



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2020, 20. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Rebekka Hoher*, Institut für Sozialwesen der Universität Kassel 2

Drei Fragen an

Doris Schaeffer, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung der Universität Bielefeld 3

Buchtipps

von *Nadine Pieck*, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten der Hochschule Magdeburg-Stendal 4

WIDO

Arbeitsunfähigkeit

Rückenschmerzen verursachen die meisten Fehltag 5

Chronische Schmerzen

Rückenbeschwerden sind oft ein langwieriges Leiden 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Herausforderung Indikationsstellung

Übersversorgung – Ausmaß, Ursachen und Gegenmaßnahmen

Marion Grote Westrick und *Eckhard Volbracht*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 7

Zweitmeinung bei elektiven Eingriffen

Dawid Pieper, Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke 16

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

Corinna Schaefer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, und *David Klemperer*, Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Computertomografien: Nutzen und Risiken zum Schutz der Patienten sorgfältig abwägen 31

SERVICE

Köpfe und Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

holla, die Waldfee, da lag ich aber daneben! Im Editorial der vorigen Ausgabe hatte ich noch geklagt: „Dass Gesundheit das wichtigste Gut ist, scheint eher Fiktion denn Realität.“ Nun, kaum zwei Monate danach, habe ich fast den Eindruck, Deutschland wird von Virologen regiert und es zählt nichts anderes mehr als die körperliche Unversehrtheit. Vielleicht hängt es ja mit dem Gegenstand zusammen: Im vorigen Heft ging es um den Klimawandel, der für viele bisher nur eine abstrakte Bedrohung, ein mehr oder weniger wahrscheinliches Zukunftsszenario ist. Frei nach dem Motto: Nach mir die Sintflut, der abgeholzte Regenwald und das aufgetaute Methangas. Aktuell, also im Hier und Jetzt, macht ein Virus Menschen in aller Welt den Garaus, und wir arbeiten plötzlich alle im Homeoffice, üben Social Distancing und nähen Atemschutzmasken. Die Regierung erlässt Gesetze in Rekordtempo und macht Milliarden für Rettungsmaßnahmen locker. Ganz nebenbei werden die Schwarze Null und andere heilige Kühe in die Wüste geschickt.

Wie auch immer, ich habe einen Fehler begangen, aber wie schon Jean-Jacques Rousseau in seinem *Émile* sagte: „Das einzige Mittel, den Irrtum zu vermeiden, ist die Unwissenheit.“ Die ist natürlich keine Alternative für ein Wissenschaftsmagazin. Das zeigt sich in unseren drei Analysen, die alle entstanden, als noch niemand das neue Corona-Virus auf dem Schirm hatte. Wir wollen anregen, über einen zentralen Punkt im ärztlichen Behandlungsgeschehen nachzudenken: die Indikationsstellung. Ist sie falsch, kann das ernste Folgen für die Genesung oder Stabilisierung des Gesundheitszustands sowie für die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Deshalb nehmen unsere Autoren das Ausmaß von Übersversorgung sowie verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Indikationsstellung unter die Lupe.

Viele Erkenntnisse und wenig Irrtümer wünscht

Corona Fächerübergreifende Pandemieforschung

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) startet eine breit angelegte Förderinitiative, um die Forschung zu Ursachen und Auswirkungen sowie zur Prävention, Früherkennung und Eindämmung von Epidemien und Pandemien am Beispiel des aktuellen Corona-Virus voranzutreiben. Absichtserklärungen sind bis zum 1. Juli 2020 einzureichen. ■

Mehr Informationen:
dfg.de/foerderung/info_wissenschaft/2020/info_wissenschaft_20_20

Entscheidungskompetenz Besser entscheiden in der Klinik

Ein internationales Forscherteam, koordiniert von der Universität Augsburg, erarbeitet einen Lehrplan zur besseren Vermittlung der Fähigkeiten und Fertigkeiten, die erforderlich sind, um im klinischen Alltag eine Diagnose zu stellen und einen Therapieplan zu entwickeln. Die EU fördert das Vorhaben zur Steigerung der klinischen Entscheidungskompetenz mit knapp einer Million Euro. ■

Mehr Informationen:
uni-augsburg.de > **Campusleben** > **Neuigkeiten**

Transnationale Forschung Adipositasprävention in kritischen Lebensphasen

Mehrere europäische Länder haben sich zusammengeschlossen, um im Rahmen des ERA-Netz-Cofund „HDHL-INTIMIC“ transnationale Forschungskonsortien zu fördern. Diese sollen innovative Strategien und multidisziplinäre Ansätze für verschiedene Zielgruppen entwickeln, um Übergewicht und Adipositas in kritischen Lebensphasen zu verhindern oder zu reduzieren. ■

Mehr Informationen:
bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-2868.html

ZEITSCHRIFTENSCHAU



Von
Rebekka Hoher, M. Sc.,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin im
Fachgebiet Theorie
und Empirie des
Gesundheitswesens,
Institut für Sozialwesen
der Universität Kassel

Adresse:
Arnold-Bode-Straße 10
34127 Kassel
Telefon:
0561 8043785
E-Mail: rebekka.hoher@uni-kassel.de
Web: uni-kassel.de/go/gesundheits

Gesund bleiben trotz Erwerbslosigkeit

Die OECD rechnet infolge der Corona-Krise mit wirtschaftlichen Einbrüchen, die sich voraussichtlich auch in der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen niederschlagen. Wie es gelingt, die Gesundheit in Zeiten der Erwerbslosigkeit aufrechtzuerhalten, wurde mittels eines systematischen Reviews untersucht. Der Autor identifizierte 30 internationale Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen. Diese waren sehr heterogen und unterschieden sich stark hinsichtlich ihrer Klientel, ihrer Methodik und Wirksamkeit. Für einige Maßnahmen konnten positive Effekte auf die Gesundheit und Arbeitsmarktintegration nachgewiesen werden. Dazu gehört der in Deutschland entwickelte JobFit-Ansatz sowie das international erprobte Trainingskonzept JOBS-Program, das auf der Basis sozial-kognitiver Verhaltensansätze zu einer gestärkten Selbstwirksamkeit Arbeitsloser beiträgt. ■

Health Promotion International 2019;34(6):
1078–1096; doi: [10.1093/heapro/day069](https://doi.org/10.1093/heapro/day069)

Nutzung digitaler Gesundheitsangebote

Die Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten hängt eng mit soziodemografischen Faktoren zusammen, wie ein systematischer Review zeigt. Die 16 darin eingeschlossenen Studien untersuchten sowohl soziale Unterschiede bei der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote als auch Unterschiede in der Nutzungskompetenz

der Anwenderinnen und Anwender. Das Ergebnis: Jüngere Bevölkerungsgruppen und Personen mit einem höheren Bildungsabschluss, höherem Einkommen und einer generell höheren Gesundheitskompetenz nutzen digitale Angebote häufiger. Das Potenzial digitaler Gesundheitsangebote zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit wird also womöglich überschätzt. ■

Bundesgesundheitsblatt 2020;63:185–191;
doi: [10.1007/s00103-019-03081-y](https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y)

Leben Medizinstudierende gesünder?

Verhalten sich Berufsgruppen mit einem gesundheitsbezogenen Hintergrund auch im eigenen Alltag gesundheitsförderlicher als der Rest der Bevölkerung? Diese Frage ist bislang wenig untersucht worden. Im Zuge einer Studie wurde dazu eine Befragung unter 443 Medizinstudierenden durchgeführt und mit Daten aus der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) verglichen. Das Ergebnis fällt nicht ganz eindeutig aus. Zwar rauchen die befragten Studierenden weniger und essen mehr Obst und Gemüse, gleichzeitig sind sie jedoch weniger körperlich aktiv. Die Autorinnen führen dies auf die große zeitliche Belastung während des Studiums zurück und plädieren dafür, die körperliche Aktivität bei Medizinstudierenden gezielt zu fördern. ■

Prävention und Gesundheitsförderung 2019;
14:264–269; doi: [10.1007/s11553-018-0686-6](https://doi.org/10.1007/s11553-018-0686-6)

Klinische Daten**Europäisches Register für Coronafälle im Aufbau**

Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie ist mit dem Aufbau eines europäischen Fallregisters für Patientinnen und Patienten begonnen worden, die an dem neuen Corona-Virus erkrankt sind. Das „Lean European Open Survey for SARS-CoV-2 Infected Patients“ (LEOSS) soll unter anderem Daten zum Krankheitsverlauf sammeln und zur Analyse bereitstellen. ■

Mehr Informationen:

leoss.net

Forschungsförderung**Ausgaben für Forschung und Entwicklung steigen**

Der Anteil der Ausgaben für Forschung und Entwicklung am Bruttoinlandsprodukt in Deutschland ist im Jahr 2018 erneut gestiegen und lag nach vorläufigen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) bei 3,1 Prozent. Insgesamt wurden demnach 104,8 Milliarden Euro für Forschung und Entwicklung ausgegeben. 68,8 Prozent der Gesamtausgaben entfielen auf den Wirtschaftssektor, 13,5 Prozent gaben außeruniversitäre Forschungseinrichtungen und 17,7 Prozent die Hochschulen aus. ■

Mehr Informationen:

**destatis.de/DE/Presse/
Pressemitteilungen/2020/02/
PD20_062_217.html**

Prävention**Neues Webportal für Gesundheitsprojekte**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS haben ein Online-Dokumentationssystem für Gesund-

heitsprojekte entwickelt. Mithilfe der Plattform namens DEVASYS können damit nach einer kostenlosen Registrierung zielgruppen- und settingspezifische Projekte

zur Prävention und Gesundheitsförderung geplant, dokumentiert und evaluiert werden. ■

Mehr Informationen:

devasys.de

DREI FRAGEN AN ...**Wissenschaft sollte Handlungsoptionen aufzeigen**

... Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, die gemeinsam mit Prof. Dr. PH Ullrich Bauer das Interdisziplinäre Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung an der Universität Bielefeld leitet

Forschungsschwerpunkte:

grundlagen- und anwendungsorientierte Forschung zur Gesundheitskompetenz (aktuell 9, bald 10 laufende Projekte)

Jahresetat:

keine Angabe

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 Professorin, 1 Professor,
14 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
2 wissenschaftliche Hilfskräfte,
4 studentische Hilfskräfte,
1 Sekretariat

Adresse:

Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung
Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld
Telefon: 0521 106-3896
E-Mail: izgk@uni-bielefeld.de
Web: uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Das 2019 gegründete Interdisziplinäre Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) will sowohl die grundlagen- wie die anwendungsorientierte Forschung stärken. Im Zentrum steht die Frage, wie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und in einzelnen Bevölkerungsgruppen in Deutschland beschaffen ist, wie Gesundheitskompetenz gezielt gefördert werden kann und welche Interventionen dazu erforderlich sind.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Unter dem Dach des IZGK arbeiten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen zusammen. Interdisziplinarität ist ein zentrales Merkmal der Gesundheitskompetenzforschung. Viele Projekte und Aktivitäten führt das IZGK in Kooperation mit anderen Forschungsinstitutionen und Praxispartnern durch. Die Erstellung und Implementation des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz etwa erfolgt in Kooperation mit der Hertie School of Governance Berlin und wird durch einen Beirat namhafter Experten unterstützt. Mit Summer Schools, Workshops und weiteren Angeboten ermöglicht das IZGK Austausch und Dialog und fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Gesundheitskompetenz ist ein wichtiges Thema, das politisch bereits präsent ist. Es muss aber noch stärker im öffentlichen Bewusstsein verankert werden und einen nachhaltigen und stabilen Platz auf der politischen Agenda erhalten. Aufgabe der Wissenschaft ist es, Defizite und Handlungsoptionen aufzuzeigen, auf die politisch reagiert werden kann. Das IZGK leistet dazu einen wichtigen Beitrag.

Studium I
Community Health Nursing

Community Health Nurses unterstützen in Städten und ländlichen Regionen die primäre Gesundheitsversorgung. Die Universität Witten/Herdecke, die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar und die Katholische Stiftingshochschule München entwickeln gemeinsam einen Masterstudiengang „Community Health Nursing“. Die Akkreditierung ist eingeleitet, das neue Studienangebot soll im Herbst 2020 starten. ■

Mehr Informationen:
uni-wh.de > **Gesundheit**
> **Department für Pflegewissenschaft** > **Forschung und Qualifikationsarbeiten** > **Community Health Nursing (CHN)**

Studium II
Masterstudium für mehr Patientensicherheit

Noch in diesem Jahr soll der neue berufsbegleitende Masterstudiengang „Patientensicherheit – Safety in Healthcare“ starten, den die Technische Universität München zusammen mit Kooperationspartnern derzeit konzipiert. Das neue Studienangebot soll an den Standorten Straubing und München angeboten werden und die wissenschaftliche Lehre mit praktischen Trainings verbinden. Ein vergleichbarer Studiengang existiert nach Angaben der Hochschule in Deutschland noch nicht. ■

Mehr Informationen:
mri.tum.de/news/neu-medizinische-ausbildung-zu-patientensicherheit

Studium III
Studium zum Umgang mit Tod und Sterben

Die Universität Regensburg plant, zum Wintersemester 2020/2021 einen interdisziplinären Masterstudiengang „Perimortale Wissenschaften“ anzubieten. Das auf vier Semester ausgelegte Studienangebot liegt in der Verantwortung der Fakultät für Katholische Theologie und soll den Absolventen das notwendige Wissen vermitteln, um Menschen rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer qualifiziert zu begleiten. ■

Mehr Informationen:
uni-regensburg.de > **Fakultäten**
> **Katholische Theologie** > **Systematische Theologie** > **Lehrstuhl für Moralthologie** > **Perimortale Wissenschaften - MA**

BUCHTIPPS

Zum Thema Gesundheitsförderung



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Nadine Pieck** Direktorin des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten an der Hochschule Magdeburg-Stendal

Breitscheidstraße 2
39114 Magdeburg
Telefon: 0391 8864476
E-Mail: nadine.pieck@hs-magdeburg.de
Web: hs-magdeburg.de > Forschung > Forschungszentren > Institut für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Autoren/Titel	Inhalt
<i>Juli Zeh</i> Corpus Delicti Ein Prozess	Eine junge Frau untersucht den Tod ihres Bruders und gerät in die Fänge eines Systems, dem Gesundheit über alles geht. In dieser sterilen Gesellschaft, in der das Individuum zur Gesundheit verpflichtet ist, ist permanente Gesundheitsüberwachung alltäglich. Krankheit, sofern Fehlverhalten nachgewiesen werden kann, gilt als Verbrechen an der Gemeinschaft. Das Buch ist eine gelungene Mahnung an alle, die Gesundheit fördern wollen, nicht zu weit zu gehen. (btb Verlag 2010)
<i>Andrea-Kristin Schubert</i> Gesundheit als organisationaler Lernprozess Eine lern- und organisationstheoretische Analyse von Betrieblicher Gesundheitsförderung	Die Autorin geht der Frage nach, wie Organisationen lernen, Gesundheit zu fördern. Sie zeigt an einer Fallstudie auf, wie Organisationen „Gesundheit lernen“, indem sie über die Veränderung von Tätigkeitssystemen sowohl individuelles als auch organisationales Lernen ermöglichen. Schubert erschließt wichtige theoretische Grundlagen für die Notwendigkeit, Gesundheitsförderung (im Sinne eines Settingansatzes) als partizipativen Lernprozess zu gestalten. (Rainer Hampp Verlag 2019)
<i>Universität Bremen/Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) (Hrsg.)</i> Das A und Ö der Innovation Arbeitsökologische Innovationen in Unternehmen entwickeln und umsetzen. Der NaGut-Praxisleitfaden	Wie lässt sich Arbeit nachhaltig, menschenwürdig und ökologisch gestalten? Um gute Arbeitsbedingungen mit ökologischen Verbesserungen zu verknüpfen, wurde im Bremer Projekt NaGut (Nachhaltig gut Arbeiten) ein Praxisleitfaden erarbeitet, der zentrale Kriterien nachhaltiger arbeitsökologischer Innovationen erläutert und ein praktikables Vorgehensmodell mit Handlungshilfen und Instrumenten zur Verfügung stellt. (Download unter nagut.uni-bremen.de)

Foto: Viktoria Kühne

Arbeitsunfähigkeit

Rückenschmerzen verursachen die meisten Fehltage

Der Krankenstand der knapp 14,4 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmer ist im Jahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Analysiert man die Gründe für die Fehlzeiten, so zeigt sich, dass die meisten Fehltage, nämlich 22,4 Prozent, auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems zurückgehen. Die Hauptursache sind dabei Rückenschmerzen.

