

Möglichkeiten, Grenzen und Implementierung des „Klugen Entscheidens“ im deutschen Gesundheitswesen*

BENJAMIN FINGER,
JENS-OLIVER BOCK,
KLAUS FOCKE

Benjamin Finger ist Referent im Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband e.V., Berlin

Dr. Jens-Oliver Bock ist Referent im Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband e.V., Berlin

Klaus Focke ist Leiter der Abteilung Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband e.V., Berlin

Über-, Unter- und Fehlversorgung sind für das deutsche Gesundheitswesen eine zentrale Herausforderung. Seitens der Ärzteschaft adressiert seit einigen Jahren die Choosing-Wisely-Kampagne diese Problematik. Dabei erstellen die jeweiligen thematisch zuständigen medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Listen mit häufig vorkommenden Prozeduren, die in der klinischen Praxis entweder zu selten oder zu häufig angewendet werden. Der Beitrag beschreibt die Entwicklung des „Klugen Entscheidens“ und analysiert seine Relevanz und das Potential für die Verbesserung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Zudem werden Möglichkeiten der Implementierung dieses Ansatzes diskutiert, die der Verbreiterung des „Klugen Entscheidens“ dienen und so helfen könnten, das Ausmaß von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren.

1. Einleitung

Über-, Unter-, und Fehlversorgung stellen für das deutsche Gesundheitswesen eine zentrale Herausforderung dar (Klemperer, 2017). Nicht zuletzt deshalb sind verschiedene Instrumente installiert, die unter anderem darauf abzielen, solche Fehlentwicklungen in der Versorgung zu antizipieren, zu korrigieren oder zumindest deren Ausmaße einzuschränken. Dazu zählen vor allem die Mittel der ambulanten Bedarfsplanung, der Landeskrankhausplanungen für den stationären Bereich ebenso wie die etablierten Vergütungssysteme mit ihren spezifischen Leistungsanreizen. Dazu kommen die grundsätzlich mengensteuernden Instrumente

der Krankenhausbudgets im stationären oder der Regelleistungsvolumina im vertragsärztlichen Bereich. Die auf diesen Ansätzen basierenden Eingriffe beruhen also auf der Vorgabe der Kapazitäten, der Leistungssteuerung durch Vergütungsanreize und der Mengenregulierung. Neben dem Schaffen spezifischer monetärer Anreize für medizinische Leistungserbringer oder deren Kapazitätsplanung verdienen jedoch weitere Ansätze zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung Aufmerksamkeit.

So forderte der Medizinethiker Howard Brody im Jahr 2010 im New England

* Der Beitrag gibt die Meinung der Autoren wieder.

Journal of Medicine die Ärzteschaft auf, das Patientenwohl in den Mittelpunkt zu stellen und Verantwortung für Versorgungsunterschiede zu übernehmen (Brody, 2010). Dem folgte im Jahr 2012 ausgehend von der American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation eine entsprechende Initiative, welche die Überversorgung in den USA in den Fokus rückte: die Kampagne Choosing Wisely (CW). Diese intendiert eine Stärkung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zunächst mit dem Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu vermeiden, die keinen Zusatznutzen bewirken. Der CW-Kampagne um das ABIM traten zum Start neun medizinisch wissenschaftliche Fachgesellschaften bei (Cassel & Guest, 2012). Jede der Fachgesellschaften nahm sich fünf häufige medizinische Maßnahmen vor, deren Beitrag zur Patientensicherheit und Angemessenheit wissenschaftlich unbelegt sei.

Wesentliche Kriterien für die fünf Empfehlungen waren, dass diese in der jeweiligen Fachgesellschaft thematisch zu verorten sind, die zugehörigen Maßnahmen häufig angewendet werden, wissenschaftlich nicht fundiert sind und der Prozess der Herleitung der Empfehlungen dokumentiert und auf Anfrage öffentlich

In Deutschland strebt die „Klug entscheiden“-Initiative grundsätzlich ein analoges Vorgehen wie beim amerikanischen Vorbild an.

zu Verfügung gestellt werden sollte.

