie sowie Hüftgelenks- und Kniegelenksersatz (Nolting 2014).

Generell ist festzustellen, dass die „richtige“ Rate für medizinische Interventionen in der Regel keine feste Größe ist. Sie ergibt sich aus dem objektiven und subjektiven Bedarf und ist – wegen der bis heute weitgehend fehlenden Klärung des subjektiven Bedarfs bei der Entscheidungsfindung und Indikationsstellung – für viele medizinische Situationen nicht bekannt. Dessen unbenommen verweisen die regionalen Versorgungsunterschiede zweifelsfrei auf Über- und Unterversorgung.

Mit seinem wegweisenden Gutachten 2000/2001 griff der (damals noch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen genannte) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) die Herausforderungen und Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung auf (Deutscher Bundestag 2001). Diese ist nicht auf Deutschland beschränkt, sondern ein weltweites, in allen Arten von Gesundheitssystemen anzutreffendes Phänomen (Saini et al. 2017).

2 Ärztliche Strategien zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Alle drei Arten der nicht angemessenen Versorgung charakterisiert gleichermaßen, dass die Indikation für eine medizinische Intervention nicht adäquat gestellt wurde. Dabei ist genau dies das Herzstück ärztlicher Tätigkeit: die richtige Indikation stellen.

Mit jeder unangemessenen Indikation ist Schaden für die Betroffenen verbunden: entweder, weil wichtige Maßnahmen unterbleiben oder die falschen ergriffen werden und deshalb eine mögliche Linderung von Beschwerden verhindert wird, oder weil Menschen unnötige Interventionen erhalten und Komplikationen ausgesetzt sind, ohne dass sie von der Maßnahme profitieren könnten. Beide Szenarien widersprechen dem obersten ärztlichen Prinzip, keinen Schaden zuzufügen. Sie stehen auch im Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH 1987, Abs. 16aa): „Der Arzt schuldet seinem Patienten neben einer sorgfältigen Diagnose die Anwendung einer Therapie, die dem jeweiligen Stand der Medizin entspricht.“ Die Formulierung, dass der Arzt seinem Patienten etwas „schuldet“, macht die Verpflichtung deutlich, ärztlicherseits wirksame Instrumente gegen unangemessene Indikationen zu entwickeln und zu implementieren.

Im Folgenden werden drei Konzepte exemplarisch vorgestellt, die jeweils eine Chance bieten, Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken:

- Leitlinien
- *Shared Decision Making*
- *Choosing Wisely*

Deren Potenzial, aber auch Limitationen im Kontext der deutschen Gesundheitsversorgung werden schlaglichtartig beleuchtet.

3 Leitlinien

3.1 Definition

„Leitlinie“ meint allgemein eine Handlungsanleitung, ist aber – auch im medizinischen Kontext – kein geschützter Begriff. Wenn im Folgenden von Leitlinien die Rede ist, sind damit im Sinne der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen“, gemeint (AWMF 2018).

Medizinische Leitlinien werden in Deutschland von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelt, zudem gibt es zwei nationale Leitlinienprogramme: das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) und das Leitlinienprogramm Onkologie (OL). Den methodischen Rahmen für Leitlinien gibt die AWMF, die auch das deutsche Leitlinienregister unterhält, mit ihrem Regelwerk vor. Die folgenden Ausführungen beziehen sich vor allem auf sogenannte S3-Leitlinien (darunter auch NVL und OL), die alle Elemente einer hochwertigen Leitlinie aufweisen: Sie wurden von einem repräsentativen, multidisziplinären Gremium in einem formalen Konsensprozess entwickelt und beruhen auf systematisch recherchierter und bewerteter Evidenz (siehe Tabelle 1).

3.2 Wie Leitlinien die richtige Indikation befördern

Leitlinien untersuchen systematisch klinisch relevante Fragestellungen und setzen diese in eine handlungsleitende Empfehlung um, beispielsweise: Profitieren Menschen mit akuten Kreuzschmerzen ohne klinische Hinweise auf einen abwendbar schweren Verlauf von bildgebenden Verfahren? Dazu wird die Evidenz umfassend recherchiert und anschließend bezüglich Aussagesicherheit und klinischer Relevanz bewertet. Das multidisziplinäre Gremium wägt Nutzen und Schaden der untersuchten Intervention ab und setzt sie in den Kontext der deutschen Gesundheitsversorgung. Aus diesen Überlegungen leitet es eine Emp-