Im vergangenen Jahr betrug der Krankenstand AOK-versicherter Arbeitnehmer 5,4 Prozent (2018: 5,5 Prozent). Damit hat jeder AOK-versicherte Beschäftigte im Durchschnitt 19,8 Tage aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gefehlt. Die Einzeldiagnose „Rückenschmerzen“ spielte dabei eine große Rolle: Fast jedes zehnte AOK-Mitglied war deswegen mindestens einmal arbeitsunfähig. Durchschnittlich zwei Tage musste jedes AOK-Mitglied deshalb der Arbeit fernbleiben. Damit liegen Rückenschmerzen noch vor der klassischen Erkältung (1,4 Fehltage pro AOK-Mitglied).

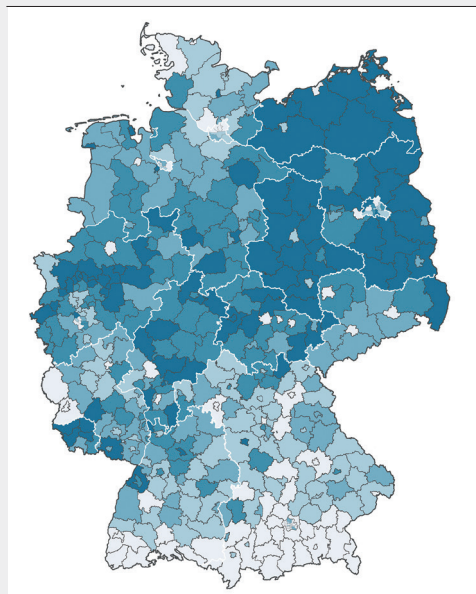
Vor allem Berufstätige, die körperlich stark beansprucht werden, haben Rückenschmerzen. An der Spitze stehen Berufe in der Ver- und Entsorgung (durchschnittlich 4,0 Fehltage pro AOK-Mitglied) sowie Kranführer und Kranführerinnen (3,8 Fehltage). Die niedrigsten Fehlzeiten wegen Rückenschmerzen hatten Berufe in der Hochschullehre und -forschung mit durchschnittlich 0,2 Fehltagen, gefolgt von Berufen in der Softwareentwicklung mit 0,3 Fehltagen. Die Art der Tätigkeit hängt dabei – neben dem Alter – auch mit dem Geschlecht zusammen. Körperlich stark beanspruchende Tätigkeiten üben vor allem Männer aus. Sie lassen sich auch häufiger wegen Rückenschmerzen krankschreiben als Frauen (18,3 zu 13,4 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 AOK-Mitglieder). Besonders betroffen sind Männer über 60 Jahre. Ihre Fehltage liegen um 22,0 Prozent höher als die von Frauen der gleichen Altersgruppe (4,4 zu 3,6 Fehltage).

Die Fehlzeiten durch Rückenschmerzen verteilen sich auch regional sehr unterschiedlich. So fehlen die AOK-Mitglieder in Brandenburg am längsten (durchschnittlich 2,4 Fehltage), gefolgt von Meck-

lenburg-Vorpommern (2,3 Fehltage); am wenigsten betroffen sind Beschäftigte in Hamburg (1,6 Fehltage) und Bayern (1,7 Fehltage). Beim Vergleich der mehr als 400 Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands zeigt sich: Beschäftigte, die in Gelsenkirchen und Offenbach am Main wohnen, fehlen am häufigsten wegen Rückenschmerzen (3,4 und 3,3 Fehltage pro AOK-Mitglied).

Den Rücken gesund zu erhalten ist eine wichtige Aufgabe der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Wer im Arbeitsalltag rückschonend vorgeht, vermeidet Beschwerden. Hier können Betriebe mit zielgenauen Präventionsmaßnahmen wie Rückenschulen oder Bewegungspausen für die Beschäftigten eingesteuern. ■

Fehlzeiten aufgrund von Rückenschmerzen



In den östlichen Bundesländern fehlen die Beschäftigten am längsten wegen Rückenschmerzen. Die zwei Städte mit den meisten Fehltagen durch Rückenschmerzen liegen jedoch im Westen: Offenbach und Gelsenkirchen.

Quelle: Wido 2020



Foto: AOK-Bundesverband

Markus Meyer, Projektleiter für Betriebliche Gesundheitsförderung im Forschungsbereich BGF, Heilmittel und ambulante Bedarfsplanung im Wido

„Die Betriebliche Gesundheitsförderung kann dabei unterstützen, möglichst rückschonend zu arbeiten. Die Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen wie etwa Rückenschulen lässt sich nachweisen.“

AU-Tage je AOK-Mitglied aufgrund von Rückenschmerzen

0,81 bis 1,61
1,62 bis 1,85
1,86 bis 2,07
2,08 bis 2,34
2,35 bis 3,37

Wido-TICKER: Anmeldung zum Wido-Newsletter unter wido.de/news-events/newsletter +++ Aktuelle Stellenausschreibungen unter wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido +++ GGW auf der Wido-Website unter wido.de/publikationen-produkte/ggw +++ Kontakt zum Wido unter Telefon 030 34646-2393

Chronische Schmerzen

Rückenbeschwerden sind oft ein langwieriges Leiden

Rund 4,4 Millionen AOK-Versicherte wurden im Jahr 2017 wegen chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen ärztlich behandelt. Die Behandlung zieht sich teilweise über mehrere Jahre: Zwei Drittel der Betroffenen waren bereits im Vorjahr in Behandlung, ein Viertel sogar dauerhaft seit vier Jahren.

Für den Heilmittelbericht 2019 hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) untersucht, wie viele AOK-Versicherte im Jahr 2017 in mindestens zwei Quartalen wegen Rückenschmerzen einen Arzt aufsuchten, Arzneimittel oder Physiotherapie verordnet bekamen oder arbeitsunfähig waren. Aus dieser Gruppe wurden Patienten ausgeschlossen, für die zusätzlich Diagnosen kodiert wurden, die die

vorhandenen Rückenschmerzen spezifizieren, wie zum Beispiel Krebserkrankungen, Bandscheibenvorfälle oder Frakturen.

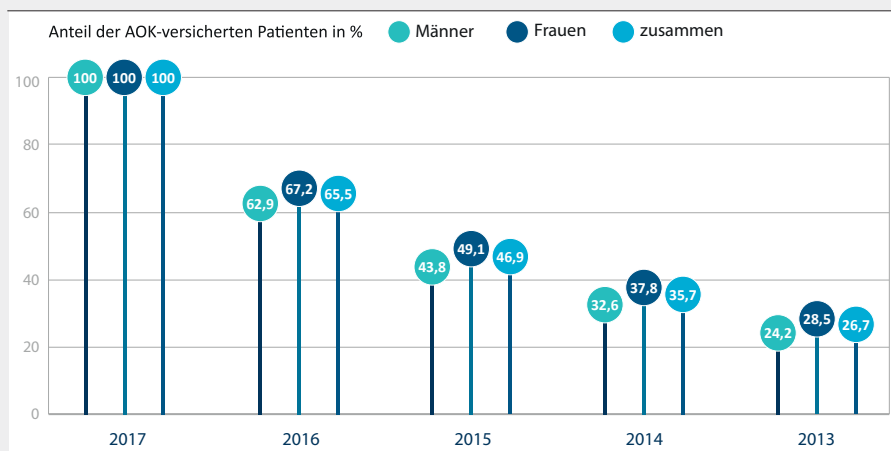
Knapp 4,4 Millionen AOK-Versicherte wurden nach dieser Definition wegen chronischer, aber unspezifischer Rückenschmerzen ärztlich behandelt. Dies betraf mehr Frauen (20,0 Prozent) als Männer (15,0 Prozent). Bis zur Altersgruppe von 60 bis 64 Jahren nahm die Zahl dieser Patienten zu. In den letzten Jahren vor Renteneintritt war die Rate bei beiden Geschlechtern am höchsten und sank danach zunächst deutlich. Während alle Patienten oft Schmerzmittel erhielten (Frauen 78,3 Prozent, Männer 76,7 Prozent), zeigten sich bei der Physiotherapie Geschlechterunterschiede: Rund ein Drittel der Pa-

tientinnen (33,2 Prozent) nahm Physiotherapie in Anspruch, bei den Männern war es nur ein Viertel (24,6 Prozent).

Das WIDO hat auch analysiert, wie lange die Beschwerden bereits andauerten. Zwei Drittel der Frauen (67,2 Prozent) litten schon im Vorjahr unter Rückenschmerzen, bei den Männern waren es 62,9 Prozent. Über ein Viertel (28,5 Prozent) der betroffenen Frauen wurde sogar bereits im Jahr 2013 behandelt (Männer: 24,2 Prozent). Für über eine Million AOK-Versicherte sind die Rückenbeschwerden damit ein langjähriges Leiden.

Am 1. Oktober 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss deshalb die Grundlage für ein entsprechendes Disease-Management-Programm (DMP) verabschiedet. Die darin enthaltenen Anforderungen für die Behandlung chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen basieren auf wissenschaftlichen Leitlinien und Studien. Empfohlen werden verschiedene Maßnahmen: Die Basis bilden körperliche Aktivierung und eine Änderung des Lebensstils. Ergänzen lassen sich diese durch Krankengymnastik, Entspannungsverfahren, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungen sowie Schmerztherapie mit Arzneimitteln. Bleibt der Erfolg aus, kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingeleitet werden. Die Versorgungsforschung wird die neuen Behandlungsprogramme im Rahmen der Evaluation begleiten. ■

Chronische Rückenschmerzen: Prozentsatz der Erkrankten in Vorjahren



Von den AOK-versicherten Patienten, die 2017 chronische, unspezifische Rückenschmerzen hatten, waren nahezu zwei Drittel bereits im Vorjahr erkrankt – mehr als ein Viertel sogar durchgehend vier Jahre lang.

Quelle: Heilmittelbericht 2019

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Christian Günster: „Verknüpfung von Daten klinischer Krebsregister und gesetzlicher Krankenkassen“, 34. Deutscher Krebskongress, Berlin 2/2020

Überversorgung – Ausmaß, Ursachen und Gegenmaßnahmen

von Marion Grote Westrick¹ und Eckhard Volbracht²

ABSTRACT

Überversorgung schadet Patienten und der Gesellschaft.

Nationale und internationale Studien belegen, dass medizinische Leistungen an Patientengruppen erbracht werden, für die sie nicht notwendig oder sogar schädlich sind – in OECD-Staaten, inklusive Deutschland. Neben Planungs-, Vergütungs- und Steuerungsdefiziten werden gesellschaftliche Trends sowie die Erwartungen, die Einstellungen und das Verhalten von Patienten und Ärzten als Treiber für Überversorgung identifiziert. Aufgrund der Komplexität der Problematik und der Vielfalt an Ursachen und Einflussfaktoren bedarf es einer ebensolchen Vielfalt an Lösungsansätzen.

Schlüsselwörter: Überversorgung, Überdiagnose, Medikalisierung, Indikationsstellung, Glaubenssätze

Overuse harms patients and society. National and international studies show that medical services are provided to groups of patients for whom they are unnecessary or even harmful – in many OECD countries, including Germany. Deficits in capacity planning, remuneration, and care coordination as well as social trends, unrealistic expectations, and attitudes of patients and doctors alike are identified as drivers of overuse. Due to the complexity of the problem and the variety of causes and influencing factors, an equally wide range of approaches to solving the problem is required.

Keywords: overuse, overdiagnosis, medicalisation, appropriateness of care, beliefs and biases

1 Das Problem Überversorgung

Mehr Untersuchungen und Behandlungen bewirken nicht zwangsläufig mehr Gesundheit oder Linderung von Krankheit. Systematische Reviews zeigen regelmäßig eine Vielzahl medizinischer Maßnahmen, die weltweit erbracht werden, obwohl sie für die Patienten wenig bis keinen Nutzen haben und ihnen manchmal mehr schaden als helfen (*Morgan et al. 2019*). Ungefähr ein Drittel aller Patienten erhält medizinische Leistungen, die vermutlich unnötig, unwirksam oder gar schädlich sind (*Ellen et al. 2018*). In den OECD-Staaten leistet etwa ein Fünftel der Gesundheitsausgaben keinen oder nur einen geringen Beitrag zu besseren Gesundheits-Outcomes und könnte damit besser verwendet werden (*OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2017*). Auch in Deutschland hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinen

Gutachten wiederholt auf Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie entsprechende Steuerungsdefizite hingewiesen (*SVR 2018*). Zudem deuten die große Aktivität im Krankenhausbereich sowie die regional hohe Dichte niedergelassener Ärzte auf Überversorgung hin (*OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2017*).

Überversorgung wird definiert als die Erbringung einer medizinischen Leistung, die die Qualität oder Dauer des Lebens wahrscheinlich nicht erhöht, die mehr Schaden als Nutzen bringt oder die Patienten, wären sie über den potenziellen Nutzen und Schaden vollständig informiert gewesen, nicht gewollt hätten (*Elshaug et al. 2017*). Der Komplex Überversorgung umfasst neben dem Schadenspotenzial für den einzelnen Patienten auch den gesellschaftlichen Aspekt, dass (finanzielle und personelle) Ressourcen gebunden werden und damit einer besseren Verwendung nicht mehr zur Verfügung stehen.

¹ Marion Grote Westrick, Bertelsmann Stiftung · Carl-Bertelsmann-Str. 256 · 33311 Gütersloh · Telefon: 05241-8181271
E-Mail: marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

² Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung · Carl-Bertelsmann-Str. 256 · 33311 Gütersloh · Telefon: 05241-8181215
E-Mail: eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

Schätzungen zufolge lösen Ärzte etwa 80 Prozent der Gesundheitskosten aus (Crosson 2009). Daher liegt die Verantwortung für bedarfsgerechte Entscheidungen, für Ressourcensteuerung und somit auch für die Vermeidung von Überversorgung zum großen Teil bei Ärzten. Diese stehen in der Verantwortung, die richtige Indikation zu stellen. Eine *lege artis* erfolgte Indikation ist gemäß Raspe et al. (2019) gleichbedeutend mit der medizinischen Notwendigkeit einer Maßnahme, die als geeignet erscheint, ein klinisch relevantes Ziel zu erreichen und „dabei voraussichtlich mehr Nutzen als Schaden“ stiftet (Raspe et al. 2019, 5).