In Deutschland ist die CW-Kampagne in den folgenden Jahren ebenfalls aufgegriffen worden und strebte grundsätzlich ein analoges Vorgehen wie beim amerikanischen Vorbild an (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., 2016). Im Gegensatz zum amerikanischen Vorbild betrachtet das deutsche Pendant, die „Klug entscheiden“-Initiative der internistischen Fachgesellschaften, im Rahmen der Initiative Über- und Unterversorgung (Fölsch et al, 2017). Dabei wird eine hohe Indikationsqualität als zentrales Ziel ausgemacht (Hasenfuß et al, 2016). Daneben wurde auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fach-

gesellschaften (AWMF) ein Konzept für ein systematisches, konsensorientiertes Verfahren entwickelt, mit dessen Hilfe der Leitlinienprozess bzw. die Umsetzung von Leitlinien unterstützt und Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden soll.

Der vorliegende Beitrag verdeutlicht zunächst das Ausmaß und die Bedeutung bestehender Über-, Unter- und Fehlversorgung und zeigt daran die Notwendigkeit auf, neue Wege etwa in Form des „Klugen Entscheidens“ (KE) zu begehen. Er veranschaulicht darüber hinaus, wie der Weg des KE konkretisiert werden kann und diskutiert die damit einhergehenden Chancen und Grenzen.

2. Hintergrund: Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen

Das Angebot und die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen variieren regional innerhalb Deutschlands erheblich (Sundmacher, 2016). Dabei ist beispielsweise die Variation in der Arztdichte mit weiteren versorgungsrelevanten Outcomes verbunden. Zu diesen Outcomes gehört zum Beispiel ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der Anzahl der regional auftretenden ambulant-sensitiven bzw. potentiell vermeidbaren Krankenhausfälle (Sundmacher & Busse, 2012). Das Ausmaß der Variation legt dabei bereits nahe, dass diese massiven regionalen Unterschiede nicht allein durch nachfragebedingte Faktoren (zum Beispiel dem Altersdurchschnitt oder der Morbidität in bestimmten Regionen) zu erklären sind. Die regional sehr unterschiedlich hohe Inanspruchnahme wird daher zum Beispiel auch mit Fragen der Indikationsqualität in Verbindung gebracht (Nolting, 2015).

Im stationären Sektor lassen sich ebenfalls maßgebliche Unterschiede in der Hospitalisierung nach Region ausmachen. Noch prägnanter jedoch als ein Indikator für eine nicht bedarfsgerechte Versorgung ist die massive Ausweitung der Fallzahlen der Krankenhäuser nach Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs). So hat die Fallzahl ab 2004 bis 2016 von 16,8 auf 19,5 Millionen Fälle zugenommen (Statistisches Bundesamt, 2016). Für den Zeitraum von

2007 bis 2012 wird im Zuge des Forschungsauftrags zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berichtet, dass beispielsweise angebotsseitige Elemente, wie Veränderungen der DRG-Gewichte zu Veränderungen der Fallzahlen führen (Schreyögg et al, 2014). Das Gutachten betont zwar zugleich, dass dies nicht notwendigerweise mit Überversorgung einhergehen müsse, ein Indiz dafür lässt sich anhand dieses viel zitierten Beispiels jedoch durchaus ableiten.

Dahingegen zeigt sich für das deutsche Gesundheitswesen am Beispiel der Indikation der schweren Depression zugleich ein hohes Potential an Unterversorgung. So empfiehlt die S3-Leitlinie für diese Erkrankung grundsätzlich eine Kombination aus Psychotherapie und die Gabe von Antidepressiva oder aber einen stationären Aufenthalt. All diese medizinischen Maßnahmen lassen sich prinzipiell in den Routinedaten der Krankenkassen beobachten. Eine Studie anhand von Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK) für das Jahr 2011 zeigte, dass etwa 18% der mit schweren Depression diagnostizierten keines der beiden empfohlenen Therapieoptionen in Anspruch nahm (Melchior, 2014). Lediglich 26% der Betroffenen wurde mit einer angemessenen Therapie behandelt – ein Durchschnittswert, der wiederum maßgeblich über die verschiedenen Kreise und Städte in Deutschland von 13 bis 40% variierte.

Die ausgeführten Beispiele verdeutlichen nicht nur die Häufigkeit potentieller Über-, Unter-, und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen, sondern sie illustrieren auch die hohe Relevanz für die Patientenversorgung. CW kann dabei ein potentielles Instrument sein, diese mangelnde Versorgung zu beheben.