TABELLE 1

Leitlinienklassifikation der AWMF

Typ	Charakteristika der Entwicklung	Aufwand	Methodische Legitimation	Politische Legitimation
Handlungsempfehlungen (S1)	Gremium selektiert, keine systematische Entwicklung	gering	niedrig	normativ gering
Konsensbasierte Leitlinien (S2k)	Gremium repräsentativ, formalisiertes Konsensverfahren	mittel	niedrig	normativ hoch
Evidenzbasierte Leitlinien (S2e)	Gremium selektiert, Evidenzbasierung	hoch	hoch	normativ gering
Evidenz- und konsensbasierte Leitlinien (S3)	Gremium repräsentativ, Evidenzbasierung und formalisiertes Konsensverfahren	sehr hoch	hoch	normativ hoch



Es gibt in Deutschland mehrere Klassen von Leitlinien, darunter S3-Leitlinien. Diese weisen alle Elemente einer hochwertigen Leitlinie auf: Sie wurden von einem repräsentativen, multidisziplinären Gremium in einem formalen Konsensprozess entwickelt und beruhen auf systematisch recherchierter und bewerteter Evidenz.

Quelle: eigene Darstellung, adaptiert nach AWMF 2018, Grafik: G+C Wissenschaft 2020

fehlung ab, die beschreibt, für wen welche Intervention unter welchen Voraussetzungen infrage kommt. Nach Prüfung der Evidenz zur Bildgebung bei akuten Kreuzschmerzen kommt die „Nationale VersorgungsLeitlinie: Nichtspezifischer Kreuzschmerz“ von 2017 zur Empfehlung 3-6: „Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden“ (BÄK et al. 2017). Diese Empfehlung verhindert Überversorgung bei der (zahlenmäßig größeren) Patientengruppe mit Kreuzschmerzen ohne spezifische Ursache. Und sie verhindert Unterversorgung bei denjenigen, deren Anamnese und klinische Untersuchung Hinweise auf einen abwendbar schweren Verlauf ergeben hat.

Jede Leitlinienempfehlung, die klinische Interventionen sorgfältig und kritisch bewertet und diese Bewertung in eine Empfehlung übersetzt, tut nichts weiter, als die medizinisch angemessene Indikation zu beschreiben. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin geht mit ihren Leitlinienaktivitäten noch einen Schritt weiter: Sie hat 2019 ihre Leitlinie zum Schutz vor Über- und Unterversorgung veröffentlicht. Dort stellt sie nach einer komplexen Methodik starke Empfehlungen aus anderen hochwertigen Leitlinien zusammen, die relevante Probleme von Über- und Unterversorgung bei unterschiedlichen Erkrankungen adressieren (DEGAM 2019).

3.3 Chancen und Limitationen

Leitlinien stehen in einem komplexen Versorgungskontext: Ihre starken Empfehlungen sind Grundlage von Behandlungspfaden oder Disease-Management-Programmen und werden über Qualitätsindikatoren auch zur Dokumentation der Versorgungsqualität genutzt. Damit haben einige Leitlinien viel Einfluss auf die Gesundheitsversorgung. Es gibt mittlerweile Evidenz, dass ihre Implementierung die Versorgung verbessert; so werden patientenrelevante Outcomes wie Mortalität und Hospitalisierungen reduziert (unter anderem Wöckel et al. 2010). Gleichwohl sind die Barrieren bei der Implementierung erheblich. Für Deutschland fehlen verlässliche Versorgungsdaten, inwieweit einzelne Leitlinien tatsächlich implementiert sind. Evidenz aus der Versorgungsforschung deutet darauf hin, dass gerade sogenannte Negativ-Empfehlungen, die von medizinischen Interventionen abraten, von Ärzten weniger akzeptiert werden und sich daher schlechter implementieren lassen (Carlsen 2007).

Eine interne Evaluation des NVL-Programms deutet darauf hin, dass die Implementierung auch dann scheitert, wenn Empfehlungen persönlichen Überzeugungen von Ärzten widersprechen. Als weitere Gründe dafür, Leitlinien nicht zu nutzen, nannten befragte deutsche Ärzte unter anderem die Einschränkung dessen, was sie als „Therapiefreiheit“ betrachten, praktische Aspekte wie Zeit und Bekanntheit, aber auch widersprüchliche Aussagen unterschiedlicher Fachgesellschaften oder internationaler Leitlinien.