2 Messung von Überversorgung in Deutschland

Oft ist es schwierig, Überversorgung als solche zu identifizieren, zu messen und zu quantifizieren (Brownlee et al. 2017). Dafür bräuchte es eine Definition der Bedarfsgerechtigkeit einer Leistung, die deren Nutzen-Schaden-Verhältnis für einen einzelnen Patienten beziehungsweise eine Patientengruppe ausdrückt. Die Evidenz sowohl für den Nutzen als auch für die Risiken einer Leistung ist jedoch häufig unzureichend. Zudem kann die gleiche Leistung für manche Patienten(gruppe) angemessen sein, für andere jedoch nicht. Brownlee et al. schließen daraus, dass die Mehrzahl der Untersuchungen und Behandlungen einer Grauzone zuzuordnen ist. In dieser Grauzone befinden sich a) Leistungen, die den meisten Patienten wenig nutzen, b) Leistungen, deren Nutzen-Schaden-Verhältnis bei Patienten stark variiert, und c) Leistungen, bei denen es nur wenig bis keine Evidenz über ihren möglichen Nutzen und Schaden gibt und bei denen daher die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen besonders wichtig ist.

Trotz der methodischen Herausforderungen, Überversorgung zu messen, gibt es vor allem zwei Ansätze, dies zu tun (Brownlee et al. 2017): Beim ersten Ansatz wird gemäß einer Leitlinie oder Konsensusgruppe eine Rate – als Prozentzahl einer Patienten- beziehungsweise Bevölkerungsgruppe oder als Prozentzahl aller vorgenommenen Leistungen – als angemessen festgelegt. (Starke) Abweichungen nach oben lassen sich dann als Überversorgung interpretieren. Der zweite, eher indirekte Ansatz ermittelt Überversorgung über (regionale) Unterschiede in der Leistungserbringung. Statistisch auffällig hohe Raten deuten dann auf Überversorgung hin. Mit dem ersten wie auch mit dem zweiten Ansatz sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten zahlreiche Analysen durchgeführt worden, um Überversorgung zu ermitteln. Im vergangenen Jahr hat das IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung über eine Literatur- und Sekundärdatenanalyse den zuerst beschriebenen Ansatz gewählt, um Hinweisen auf Überversorgung in Deutschland nachzugehen (Deckenbach et al 2019).

Das IGES Institut identifizierte aus sechs Leistungsbereichen – Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), diagnostische und therapeutische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung, Krankenhausversorgung und Versorgung am Lebensende – jeweils eine Leistung, die exemplarisch für Überversorgung in diesem Bereich steht (Deckenbach et al. 2019). Vergleiche dazu Tabelle 1.

3 Ursachen für Überversorgung

Versorgungsstrukturen und -prozesse, kommerzielle Interessen, medizintechnische Entwicklungen, unklare Evidenz und Krankheitsdefinitionen beeinflussen die Versorgung und die individuelle Arzt-Patienten-Interaktion. Sie alle wirken mittelbar oder unmittelbar und in unterschiedlicher Stärke auf die Indikationsstellung und Leistungserbringung ein und können Überversorgung begünstigen. Die Vielfalt der Einflussbereiche und Faktoren wird in Abbildung 1 zusammengefasst. Auf sie soll nachfolgend jeweils kurz eingegangen werden.

3.1 Systemische Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems haben Einfluss darauf, was wo und unter welchen Bedingungen an medizinischen Leistungen erbracht wird. Im stationären Bereich werden für Deutschland Überkapazitäten sowie mangelnde Konzentration und Spezialisierung bei gleichzeitig unzureichend finanzierten Investitionen kritisiert (BMF 2018; SVR 2018; Loos et al. 2019). Der Druck, die vorhandenen Kapazitäten auszulasten, verleitet die Einrichtungen dazu, wirtschaftlichen Erwägungen eine medizinisch unangemessene Bedeutung beizumessen und fehlende Investitionsmittel durch eine Ausweitung von Leistungsmengen auszugleichen (BMF 2018). Dass betriebswirtschaftliche Interessen patientenbezogene Entscheidungen beeinflussen, bestätigte eine qualitative Befragung von Krankenhausärzten und -geschäftsführern (Wehkamp und Naegler 2017).

Im ambulanten Bereich ist die gleichmäßige Verteilung von niedergelassenen Hausärzten für eine bedarfsgerechte Versorgung wichtiger als die der spezialisierten fachärztlichen Leistungen (SVR 2018). Jedoch hat sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte hierzulande das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten zuungunsten der hausärztlichen Versorgung verändert. Auch besteht eine räumliche Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten mit einer Überversorgung in Ballungsräumen und einer Unterversorgung in strukturschwachen Regionen (SVR 2014).

Zudem können finanzielle Anreize für Ärzte und Krankenhäuser – und deren anreizkonformes Verhalten – zu Überver-

TABELLE 1

Ausgewählte Beispiele zu häufig erbrachten Leistungen

Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung (IGeL)	Bildgebung bei unspezifischen Rückenschmerzen (RS)	Verschreibung von Protonenpumpen-inhibitoren (PPI), die die Säureproduktion im Magen dämpfen	Schilddrüsenoperationen	Implantation von Defibrillatoren	Versorgung am Lebensende
Etwa jede 13. Frau ab 35 Jahre bezahlte privat für einen Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung – das sind schätzungsweise 2,1 Millionen Untersuchungen im Jahr 2018.	Insgesamt etwa sechs Millionen Bildgebungen pro Jahr. Davon werden nach sehr konservativen Berechnungen circa 49.000 Versicherte jährlich zu früh oder gänzlich unnötig per Bildgebung diagnostiziert.	3,8 Milliarden Tagesdosen wurden 2016 insgesamt verschrieben – davon bis zu 70 Prozent ohne klare Indikation. Die Verordnungszahlen haben sich in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt.	Rund 70.000 Eingriffe im Jahr 2017. Die Operationshäufigkeit hierzulande liegt um mehr als das Fünffache über dem niederländischen Vergleichswert von 2007. Die regionalen Unterschiede der OP-Häufigkeit pro 100.000 Einwohner hierzulande sind auffällig hoch.	Rund 27.000 Eingriffe im Jahr 2017. Bei elf Prozent der Patienten und 41 Prozent der Krankenhäuser war 2017 gemäß externer Qualitätssicherung der Indikator „leitlinienkonforme Indikation“ auffällig.	Der Anteil von Übertherapie in der Intensivmedizin liegt Schätzungen zufolge bei 50 Prozent der vorgenommenen Maßnahmen. In den letzten sieben Lebenstagen werden 8,5 Prozent der Patienten reanimiert, 15,2 Prozent operiert und 12 Prozent dialysiert.
Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke als IGeL sind nicht leitliniengerecht und steigern die Gefahr falsch-positiver Diagnosen sowie unnötiger und risikoreicher operativer Folgeeingriffe.	Aufnahmen verbessern Therapieentscheidung und Behandlungserfolg bei unspezifischen RS nicht. Zudem wird oft zuvor keine konservative Therapie durchgeführt. Zu frühe oder unnötige Bildgebung steigert die Gefahr von Operationen mit begrenztem oder fragwürdigem Nutzen.	Die Einnahme von PPI ist mit vielfältigen möglichen Schäden verbunden, die aufgrund der hohen Verschreibungszahlen eine erhebliche Bedeutung haben. Besonders die Selbstmedikation beinhaltet große Risiken, da sich PPI nach mehrwöchiger Einnahme ihre Indikation selbst schaffen.	Endokrinologen sehen viele Operationen als vermeidbar an. Diagnostische Möglichkeiten zur präoperativen Risikostratifizierung von Schilddrüsenknoten werden nicht ausgeschöpft.	Durch eine bessere Indikationsstellung und medikamentöse Behandlung wären viele Eingriffe vermeidbar.	Oft steht die Verlängerung des Lebens im Fokus und nicht die Verbesserung der Lebensqualität. Frühzeitige palliativmedizinische Versorgung kann die Risiken von Überdiagnostik und Übertherapie am Lebensende verringern.

Die oben aufgeführten Leistungen aus den Bereichen Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), diagnostische und therapeutische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung, Krankenhausversorgung und Versorgung am Lebensende zeigen exemplarisch das Ausmaß und die Folgen von Überversorgung.

sorgung führen (Saini 2017). Mengenabhängige Vergütungen wie Einzelleistungsvergütung und Fallpauschalen verleiten dazu, medizinische Leistungen zu erbringen, selbst wenn diese medizinisch nicht indiziert sind. In einer quantitativen Befragung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung vermuten 83 Prozent der Bevölkerung, dass medizinisch unnötige Leistungen durchgeführt werden, weil Ärzte und Krankenhäuser gut daran verdienen (Grote Westrick et al. 2019).

Eine unzureichende Versorgungskoordination und schlechte Abstimmung zwischen den Leistungserbringern können zu vermeidbaren Notfällen und Krankenhausaufenthalten führen – eine weitere Form von Überversorgung. Die mangelnde Koordination resultiert hierzulande unter anderem aus einer strukturell schwachen Primärversorgung und dem geringen Grad an Digitalisierung. Deutschland ist eines der wenigen Länder mit doppelter Facharztschiene, ohne

dass die jeweiligen Zuständigkeiten klar geregelt wären (BMF 2018). Auch die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zum Schutz der Patienten vor Über- und Unterversorgung sieht in einer unkoordinierten, spezialistischen Medizin eine Quelle für Überversorgung (DEGAM 2019). Der für Deutschland attestierte niedrige Digitalisierungsgrad erschwert ebenfalls die Patientensteuerung (SVR 2018) und leistet damit der Überversorgung Vorschub. Unzureichender Informationsaustausch führe zu unnötigen zusätzlichen Anamnesegesprächen, Doppeluntersuchungen, Verschlechterungen des Zustands und vermeidbaren zusätzlichen Behandlungen.

Schließlich ist das deutsche Gesundheitssystem bisher nicht darauf ausgerichtet, Patienten systematisch mit für sie relevanten Informationen proaktiv auszustatten. Studien zeigen, dass gute Informationen und die adäquate Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung ihre Zufriedenheit und Compliance erhöhen sowie unnötige Versorgung und unerwünschte regionale Unterschiede verringern (Fisher 2018). Patienten wählen weniger aggressive und invasive Therapien und verringern damit auch die Gesundheitskosten (Arterburn 2012; Stacey 2017).

3.2 Medizinisches Wissen

Medizinische und technologische Entwicklungen können Überversorgung ebenfalls begünstigen. Dies betrifft die Pathologisierung gesundheitlicher Zustände und die Ausweitung von Krankheitsdefinitionen, die Überdiagnose und deren Folgeaktivitäten, den Umgang mit unklarer oder neuer Evidenz sowie die Einflussnahme von Unternehmen auf medizinisches Wissen und Handeln. Medikalisierung ist dabei der Trend, die Grenzen dessen auszudehnen, was in der Medizin und in der Öffentlichkeit als behandlungsbedürftige und behandelbare Erkrankung wahrgenommen wird (Woolpen 2015). So werden Risikofaktoren wie Krankheiten behandelt und Menschen ohne erkennbare Krankheitszeichen gescreent (Alber 2017). Überversorgung kann auch durch eine zu geringe Kenntnis oder mangelnde Berücksichtigung des aktuellen Stands der Evidenz begünstigt werden. Zudem ist medizinische Evidenz häufig mit – unterschiedlich starker – Unsicherheit behaftet (Bedford et al. 2011) und viele medizinische Maßnahmen sind nicht durch Belege aus klinischer Forschung abgesichert. Es ist daher möglich, dass Leistungen mit geringem Nutzen oder hohem Schadenspotenzial weit verbreitet und akzeptiert sind, andere, nutzenstiftende Leistungen hingegen nicht (Eikermann 2019).

3.3 Gesellschaftliche Trends

Gesellschaftliche Entwicklungen beeinflussen Einstellungen, Verhaltensweisen und Entscheidungen von Patienten und Ärzten. Sie prägen die Nachfrage nach und das Angebot an

Versorgung und damit die tatsächliche Leistungsart und -menge. Bei Patienten und Ärzten gibt es tief verwurzelte, intuitive Glaubenssätze zum Nutzen von Behandlungen (Saini 2017), wie „Mehr ist besser“, „Neu ist besser“, „Teurer ist besser“ oder „Technologie ist gut“. Als Folge dieser Einstellungen überschätzen Ärzte und Patienten den Nutzen medizinischer und technologischer Verfahren und unterschätzen „beobachtendes Abwarten“ als Behandlungsstrategie (Hoffmann 2017). In der bereits erwähnten repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung finden einige der Glaubenssätze ebenfalls Zuspruch: 62 Prozent der Befragten stimmen der Aussage zu, dass der Nutzen einer Behandlung häufig überschätzt und deren Risiken unterschätzt werden. 56 Prozent sind zudem der Auffassung, dass jede Therapie besser sei als Abwarten und Nichtstun (Grote Westrick und Vobracht 2019).

Eine qualitative Befragung des Rheingold Instituts Köln im Auftrag der Bertelsmann Stiftung zum Thema Überversorgung zeigt ähnliche Denkmuster (Hambrock 2019). Ihnen folgen sowohl Patienten als auch Ärzte. So glauben Patienten häufig, dass viele Maßnahmen auch viel helfen, vor allem im Bereich Diagnostik. Sie überschätzen den Nutzen medizinischer Maßnahmen und unterschätzen deren Risiken und Nachteile. Zudem lassen sich viele Patienten und zum Teil auch Ärzte von dem Gefühl leiten, ein aktives Handeln sei in jedem Fall besser, als abzuwarten. Dadurch erleben Patienten Überversorgung häufig nicht als solche, sondern als ernst gemeinte Fürsorge. Als Folge solcher Denkmuster werden medizinische Maßnahmen von Patienten eher gefordert und von Ärzten eher verordnet und durchgeführt.