3. Möglichkeiten des (Gemeinsamen) Klugen Entscheidens

3.1 Grundlagen

Zur grundsätzlichen Frage der gerechten und zielgenauen Versorgung lassen sich folgende Ansätze unterscheiden: Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung. Rationierung beschreibt das Problem einer das Angebot übersteigenden Nachfrage. Illustriert werden

kann dieses Problem mit Organspenden. Auf Grund der geringeren Verfügbarkeit von Organen, kann nicht jeder eine Organtransplantation erhalten. Neben der Rationierung wird auch von Rationalisierung gesprochen. Dies umfasst die Steigerung der Effizienz ohne dabei auf eine Leistung zu verzichten. Daher wird eher eine weniger effiziente Therapie zu Gunsten der besseren Therapiealternative ausgeschlossen. Beispielhaft ist hierfür die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Neue Arzneimittel werden mit einer zweckmäßigen Vergleichstherapie verglichen und erhalten je nach Wirksamkeit einen Zusatznutzen attestiert. Auf dessen Basis finden Preisverhandlungen statt, mit denen das Ziel verbunden ist, für einen dem Nutzen angemessenen Preis zu sorgen und so die Gesamteffizienz in der Versorgung zu steigern. Priorisierung kann eine Reihenfolge vorgeben, nach der Leistungen oder neue Diagnose- und Therapieformen gewährt werden. Denkbar wäre auch eine Definition von Kriterien der Dringlichkeit beispielsweise für die Behandlung bestimmter Patientengruppen.

CW als Konzept ließe sich vom Grundsatz zwischen Priorisierung und Rationierung einordnen. CW zielt auf die Definition von Positiv- und Negativ-Listen und bildet damit eine gewisse Priorisierung ab. Jedoch wird keine grundsätzliche Abwägung getroffen, wem diese Leistungen nach welcher Dringlichkeit zuteilwerden sollen. Prinzipiell stellen sich bei CW viel mehr die Fragen von vorhandener Evidenz, der Kosten und Nutzen sowie der Häufigkeit der Anwendung, als dass Fragen von Gerechtigkeit und Ethik betrachtet werden (Schöne-Seifert, 2017). Insofern dient CW viel mehr einer Rationalisierung, da die Versorgung zielgenauer wird und unnötige Leistungen vermieden werden. Obwohl CW eine rationalisierende Wirkung haben kann, ist die ursprüngliche Herkunft in der no-value Care zu verorten, da es auf der Vermeidung von verschwendischen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen ohne Nutzen beruht.

Die Ausweitung auf low-value Care mit dem Ansatz, auch Maßnahmen mit geringer Evidenz zu betrachten, würde dazu führen, dass eine Therapie oder Diagnostik mit geringem Nutzen für ausgewählte Patientengruppen vorenthalten würde (Schöne-Seifert, 2017). Jedoch hat CW lediglich einen Empfehlungscharakter.

Es bietet zudem auch die Chance, durch das Verfahren über die Fachgesellschaften mit Hilfe eines strukturierten Konsensverfahrens auf die ärztliche Erfahrung zurückzugreifen und damit die kollektive Intelligenz einzubinden. CW ist dabei weder gekennzeichnet von einer staatlichen Verankerung oder Institutionalisierung noch von einer rechtlichen Festschreibung des Verfahrens. Mit einer Vielzahl an beteiligten Organisationen ist es dezentral organisiert. Außerdem steht neben dem Ziel zur Verbesserung der Versorgung beizutragen die Patientensicherheit und die partizipative Entscheidungsfindung

me fach- und berufsgruppenübergreifende Versorgung“ hervorgehoben. Der Patient steht mit seinem Versorgungsanspruch im Mittelpunkt der Betrachtung, gleichermaßen wird die Bedeutung von Shared Decision Making hervorgehoben – der „partizipativen Entscheidungsfindung“. Außerdem wird sich mit dem Ansatz gegen eine zunehmend ökonomische Ausrichtung des Gesundheitswesens gewandt.

Das Manual formuliert das Ziel, den Leitlinienprozess nicht ersetzen zu wollen, sondern die Umsetzung von Leitlinien zu unterstützen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen

Fachgesellschaften e.V., 2016).

Folgende Ziele bilden dabei im Rahmen der Kommission die wesentlichen Bezugspunkte: Es wird auf Grundlage der evidenzbasierten und konsolidierten S3-Leitlinien gearbeitet (Wissenschaftlichkeit des Verfahrens), die Prozesse zur

Auswahl müssen transparent gestaltet sein, Patientenvertreter sollen in die Konsensbildung einbezogen werden, weiterhin wird die Öffentlichkeit adressiert und das Verhältnis von Arzt und Patient thematisiert sowie Versorgungsabläufe einbezogen.