Vor allem die teils divergierenden Aussagen unterschiedlicher Leitlinien geraten zunehmend zu einem Problem. Auch wenn es internationale Standards für die Leitlinienentwicklung gibt, so folgen doch längst nicht alle Organisationen diesen Anforderungen. Unterschiedliche Aussagen von Leitlinien können in der Art der Evidenzaufbereitung, der (Un-)Ausgewogenheit der Leitliniengruppe und im mehr oder minder stringenten Management von Interessenkonflikten begründet sein. Dies kann in Bezug auf die Überversorgung problematisch werden: Viel diskutierte Beispiele der vergangenen Jahre sind die amerikanische Leitlinie zum Bluthochdruck des American College of Cardiology (ACC) und der American Heart Association (AHA) von 2018, die ab einem Schwellenwert von 120/80 mm Hg die Indikation für eine Behandlung gegeben sieht, oder die europäische Lipid-Leitlinie von 2019, die bei einem LDL-Wert über 50 mg/dl zur medikamentösen Behandlung rät. Beide Leitlinien wurden von jeweils nur einer Fachdisziplin erstellt, die Methodik wurde vielfach kritisiert (*Arzneimittelbrief 2019*) und das Management der Interessenkonflikte war zumindest im zweiten Fall nicht transparent (*Leitlinienwatch 2019*).

Es gibt mittlerweile Instrumente, die dem entgegenwirken: Das internationale Leitliniennetzwerk G-I-N hat eine Checkliste zum Umgang mit Modifikationen von Krankheitsdefinitionen vorgelegt (*Doust et al. 2017*). Zum Management von Interessenkonflikten gibt die AWMF für Deutschland eine sehr strenge Regel vor (*AWMF 2018*). Leitlinien, die diese Anforderungen einhalten, formulieren im Vergleich zu weniger robusten Leitlinien eher zurückhaltende Empfehlungen (*Knosalla 2018*), die in der Folge zu weniger Überversorgung führen.

Bewährte Standards für die Leitlinienentwicklung existieren, ebenso gut gemachte, vertrauenswürdige Leitlinien, die das Potenzial haben, Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken. Die Schwierigkeit für den einzelnen Arzt besteht darin, diese hochwertigen Leitlinien zu identifizieren und weniger verlässliche Leitlinien sicher zu erkennen. Für Deutschland stellt zumindest ein komplexes Auswahl- und Bewertungsverfahren durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sicher, dass nur hochwertige Leitlinien Grundlage für die Gestaltung der Disease-Management-Programme sind (*IQWiG 2017*).

4 Shared Decision Making

4.1. Hintergrund

Unterschiedliche umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren, zu denen soziale Situation, Lebensgewohnheiten oder Verhaltensmuster, aber auch das persönliche Umfeld gehören,

sind für die Gesundheit und die Therapieziele von Betroffenen von Bedeutung. Werden diese bei der Indikationsstellung nicht berücksichtigt, kommt es zu unangemessener Versorgung, selbst wenn die medizinische Indikation korrekt ist. Mulley et al. beschreiben das Nichtberücksichtigen dieser individuell unterschiedlichen Kontextfaktoren als „silent misdiagnosis“ (*Mulley et al. 2012*). Offenbar tendieren Ärzte dazu, für ihre Patienten aggressivere und invasivere Maßnahmen vorzuschlagen, als sie selbst in derselben Situation wählen würden (*Ubel et al. 2011*). Dass eine Therapiewahl nur angemessen ist, wenn sie den Bedürfnissen und Lebensumständen der Betroffenen entspricht, wird angesichts der Fokussierung auf medizinische Wirksamkeit häufig übersehen. Eine medizinisch optimale Behandlung nützt aber wenig und ist nicht angemessen, wenn der Patient sie nicht umsetzen kann oder will. *Shared Decision Making* (SDM) soll das Gespräch darüber fördern, was für Patienten wirklich wichtig ist und welche Werte und Faktoren die Indikationsstellung leiten sollen.

4.2 Definition

Partizipative Entscheidungsfindung wird definiert als ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen (*Härter 2005*). Arzt und Patient wägen vor einer Entscheidung die unterschiedlichen Optionen ab (von denen eine immer sein kann, nicht zu intervenieren) und gleichen diese dann mit den individuellen Vorstellungen und Lebensumständen des Patienten ab (*Elwyn 2017*). Neben dem Gespräch ist das wichtigste Instrument des SDM der Einsatz von Entscheidungshilfen vor, während oder nach der Konsultation.