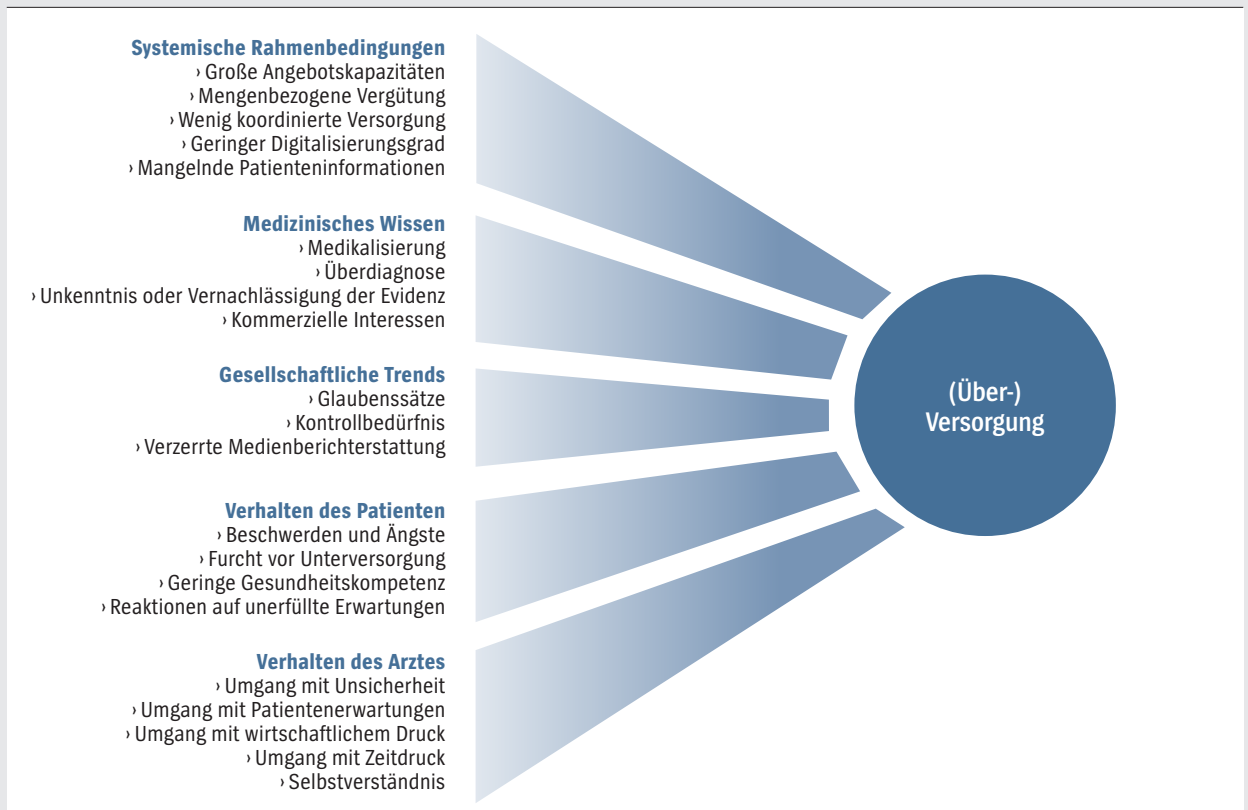
Verstärkt wird die patienten- und arztseitige Präferenz zum aktiven Handeln durch das Bedürfnis, Ungewissheit und Untätigkeit durch Kontrolle beherrschen zu können. Die Möglichkeiten, Kontrolle ausüben und Kontrollbedürfnissen nachgeben zu können, haben durch die Digitalisierung in vielen gesellschaftlichen Bereichen zugenommen, auch im Gesundheitswesen (Hambrock 2019). Nicht nur Selbstvermessung und Informationssuche im Internet, auch medizinische, insbesondere diagnostische Leistungen wie Bildgebungen, Labortests oder Screenings seien Ausdruck eines wachsenden Kontrollbedürfnisses von Patienten und Ärzten.

3.4 Verhalten des Patienten

Manche Patienten sind nicht nur Empfänger und möglicherweise Leidtragende von Überversorgung. Mit ihrer Erwartungshaltung und ihrem Verhalten können sie – wissentlich oder auch unwissentlich – zu Überversorgung beitragen. Wenn bei Patienten Beschwerden vorliegen oder die Angst besteht, dass sie von einer bestimmten, womöglich lebensbedrohlichen Erkrankung betroffen sein könnten, steigt bei ihnen der Wunsch nach umfassender diagnostischer Abklä-

ABBILDUNG 1

Einflussfaktoren auf Überversorgung



Zwar lösen Ärzte Schätzungen zufolge rund 80 Prozent der Gesundheitskosten aus, doch ihr Verhalten ist längst nicht die einzige Ursache von Überversorgung. So spielen unter anderem auch systemische Rahmenbedingungen, medizinisches Wissen und das Verhalten der Patienten eine Rolle.

Quelle: eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung, Grafik: G+G Wissenschaft 2020

rung und Untersuchung (Hambrock 2019; Gerber et al. 2016). Sie erkennen beziehungsweise reflektieren kaum, dass ihre durch Ängste geprägten Erwartungen Überversorgung auslösen. Sie nehmen den geringen Nutzen oder möglichen Schaden von nicht notwendigen Leistungen lieber in Kauf, als dass sie abwarten und Unsicherheiten aushalten wollen (Ellen et al. 2018).

In repräsentativen Befragungen zeigt sich einerseits, dass Menschen in Deutschland durchaus vermuten, dass es in Arztpraxen oder Kliniken zu medizinisch unnötigen Leistungen kommt (Klemperer und Dierks 2011; Grote Westrick et al. 2019). Andererseits haben viele Patienten in ihrem eigenen Erleben fast kein Bewusstsein für Überversorgung. Sie befürchten eher, dass ihnen notwendige Leistungen vorenthalten werden können, dass sie also von Unterversorgung und Rationierung betroffen sein könnten, und fordern Leistun-

gen deshalb eher ein, als dass sie sie ablehnen (Hambrock 2019). Zudem haben sie Bedenken, dass Behandlungsempfehlungen ohne Berücksichtigung ihrer individuellen Situation umgesetzt werden (Gerber et al. 2016). Der Austausch einer Leistung gegen eine andere mit gleicher Wirkung wird von vielen Patienten als Rationierung empfunden (Henshall et al. 2012). Das mangelnde Bewusstsein der Patienten für Überversorgung in der eigenen Behandlung kann schließlich auch dadurch entstehen, dass viele Patienten nicht in der Lage sind, das Angebot der medizinischen Leistungen kritisch zu hinterfragen (Ellen et al. 2018).

3.5 Verhalten des Arztes

Ärzte sind in der Verantwortung, bedarfsgerechte und ressourcenbewusste Entscheidungen aufgrund einer wissenschaftlich begründeten, individuell abgestimmten Indikationsstellung zu

treffen. Die Indikationsstellung ist das Resultat einer komplizierten Gemengelage aus wissenschaftlicher Evidenz, verfügbaren Ressourcen, Arzt- und Patientenpräferenzen, der Versorgungsorganisation und finanziellen Rahmenbedingungen (Saini 2017). Ärzte entscheiden durch die Wahl des weiteren Vorgehens auch darüber, ob eine – eventuell unnötige – Versorgungskaskade in Gang gesetzt wird (Alber 2017).

Die Arzt-Patienten-Interaktion ist demnach ein zentraler Ansatzpunkt, um Überversorgung abzubauen (Lakhani et al. 2016). Es ist der Arzt, der unter den genannten Einflussfaktoren abwägen muss, eine medizinische Leistung zu unterlassen, zu empfehlen, zu verordnen oder selbst zu erbringen – und den Patienten in diese Entscheidung mit einzubeziehen. Inwiefern er bewusst oder unbewusst medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringt, hängt von seinem Selbstverständnis und seiner Haltung im Umgang mit Unsicherheit, dem Erwartungsdruck der Patienten sowie dem wirtschaftlichen und zeitlichen Druck ab.

Ärzte veranlassen zusätzliche Diagnostik, um Unsicherheiten für sich und ihre Patienten zu verringern und die Gewissheit zu erhalten, nichts übersehen zu haben. Sie möchten eigene Schuldgefühle sowie Vorwürfe und Kritik von Patienten vermeiden, die einträten, wenn durch Unterlassen einer Untersuchung eine lebensbedrohliche Erkrankung nicht rechtzeitig erkannt würde (Gerber et al. 2016; Hambrock 2019). In einer Befragung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) nennen fast 80 Prozent der Ärzte die Sorge vor Behandlungsfehlern als einen ausschlaggebenden Grund dafür, dass sie unnötige diagnostische oder therapeutische Leistungen durchführen (Hasenfuß et al. 2017). Auch rechtlich und ökonomisch wird die Defensivmedizin gestützt: Während das Unterlassen von Leistungen im Nachhinein eher juristisch geahndet wird, wird die Durchführung von Überdiagnosen nicht sanktioniert – genauso wenig wie Überbehandlungen, weil sich diese im Nachhinein schwer nachweisen lassen (Gerber et al. 2016).

Als ein weiterer Treiber für Überversorgung werden von Ärzten die Patientenerwartungen gesehen (Hasenfuß et al. 2017; Hambrock 2019; Mira et al. 2018), insbesondere, wenn sie vehement oder unter Androhung von Konsequenzen vorgetragen werden. Mit dem Erwartungsdruck ihrer Patienten gehen Ärzte ganz unterschiedlich um: Die eine Reaktion besteht darin, die Patientenerwartungen zu erfüllen und Überversorgung zuzulassen. Als Hauptgründe nennen die Ärzte den beharrlichen Druck der Patienten, die eigene Unfähigkeit, den Patienten von der Nichtnotwendigkeit der Leistung zu überzeugen, die Vermeidung zukünftiger Nachfrage und die Zufriedenstellung des Patienten (Mira et al. 2018). Als andere Reaktion bemühen sich Ärzte, die Patienten von der Nichtnotwendigkeit der Leistung zu überzeugen und deren Erwartungen zu korrigieren. Auch in qualitativen Interviews

mit Ärzten und Patienten zeigt sich, dass Ärzte Patienten durchaus von ihren Wünschen abbringen können und die Patienten dann trotzdem – oder sogar erst recht – mit dem Arzt zufrieden sind (Hambrock 2019).

Manche Patienten äußern allerdings keine klaren Erwartungen. Die akkurate medizinische Diagnose allein genügt jedoch häufig nicht für die Auswahl der richtigen Behandlung. Ebenso wichtig ist die Diagnose der Patientenpräferenzen, die einen entscheidenden Einfluss auf die Wahl der Behandlung haben (Raspe 2016). Bei der Ermittlung der Patientenpräferenzen gibt es häufig Fehldiagnosen oder sie findet erst gar nicht statt (Mulley et al. 2012). Studien zeigen, dass die adäquate Einbeziehung der Patientenpräferenzen in die Entscheidung die Zufriedenheit und Compliance der Patienten erhöht und unnötige Versorgung sowie unerwünschte regionale Unterschiede verringert (Fisher et al. 2018). Studien zeigen zudem, dass Patienten weniger aggressive und invasive Therapien wählen und damit auch die Gesundheitskosten senken (Arterburn 2012; Stacey 2017). In Deutschland ermitteln Ärzte die Präferenzen ihrer Patienten jedoch häufig noch nicht systematisch und beziehen sie nicht in die Behandlung ein (Bieber et al. 2016; Bittner et al. 2018).

Wirtschaftlicher und zeitlicher Druck sind ein weiterer Treiber für Überversorgung. Sie gehen oft Hand in Hand: Mengen- und technikbezogene Vergütungsformen setzen den Anreiz, möglichst viele Patienten in der vorgegebenen Zeit zu behandeln beziehungsweise möglichst viele ertragreiche (möglicherweise auch nicht notwendige) Leistungen zu erbringen, insbesondere in Kliniken (Ellen et al. 2018; Wehkamp und Naegler 2017; Alber et al. 2017). In einer Befragung der DGIM im Jahr 2015 gaben 49 Prozent der niedergelassenen Ärzte an, unnötige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen durchzuführen, um zusätzliche Erlöse zu erzielen. 42 Prozent bestätigten, dass sie Überdiagnostik und -therapie aufgrund fehlender Zeit für den Patienten durchführen (Hasenfuß et al. 2017).

Im Klinik- oder Praxisalltag wirken (mindestens) die bisher beschriebenen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für Überversorgung auf Ärzte ein. Inwiefern Ärzte diesen Einflüssen standhalten oder doch teilweise nachgeben und damit unnötige Leistungen veranlassen, hängt auch von ihrem eigenen Selbstverständnis ab. Dieses wird von gesellschaftlichen Erwartungen an die Ärzteschaft, von der Sozialisierung zum Arzt im Studium und vom klinischen Alltag geprägt und hängt zudem von persönlichen Faktoren ab (Koch-Gromus et al. 2012). Ärztliche Eide und Kodizes haben in den vergangenen Jahrzehnten und Jahrhunderten die Pflichten des Arztes gegenüber seinen Patienten festgelegt. Das Genfer Ärztegelöbnis fokussiert vor allem auf das individuelle Verhältnis zwischen Arzt und Patient (Weltärztebund 2017), es argumentiert nicht mit der gesellschaftli-

chen Rolle der Ärzteschaft, die eine Ressourcenverantwortung für die erbrachte und/oder veranlasste Versorgung trägt. In tiefenpsychologischen Interviews mit Ärzten wird deutlich, dass deren Umgang mit Überversorgung sehr stark variiert und unter anderem davon abhängt, wie sie vor allem mit dem Konflikt zwischen dem Idealbild des Arztes als selbstlosem Heiler und dem eigenen oder auf sie ausgeübten wirtschaftlichen Druck umgehen (Hambrock 2019). So halten Ärzte, die Überversorgung generell kritisch gegenüberstehen, stärker am Idealbild fest, Patienten helfen zu wollen und sich ausschließlich am Wohl der Patienten zu orientieren. In der Praxis versuchen sie, Überversorgung so weit wie möglich zu vermeiden und sich bewusst zurückzuhalten. Ärzte, die medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringen, entwickeln unterschiedliche psychologische Mechanismen wie Verleugnen oder Kleinreden des Problems, Projektion der Verantwortung auf andere oder ein Umdeuten der Evidenz, um ihr eigenes Verhalten zu erklären (Hambrock 2019). Die befragten Ärzte sehen sich zwar auch in der Verantwortung und in der Rolle des medizinischen Experten, der nach medizinischen Kriterien und Notwendigkeiten entscheidet. Da es aber bei der Indikationsstellung Spielräume und Graubereiche gibt, geben sie innerhalb dieser Spielräume den Systemzwängen beziehungsweise -anreizen und den Patientenerwartungen nach (Hambrock 2019). Dass sie mit der Indikationsstellung „die Inanspruchnahme knapper Ressourcen im Gesundheitswesen wesentlich steuern“ (Kälble 2014, 17) und damit auch eine gesellschaftliche Funktion wahrnehmen, reflektieren diese Ärzte nicht (Hambrock 2019).

4 Maßnahmen zur Verringerung von Überversorgung

Überversorgung hat erhebliche Konsequenzen für den einzelnen Patienten und die Gesellschaft. Es gibt international zahlreiche Ansätze, Überversorgung zu verringern. Viele Organisationen haben Projekte oder Kampagnen entwickelt (Wild und Mayer 2016). Aufgrund der Komplexität der Problematik und der Vielfalt an Ursachen und Einflussfaktoren von Überversorgung bedarf es einer ebensolchen Vielfalt an Lösungsansätzen. Dabei erfordert die Veränderung systemischer, organisatorischer und kultureller Bedingungen eine sachgerechte Ursachenanalyse und zielgenaue Implementierungsstrategien (Ellen et al. 2018; Elshaug et al. 2017).

In ihrem Übersichtsartikel zum Thema Überversorgung fordert die Autorengruppe um Elshaug et al. (2017) sowohl die Adressierung der systemischen Treiber wie Anzahl und Verteilung der Klinikbetten und Ärzte als auch der vielfältigen Anreize, die auf die Arzt-Patienten-Interaktion wirken. Dabei spielen finanzielle Anreize eine wichtige Rolle. Die

Einbindung der Patienten, gemeinsame Entscheidungsfindung und Empowerment werden zudem als vielversprechende Ansätze bewertet. Des Weiteren wird den Ärzten und ihren Standesorganisationen eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von Überversorgung im Versorgungsalltag, bei der Leitlinienentwicklung und deren Implementierung zugeschrieben. Viele ärztegeführte Initiativen wie die jährlichen „Preventing Overdiagnosis“-Konferenzen, die internationale „Choosing Wisely“-Bewegung oder auch spezifische Themenreihen in hochrangigen Journalen spiegeln die Erkenntnis wider, dass die Entwicklung und Ausrichtung der Medizin und der Gesundheitsversorgung kritisch zu überdenken ist. Die Herausforderung besteht darin, kluge Maßnahmen für den Klinik- und Praxisalltag zu entwickeln, damit Patienten keine Leistungen mehr erhalten, die ihnen nicht oder nur wenig nutzen – oder ihnen sogar schaden.