3.3 Relevanz

Im klinischen Alltag besteht häufig durch die Arbeitsbelastung eine Situation, die es trotz Fort-, Weiterbildung und Qualitätszirkeln erschwert, den aktuellen medizinischen wissenschaftlichen Stand aufzuarbeiten. Diese Entwicklung lässt sich gleichermaßen in der Umsetzung von Leitlinien erkennen. So kommt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in seinem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu dem Ergebnis, dass es an der Umsetzung der Leitlinien in der Praxis mangele (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2016). Der Grund hierfür sei unter anderem die Komplexität der deutschen Leitlinien, die es Ärzten erschwere, diese anzuwenden, wobei es entweder an klaren Aussagen oder an Evidenz fehle. Auf der anderen Seite sind auch Patienten an der Umsetzung von Leitlinien beteiligt, jedoch sind letztere in der Bevölkerung weitgehend unbekannt. Dies lässt sich auch anhand der Gesund-

CW zielt auf die Definition von Positiv- und Negativ-Listen und bildet damit eine gewisse Priorisierung ab.

im Arzt-Patienten-Kontakt im Mittelpunkt. Patienten sollen gemeinsam mit dem Arzt die Diagnostik oder Therapie wählen, die ausreichend Evidenz und somit einen wahrscheinlichen Nutzen für den Patienten hat.

Mit anderen Worten lässt sich CW als ärztliche Graswurzelbewegung bezeichnen, die als Ziel hat, die eigene Fachdisziplin weiterzuentwickeln, ärztliche Kompetenzen besser zu nutzen, die Patienten besser in Diagnose- und Therapieentscheidungen zu integrieren und damit die Versorgung zu verbessern. Das Verfahren verläuft streng konsensorientiert.

3.2 Entwicklung in Deutschland

Das AWMF-Präsidium hat die Initiative „Gemeinsam Klug Entschieden“ (GKE) und eine Adhoc-Kommission zur Erarbeitung eines Konzepts zur Durchführung eines derartigen Prozesses eingerichtet. Die Initiative dient dem Ziel, mit „freiwilligem Engagement aus der Profession heraus verschiedenste wirksame Qualitätsinitiativen“ (Kopp, 2015) zu etablieren. GKE wird als „Qualitätsoffensive“ verstanden und setzt insbesondere auf die „Identifikation und gezielte Implementierung von besonders versorgungsrelevanten Empfehlungen“. Dabei werden die „Gemeinsamkeiten der Fachgesellschaften“ und die „gemeinsa-

heitskompetenz belegen. Kenntnisse zum Gesundheitssystem oder zur Bewältigung der eigenen Krankheit sind für einen großen Teil der deutschen Bevölkerung begrenzt (Schaeffer et al, 2017). Um Leitlinien gezielt umzusetzen, empfiehlt das IQWiG in seinem Gutachten u.a. neben dem Ziel der Erarbeitung von hochwertigen und praxisnahen Leitlinien Schulungsmaßnahmen und Veränderungen in den Rahmenbedingungen sowie die Schaffung weiterer Anreize.

Während der medizinischen Ausbildung zeigt sich, dass das medizinisch Machbare gelehrt wird, jedoch eine Betrachtung nach sinnvollen und notwendigen Maßnahmen zu sehr in den Hintergrund rückt (Hasenfuß, 2016). Daran angelehnt gibt es bereits die Initiative, auch in der Lehre grundlegende Prinzipien von CW sowie Positiv- als auch Negativ-Listen über Fallbeispiele zu vermitteln (Goldmann et al, 2017). Allerdings wirft die lange medizinische Ausbildung und die hohen Anforderungen an die Qualifikation insbesondere der an das Studium anschließenden Facharztausbildung die Frage auf, warum CW als Vereinfachung von vermeintlichen Komplexitäten oder auch CW als Qualitätskampagne überhaupt erforderlich ist.

Die Notwendigkeit für einen Ansatz wie CW ist aber in den beeinflussenden Faktoren für Über-, Unter- und Fehlversorgung wie Anreize des Vergütungssystems, Beharrlichkeit der Patienten alles Machbare einzufordern oder Angst vor Haftung bei Fehlern, zu finden. Deren negativer Einfluss könnte durch CW begrenzt werden (Schöne-Seifert, 2017). Ein Hinweis darauf lässt sich u.a. aus der Mitgliederbefragung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zum KE ableiten. Nach Einschätzung der befragten Ärzte ist dabei eher Über- als Unterversorgung ein Problem. Konkret wurden Internisten von ihrer Fachgesellschaft zu überschüssigen Leistungen gegenüber nicht durchgeführten, jedoch indizierten Leistungen befragt (Fölsch et al, 2016). Als ausschlaggebende Gründe für die Durchführung von unnötigen Leistungen wurden die Sorge vor Behandlungsfehlern, der Druck der Patienten und die Erzielung zusätzlicher Erlöse angegeben. Weitere relevante Gründe sind Unkenntnis der Leitlinie, fehlende Zeit für den Patienten sowie fehlende Negativempfehlung der Leitlinie (Fölsch et al, 2017).