4.3 Wie SDM die richtige Indikation befördert

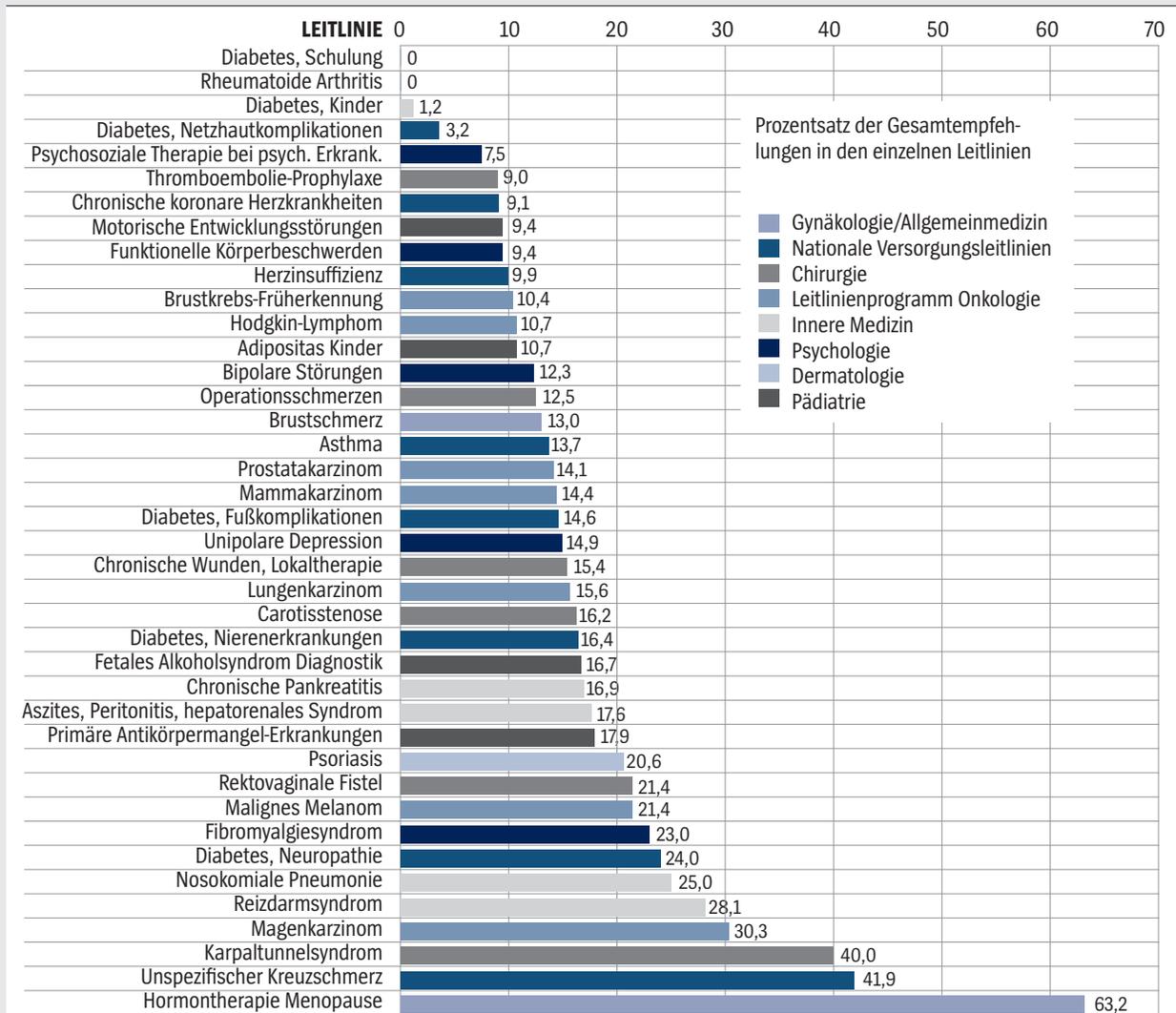
SDM kann dazu beitragen, dass Menschen medizinische Entscheidungen treffen, die ihrem subjektiven Bedarf entsprechen. Dies ist durch Studien belegt: Ein Cochrane Review, der auf 105 randomisierten kontrollierten Studien zu Entscheidungshilfen mit über 31.000 Teilnehmern beruht, zeigt, dass deren Einsatz wichtige Endpunkte verbessern kann, darunter die Übereinstimmung der getroffenen Entscheidung mit den eigenen Werten (*Stacey 2017*). Ob SDM und Entscheidungshilfen dazu beitragen, Über- und Unterversorgung zu reduzieren, dazu fand der Review uneinheitliche Daten. Und ob SDM das Entscheidungsverhalten von Patienten beeinflusst, bleibt unklar.

