

Weniger ist mehr

Was die „Choosing Wisely Initiative“ aus den USA für Deutschland bedeutet

Überversorgung in der Medizin ist teuer und gefährdet das Patientenwohl. Im Jahr 2011 startete in den USA die „Choosing Wisely Initiative“. Das Konzept wurde von der National Physicians Alliance entwickeltⁱ und besteht darin, dass verschiedene Fachgesellschaften jeweils für ihr Fachgebiet eine „Top 5 Liste“ der medizinischen Maßnahmen erstellen zu „fünf Dingen, die Ärzte und Patienten hinterfragen sollten“. Ob die Choosing Wisely Initiative auch auf Deutschland übertragen werden kann, diskutierten am 14. März 2013 ungefähr 50 Ärzte, Medizinethiker, Wissenschaftler, Leitlinienexperten und Patientenvertreter. Sie waren der Einladung von Monika Lelgemann und Daniel Strech zu einem Workshop gefolgt, den die Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin und der Medizinethiker in Verbindung mit der 14. Jahrestagung des Netzwerks in Berlin durchführten.

Sylvia Säger

Die „Do not-Punkte“ der Top 5 Listen der Choosing Wisely Initiative sollen eine Überversorgung verhindern und sind als Grundlage für das Arzt-Patienten-Gespräch mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung gedacht. Sie adressieren evidenzbelegte medizinische Maßnahmen mit einem besonders großen Entscheidungsbedarf. Der Charme der Initiative liegt in ihrer Einfachheit, ihrer großen Publikumswirksamkeit und scheinbar leichten Umsetzbarkeit. Aber ist sie deshalb schon geeignet, auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen zu werden? In Impulsreferaten wurden verschiedene Positionen vorgestellt und anschließend im Auditorium lebhaft diskutiert. Daniel Strech (Medizinethiker und Vorstandsmitglied des DNEbM) erläuterte Ziele und Hintergründe der Initiative. Heiner Raspe (Seniorprofessor für Bevölkerungsmedizin, Past Präsident des DNEbM) setzte sie in den Kontext der deutschen Priorisierungsdebatte. Zur Bedeutung der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) bei der Nutzung dieser Top 5 Listen nahm David Klemperer (Sozialmediziner, Past Präsident des DNEbM) Stellung. Wie die Choosing Wisely Initiative von deutschen medizinischen Fachgesellschaften eingeschätzt wird, erläuterten beispielhaft Martin Scherer (Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin), Manfred Gogol (Past Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie), Wolfgang Gaebel

(Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) und Günter Ollenschläger (Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin). Die Diskussion, moderiert von Monika Lelgemann, war sehr lebhaft. Dennoch blieben viele Fragen offen. Der Austausch zu diesem Thema wird vom DNEbM fortgesetzt.

Keine neue Erfindung

Die Top 5 Listen sollen Patienten vor einer Überversorgung schützen. Die Adressierung der Über-, Unter- und Fehlversorgung ist keine neue Erfindung. In Deutschland wurde sie bereits im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) im Jahr 1995 erwähntⁱⁱⁱ. Der Auftrag der Choosing Wisely Initiative ist durchaus mit dem damaligen Auftrag des SVR vergleichbar. Parallelen gibt es auch zu den „Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“^{iv}. Dort heißt es: „Hausärztliche Versorgung erhöht die Patientensicherheit durch individuelle, gemeinsame Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden von Diagnostik bzw. Therapie und dient damit der ressourcenschonenden Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen ... Dies beinhaltet die Berücksichtigung des interpersonellen Geschehens, eine langfristige Behandlungsplanung



unter Einbeziehung des Patienten (Partizipative Entscheidungsfindung) sowie die Integration aller Maßnahmen in ein therapeutisches Gesamtkonzept.“

Konsens, Evidenz oder „GOBSAT“

Die Top 5 Listen der „Don'ts“ werden jeweils von einer Fachgesellschaft erstellt. Ist das nicht ein Rückschritt hinter die Standards der evidenzbasierten Medizin? Würde Deutschland bei einer Nachahmung nicht Gefahr laufen, wieder neue „GOBSAT“-Regeln zu bekommen? Dieses alte System der „good-old-boys-are-sitting-around-the-table“ ist in Deutschland gerade bei der Leitlinienerstellung längst überwunden. Neben der Auswahl und systematischen Bewertung der Literatur sind alle themenrelevanten Fachgesellschaften an der Erarbeitung der Leitlinienempfehlungen beteiligt.

TOP 5 festlegen – aber wie?

„Dos“ und „Don'ts“ haben in deutschen Leitlinien längst als evidenzbasierte Empfehlungen einen festen Platz. Wie aber beispielsweise aus den 27 „Don'ts“ der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz die fünf am meisten relevanten Empfehlungen extrahiert werden können, ist völlig unklar. Hier fehlt ein entspre-

chendes Instrumentarium zur Gewichtung. Möglich wäre ein Vorgehen vergleichbar der Festlegung von Qualitätsindikatoren^v. Die Frage, wie viele positive und negative Empfehlungen gegeben werden, hängt sowohl von der Weiterentwicklung der Leitlinienmethodik als auch vom Thema ab. Während in früheren Leitlinien „Don'ts“ noch selten waren, sind heute zum Beispiel bei der Hormontherapie in der Menopause mehr als 60 % aller Empfehlungen „Unterlassungsempfehlungen“.