Vor diesem Hintergrund erscheinen vor allem folgende Maßnahmen gegen Überversorgung erforderlich, um Patienten weniger zu gefährden, Ressourcen freizusetzen und eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung zu ermöglichen:

- Planung und Vergütung optimieren: Die Gesundheitsversorgung sollte bedarfsorientiert und sektorenübergreifend geplant und organisiert werden. Dies umfasst die Krankenhausplanung, die Anzahl und Verteilung der Ärzte, die Steuerung der Patientenwege und die Planung von Großgeräten und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Honorierung von Leistungen muss sich zudem stärker an deren Qualität, insbesondere an der Indikationsqualität, bemessen.
- Evidenz verdeutlichen: Nutzen und Risiken medizinischer Leistungen müssen transparenter gemacht werden. Dafür sind mehr systematische und teils verpflichtende Informationen und Entscheidungshilfen notwendig, die für Ärzte und Patienten leicht verfügbar und einsetzbar sein müssen.
- Ethische Verantwortung übernehmen: Ärzte stehen in der Verantwortung, mit ihren Patienten Nutzen und Risiken relevanter Behandlungsoptionen zu besprechen. Sie sollten dabei mögliche eigene Interessenkonflikte transparent darlegen.
- Unnütze Leistungen unterlassen: Praxen und Kliniken sollten Strategien zur Deimplementierung von Leistungen entwickeln, die für Patienten nachweislich wenig Nutzen und zu viele Risiken haben. Zweitmeinungsverfahren zur Absicherung der Indikationsstellung sind auszubauen.
- Bevölkerung sensibilisieren: Patienten müssen für potenzielle Schäden und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen sensibilisiert werden. Ihnen muss bewusst werden, dass es besser sein kann und genauso viel Fürsorge bedeutet, wenn eine medizinische Maßnahme unterlassen wird.

Literatur

- Alber K et al. (2017):** Medical Overuse and Quaternary Prevention in Primary Care – A Qualitative Study with General Practitioners. *BMC Family Practice*, Vol. 18, No. 99
- Arterburn D (2012):** Introducing Decision Aids at Group Health Was Linked to Sharply Lower Hip and Knee Surgery Rates and Costs. *Health Affairs*, Vol. 31, No. 9, 2094–2104
- Bedford M et al. (2011):** Strength of Evidence and Handling Uncertainty: Practical Considerations and General Observations. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 12, No. 64, 1272–1274
- Bieber C, Gschwendner K, Müller N, Eich W (2016):** Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Jg. 66, Heft 5, 195–207
- Bittner A et al. (2018):** Gemeinsam entscheiden im Klinikalltag: Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen mit jungen Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- BMF (Bundesministerium für Finanzen) (2018):** Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen; bundesfinanzministerium.de → Suche: Über- und Fehlversorgung
- Brownlee S et al. (2017):** Evidence for Overuse of Medical Services around the World. *The Lancet, Right Care Series*, Vol. 390, No. 10090, 169–177
- Crosson FJ (2009):** Change the Microenvironment. Delivery System Reform Essential to Control Costs. *Modern Healthcare*, Vol. 39, No. 17, 20–21
- Deckenbach B, Zich K, Nolting HD (2019):** Beispiele für Überversorgung. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Überversorgung – eine Spurensuche. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 50–103
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2019):** Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. S2e-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 053–045, DEGAM-Leitlinie Nr. 21; degam.de → Leitlinien → DEGAM-Leitlinien → Schutz vor Über- und Unterversorgung
- Eikermann M (2019):** Bestmögliche medizinische Versorgung auf Basis wissenschaftlicher Evidenz; mds-ev.de → Themen → Methodik und Methodikberatung → Nutzen und Schadenbewertung
- Ellen ME et al. (2018):** Addressing Overuse of Health Services in Health Systems: A Critical Interpretive Synthesis. *Health Research Policy and Systems*, Vol. 16, No. 1, Article 48; springermedizin.de → Zeitschriften → Suche: Health Research Policy and Systems
- Elshaug AG et al. (2017):** Levers for Addressing Medical Underuse and Overuse: Achieving High-Value Health Care. *The Lancet, Right Care Series*, Vol. 390, No. 10090, 191–202
- Fisher KA et al. (2018):** Keeping the Patient in the Center: Common Challenges in the Practice of Shared Decision Making. *Patient Education and Counselling*, Vol. 101, No. 12, 2195–2201
- Gerber M, Kraft E, Bosshard C (2016):** Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 97, Heft 7, 236–243
- Grote Westrick M, Münch I, Volbracht E (2019):** Überversorgung: Überflüssige medizinische Leistungen können Patienten schaden. *Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven*, Nr. 5/2019. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Grote Westrick M, Vobracht E (2019):** Ursachen und Einflussfaktoren. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Überversorgung – eine Spurensuche. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 13–32
- Hambrock U (2019):** Erfahrungen mit Überversorgung – Qualitativ-psychologische Studie mit Patienten und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Hasenfuß G, Märker-Hermann E, Hallek M, Fölsch UR (2017):** Initiative „Klug entscheiden“: Gegen Unter- und Überversorgung. *Sammelband der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)*, 6–9; klug-entscheiden.com → Mediathek → Publikationen zum Download
- Henshall C, Schuller T, Mardhani-Bayne L (2012):** Using Health Technology Assessment to Support Optimal Use of Technologies in Current Practice: The Challenge of “Disinvestment”. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 28, No. 3, 203–210
- Hoffmann T (2017):** Clinicians’ Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests, A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 177, No. 8, 1225–1226
- Kälble K (2014):** Die ärztliche Profession und ökonomie: Wird der Arzt zum Gesundheitsmanager? *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 14, Heft 3, 16–25
- Klemperer D, Dierks ML (2011):** Evidenzbasierte Medizin und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen: Erfahrungen und Einschätzungen der Bürger. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GE Gütersloh*: Verlag Bertelsmann Stiftung, 32–55
- Koch-Gromus U, Kreß H (2012):** Arzt-Patienten-Verhältnis. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Vol. 55, No. 9, 1106–1112; springer.com → Suche: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz → View all volumes & issues → Vol. 55, No. 9
- Lakhani A, Lass E, Silverstein W (2016):** Less Is More: Integration of Resource Stewardship in Medical Education. Montreal: Canadian Federation of Medical Students
- Loos S, Albrecht M, Zich K (2019):** Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Mira JJ et al. (2018):** Drivers and Strategies for Avoiding Overuse. A Cross-Sectional Study to Explore the Experience of Spanish Primary Care Providers Handling Uncertainty and Patients’ Requests. *BMJ Open*, Vol. 8, No. 6
- Morgan DJ et al. (2019):** 2018 Update on Medical Overuse: A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 179, No. 2, 240–246
- Mulley G, Trimble C, Elwyn, G (2012):** Stop the Silent Misdiagnosis: Patients’ Preferences Matter. *The BMJ*, Vol. 345; bmj.com/content/bmj/345/bmj.e6572.full.pdf

OECD (2017): Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD
 OECD, European Observatory on Health Systems and Policies
 (2017): State of Health in the EU: Germany. Country Health Profile
 2017. Brüssel: Paris/European Observatory on Health Systems
 and Policies; [oecd.org/germany/germany-country-health-profile-2017-9789264283398-en.htm](https://www.oecd.org/germany/germany-country-health-profile-2017-9789264283398-en.htm)

Raspe H (2016): Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum
 und/oder dem Patientenkollektiv verpflichtet? In: Leopoldina. Natio-
 nale Akademie der Wissenschaften (Hrsg): Zum Verhältnis von Medi-
 zine und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Dokumentati-
 on des Symposiums am 21. Januar 2016, 24–39; [leopoldina.org](https://www.leopoldina.org)
 → Publikationen

Raspe H et al. (2019): Medizinische Behandlungsmethoden: Was
 macht sie medizinisch notwendig? Teil I: Medizinische Methoden,
 medizinische Notwendigkeit und ihre Hauptkriterien. Das Gesund-
 heitswesen, Band 81, Heft 11, 933–944

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

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

**SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im
 Gesundheitswesen) (2014):** Bedarfsgerechte Versorgung – Per-
 spektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungs-
 bereiche; [svr-gesundheit.de](https://www.svr-gesundheit.de) → Gutachten → Gutachten 2014

**SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung
 im Gesundheitswesen) (2018):** Bedarfsgerechte Steuerung der
 Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018; [svr-gesundheit.de](https://www.svr-gesundheit.de)
 → Gutachten → Gutachten 2018

Wehkamp KH, Naegler H (2017): Ökonomisierung patientenbezo-
 gener Entscheidungen im Krankenhaus. Eine qualitative Studie zu
 den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. Deutsches
 Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 47, 797–804

Weltärztebund (2017): Deklaration von Genf. Das ärztliche
 Gelöbnis. Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf,
 autorisiert durch den Weltärztebund; [bundesaerztekammer.de](https://www.bundesaerztekammer.de)
 → Suche: Deklaration von Genf

Wild C, Mayer J (2016): Überversorgung: Initiativen zur Identifika-
 tion ineffektiver oder nicht bedarfsgerechter Leistungen. Wiener
 Medizinische Wochenschrift, Heft 166, 149–154

Woopon C (2015): Begrüßung und Einführung. Alte Probleme –
 Neue Krankheiten. Überflüssige Medikalisierung oder notwendige
 Therapie? Simultanmitschrift. Forum Bioethik, Berlin-Brandenburg-
 ische Akademie der Wissenschaften; www.ethikrat.org → Suche:
 Alte Probleme

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 11. März 2020)

Hinweis: Dieser Artikel entstand aus den Projektaktivitäten und Veröffentlichungen der Bertelsmann Stiftung zum Thema Überversorgung und Choosing Wisely im Jahr 2019, d. h. vor Ausbruch der Corona-Pandemie. Die Analysen und Erläuterungen im Text beziehen sich deshalb auf den medizinischen Regelbetrieb in deutschen und in anderen Gesundheitssystemen. Zur Bewältigung von nationalen Krisenlagen bedarf es einer gesonderten Planung und Vergütung von Notfallkapazitäten. Diese Kapazitäten dürfen in Zeiten des Regelbetriebs nicht oder nur geringfügig ausgelastet sein. Alle Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen sollten immer auf eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung ausgerichtet sein, die Über-, Unter- und Fehlversorgung bestmöglich vermeidet. *Dasselbe gilt für die beiden anderen Analysen in diesem Heft.*

DIE AUTOREN



Marion Grote Westrick,

Jahrgang 1972, hat Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier und an der Universidade Católica Portuguesa in Lissabon studiert. Nach dem Studium arbeitete sie von 1999 bis 2002 bei McKinsey und von 2002 bis 2005 an der Universität Duisburg-Essen. Seit 2005 ist sie in der Bertelsmann Stiftung in unterschiedlichen Funktionen für verschiedene Projekte tätig, zuletzt als Projektleiterin des Faktenchecks Gesundheit und gegenwärtig als Leiterin des Projekts „Patient mit Wirkung“.



Eckhard Volbracht,

Jahrgang 1957, hat Sporttherapie in Köln und den USA und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld studiert. Nach dem Studium leitete er die Gesundheitsabteilung einer Rehabilitationsklinik und das Qualitätsmanagement mehrerer Krankenhäuser. Seit 2002 ist er in der Bertelsmann Stiftung in unterschiedlichen Funktionen für verschiedene Projekte im Bereich der Qualitätsverbesserung der Versorgung tätig.

Zweitmeinung bei elektiven Eingriffen

von Dawid Pieper¹

ABSTRACT

Zweitmeinung bei elektiven Eingriffen ist bereits seit Anfang der 1970er-Jahre aus den USA bekannt, ehe sie 20 Jahre später aus der Versorgung de facto verschwunden ist. In Deutschland bieten derzeit viele Krankenkassen ihre eigenen Programme zu einer Vielzahl an Indikationen oder Prozeduren an. Auf dem Markt gibt es auch einige kommerzielle Dienstleister, die häufig mit Krankenkassen Verträge schließen. Mit dem § 27b SGB V hat der Gesetzgeber das Recht auf Zweitmeinung gesetzlich verankert. Versicherte mit einer Indikation für eine Hysterektomie, Tonsillektomie oder Tonsillotomie und neuerdings auch Schulterarthroskopie müssen vom Arzt über ihr Recht auf Einholung einer Zweitmeinung informiert werden. Bislang mangelt es an aussagekräftigen Studiendesigns, sodass Aussagen zum Schaden und Nutzen derzeit nicht möglich sind.

Schlüsselwörter: Zweitmeinung, Krankenversicherung, Evaluation

Second opinion programmes for elective surgery have been known to exist in the US since the 1970s. However, about 20 years later they disappeared. In Germany, the majority of health insurance funds offers second opinion programmes. In addition, some service providers have contracts with health insurance funds. According to § 27b SGB V, patients scheduled for hysterectomy, tonsillectomy/tonsillectomy, and recently shoulder arthroscopy have to be informed by their doctor about their right to obtain a second opinion. Up to now, it is not possible to come to any conclusions about the benefits or harms of second opinion programmes. High quality evaluations based on thorough study designs are urgently needed.

Keywords: second opinion, health insurance fund, evaluation

1 Rationale

Die Einführung eines jeden Programms oder einer Intervention bedarf in der Regel einer dahinterliegenden Rationalen, die als Begründung beschrieben werden kann, warum das Programm oder die Intervention sinnvoll ist beziehungsweise sein könnte. Auch bei einer Zweitmeinung kann von einer Intervention oder je nach Ausgestaltung von einem Programm gesprochen werden. Es gibt sowohl eine theoretische Begründung (siehe 1.1), warum eine Zweitmeinung sinnvoll sein kann, als aber auch eine empirisch gestützte Begründung (siehe 1.2).