4.4. Chancen und Limitationen von SDM

SDM ist aus Sicht der Patientenautonomie und der oben beschriebenen subjektiven und objektiven Bedarfsgerechtigkeit unverzichtbar. Wirksamkeitsnachweise in Bezug auf „harte“ Endpunkte sind schwer zu führen, weil es konzeptinhärent ist, dass Betroffene sich explizit gegen die medizinisch opti-

ABBILDUNG 1

Anzahl von Negativ-Empfehlungen in 40 deutschen S3-Leitlinien



Die Abbildung zeigt in aufsteigender Reihenfolge, wie viel Prozent der Empfehlungen in 40 untersuchten S3-Leitlinien negativ sind. Qualitative Daten deuten darauf hin, dass Ärzte positiven Empfehlungen lieber folgen als negativen.

Quelle: ÄZQ 2012, Grafik: G+G Wissenschaft 2020

male Lösung entscheiden, wenn subjektive Umstände dagegen sprechen. Das heißt, weniger aus Gründen der medizinisch optimalen Behandlungsergebnisse als aus ethischer Perspektive ist SDM ein Gebot.

Einige Limitationen erschweren die Umsetzung von SDM und schränken dessen Potenzial ein, gute Indikationen zu stellen:

- Zunächst sind viele Entscheidungshilfen, die als Unterstützung angeboten werden, von unzureichender Qualität (Vromans et al. 2019). Informierte Entscheidungen werden so nicht ermöglicht.
- Über die Hälfte (56 Prozent) der Entscheidungshilfen, die in Studien erfolgreich getestet wurden, erweisen sich zudem in der Praxis als nicht gut einsetzbar (Stacey 2019).
- Ein häufig vorgebrachtes Argument, SDM beanspruche

im Praxisalltag zu viel Zeit, widerlegt der oben zitierte Cochrane Review. Ein erhöhter Zeitaufwand kann es aber möglicherweise sein, Ärzte und andere Gesundheitsberufe so zu schulen, dass sie SDM adäquat umsetzen.

Einen Konflikt sehen einige Ärzte auch darin, einerseits Leitlinienempfehlungen zu folgen und andererseits partizipative Entscheidungen zu ermöglichen. Diese Position geht auf ein Missverständnis von Leitlinienadhärenz zurück. Das AWMF-Regelwerk sagt ausdrücklich: „Leitlinien sind als ‚Handlungs- und Entscheidungskorridore‘ zu verstehen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss“ (AWMF 2018, 5).

Leitlinien und SDM haben etwas Wichtiges gemein: Sie sind Instrumente zur Unterstützung von klinischen Entscheidungen. Die Zukunft liegt darin, beide enger miteinander zu verknüpfen. Konkrete Strategien, wie Leitlinien SDM stärker abbilden können, gibt es bereits (van der Weijden 2013), es mangelt aber noch an der Umsetzung. Einige Leitlinien verzahnen individuelle Entscheidung und Leitlinienempfehlung schon sehr eng: Die Nationale VersorgungsLeitlinie zur chronischen Koronaren Herzkrankheit (KHK) von 2019 etwa empfiehlt vor dem Einsatz invasiver Diagnostik (ein Bereich, bei dem in Deutschland aufgrund von hoher Varianz auch im internationalen Vergleich Überversorgung diskutiert wird), gemeinsam mit Patienten die Ziele und Behandlungsoptionen zu besprechen, um zu prüfen, ob der Einsatz eines Herzkatheters indiziert ist (BÄK et al. 2019, Empfehlung 8-1).

5 Choosing Wisely

Die *Choosing Wisely*-Initiative wurde im April 2012 in den USA vom American Board of Internal Medicine (ABIM) und der Verbraucherschutzorganisation Consumer Reports der Öffentlichkeit vorgestellt. *Choosing Wisely* knüpft an die Charta zur ärztlichen Berufsethik an (ABIM Foundation 2002) an. Die Fachgesellschaften sind aufgefordert, Listen mit fünf Dingen zu entwickeln, die Ärzte und Patienten infrage stellen sollen. Die Vorgaben der ABIM Foundation für die Entwicklung der Listen waren (und sind) aus pragmatischen Gründen wenig stringent: Die Empfehlungen sollten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Fachgesellschaft liegen, häufig durchgeführt werden oder mit erheblichen Kosten verbunden sein, mit allgemein anerkannter Evidenz belegt und in der Entwicklung gründlich dokumentiert sein (Wolfson 2014). Verbunden sind diese Listen oft mit entsprechenden Patientenmaterialien, die die Hintergründe erläutern und Patienten auf den fehlenden Nutzen der Intervention hinweisen sollen. *Choosing Wisely* ist inzwischen eine internationale Bewegung. Am jährlichen Treffen nahmen 2019 Vertreter aus 23 Ländern teil.