Die Durchführung von allem Machbaren wird nicht nur durch die Ärzteschaft transportiert, sondern Patienten fordern dies auch aktiv ein. Dazu besteht der ökonomische Druck bzw. Anreiz, die Erlössituation zu verbessern und zugleich der zeitliche Druck im Umgang mit dem Patienten. Demnach sehen 71,4% die regelmäßige Fortbildung gefolgt von der Abnahme überflüssiger Leistungen nach Bekanntmachung (48,4%) an vorderster Stelle um Überdiagnostik und Übertherapie zu reduzieren. Die Indikationsqualität bei der Abrechnung zu berücksichtigen wurde dabei als Maßnahme zur Eindämmung von Überdiagnostik und Übertherapie genannt.

4. Diskussion

4.1 Kritik

Der Ansatz des GKE sieht sich der Kritik ausgesetzt, dass sich über das Verfahren Fachgesellschaften einer Art Beschäftigungstherapie unterwerfen. Zudem seien die Fachgesellschaften ohnehin für die Fehlversorgung verantwortlich und würden sich mit dem GKE reinwaschen, indem sie sich mit einfachen Maßnahmen von der Verantwortung freisprechen (Meyer, 2017).

Dabei erscheint es eher umgekehrt zu sein: Das GKE löst eine weitere Suche nach Evidenz aus. Die AWMF weist darauf hin, dass eine Begleitevaluation von Beginn an mitgedacht werden sollte. Die evidenzbasierte Medizin muss sich ebenfalls die Frage stellen, wie Erkenntnisse bekannt und umsetzbar gemacht werden können. Der deutsche Leitlinienprozess gilt als komplex und wenig durchschaubar. Außerdem adressiert das deutsche GKE über den amerikanischen Ursprung hinausgehende Ansätze (Nothacker et al, 2017). Das GKE kann damit eine Dolmetscherfunktion zwischen einem komplexen Leitlinienprozess und der praktischen Umsetzung von verfügbarer Evidenz darstellen. Insofern ist das GKE ein ergänzender Ansatz und nicht konkurrierend zum bestehenden Diskurs in der wissenschaftlichen medizinischen Auseinandersetzung.

In dem Sinne kann das GKE grundsätzlich ein effektiver Ansatz sein, die Ergebnisse der evidenzbasierten Medizin in die Fläche zu tragen. Gleichzeitig gewinnt der Prozess auch Bedeutung, weil er eine Patientenzentrierung in die Medizin bringt,

die gerade in Deutschland zu wenig gelebt wird. Zwar gibt es traditionell eher eine Kultur alles durchzuführen, was machbar ist, ohne Rücksicht auf begrenzte Ressourcen. Das Einbeziehen des Patienten, die partizipative Entscheidungsfindung und die Therapieinformation spielen bei der Frage der Adhärenz der Therapie aber ebenfalls entscheidende Rollen (Schäfer, 2017). Dies ist umso wichtiger, da die Gesundheitskompetenz oft nicht sehr stark ausgeprägt ist.

Neben dem Ansatz, über GKE das als dezentrale Bewegung aus dem Leitlinienprozess heraus verfügbare Evidenz in die Praxis umzusetzen, könnte ein weiterer Ansatz darin bestehen, mit Hilfe von dem GKE die Qualitätssicherung weiterzuentwickeln. Der Gedanke über Leitlinien die Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu verbessern und Evidenz einfließen zu lassen, ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Struktur- und Prozessqualität bewertet werden kann (Hasenfuß et al, 2016; Kraft et al, 2012).