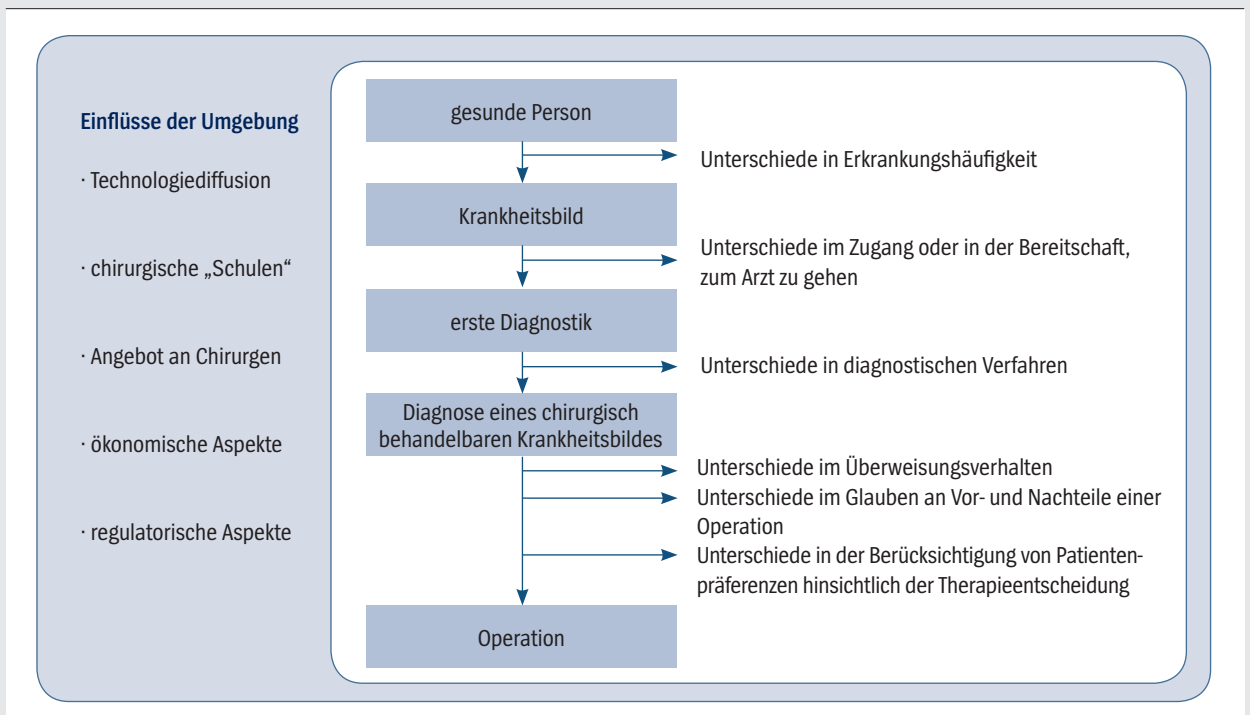
1.1 Zweitmeinung innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens

Das altbekannte Prinzip, dass vier Augen mehr sehen als zwei, ist sehr geläufig. Es lässt sich auch anders formulieren, und zwar so: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ Daher ist es nicht verwunderlich, dass das Prinzip vielfach angewendet wird, und zwar auch außerhalb des Gesundheitswesens. Anwälte werben vielfach damit, sich eine Zweitmeinung bei ihnen einholen zu können. Viele Menschen fragen nach einer Zweitmeinung bei einer anderen Werkstatt vor einer anste-

¹Dr. rer. med. Dawid Pieper, Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke · Ostmerheimer Straße 200 · Haus 38
51109 Köln · Telefon: 0221 9895740 · E-Mail: dawid.pieper@uni-wh.de

ABBILDUNG 1

Der chirurgische Behandlungspfad und seine Einflussfaktoren



Nicht allein die Erkrankung ist dafür ausschlaggebend, ob und wann jemand operiert wird. Unterschiede im Zugang, in diagnostischen Verfahren, im Überweisungsverhalten und andere, teils externe Faktoren spielen eine Rolle.

Quelle: Birkmeyer et al. 2013; Grafik: G-G Wissenschaft 2020

henden Reparatur ihres Fahrzeugs. Im Gesundheitswesen wird seit Jahrzehnten das Konsiliarwesen genutzt, bei dem eine zweite Meinung eines anderen Arztes eingeholt wird. Darüber hinaus ist es insbesondere in der Radiologie und in der Pathologie vielfach bereits Standard, dass Befunde überprüft werden.

1.2 Unterschiede in Häufigkeiten operativer Eingriffe

Nachfolgend soll der Fokus auf die Einholung einer Zweitmeinung vor operativen elektiven Eingriffen gelegt werden. Die oben genannte theoretische Begründung greift natürlich auch hier. Diese allein ist jedoch selten ausreichend, denn grundsätzlich könnte vor jeder anstehenden Entscheidung, unabhängig vom Kontext oder Lebensbereich damit argumentiert werden, dass es zunächst sinnvoll sei, noch eine weitere Meinung einzuholen – nur würde das das Leben extrem kompliziert machen. Es wird also auch eine empirische Komponente benötigt, die dazu beiträgt, das Einholen einer Zweitmeinung in einem bestimmten Kontext als sinnvoll zu erachten. Die empirische Komponente sollte zeigen, dass es

Unterschiede in den Meinungen geben kann, während der Kontext derart sein muss, dass die Entscheidung, die basierend auf einer Meinung getroffen wird, für die jeweilige Person mit weitreichenden Konsequenzen verbunden ist. Dies ist bei einem operativen Eingriff häufig der Fall; der Kontext ist hier jedoch auch abhängig von der Art des Eingriffs und den damit verbundenen Risiken.

Regionale Unterschiede in Häufigkeiten operativer Eingriffe werden bereits seit langem in der Literatur beschrieben (Birkmeyer et al. 2013). In vielen Ländern hat sich mittlerweile hierzu ein Berichtswesen etabliert, wie beispielsweise das Dartmouth Atlas Project (www.dartmouthatlas.org) aus den Vereinigten Staaten von Amerika, wobei dieses wie andere auch nicht ausschließlich auf operative Eingriffe beschränkt ist. Im deutschen Kontext ist diesbezüglich insbesondere der Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung erwähnenswert, wenn auch seit Juni 2017 beendet. Viele der Ergebnisse erscheinen durchaus erklärungsbedürftig zu sein. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die standardisierte OP-Häufigkeit im Zeitraum 2010 bis 2012 zwischen

13 und 107 Operationen je 10.000 Kinder und Jugendliche betrug, wenn die Analyse auf Kreisebene durchgeführt wird (Grote-Westrick et al. 2015), was fast einem Faktor von acht entspricht. Nicht jede Betrachtung fällt jedoch so drastisch aus. Bei der Entfernung der Gallenblase im selben Zeitraum betrug der Faktor nur zwei (Grote-Westrick et al. 2015). Dennoch lässt sich insgesamt konstatieren, dass nicht alle Unterschiede allein durch die Bevölkerungsstruktur oder medizinisch erklärbar sind. Hier müssen andere Erklärungsmuster herangezogen werden. Neben Unterschieden in der Population können der Zugang zum Gesundheitssystem beziehungsweise zu Leistungsanbietern, Diagnostik, Indikationsstellung, Einstellung und Präferenzen sowie deren Berücksichtigung in der Entscheidungsfindung (sowohl der Ärzte als auch der Patienten) eine Rolle spielen. Daneben gibt es noch sogenannte Umwelteinflüsse wie die Verfügbarkeit von Technologien (im allgemeinen Sinne), „Schulen“, an denen die Operateure gelernt haben, Verfügbarkeit von Operateuren, finanzielle Anreize sowie regulatorische Rahmenbedingungen (Birkmeyer et al. 2013). Abbildung 1 veranschaulicht dies noch einmal.

Die Feststellung von Unterschieden in der Häufigkeit operativer Eingriffe ist vergleichsweise einfach, während deren Bewertung wesentlich komplexer ist. Die Tatsache, dass es regionale Unterschiede gibt, muss für sich allein genommen noch kein Problem darstellen. Von einem Problem, das einer Lösung beziehungsweise Intervention bedarf, sollte erst gesprochen werden, wenn die unterschiedlichen Häufigkeiten in den Operationszahlen auch mit einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung einhergehen. Erst dann sollte dazu übergegangen werden, zu intervenieren und die Unterschiede zu minimieren, wenn auch bislang nicht klar ist, wie solche Unterschiede effektiv reduziert werden können (McCulloch et al. 2013). Der Zweitmeinung liegt die Idee zugrunde, unnötige operative Eingriffe zu reduzieren und damit gegebenenfalls auch zu einer Kostenersparnis im Gesundheitssystem beizutragen (Gornick 1982).

2 Historie

Es überrascht nicht, dass Zweitmeinungsprogramme bereits auf eine längere Geschichte zurückblicken können. Eines der ersten dokumentierten Programme geht bereits auf das Jahr 1972 zurück und wurde in den Vereinigten Staaten durchgeführt. Am sogenannten Cornell-Programm nahmen mehrere Krankenversicherer aus New York City teil, wobei die Ausgestaltung sehr unterschiedlich sein konnte. Je nach Krankenversicherer konnte die Zweitmeinung ein Angebot darstellen. Es gab aber auch Ausgestaltungen, die eine Zweitmeinung verpflichtend vorsahen, ehe eine Leistung (das heißt in der Regel der operative Eingriff) in Anspruch genommen beziehungsweise erstattet wurde (McCarthy und Widmer 1978; Grafe et al. 1978; McCarthy und Finkel 1978).

Andere bekannte Programme sind das Massachusetts-Zweitmeinungsprogramm für Medicaid-Versicherte, welches ebenfalls obligatorisch ausgestaltet war (Martin et al. 1982). In ähnlicher Form ist es etwas später auch im Bundesstaat Wisconsin aufgesetzt worden (Tyson 1985). Gänzlich freiwillig in Anspruch genommen werden konnte eine Zweitmeinung, sofern man bei einem Versicherer der „Blue Cross Blue Shield“-Gruppe versichert war und im Großraum New York lebte (Schachter et al. 1983). Außerhalb der USA gab es Ende der 1990er-Jahre in der Schweiz ebenfalls auf Betreiben eines Krankenversicherers ein Zweitmeinungsprogramm.

Anfang der 1980er Jahre ebte das Interesse an Zweitmeinungsprogrammen in den USA jedoch merklich ab, ohne dass die Gründe dafür klar zu erklären wären. Möglicherweise haben die Analysen der Programme nicht die gewünschten Erfolge gebracht, die sich die Krankenversicherer insbesondere hinsichtlich einer möglichen Kostenersparnis erhofft hatten (Peebles 1991). Den potenziell eingesparten Kosten durch nicht erfolgte oder zumindest hinausgezögerte Operationen müssen die Programmkosten (insbesondere die Erstellung der Zweitmeinung selbst) gegengerechnet werden.

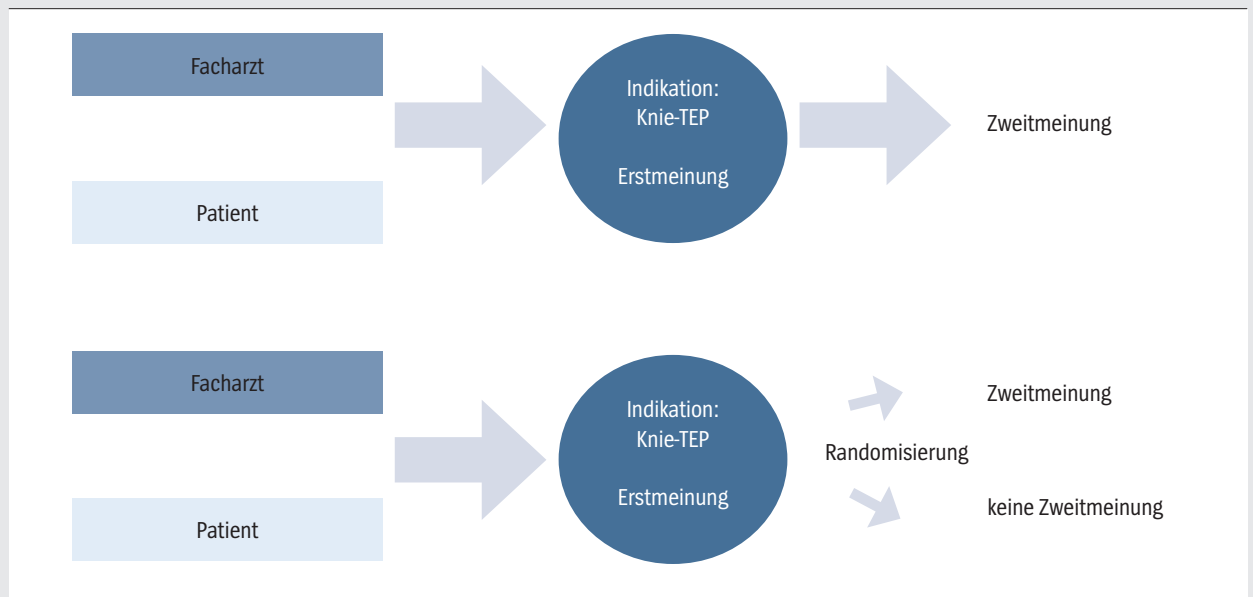
Erst im neuen Jahrtausend erlebte die Thematik Zweitmeinung wieder eine Art Renaissance, wobei nationale Programme beziehungsweise von Krankenversicherern initiierte Programme hierbei keine wesentliche Rolle mehr spielten. Vielmehr scheinen sich die wichtigen Themen der Indikationsqualität und der Patientenzentrierung beziehungsweise einer stärkeren Patientenautonomie hierbei im Laufe der Jahre in den Vordergrund gespielt zu haben. Daher findet sich neuerdings auch der Begriff von *patient-initiated second opinion programmes* in der Literatur. Payne et al. (2014) fassen diese in ihrer Analyse zusammen. Für einen ausführlicheren Überblick über evaluierte Zweitmeinungsprogramme sei auf die systematische Übersichtsarbeit von Ali und Pieper (2017) verwiesen.

3 Nutzen und Schaden

Bei einem Zweitmeinungsprogramm handelt es sich zweifelsohne um eine Intervention. Insofern ist klar zu fordern, dass sich Zweitmeinungsprogramme den gleichen Kriterien zur Bewertung von Nutzen und Schaden stellen müssen wie andere Interventionen. Als Goldstandard für die Evaluation von Interventionen gelten randomisierte klinische Studien, da diese Ergebnisse eine hohe Aussagesicherheit liefern. Werden Abstriche in der Aussagesicherheit hingenommen, kommen auch nicht randomisierte Studien in Betracht. Diese sollten jedoch, um einen Vergleich zu ermöglichen, zwei Gruppen betrachten – eine Gruppe, die am Zweitmeinungsprogramm teilgenommen hat, und eine andere, die dies nicht getan hat. Solche Studien liegen jedoch nicht vor. Alle derzeit bekannten

ABBILDUNG 2

Bisherige Studiendesigns und ideales Studiendesign im Vergleich am Beispiel der Knie-TEP



Bisher liegen Studien vor zu Patienten, die an Zweitmeinungsverfahren teilgenommen haben (oben). Den Nutzen solcher Verfahren könnte man besser beurteilen, wenn eine Gruppe von Patienten am Zweitmeinungsverfahren teilnimmt und eine Kontrollgruppe nicht (unten). Solche Studien existieren jedoch nicht.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G-G Wissenschaft 2020

Evaluationen berücksichtigen nur die Personen, die sich eine Zweitmeinung eingeholt haben. Mit solch einem Design sind jedoch Fragen zum Nutzen und Schaden de facto nicht zu beantworten. Derzeit kann keine wirklich belastbare Aussage zum Nutzen und Schaden von Zweitmeinungsprogrammen getroffen werden (Ali und Pieper 2017).

Gleichwohl soll nicht unerwähnt bleiben, dass alle oben genannten methodisch wünschenswerten Designs keineswegs leicht durchzuführen sind. Bei einer randomisierten Studie würde eine Gruppe (die Kontrollgruppe) von der Teilnahme am Zweitmeinungsprogramm ausgeschlossen werden müssen. Gute Strategien würden benötigt, die Teilnahmebereitschaft groß genug zu halten, damit die Studie überhaupt erfolgreich durchgeführt werden kann und nicht an einer zu geringen Rekrutierung scheitert. Abbildung 2 vergleicht die bisherigen Studiendesigns mit dem optimalen Studiendesign.

Eine andere Herausforderung – ungeachtet des Studiendesigns – ist die Frage, wie der Nutzen bei einem Zweitmeinungsprogramm überhaupt bestimmt werden soll. Ist es per se das Ziel, die Zahl der Operationen zu senken? Wenn, dann kann es nur um eine Reduzierung unnötiger Operationen gehen, aber zu bestimmen, in welchen Fällen, für wen und unter

welchen Umständen eine Operation als unnötig angesehen werden kann, ist alles andere als leicht zu beantworten. Es würde vermutlich viele Studien zuvor benötigen, um diese Frage überhaupt zu klären. Aufgrund der Verschiebung der Intention von Zweitmeinungsprogrammen (siehe Kapitel 2) könnten aber auch ganz andere Outcomes von Interesse sein. Genannt seien hier exemplarisch die informierte Entscheidung, Entscheidungsunsicherheit, Arzt-Patienten-Kommunikation oder aber partizipative Entscheidungsfindung.