In Deutschland wurde *Choosing Wisely* früh wahrgenommen und (kritisch) diskutiert (Strech 2014). Die AWMF erkannte frühzeitig die Möglichkeit, mithilfe der bereits vorhandenen, im Rahmen der S3-Leitlinien entwickelten Empfehlungen einen methodisch solideren Weg zu gehen. Für die AWMF-Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ (GKE) wurde daher ein Manual zur kriteriengestützten Empfehlungsauswahl entwickelt, um eine Selektion solcher Empfehlungen zu ermöglichen, die zur Minderung von Über- und Unterversorgung geeignet sind (Nothacker et al. 2017).

So sinnfällig das amerikanische *Choosing Wisely*-Konzept auf den ersten Blick erscheinen mag, so anfällig scheint die Umsetzung zu sein. Eine Analyse amerikanischer Top-5-Listen fand nur für 131 von 412 Empfehlungen eine hinreichend verlässliche Evidenzbasis, die übrigen entbehrten einer soliden wissenschaftlichen Grundlage (Horvath 2016). Zudem ist die klinische Relevanz einiger in *Choosing Wisely*-Empfehlungen adressierter Fragestellungen unklar: Nicht wenige Fachgesellschaften listen Prozeduren, deren Unterlassung keinen besonders hohen Effekt auf die Gesundheitsversorgung hat. Insbesondere scheinen Fachgesellschaften solche Empfehlungen zu meiden, die ihren Mitgliedern finanzielle Nachteile bereiten könnten (Henderson 2020). Zudem ergab eine Untersuchung der Patienteninformationen auf der US-Webseite von *Choosing Wisely* eine unzureichende Qualität und fehlende Eignung für eine individuelle informierte Entscheidung (Légaré 2016). Für Deutschland setzt die AWMF-Initiative darauf, bereits vorhandene Ressourcen wie hochwertige Leitlinien zu nutzen und vor allem deren Negativ-Empfehlungen besser zu implementieren. Dies scheint sinnvoll, denn viele hochwertige S3-Leitlinien beinhalten eine ganze Reihe Negativ-Empfehlungen (siehe Abbildung 1). In Deutschland kann die Evidenzbasierung der Empfehlungen und auch die Qualität der Patienteninformationen zwar als hoch angesehen werden. Die Anzahl der bislang entwickelten GKE-Empfehlungen ist jedoch noch sehr überschaubar und die Wirksamkeit bezüglich der Minderung von Über- und Fehlversorgung noch nicht ausreichend untersucht.

6 Fazit und Ausblick

Es gibt mehrere Initiativen zur Verbesserung der Indikationsqualität, die an unterschiedlichen Mechanismen ansetzen. Allen ist gemeinsam, dass die Implementierung unzureichend erscheint und zudem schwer zu messen ist. Neben rein praktischen Barrieren für die Implementierung scheinen auch andere Faktoren eine erhebliche Rolle bei der mangelnden Umsetzung zu spielen:

- Zum einen ist das Konzept der Überversorgung kontraintuitiv. Unnötige Interventionen gehen häufig mit exzellenten

medizinischen Ergebnissen einher, die ohne die Intervention auch eingetreten wären. Die zeitliche Aufeinanderfolge von Intervention und Heilung oder Linderung legt eine Kausalität nahe, wo keine ist. Die Erfahrungen aus Übertherapie und Überdiagnostik täuschen Ärzte wie Patienten.

- Zum anderen findet medizinische Versorgung in einem Kontext statt, in dem die Indikation zu oft zur ökonomischen Zwangshandlung verkommt (*Albrecht 2019*). Es bleibt in der Verantwortung des einzelnen Arztes, die Indikation korrekt zu stellen. Gleichwohl wären Rahmenbedingungen wünschenswert, die eine angemessene Indikation erleichtern und nicht erschweren.
- Zudem mag auch die Erwartungshaltung von Patienten eine Rolle spielen. Wer eine Intervention erhält, fühlt sich zumeist besser versorgt, als wenn der Arzt vermeintlich nichts tut (*Parmar 2016*). Unrealistische Erwartungen von Patienten sind in vielen Fällen durch angemessene Gesprächsführung korrigierbar. Dabei müssen Ärzte stärker als bisher den Patienten den Verzicht auf einer Intervention als Gewinn vermitteln. Erschwerend kommen die unter Patienten wie unter Ärzten verbreiteten unrealistisch hohen Erwartungen an den Nutzen von Behandlungen (*Hoffmann et al. 2016 und 2017*) hinzu.
- Und zuletzt erfordert die Änderung des Verhaltens schon bei Individuen, erst recht aber bei Gruppen komplexe Interventionen, die an den Barrieren und förderlichen Faktoren ansetzen (unter anderem *Michie 2011*). Dies angemessen zu diskutieren, würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