4.2 Implementierung

Für die weitere Implementierung des GKE im deutschen Gesundheitswesen wäre eine weiche Implementierung vorstellbar, die möglichst wenig Vorgaben beinhaltet und Freiheit bietet, das Verfahren weiterzuentwickeln. Denkbar wäre etwa eine Finanzierung über einen Fonds. Ein vergleichbares Modell ist der Innovationsfonds, der Mittel u.a. für die Versorgungsforschung vergibt. Auf solche Art ließe sich auf Antrag gezielt eine Entwicklung fördern. Gleichzeitig könnte daran auch eine Evaluierung geknüpft sein. Eine weitere Umsetzung der dezentralen Bemühungen wäre mit diesem Ansatz nicht gefährdet und qualitative Anforderungen an das Verfahren ließen sich über Förderkriterien definieren. Jedoch würde sich der Prozess nur verstetigen und nicht unbedingt beschleunigen.

Als Alternative wäre eine harte Implementierung denkbar. Das würde eine konkrete gesetzliche Initiative bedeuten, die in einer Institutionalisierung des Verfahrens resultieren würde. Für diese Art der Implementierung ist die Integration an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder eine direkte Beauftragung und Erweiterung der Kompetenzen der unabhängigen wissenschaftlichen Institute – dem Institut für Qualitätssicherung

und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und dem IQWiG – denkbar. Die Durchsetzung im Delphi-Verfahren anhand bester verfügbarer Evidenz würde mit Hilfe von Richtlinien „zwangsläufig“ über Ausschluss als negativ aufgeführten Leistungen und mit Einschluss für positiv aufgeführte Leistungen erfolgen. Dies würde jedoch nicht mehr dem Charakter von Empfehlungen entsprechen und die Entscheidung würde zum Teil dem Bereich der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften entrissen und der gemeinsamen Selbstverwaltung übergeben. Im Grunde genommen würde der Einfluss des G-BA den Prozess umkehren. Die gemeinsame Selbstverwaltung würde der Treiber und Herr des Verfahrens sein und die Ärzteschaft sowie die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften würden nur noch partiell zur Entscheidungsfindung hinzugezogen werden.

Durch den Verlust des Empfehlungscharakters durch eine Richtlinienfassung würde das GKE den Regeln des Sozialgesetzbuch V (SGB V) unterworfen. Die Grundsätze des SGB V, dass Leistungen gemäß § 12 SGB V wirtschaftlich und zweckmäßig sein müssen, käme zum Tragen. Das bedeutet, dass die Leistungsgewährung anhand der Logik des GKE als positiv und negativ definierten Leistungen womöglich zur Durchsetzung von Regressierung genutzt würde. Jegliches Zuwidderhandeln insbesondere bei negativen Leistungen könnte der Durchsetzung von Wirtschaftlichkeit dienen. Den Einfluss der gemeinsamen Selbstverwaltung, der bis dato zwar nicht explizit rausgehalten wurde, würde letztlich aber die Motivation der Ärzteschaft, den GKE-Prozess weiterzuverfolgen, unterminieren. Die Wirkung der Richtlinienkompetenz des G-BA ist trotzdem nicht zu unterschätzen. Die Durchsetzung von bewerteten Leistungen nach GKE würde über die normative Wirkung von Richtlinien vereinfachen. Gleichermaßen würde dadurch Sorge getragen werden, dass der Leitlinienprozess in einer gesicherten Umsetzung mündet und nicht ins Leere verläuft.

5. Fazit

Die Umsetzung von GKE führt zu der Frage, ob die Definition von TOP-Listen die intendierten Veränderungen im Diagnose- und Therapiegeschehen bewirken kann und gleichzeitig nicht intendierte

Effekte, wie ein Ausweichen auf substitutive Leistungen, unterbunden werden können. So wäre es denkbar, dass zwar die Negativ-Listen beachtet werden, jedoch andere, bisher nicht vom GKE erfasste Leistungen vermehrt erbracht werden. Außerdem könnte es zu einer Mengenausweitung der vom GKE „legitimierten“ Positiv-Listen kommen. Gleichwohl ist diese Frage eng damit verknüpft, welche Anreizwirkungen das Vergütungssystem hat. Bei einer Evaluation des GKE-Ansatzes müssten also auch die angrenzenden Leistungen mitbetrachtet werden.