Wie komplex die Evaluation eines Zweitmeinungsprogramms sein kann, zeigt sich an dem oben erwähnten Programm für Medicaid-Versicherte aus Massachusetts. Zwei unabhängige Analysen des Programms kamen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Während die Analyse von Martin et al. (1982) einen Rückgang in den OP-Häufigkeiten für viele chirurgische Prozeduren um 25 Prozent und ein erhebliches Einsparpotenzial für Medicaid aufzeigen konnte, konnte eine Analyse aus der Metropolregion Boston dies nicht bestätigen (Gertman et al. 1980). Die Gründe hierfür sind nicht wirklich klar, es kann jedoch vermutet werden, dass einige der weiter oben beschriebenen Aspekte, die zur Erklärung von regionalen Unterschieden in OP-Häufigkeiten herangezogen werden können, auch hier greifen. Möglicherweise erklären jedoch

auch Unterschiede in den Populationen, die damals statistisch noch nicht so berücksichtigt werden konnten, wie dies heute der Fall ist, diese Unterschiede.

4 Zweitmeinung in Deutschland

Das Thema Zweitmeinung im Kontext elektiver Eingriffe ist noch recht jung. Trotz dieser kurzen Zeitspanne kann hinsichtlich der Erbringung von Zweitmeinungen bereits von einer relativ heterogenen Versorgungslandschaft gesprochen werden, die nachfolgend dargestellt wird.

4.1 Zweitmeinung nach § 27b SGB V

Mit dem § 27b SGB V ist das Recht auf Zweitmeinung gesetzlich verankert: „Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.“ Die genaue Ausgestaltung ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zum Zweitmeinungsverfahren konkretisiert, die erstmals im Oktober 2018 in Kraft getreten sind. Demnach ist der indikationsstellende Arzt verpflichtet, den Patienten über sein Recht auf Einholung einer Zweitmeinung aufzuklären. Der Patient soll dann gleichzeitig ein sogenanntes Patientenmerkblatt vom indikationsstellenden Arzt erhalten. Dieses Merkblatt enthält allgemeine Informationen zum Zweitmeinungsverfahren: Idee und Hintergrund des Zweitmeinungsverfahrens, warum die Zweitmeinung angeboten wird, welche Informationen der Zweitmeiner benötigt, ob eine erneute Untersuchung stattfindet, was mit der Zweitmeinung passiert und wie ein Arzt, der zur Abgabe einer Zweitmeinung berechtigt ist, gefunden werden kann. Mittlerweile liegt das Patientenmerkblatt auch in leichter Sprache vor. Zusätzlich enthält das Patientenmerkblatt einen Verweis auf weitere unabhängige indikationsspezifische Informationen, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt hat. Für die Richtlinie legte der GBA eine Liste mit planbaren Eingriffen fest, bei der die Richtlinie Anwendung findet. Dies waren von Anfang an die Hysterektomie und die Tonsillotomie beziehungsweise Tonsillektomie. Neu ist zuletzt die Schulterarthroskopie hinzugekommen. Die Anforderungen (insbesondere an die Qualifikation) an die Zweitmeiner ergeben sich ebenfalls aus der Zweitmeinungs-Richtlinie. Interessierte Ärzte müssen bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Antrag stellen, wenn sie als Zweitmeiner fungieren

möchten. Nur dann kann die Erbringung der Zweitmeinung gegenüber der KV auch in Rechnung gestellt werden. Auch der indikationsstellende Arzt erhält für die Auslösung des Zweitmeinungsprozesses eine Vergütung. Versicherte können sich bei den KVen und den Landeskrankenhausesellschaften über potenzielle Zweitmeinungserbringer in ihrer Nähe informieren.

4.2 Informelle Zweitmeinung

Unter einer informellen Zweitmeinung wird das Einholen einer zweiten Meinung bezeichnet, die nicht im Rahmen eines strukturierten Programms oder Angebots eingeholt wird. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keinerlei Beschränkung hinsichtlich der Arztkontakte, sodass ein Patient bei einem medizinischen Problem mehrere Ärzte konsultieren kann. Die Vergütung erfolgt dann wie bei einem normalen Regelfall. Somit kann bei dieser Konstellation auch von einer Zweitmeinung gesprochen werden. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch darin, dass der konsultierte Arzt nicht gezwungenermaßen weiß, dass es sich de facto um eine Zweitmeinung handeln kann. Der Patient kann dies seinem Arzt gegenüber offen zugeben, aber er muss es nicht. In einem strukturierten Zweitmeinungsprogramm hingegen wird klar sein, dass sich der Patient eine Zweitmeinung einholt. In den allermeisten Fällen ist dann auch davon auszugehen, dass der Arzt, der zwecks Zweitmeinung konsultiert wird, die Empfehlung des indikationsstellenden Arztes kennt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Kenntnis beziehungsweise Unkenntnis der Meinung eines anderen Arztes die eigene (zweite) Meinung durchaus beeinflussen könnte (Vashitz et al. 2012).

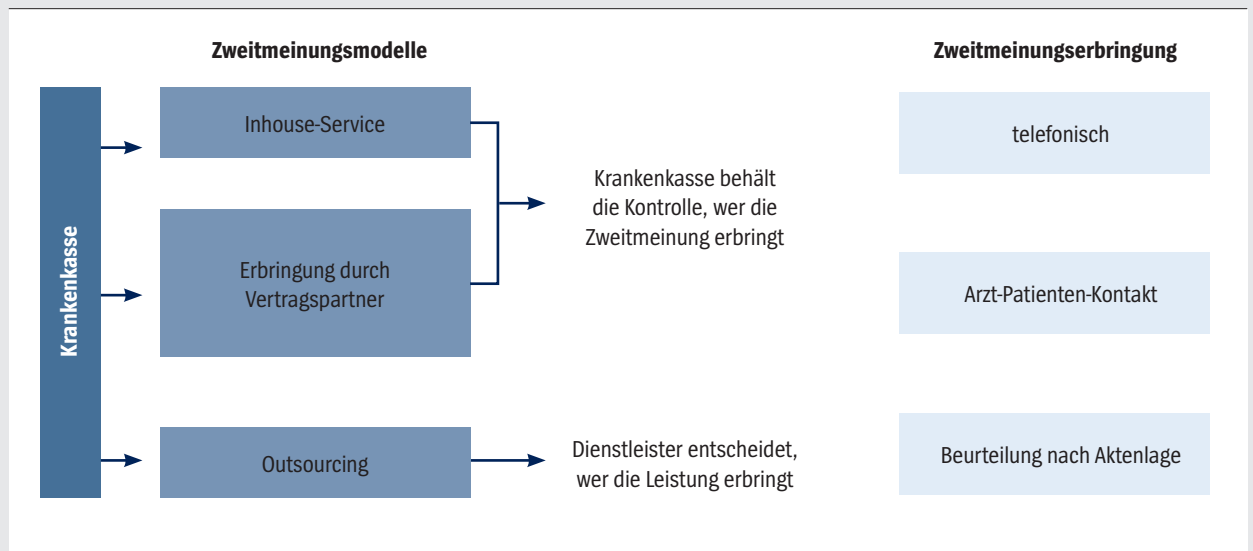
4.3 Weitere Angebote

Während es die informelle Zweitmeinung de facto schon immer gegeben haben wird, ist die Zweitmeinung nach § 27b SGB V noch ein sehr neues Element in der Versorgungslandschaft, wenn es auch nur bisher für wenige Indikationen gilt. Doch bereits eine geraume Zeit davor hat sich die Idee der Zweitmeinung in der deutschen Versorgungslandschaft verbreitet oder gar etabliert. So bietet die Großzahl der gesetzlichen Krankenkassen (aber auch viele private Krankenversicherer) Zweitmeinungsprogramme an, die jedoch sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können (Pieper et al. 2018).

Viele Krankenversicherungen bieten spezielle Zweitmeinungsprogramme an, die ihren Versicherten offenstehen. Einige Krankenversicherungen haben eine Telefonhotline. Diese findet zuweilen auf den Webauftritten der jeweiligen Krankenversicherungen Erwähnung. Es ist jedoch nicht unbedingt eindeutig, dass solch ein Service immer im Kontext einer Zweitmeinung benutzt wird. Ein allgemeines Angebot einer Telefonhotline zu medizinischen oder gesundheitlichen

ABBILDUNG 3

Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen



Krankenkassen machen verschiedenartige Zweitmeinungsangebote. Teilweise haben sie einen Inhouse-Service, teilweise sourcen sie das Thema an Drittanbieter aus. Manche Krankenkassen offerieren beide Varianten. Zu welchen Indikationen Zweitmeinungsverfahren angeboten werden, variiert von Kasse zu Kasse.

Quelle: Pieper et al. 2018; Grafik: G+G Wissenschaft 2020

Fragen offeriert eine Vielzahl an Krankenversicherungen. Dies muss aber überhaupt nicht im Zusammenhang mit einer Zweitmeinung stehen.

Auf dem Markt gibt es auch eine kleine Anzahl an Drittanbietern, die als Servicedienstleister verstanden werden können. An diese kann man sich wenden, wenn eine Zweitmeinung benötigt wird. Der Servicedienstleister ist in dem Modell zuständig für die Organisation der Zweitmeinung. Er erbringt diese aber in der Regel nicht selbst, sondern vermittelt den Kontakt beziehungsweise Termin. Grundsätzlich stehen diese Angebote jedermann offen. Regelmäßig haben aber solche Servicedienstleister Verträge mit Krankenversicherungen, sodass sie mit mehreren Krankenkassen Verträge schließen können. Für die Versicherten ist das Angebot dann normalerweise umsonst, da die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Bei diesem Modell hat die Krankenkasse aber de facto keine direkte Kontrolle über den Zweitmeinenden selbst.

Anders ist dies bei einer dritten existierenden Variante, bei der die Krankenkasse direkt Verträge mit Leistungserbringern schließt. Dann können Versicherte mit Zweitmeinungswunsch direkt an Leistungserbringer verwiesen werden. Hierbei handelt es sich vielfach um spezialisierte Zentren oder Kliniken.

Relativ neu, zumindest im Kontext der Zweitmeinung, ist die Idee, dass nicht immer zwingend ein direkter persönlicher Kontakt zwischen Patient und Arzt stattfinden muss, sondern eine Zweitmeinung auch allein auf Aktenlage erbracht werden kann. Hierbei hat der Patient dann in der Regel sicherzustellen, dass alle notwendigen Unterlagen, die zur Beurteilung notwendig sind, vorgelegt werden. Dies kann unter Umständen eine Hürde darstellen. Ein potenzieller Vorteil dieses Angebots ist, dass für Versicherte keine Fahr- und Wartezeiten entstehen. Insbesondere für Personen in ländlichen Gebieten könnte das daher interessant sein. Aber auch hierzu fehlt es bislang an einer ausreichenden Datenlage.

Krankenkassen müssen sich bei ihren Angeboten nicht auf ein Angebot oder Modell beschränken, sondern können auch mehrere unterschiedliche Zweitmeinungsprogramme anbieten. Bei allen Angeboten, die hier beschrieben sind, gibt es keinerlei Beschränkungen hinsichtlich der Patientengruppe. Das bedeutet, dass die hier vorgestellten Zweitmeinungsprogramme sich über alle Indikationen beziehungsweise Eingriffe erstrecken können. Am häufigsten sind Zweitmeinungsprogramme in den Bereichen der Orthopädie und Onkologie anzutreffen. In Abbildung 3 sind die unterschiedlichen Angebote und Modelle schematisch dargestellt.

5 Politische Forderungen

Mit dem § 27b SGB V ist das Einholen einer Zweitmeinung für gesetzlich Versicherte verankert, wenn auch dies zunächst nur für wenige Eingriffe gilt. Daneben gibt es eine Vielzahl von weiteren Angeboten, sodass zweifellos konstatiert werden kann, dass das Thema Zweitmeinung im deutschen Gesundheitswesen angekommen ist. Durch die unterschiedlichen Angebote ist die Versorgungslandschaft jedoch sehr heterogen und schwer zu überblicken. Für die Versicherten ist das derzeitige Angebot ebenfalls nicht so leicht zu überblicken und insbesondere hinsichtlich der Qualität schwer einzuschätzen.

Es bleibt festzuhalten, dass mit der Zweitmeinung nach § 27b SGB V ein Element in die Versorgung eingeführt worden ist, ohne dass es dafür eine auch nur ansatzweise ausreichende Datenlage geben würde. Dies muss dringend nachgeholt werden. In der Zweitmeinungsrichtlinie des GBA zum § 27b SGB V ist bereits eine Evaluation vorgesehen. Was jedoch mehr als notwendig ist, ist das Aufsetzen eines Studiendesigns, das belastbare Ergebnisse liefert, um den Nutzen und Schaden zu ermitteln, wenngleich dies, wie oben geschildert, praktisch wie auch methodisch eine große Herausforderung darstellt.

Es wäre jedoch nicht fair, die Einführung der Zweitmeinung nach § 27b SGB V nur zu kritisieren. Vor ihrer Einführung gab es bereits einen Markt für Zweitmeinungen und viele Krankenkassen hatten bereits Zweitmeinungsprogramme etabliert. Insofern kann die Einführung des § 27b SGB V auch als eine Antwort auf das zuvor völlig unreglementierte Versorgungsgeschehen gesehen werden. Durch den § 27b SGB V wurden im Bereich der Zweitmeinung erstmals gesetzlich verbindliche Qualitätskriterien für solche Programme und deren Ausgestaltung geschaffen. Die Evaluation all dessen muss nun dringend erfolgen.

Literatur

Ali J, Pieper D (2017): Limited Data for Second Opinion Programs: a Systematic Review. *Gesundheitswesen*, Vol. 79, No. 10, 871–874

- Birkmeyer JD et al. (2013):** Understanding of Regional Variation in the Use of Surgery. *The Lancet*, Vol. 382, No. 9898, 1121–1129
- Gertman PM et al. (1980):** Second Opinions for Elective Surgery. The Mandatory Medicaid Program in Massachusetts. *New England Journal of Medicine*, Vol. 302, No. 21, 1169–1174
- Gornick M (1982):** Trends and Regional Variations in Hospital Use under Medicare. *Health Care Financing Review*, Vol. 3, No. 3, 41–73
- Grafe WR, McSherry CK, Finkel ML, McCarthy EG (1978):** The Elective Surgery Second Opinion Program. *Annals of Surgery*, Vol. 188, No. 3, 323–330
- Grote-Westrick M et al. (2015):** Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Martin SG et al. (1982):** Impact of a Mandatory Second-Opinion Program on Medicaid Surgery Rates. *Medical Care*, Vol. 20, No. 1, 21–45
- McCarthy EG, Finkel ML (1978):** Second Opinion Elective Surgery Programs: Outcome Status over Time. *Medical Care*, Vol. 16, No. 12, 984–994
- McCarthy EG, Widmer GW (1974):** Effects of Screening by Consultants on Recommended Elective Surgical Procedures. *New England Journal of Medicine*, Vol. 291, No. 25, 1331–1335
- McCulloch P et al. (2013):** Strategies to Reduce Variation in the Use of Surgery. *The Lancet*, Vol. 382, No. 9898, 1130–1139
- Payne VL et al. (2014):** Patient-Initiated Second Opinions: Systematic Review of Characteristics and Impact on Diagnosis, Treatment, and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 89, No. 5, 687–696
- Peebles RJ (1991):** Second Opinions and Cost-Effectiveness: The Questions Continue. *Bulletin of the American College of Surgeons*, Vol. 76, No. 6, 18–25
- Pieper D et al. (2018):** Bestandsaufnahme zu Zweitmeinungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). *Gesundheitswesen*, Vol. 80, No. 10, 859–863
- Schachter MG et al. (1983):** Evaluation of a Surgical Second Opinion Program. *QRB Quality Review Bulletin*, Vol. 9, No. 1, 11–19
- Tyson TJ (1985):** The Evaluation and Monitoring of a Medicaid Second Surgical Opinion Program. *Evaluation and Program Planning*, Vol. 8, No. 3, 207–215
- Vashitz GJ et al. (2012):** Do First Opinions Affect Second Opinions? *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, 1265–1271

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. März 2020)

DER AUTOR



Dr. rer. med. Dawid Pieper,

Jahrgang 1983, hat Public Health und Epidemiologie an den Universitäten Bremen und Mainz studiert. Nach einer kurzen Zeit bei einer Krankenversicherung wechselte er in den akademischen Bereich. Heute ist er Leiter der Abteilung für Evidenzbasierte Versorgungsforschung am Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) der Universität Witten/Herdecke. Zudem ist er seit 2018 Sprecher des Fachbereichs Public Health im Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin.