Als Fazit bleibt: Heute wird deutlich mehr über Über-, Unter- und Fehlversorgung gesprochen, geforscht und geschrieben als vor 20 Jahren, als der SVR sein wegweisendes Gutachten vorstellte. Hochwertige Leitlinien mit Potenzial zur Verbesserung der Indikationsqualität spielen heute eine größere Rolle in der Gesundheitsversorgung, auch wenn die individuelle Nutzung nach wie vor zu wünschen übrig lässt. Gleichzeitig gibt es zunehmend Bestrebungen, Leitlinienempfehlungen und SDM zu harmonisieren. Wenn *Choosing Wisely* nicht als Konkurrenz, sondern Ergänzung hochwertiger Leitlinien verstanden wird – etwa als Implementierungstool – besteht die Chance, die Effekte der einzelnen Initiativen durch Kooperation zu verstärken. Ob aber alle diese Maßnahmen im (zu oft) sogenannten Gesundheitsmarkt tatsächlich ihre Wirkung entfalten können, bleibt abzuwarten.

Literatur

- ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine Foundation) (2002):** Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 136, No. 3, 243–246
- Albrecht B (2019):** Ärzte-Appell: Medizin für Menschen – Ärzte fordern Rückbesinnung auf Heilkunst statt Profit. *Stern* vom 15. September 2019; www.stern.de/gesundheit/aerzte-appell
- Der Arzneimittelbrief (2019):** Neue europäische „Leitlinie“ zur Lipidsenkung: As Low as Possible? *Jg. 53, No. 73*; der-arzneimittelbrief.de → Suche: Lipidsenkung
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2016):** Manual Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden. Version 1.1; awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/Manual_GKE_AWMF_V1-1.pdf
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2018):** Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.4; Stand 2018; awmf.org → Leitlinien → AWMF-Regelwerk → AWMF-Regelwerk: Download für offline-Benutzung
- BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2017):** Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage, Version 1; kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de
- BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2019):** Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische KHK – Langfassung, 5. Auflage, Version 1; leitlinien.de/nvl/khk
- BGH (Bundesgerichtshof) (1987):** Urteil vom 22.09.1987, Az.: VI ZR 238/86; iwu.de/quellenmaterial/id/100381
- Brody H (2010):** Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform – The Top Five List. *New England Journal of Medicine*, Vol. 362, No. 4, 283–285
- Carlsen B, Glenton C, Pope C (2007):** Thou Shalt versus Thou Shalt Not: A Meta-Synthesis of GP's Attitudes to Clinical Practice Guidelines. *British Journal of General Practice*; Vol. 57, No. 545, 971–978
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2019):** Schutz vor Über-, Unter- und Fehlversorgung – gemeinsam entscheiden. S2k-Leitlinie 2019. AWMF Reg. Nr. 053–045, DEGAM-Leitlinie Nr. 21; degam.de → Leitlinien → DEGAM-Leitlinien Schutz vor Über- und Unterversorgung
- Deutscher Bundestag (2001):** Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Band III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. 3. Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Drucksache 14/6871 vom 31.08.2001, 122–134
- Doust J, Vandvik PO, Qaseem A (2017):** Guidance for Modifying the Definition of Diseases – A Checklist. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 177, No. 7, 1020–1025
- Elwyn G et al. (2017):** A Three-Talk Model for Shared Decision Making: Multistage Consultation Process. *The BMJ*, Vol. 359: j4891
- Fisher ES et al. (2003):** The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. *Annals of Internal Medicine* 2003, Vol. 138, No. 4, 273–287
- Glover JA (1938):** The Incidence of Tonsillectomy in School Children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Vol. 31, No. 10, 1219–1236

Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Henderson J et al. (2020): Comparison of Payment Changes and Choosing Wisely Recommendations for Use of Low-Value Laboratory Tests in the United States and Canada. *JAMA Internal Medicine*, published online on February 10, 2020

Hoffmann TC, Del Mar C (2017): Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 177, No. 3, 407–419

Hoffmann TC, Del Mar C (2016): Patients' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 175, No. 2, 274–286

Horvath K et al. (2016): Choosing Wisely: Assessment of Current US Top Five List Recommendations' Trustworthiness Using a Pragmatic Approach. *BMJ Open*, Vol. 6, No. 10, 7 October 2016

IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2017): Kapitel 5: Leitliniensynopsen und Versorgungsanalyse. In: *Allgemeine Methoden*. Version 5.0 vom 10.07.2017, 115–131; www.iqwig.de → Methoden → Methodenpapier

Knosalla C et al. (2018): Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz: Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich zur Leitlinie der European Society of Cardiology. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, Band 32, Heft 5, 381–390

Légaré F et al. (2016): Do Choosing Wisely Tools Meet Criteria for Patient Decision Aids? A Descriptive Analysis of Patient Materials. *BMJ Open*. 2016, Vol. 6, No. 8, 26 August 2016

Leitlinienwatch (2019): Bewertung der ESC-Leitlinie Dyslipidemia (8.12.2019); www.leitlinienwatch.de → ESC Guideline

Michie S, Stralen van MM, West R (2011): The Behaviour Change Wheel: A New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions. *Implementation Science*, Vol. 6, Article 42

Mulley, Trimble C, Elwyn G (2012): Stop the Silent Misdiagnosis: Patients' Preferences Matter. *The BMJ*, Vol. 345:e6572; bmj.com/content/345/bmj.e6572.full

Nolting HD et al. (2014): Faktencheck Gesundheit. 2014. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Gütersloh: Bertelsmann

Nothacker M, Kreienberg R, Kopp IB (2017): „Gemeinsam Klug Entscheiden“ – eine Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften: Mission, Methodik und Anwendung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 129, 3–11

Parmar MS (2016): A Systematic Evaluation of Factors Contributing to Overdiagnosis and Overtreatment. *The Southern Medical Journal*, Vol. 109, No. 4, 272–276

Saini V et al. (2017): Drivers of Poor Medical Care. *The Lancet, Right Care Series*, Vol. 390, No. 10090, 178–190

Stacey D et al (2017): Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decision. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 4, 12 April 2017

Stacey D et al. (2019): Are Patient Decision Aids Used in Clinical Practice after Rigorous Evaluation? A Survey of Trial Authors. *Medical Decision Making*. Vol. 39, No. 7, 805–815

Strech D et al. (2014): When Choosing Wisely Meets Clinical Practice Guidelines. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 108, No. 10, 601–603

Ubel PA, Angott AM, Zikmund-Fisher BJ (2011): Physicians Recommend Different Treatments for Patients than they Would Choose for Themselves. *Archives of Internal Medicine*, Vol. 171, No. 7, 630–634

Vromans R et al. (2019): Assessing the Quality and Communicative Aspects of Patient Decision Aids for Early-Stage Breast Cancer Treatment: A Systematic Review. *Breast Cancer Research and Treatment*, Vol. 178, No. 1, 1–15

Weijden van der T et al. (2013): How Can Clinical Practice Guidelines Be Adapted to Facilitate Shared Decision Making? A Qualitative Key-Informant Study. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 22, No. 10, 855–863

Wöckel A et al. (2010): Effects of Guideline Adherence in Primary Breast Cancer – A 5-Year Multi-Center Cohort Study of 3976 Patients. *The Breast*, Vol. 19, No. 2, 120–127

Wolfson DB (2014): Response to *JAMA Internal Medicine* Commentary. February 21 2014; abimfoundation.org → News → Letter from the Foundation → Past Letters

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 20. März 2020)

DIE AUTOREN



Corinna Schaefer M. A.,

Jahrgang 1966, hat Romanistik, Musik- und Theaterwissenschaft in Köln, Wien und Berlin studiert. Sie ist seit 2006 im Gesundheitswesen tätig. Als stellvertretende Leiterin des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eines gemeinsamen Instituts von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, ist sie verantwortlich für die Abteilungen Evidenzbasierte Medizin/Leitlinien und Patienteninformation. Zu ihren Aufgaben gehört die Koordination des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL). Schaefer ist zudem Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz (DNGK).



Prof. Dr. med. David Klemperer,

Jahrgang 1953, ist Internist und Sozialmediziner. Nach seiner Weiterbildung zum Internisten leitete er ein Gesundheitsamt und war als Referent in der Bremer Gesundheitsbehörde für Fragen der Planung, Organisation und Evaluation der regionalen Gesundheitsversorgung zuständig. Von 2001 bis 2019 war Klemperer Hochschullehrer für Sozialmedizin, Public Health und Gesundheitswissenschaften an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg. Zu seinen Forschungsinteressen zählen die evidenzbasierte berufliche Praxis, Patientenorientierung, *Shared Decision Making* und regionale Versorgungsunterschiede.