Bislang zeigen erste internationale Erfahrungen, dass die Effekte von CW eher als gering einzustufen sind. Eine 2017 veröffentlichte Studie betrachtet die Anwendung von unnötiger bildgebender Diagnostik. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Einsatzhäufigkeit nur um 4% abnimmt. (Hong et al, 2017). Eine weitere

Der mit CW intendierte Kulturwandel lässt sich nicht über strikte Vorgaben umsetzen, sondern muss von allen Akteuren getragen werden.

kanadische Studie hat das im Rahmen von CW zur Verfügung gestellte Informationsmaterial für Patienten anhand der „International Patient Decision Aid Standards“ untersucht. Im Ergebnis wurden nur zwei von 24 Minimalkriterien erfüllt (Légaré et al, 2016). Zudem kommt eine Trendanalyse über Maßnahmen von CW zum Schluss eines wenn überhaupt marginalen Effekts bei der Senkung von Überversorgung (Rosenberg et al, 2015).

Der Kritik der bislang unklaren Wirkung lässt sich zumindest für Deutschland entgegnen, dass es bisher wenige Ansätze zur Realisierung und Evaluierung von CW in Deutschland gibt (Nothacker et al, 2017). CW als GKE in Deutschland bedarf schlicht mehr Zeit, um sich zu verbreiten. Außerdem wird es vermutlich durch zunehmende Aufmerksamkeit für den Ansatz die Motivation geben, seine Effektivität weiter zu erforschen sowie für die TOP-Listen weitere Evidenz zu schaffen.

Trotz der Umsetzungsschwierigkeiten sollte doch auch eine andere wesentliche

Perspektive eingenommen werden: die der Patienten. Die Gesundheitskompetenz der Patienten ist im Vergleich zu den europäischen Nachbarstaaten nicht sehr ausgeprägt (Schaeffer et al, 2017). Dementsprechend wird die Notwendigkeit einer partizipativen Entscheidungsfindung im Arzt-Patienten-Verhältnis umso zentraler. Der Patient muss in die Lage versetzt werden, eine informierte Entscheidung zu treffen. Der Kulturwandel weg von einem paternalistischen hin zu einer Beteiligung des Patienten auf Augenhöhe ist längst überfällig.

Der mit CW intendierte Kulturwandel in der Arzt-Patienten-Interaktion lässt sich nicht über strikte Vorgaben umsetzen, sondern er muss durch alle Akteure getragen werden. Daran zeigt sich gleichermaßen, dass die Attraktivität des Verfahrens, bottom-up zu denken und nicht klassisch regulatorisch top-down, gerade für das deutsche Gesundheits-

wesen bereits einen Mehrwert darstellt. Die Ausrichtung des deutschen Systems mit einer starken Selbstverwaltung sollte nicht dazu führen, dass andere Entwicklungen im Keim erstickt werden. Insofern greift die Kritik, GKE sei eine Nebelkerze (Meyer, 2017), zu kurz. CW weist auf Probleme der derzeitigen Ausrichtung des Gesundheitswesens hin und bietet sich als ein Bestandteil der Lösung für Über-, Unter- und Fehlversorgung an. Im Grundsatz würde eine striktere Umsetzung von Leitlinien ebenfalls zu diesem Effekt führen, jedoch bietet GKE eben jene Dolmetscherfunktion, welche die Umsetzung unterstützt.

Deshalb könnte eine weitere Implementierung von CW/GKE über eine vorgeschlagene Fondslösung oder ein alternatives Finanzierungsinstrument angestrebt werden. Einerseits verhindert dieses Vorgehen den starken Einfluss der regelgebundenen Logik des gesetzlichen Rahmens, andererseits kann in seiner dezentralen Organisation die kollektive Intelligenz besser vereint werden. Immerhin wird über diesen Weg die medizinische wissenschaftliche Expertise über CW/GKE an der Erhaltung des Gesundheitswesens beteiligt. Im Grunde genommen ist das der notwendige partizipative Ansatz – die Beteiligung der Ärzteschaft und der Patienten, zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. ■

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2016). Manual Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden Version 1.1 vom 18.09.2016. [abgerufen am: 22.01.2018] http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/Manual_GKE_AWMF_V1-1.pdf

Brody, H. (2010). Medicine's ethical responsibility for health care reform—the Top Five list. *New England Journal of Medicine*, 362(4), 283-285.

Cassel, C. K., Guest, J. A. (2012). Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *Journal of the American Medical Association*, 307(17), 1801-1802.

Fölsch, U. R., Faulbaum, F., Hasenfuß, G. (2016). Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten. „Mitgliederbefragung zu Klug entscheiden“. *Deutsches Ärzteblatt*, 113, 10-14.

Fölsch, U. R., Hallek, M., Raupach, T., Hasenfuß, G. (2017). Resonanz und Weiterentwicklung der Initiative Klug entscheiden. *Der Internist*, 6, 527-531.

