



INITIATIVE „KLUG ENTSCHEIDEN“

Gegen Unter- und Überversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) verfolgt mit ihrer Initiative „Klug entscheiden“ das Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu identifizieren, die häufig nicht fachgerecht erbracht werden.

Ein wesentliches Ziel der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist die kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung. Während die aktuellen Maßnahmen der Qualitätssicherung von politischer Seite auf Struktur- und Ergebnisqualität fokussiert sind, möchte die DGIM mit ihrer Quali-

tie häufig nicht fachgerecht erbracht werden (1). Darunter versteht man einerseits wissenschaftlich belegte diagnostische/therapeutische Maßnahmen, die zu selten angeboten werden (Unterversorgung) und andererseits Leistungen, die erbracht werden, obwohl sie wissenschaftlich für die individuelle Situation als unwirksam erkannt wurden und deshalb nicht angewendet werden sollten (Überversorgung).

Die Initiative der DGIM ist inspiriert durch das amerikanische Choosing-Wisely-Programm, das 2012 vom American Board of Internal Medicine (ABIM) ins Leben gerufen wurde. Dieses Programm adressiert ausschließlich den Aspekt der Überversorgung, indem mehr als 50 Fachgesellschaften jeweils „Top-5-Listen“ (Negativlisten) erstellt haben (2–4).

Nach DGIM-Kriterien ist Überversorgung (überflüssige Leistung)

definiert als eine diagnostische/therapeutische Maßnahme, die häufig durchgeführt wird, obwohl sie nachweislich nicht nutzbringend oder sogar schädlich ist. Hieraus resultiert eine **Negativempfehlung**. Unterversorgung (unterlassene Leistung) ist eine diagnostische/therapeutische Maßnahme, die häufig nicht durchgeführt wird, obwohl sie nachweislich für den Patienten sinnvoll ist. Hieraus resultiert eine **Positivempfehlung**. Über- und Unterversorgung sind daher einerseits charakterisiert durch die vorhandene Evidenz, andererseits durch die Häufigkeit der Fehlversorgung.

● **Überversorgung:** Häufig durchgeführte Maßnahme, die wissenschaftlich nachweislich nicht nutzbringend ist. Es resultiert eine Negativempfehlung.

● **Unterversorgung:** Häufig unterlassene Maßnahme, deren Nutzen wissenschaftlich belegt ist.



Klug entscheiden

tätsoffensive „Klug entscheiden“ auf die Relevanz der Indikationsqualität hinweisen und diese sicherstellen. Schließlich kann ein Behandlungsergebnis nur dann als wirklich gut betrachtet werden, wenn auch die Indikation stimmt.

„Klug entscheiden“ identifiziert wichtige evidenzbasierte Maßnahmen der Diagnostik und Therapie,

Foto: Fotolia/vege

Hieraus resultiert eine Positivempfehlung.

Wie kommt es zur Über- oder Unterversorgung?

Zur wissenschaftlich korrekten Indikationsstellung sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Leitlinien entwickelt worden, die gewichtet nach Evidenz- und Empfehlungsgraden Diagnose und Therapieverfahren einstufen. Es stellt sich daher die Frage, weshalb es dennoch zu Über- oder Unterversorgung kommt. Ein naheliegender Grund könnte die Unkenntnis der Leitlinien oder der aktuellen Publikationslage darstellen. Gerade in Anbetracht der Fülle und des Umfangs von Leitlinien und der rasanten Entwicklung von neuen Diagnose- und Behandlungsverfahren, die noch nicht Eingang in Leitlinien gefunden haben, ist es bei gleichzeitig zunehmender Arbeitsverdichtung nahezu unmöglich, in allen Aspekten auf dem Laufenden zu sein.

Entsprechend wurde in einer kürzlichen Publikation vorgeschlagen, dass Leitlinien in Zukunft ausschließlich Maßnahmen höchster Empfehlungsgrade und Maßnahmen, die klar nicht empfohlen werden, beinhalten sollten (5). Weiter könnte als Ursache der Unterversorgung auch die Sorge der Ärzte vor finanziellen Verlusten oder Regressforderungen eine Rolle spielen. Im Falle der Überversorgung kommen noch weitere Aspekte in Betracht.