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

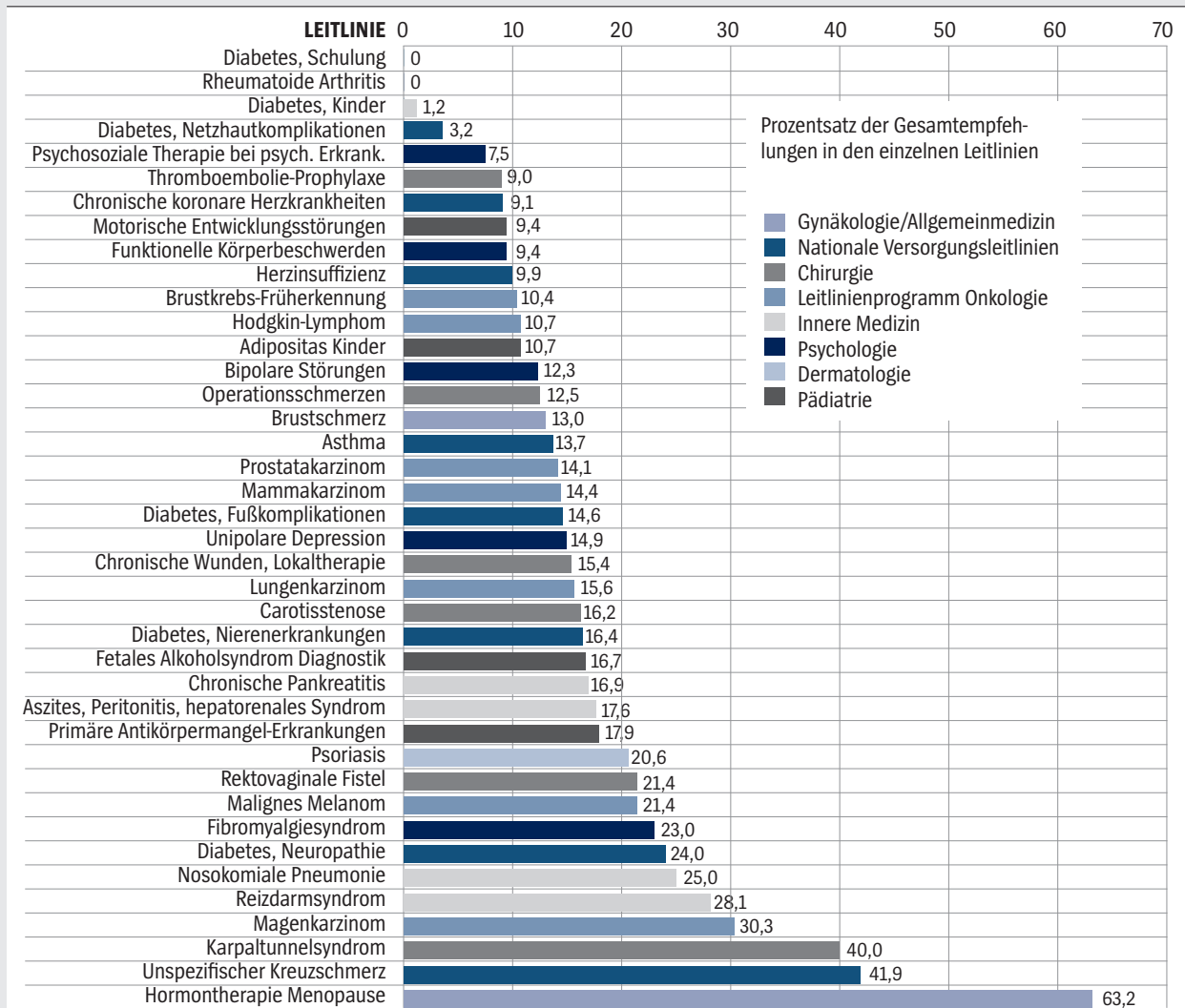
SDM kann dazu beitragen, dass Menschen medizinische Entscheidungen treffen, die ihrem subjektiven Bedarf entsprechen. Dies ist durch Studien belegt: Ein Cochrane Review, der auf 105 randomisierten kontrollierten Studien zu Entscheidungshilfen mit über 31.000 Teilnehmern beruht, zeigt, dass deren Einsatz 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.

Computertomografien: Nutzen und Risiken zum Schutz der Patienten sorgfältig abwägen

von Anja Debrodt*

Bei einer Computertomografie (CT) wird ein mehrdimensionales Schnittbild der zu untersuchenden Körperregion gewonnen. Wie jede Röntgenuntersuchung geht auch eine CT mit einer Strahlenbelastung einher. Die CT ist aus der radiologischen Diagnostik nicht mehr wegzudenken. Allein 2014 gab es deutschlandweit 140 Millionen Röntgenanwendungen, davon 6,5 Millionen CT-Scans, auf deren Konto zwei Drittel der Strahlenbelastung gingen.

1 Was ist das Problem?

Ionisierende Strahlung kann beim Durchgang durch den Körper so viel Energie abgeben, dass das Erbgut von Zellen geschädigt wird und sich ein bösartiger Tumor entwickeln kann. Man geht von einem gleichmäßig steigenden Zusammenhang zwischen Dosis und Krebsrisiko aus. Die Strahlendosis einer CT übertrifft die einer konventionellen Röntgenuntersuchung um ein Vielfaches. Laut Bundesamt für Strahlenschutz entfällt etwa die Hälfte der durchschnittlichen Strahlenexposition auf medizinische Diagnostik, und davon 60 Prozent auf CTs. Studien deuten darauf hin, dass 20 bis 30 Prozent der Untersuchungen vermeidbar wären.

2 Wie wurde untersucht?

Die Fall-Kontroll-Studie, die auf einem Datensatz der taiwanesischen Gesundheitsversicherung im Zeitraum von 2000 bis 2013 basierte (n= 3.387.703), schloss 22.853 Fälle von Schilddrüsenkarzinomen, 13.040 von Leukämie und 20.157 von Non-Hodgkin-Lymphomen sowie Kontrollgruppen mit gleichen Merkmalen ein. Ausgeschlossen wurden Menschen, die bereits vor dem Jahr 2000 eine Krebserkrankung hatten, zum Zeitpunkt ihrer Krebsdiagnose jünger als 25 Jahre waren oder vor der Krebsdi-

agnose weniger als drei Jahre beobachtet werden konnten. Die mittlere Beobachtungszeit betrug 9,29 bis 9,90 Jahre.

3 Was ist rausgekommen?

Mittels logistischer Regressionsanalyse wurde alters- und geschlechtsadjustiert das Chancenverhältnis (Odds-Ratio/OR) zwischen dem Krebsrisiko und der Strahlenbelastung durch CT-Untersuchungen berechnet. Diese waren mit einem erhöhten Risiko assoziiert, Schilddrüsenkrebs (OR=2,55) oder eine Leukämie (OR=1,55) zu entwickeln. Stärker ausgeprägt war diese Assoziation bei Frauen. Das Risiko für die Entwicklung eines Non-Hodgkin-Lymphoms war nur bei jüngeren Erwachsenen (bis 45 Jahre) erhöht. Eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung wurde für alle drei Tumorentitäten bei Patienten, die ≤ 45 Jahre alt waren, beobachtet.

4 Wie gut ist die Studie?

Eine australische Studie zeigte bereits 2013 eine Assoziation von erhöhtem Krebsrisiko nach CT-Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter. Die vorliegende Studie weist nun auf eine mögliche Assoziation auch im Erwachsenenalter

hin. Sie umfasst eine große Kohorte mit einer relativ langen Beobachtungszeit. Da der Verdacht auf eine bösartige Erkrankung selbst zum Einsatz der CT führen kann, wurde die Strahlenbelastung in der Fallgruppe nur von der ersten CT im Beobachtungszeitraum bis drei Jahre vor der Krebsdiagnose erfasst. Bei Fällen, die keine CT erhalten hatten, begann der Beobachtungszeitraum mit dem Eintritt in die Kohorte. Die Studienergebnisse unterstreichen, dass Nutzen und Risiken von Röntgenuntersuchungen im Allgemeinen und insbesondere von CTs sorgfältig abgewogen werden müssen. CTs sollten nicht als Routineuntersuchung durchgeführt werden und nicht, bevor alle anderen erhobenen Befunde kritisch bewertet worden sind und feststeht, dass nur die CT-Diagnostik die noch fehlende Information liefern kann. Auch eine Untersuchung aus rein haftungsrechtlichen Gründen sollte unterbleiben, um Schaden vom Patienten abzuwenden.

Quelle: Yu-Hsuan Shao et al.: *Exposure to Tomographic Scans and Cancer Risks. JNCI Cancer Spectrum 2020(4)1:pkz072, <https://doi.org/10.1093/jncics/pkz072>*

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

CT-Untersuchungen sind unverzichtbarer Bestandteil moderner medizinischer Diagnostik und können dabei helfen, Erkrankungen zu behandeln und zu heilen. Wir können allerdings nicht ausschließen, dass die damit verbundenen Strahlendosen auch Krebserkrankungen begünstigen. Sollte dies tatsächlich der Fall sein, dann ist die Wahrscheinlichkeit dafür nach allem, was wir wissen, jedoch nur sehr gering. Daher sollte die hier vorgestellte Studie, in der angeblich Gesundheitseffekte bereits nach wenigen derartigen Untersuchungen nachgewiesen wurden, mit Vorsicht interpretiert werden. Eine verantwortungsvolle Nutzen-Risiko-Abwägung durch den Arzt vorausgesetzt, sind CT-Untersuchungen aus Sicht des Strahlenschutzes gerechtfertigt.

Prof. Dr. Werner Rühm,
Vorsitzender der Strahlenschutzkommission (SSK)



Foto: privat

KÖPFE

Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro ist die neue Dekanin der Medizinischen Fakultät am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Sie löste **Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus** ab, der das Amt 13 Jahre lang bekleidet hatte. Nach dem Biologiestudium in Konstanz promovierte Schwappach-Pignataro am UKE im Zentrum für Molekulare Neurobiologie. Nach einem Postdoc-Studium an der University of California in San Francisco/USA und der Habilitation in Heidelberg forschte sie ab 2007 an der University of Manchester. Seit 2010 leitete sie das Institut für Molekularbiologie an der Universitätsmedizin Göttingen, wo sie 2017 zur Forschungsdekanin berufen wurde.

Prof. Dr. Jan Makurat lehrt als Nachwuchsprofessor mit dem Schwerpunkt „Ernährung in der humanitären Hilfe“ an der Fachhochschule Münster und berät in dieser Funktion auch den Landesverband Westfalen-Lippe des Deutschen Roten Kreuzes. Nach dem Studium der Ernährungswissenschaften in Bremen und Kopenhagen promovierte Makurat an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Prof. Dr. Dietrich von Schweinitz ist der neue ehrenamtliche Präsident der privaten Wilhelm Löhe Hochschule Fürth. Bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand zum Ende des Wintersemesters 2019/2020 war von Schweinitz Direktor der Kinderchirurgischen Klinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Dem Hochschulrat der Wilhelm Löhe Hochschule gehört er bereits seit dem Sommer 2019 an.

Prof. Dr. Martin Christian Hirsch ist auf die die neu eingerichtete Professur „Künstliche Intelligenz in der Medizin“ am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg sowie des Universitätsklinikums Marburg berufen worden und wird in dieser Funktion auch den Aufbau des dortigen „Zentrums für Digitale Medizin“ mitgestalten. Hirsch studierte Humanbiologie an der Philipps-Universität Marburg und promovierte in Neurowissenschaften. Anschließend gründete er verschiedene Unternehmen und setzte seine Forschungsarbeiten unabhängig fort.

Prof. Dr. Siegfried Saerberg hat die neue, interdisziplinär ausgerichtete Stiftungsprofessur für Disability Studies und Teilhabeforschung an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie der Stiftung „Das Rauhe Haus“ und die Leitung des an der Hochschule angesiedelten Zentrums für Disability Studies und Teilhabeforschung (ZeDiSplus) übernommen. Saerberg studierte Soziologie an der Universität zu Köln, arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Konstanz und promovierte an der Technischen Universität Dortmund. Anschließend lehrte er unter anderem in Hamburg, Siegen, München und Amsterdam und war künstlerischer Leiter zahlreicher inklusiver Kulturprojekte.

Prof. Dr. Johannes Jaspersen hat den Ruf auf eine Professur für Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Versicherungen und Gesundheitsmanagement an der Leibniz Universität Hannover angenommen. Jaspersen studierte

Betriebswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), absolvierte ein Masterstudium in Decision Sciences an der London School of Economics and Political Science und promovierte anschließend an der LMU, wo er zuletzt als Juniorprofessor für Behavioral Decision-Making and Insurance lehrte.

Prof. Dr. Markus Wübbeler ist zum Professor für Klinische Pflegeforschung im Department für Pflegewissenschaft der Hochschule für Gesundheit (hsg Bochum) ernannt worden, wo er zuvor als Vertretungsprofessor für Gerontologie/Geriatrie lehrte. Der ausgebildete Altenpfleger studierte Pflege- und Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Münster sowie Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Bis 2015 war er Doktorand am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in Rostock/Greifswald und ging anschließend als Post-Doctoral Research Fellow an die Harvard Medical School in Boston/USA.

Prof. Dr. Rüdiger Pryss hat die Professur für Medizininformatik am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg übernommen, die im Rahmen der Initiative „Medizininformatik“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung neu eingerichtet worden ist. Pryss studierte Informatik, Wirtschaftswissenschaften und Medizin in Passau, Karlsruhe und Ulm. Von 2015 bis 2019 leitete er die mHealth-Forschungsgruppe am Institut für Datenbanken und Informationssysteme der Universität Ulm.

Aufgrund der Ausbreitung des Corona-Virus entfallen derzeit viele öffentliche Veranstaltungen. Daher erscheint diese Ausgabe der G+G Wissenschaft ohne die gewohnte Kongressvorschau. Wenn sich die Lage ändert, informieren wir Sie in den nächsten Heften gern wieder über anstehende Veranstaltungen.

Kontakte

G+G Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von
Gesundheit und Gesellschaft
Herausgeber: Wissenschaftliches
Institut der AOK (WIdO)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

20-0159

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart), Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:** Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de