Goldmann, M., Middeke, A.-G., Schueler, N., Dehl, T., Raupach, T. (2017). Klug entscheiden in der Lehre. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (ZEFQ), 129, 22-26.

Hasenfuß, G., Märker-Hermann, E., Hallek, M., Sieber, C. (2016). Klug entschieden. Allem voran die Indikationsqualität. *Der Internist*, 57, 519-520.

Hong, A. S., Ross-Degnan, D., Zhang, F., Wharam, F. (2017). Small Decline In Low-Value Back Imaging Associated With The 'Choosing Wisely' Campaign, 2012–14. *Health Affairs*, 36(4), 671-679.

Kopp, I. (2015) Mit System zum Ergebnis: Wie entsteht eine „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlung, wer arbeitet daran mit, was sind die Kriterien? [abgerufen am: 22.01.2018] http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/GKE-PM-Berliner%20Forum%20AWMF_Kopp_2015-10-14.pdf

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2016).

Abschlussbericht. Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren. IQWiG-Berichte – Nr. 389. IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln.

Klemperer, D. (2017). Überversorgung und Unterversorgung. *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 71(3-4), 63-67.

Kraft, E., Hersperger, M., Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität. Grundlagenpapier der DDQ. Schweizerische Ärztezeitung, 41, 1485-1489.

Légaré, F., Hébert, J., Goh, L., Lewis, K. B., Leiva Portocarrero, M. E., Robitaille, H., Stacey, D. (2016). Do choosing wisely tools meet criteria for patient decision aids?

A descriptive analysis of patient materials. *BMJ Open*, 6(8).

Melchior H., Schulz H., Härtter M. (2014). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. [abgerufen am: 22.01.2018] <http://depression-faktencheck-gesundheit.de/fachinformation/fachinformation-startseite>.

Meyer, G. (2017). Viel Lärm um nichts. Ist Choosing Wisely wirksam gegen Überversorgung? [abgerufen am: 22.01.2018] <http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/kvh/kvh-1712.pdf>

Nolting, H. D. (2015). Regionale Variationen: Stand und Nutzungserspektiven in Deutschland. *G&G Wissenschaft*, 15(2), 16-22.

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

Rosenberg, A., Agiro, A., Gottlieb, M., Barron, J., Brady, P., Liu, Y., Li, C., DeVries, A. (2015). Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Internal Medicine*, 175(12), 1913-1920.

Schäfer, C. (2017). Patientencompliance. Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im Versorgungsalltag. Gabler Verlag, Wiesbaden.

Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Messer, M., Quenzel, G., Hurrelmann, K. (2016). Health Literacy in Deutschland, In: Schaeffer, D., Pelikan, J. (Hrsg.). *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Hofgrefe Verlag, Berlin, 129-144.

Schöne-Seifert, B. (2017). Choosing-Wisely – Klug Entscheiden: begriffliche und ethische Überlegungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (ZEFQ), 129, 41-45.

Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R., & Geissler, A. (2014). Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHC. Hamburg Center for Health Economics (hce), Hamburg.

Statistisches Bundesamt (2016). Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Sundmacher, L. (2016). Regionale Variationen in der Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 197-209.

Sundmacher, L., & Busse, R. (2012). 12 Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., und Wasem J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2012*. Schwerpunkt: Regionalität, Schattauer, Stuttgart, 183-202.

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen



Gerechte Medizin?

Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis

Herausgegeben von
Mag. Dr. Johann Platzer und
Prof. Dr. Wolfgang Kröll

2018, ca. 202 S., brosch., ca. 39,- €

ISBN 978-3-8487-4844-0

eISBN 978-3-8452-9062-1

(*Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft*, Bd. 4)

Erscheint ca. März 2018

nomos-shop.de/36403

Wie sollte eine gerechte Verteilung knapper medizinischer Ressourcen aussehen? Welche Rolle spielen dabei traditionelle Gerechtigkeitskonzepte? Wer soll dafür die Verantwortung tragen? Inwiefern lassen sich Allokationsentscheidungen am Arbeitsplatz ethisch rechtfertigen?

Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen werden angesichts zunehmender Ressourcenknappheit und steigender Kosten immer dringlicher. Die interdisziplinären Beiträge dieses Bandes gehen diesen und ähnlichen Fragen nach und geben neben grundlegenden Überlegungen zur Gerechtigkeit auch Einblicke in konkrete medizinische Praxisorte.

Nomos
e Library

Nomos