So werden selbst in Leitlinien Negativempfehlungen deutlich seltener formuliert als Positivempfehlungen. Ähnlich steht es um die Praxis der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung, in der das „Machbare“ im Vordergrund steht. Bereits im Medizinstudium liegt der Fokus ganz überwiegend darauf, was an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen möglich ist. Zu kurz kommt die Fokussierung auf das individuell Sinnvolle oder gar die Betrachtung dessen, was nicht erforderlich, nicht sinnvoll oder gar schädlich ist. So geht auch der neue Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) nur an einer Stelle da-

rauf ein, dass „... die Absolventinnen und der Absolvent... Untersuchungsmethoden evidenzbasiert, effektiv, ressourcenbewußt und ethisch fundiert auswählen...“. Andere mögliche Gründe für Überversorgung liegen in der Angst vor Behandlungsfehlern, einer zunehmenden Arbeitsverdichtung, im Anspruchsverhalten der Patienten und schließlich auch in Fehlanreizen durch unser Vergütungssystem im Gesundheitswesen. Die Sorge, einen Behandlungsfehler zu machen beziehungsweise dem Patienten nicht medizinisch gerecht werden zu können, ist ein leicht nachvollziehbarer Grund, „sicherheits halber etwas mehr zu machen“.

In ähnlicher Weise könnte der Wunsch nach Ausschluss einer schwerwiegenden Erkrankung, selbst bei niedriger Wahrscheinlichkeit derselben, Ursache dafür sein, lieber noch eine weitere diagnostische Maßnahme zu ergreifen (6). Nicht selten treten unsere Patienten mit einer konkreten Erwartungshaltung für die Durchführung von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen an uns heran. Um den Patienten nicht zu enttäuschen oder vielleicht auch, weil die Zeit zum ausführlichen Patientengespräch fehlt, wird dem Wunsch des Patienten stattgegeben. Schließlich sind in unserem Finanzierungssystem in der Regel technische Leistungen höher vergütet, während das ärztliche Gespräch „nichts mehr zählt“.

Wie die Empfehlungen erstellt wurden

Die internistischen Schwerpunkte beziehungsweise assoziierten Fachgesellschaften (*Kasten*) wurden gebeten, aus ihren Bereichen jeweils fünf Positiv- und fünf Negativ-Klugentscheiden-Empfehlungen (KEE) zu erarbeiten. Dabei sollte eine KEE eindeutig wissenschaftlich belegt sein und die zugrundeliegende Über- oder Unterversorgung sollte nach Einschätzung der Experten häufig vorkommen. Unter diesen Vorgaben haben die verschiedenen Fachgesellschaften unterschiedliche Verfahren für die Erstellung der KEE entwickelt, die in den einzel-

nen Veröffentlichungen dargelegt werden. Flankierend stand das Manual der AWMF „Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam klug entscheiden“ zur Verfügung. Das Manual wurde unter DGIM-Mitarbeit entwickelt und ist als Hilfestellung für die Erstellung von KEE gedacht (7). In mehreren Konsensuskonferenzen, bei denen Experten aller Fachgesellschaften und eine Patientenvertreterin (siehe *Anhang*) zugegen waren, wurden die verschiedenen KEE diskutiert, Formulierungen und Vereinheitlichungen wurden festgelegt. Nach entsprechender Revision erfolgte die multidisziplinäre Konsentierung der einzelnen KEE der Fachgesellschaften. Als entscheidende Voraussetzungen für DGIM-Klugentscheiden-Empfehlungen wurden die folgenden Kriterien festgelegt:

- Evidenzgrundlage: in der Regel eine (oder mehrere) adäquate, publizierte Studie. Im Ausnahmefall Expertenmeinung aus einer hochrangigen Leitlinie.
- Einschätzung durch die Konsensuskommission, dass die Fehlversorgung häufig stattfindet.
- Konsentierung der KEE durch die Konsensuskommission.

Was verspricht sich die DGIM von „Klug entscheiden“?

Die KEE sollen eine Hilfe bei der Indikationsstellung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen darstellen. Sie sollen aber auch grundsätzlich sensibilisieren, klug zu entscheiden und nicht immer alles Machbare durchzuführen. Die DGIM-Initiative soll zum Dialog zwischen Ärzten und Patienten anregen über Maßnahmen, die zu häufig oder zu selten durchgeführt werden. Sie soll somit nachhaltig zur Verbesserung der Indikationsqualität beitragen. Die Relevanz des „gezielten Unterlassens“ wird am Beispiel der Antibiotikaresistenz besonders deutlich. Der gerechtfertigte Verzicht auf eine Antibiotikatherapie schützt nicht nur den Patienten vor möglichen Nebenwirkungen, sondern trägt auch zur Verhinderung von Antibiotikaresistenzen bei (8). Der Verzicht auf

unnötige Diagnostik vermeidet außerdem Zufallsbefunde, die in den meisten Fällen neue (aber unnötige) Diagnostik und Therapie nach sich ziehen. Die KEE wollen darüber hinaus neue Wege zur Arzt-Patienten-Interaktion eröffnen. Deshalb sollen sie nicht nur der Fachwelt durch Publikationen, Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen vermittelt werden, sondern auch Patienten zugänglich gemacht und aktiv angeboten werden. KEE können dann auch direkt Teil des Arzt-Patienten-Gesprächs sein.

Um eine breite Akzeptanz zu erhalten, erscheint die eindeutige wissenschaftliche Evidenz der KEE, basierend in aller Regel auf einer klinischen Studie und Publikation, eine wesentliche Voraussetzung darzustellen. KEE nach DGIM können daher nur für solche medizinische Sachverhalte erstellt werden, für die eindeutige Studiendaten vorliegen und ein multidisziplinärer Expertenkonsens besteht. So kann ein fehlender Nutznachweis alleine zu keiner Negativempfehlung führen, solange keine Studiendaten vorhanden sind. KEE unterliegen wie Leitlinien der wissenschaftlichen Dynamik. Sie müssen verändert werden, wenn neue Studienergebnisse zu einer anderen Erkenntnislage führen. Entsprechende Beispiele liegen aus der amerikanischen Choosing-Wisely-Initiative vor (9). Neben der klaren wissenschaftlichen Evidenz sollte für KEE der Sachverhalt gegeben sein, dass die ent-

sprechende Über- oder Unterversorgung häufig erfolgt. Da für die meisten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in Deutschland aber keine genauen Versorgungsdaten vorliegen, beruhen die meisten KEE diesbezüglich auf Expertenkonsens. Hier wäre in Zukunft eine gezielte Datenerhebung im Sinne von Versorgungsforschung wünschenswert.

Empfehlungen ohne Studienbasis: Im Laufe des Konsensusprozesses wurde deutlich, dass für einige Empfehlungen der Fachgesellschaften keine klaren wissenschaftlichen Evidenzen basierend auf Publikationen von klinischen Studien vorliegen. In diesen Fällen wurden also von den Fachgesellschaften diagnostische/therapeutische Maßnahmen identifiziert, die nach Expertenmeinung häufig nicht fachgerecht erbracht werden, auf die aber zur Verbesserung der Versorgungsqualität in ähnlicher Weise wie auf KEE aufmerksam gemacht werden sollte.

Diese Empfehlungen werden aus Leitlinien mit klarer Expertenempfehlung übernommen. Entsprechende Situationen traten besonders häufig in der Palliativmedizin und in der Geriatrie auf, weil hier vielfach keine klinischen Studiendaten vorliegen beziehungsweise aus ethischen Gründen auch gar nicht erbracht werden können. Es war der einhellige Wunsch der Konsensuskonferenzen, auch diese Empfehlungen zu veröffentlichen, allerdings unter eindeuti-

gem Hinweis auf die fehlende Studienbasis.

Was die KEE nicht sein sollen

- Die KEE sollen keinen Ersatz für Leitlinien darstellen und wie Leitlinienempfehlungen sollen sie keinen Richtliniencharakter haben.
- Sie ersetzen nicht die individuelle Entscheidung aufgrund der spezifischen Situation des einzelnen Patienten und der Erfahrung des Arztes.
- KEE sind nicht vollständig, sie sind weder für Priorisierung noch für Rationierungsüberlegungen geeignet.
- KEE können durch Kosteneinsparung Ressourcen freisetzen, sie sind aber nicht ökonomisch motiviert, sondern allein dem Ziel verpflichtet, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Wie geht es weiter?

- Die von den internistischen Fachgesellschaften in Kooperation mit der DGIM erarbeiteten und konsentierten **KEE werden nacheinander im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht** (siehe Kasten).
- KEE sollen im Rahmen von Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen vermittelt werden.
- In Zukunft sollen KEE parallel mit der Erstellung neuer Leitlinien entwickelt werden.
- Die DGIM fördert darüber hinaus ein Forschungsprojekt mit dem Ziel, KEE bereits in der Ausbildung von Medizinstudenten zu verankern. Es bleibt zu hoffen, dass auch die Politik und die Kostenträger KEE im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung unterstützen.
- Schließlich bedarf es in der Zukunft einer wissenschaftlichen Untersuchung, um zu ermitteln, ob die „Klug entscheiden“-Empfehlungen tatsächlich zu einer Verbesserung der Indikationsqualität geführt haben. ■

Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß
 Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Herrmann
 Prof. Dr. med. Michael Hallek
 Prof. Dr. med. Ulrich R. Fölsch

TEILNEHMENDE FACHGESELLSCHAFTEN



1. Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
2. Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
3. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP)
4. Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA)
5. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
6. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK),
7. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
8. Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)
9. Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin (DGIIIN)
10. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
11. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DDG)
12. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

@ Literatur und Mitglieder der Konsensuskommission im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit1316
 oder über QR-Code