Patienten entscheiden anders

Das Patientenwohl muss bei einer Behandlung immer im Mittelpunkt stehen. Top 5 Listen sollen als Gesprächshilfen im Arzt-Patienten-Gespräch eingesetzt werden, um Patienten in die Lage zu versetzen, zu ihrem eigenen Wohl eine Entscheidungsbeteiligung auszuüben. Diese Gewährung der Patientenautonomie ist in Deutschland programmatisch zwar umgesetzt, im medizinischen Alltag jedoch noch nicht angekommen. Präferenzen von Patienten und Ärzten sind außerdem häufig diskrepant. Patienten haben eine mehr oder weniger informationsbegründete Erwartungshaltung. Für ein Vorgehen entsprechend der Choosing Wisely Initiative sind klare Kommunikationskonzepte erforderlich. Die Diskussion um die individualisierte Medizin macht dies noch schwieriger. Es dürfe in der Arzt-Patienten-Kommunikation nicht vermittelt werden,

welche Maßnahmen nicht durchgeführt werden sollen. Der Tenor der Kommunikation muss ganz klar sein: „Behandlungen, die schaden“. In einer Kommunikationswelt, die darstellt, was gerade medizinisch alles möglich ist, wäre das ein völlig neues Konzept, das medienwirksam über niederschwellige Publikationen an die Verbraucher herangetragen werden muss. Dieses Vorgehen kann Erfolg versprechend sein, denn aus Erfahrung weiß besonders die Selbsthilfe, dass der Patient nicht alles haben will, was auf dem Markt ist, sondern das, was hilft.

Leitlinien-Implementierung durch die Hintertür

In der Diskussion um die Top 5 Listen der „Don'ts“ kam recht schnell das Thema Leitlinienimplementierung auf den Tisch. Alle positiven und negativen Empfehlungen zu verschiedenen Indikationen seien bereits schon in den Leitlinien enthalten. Da sei die Frage, ob man nicht besser die Leitlinienimplementierung mit „gescheiterten Implementierungstools“ vorantreiben solle. Gefordert wurden „psychologische Elemente“ zur Förderung der Implementierung. Die müssten aber nicht zwingend vergleichbar einer Choosing Wisely Initiative sein. Die Forderung nach einer wirkungsvolleren Implementierung wird allerdings schon seit zehn Jahren gestellt und sollte nicht das Ergebnis der Debatte um die Einführung der CWI sein.

Vieles bleibt offen

Eine deutsche Choosing Wisely Initiative sei nur im Kontext einer weiteren Priorisierungsdiskussion zu führen, in die auch Verbraucher und Patienten einbezogen werden müssen. Eine solche öffentliche politische Diskussion zu Zielen, Grundlagen, Werten und Grenzen der Medizin, wie sie in anderen europäischen Ländern bereits geführt wird, sei in Deutschland längst überfällig. Die Fragen: „Was sind unsere Kriterien für solche Top 5 Listen?“ oder „Wer ist der Nutznießer?“ müssen klar beantwortet werden. Eine deutsche Choosing Wisely Initiative braucht operationalisierbare Kriterien. Den Einfluss auf ihre Operationalisierung müssen vorrangig die Schwere der Störung und ihre Häufigkeit haben und erst in zweiter Linie die Kosteneffektivität.

Obwohl die Debatte um die Top 5 Listen die Professionalisierungsdiskussion auch in Deutschland angestoßen hat, bleibt doch die Frage, wie groß der Spielraum ärztlicher Entscheidungen ist. Kann es wirklich gelingen, einen „low value service“ durch eine „low volume application“ anzuheben? Immer wieder wird die Frage nach den eigentlichen Zielen der Initiative gestellt, die Hintergründe erscheinen nach wie vor intransparent. Die Diskussion um Über- oder Unterversorgung darf nicht allein durch die Kosten bestimmt werden. Wichtigstes Ziel muss die Patientensicherheit sein.

Offen bleiben auch eine Reihe didaktischer Fragen, wie zum Beispiel die, ob es pädagogisch sinnvoll ist, „Do not“ zu sagen? Die



Trainerin Vera Birkenbihl bot auf einem ihrer früheren Webangebote eine Rubrik mit der Bezeichnung „Nicht öffnen!“^{vi} an und stellte fest, dass dies der erste Menüpunkt war, der von ihren Websitebesuchern angeklickt wurde. In der Diskussion wurde außerdem deutlich, dass es nicht als ausreichend angesehen wird, Unterlassungsempfehlungen zu geben, sondern man müsse auch Alternativen anbieten und sagen, was stattdessen empfohlen werden kann. Außerdem würden fünf Empfehlungen nicht ausreichen. Sind wir damit doch wieder bei den vollumfänglichen Empfehlungen jeder Leitlinie gelandet?

Eine wichtige Implementierungsvoraussetzung ist, wie einfach und handlich eine Sache ist. Sind im Fall der Leitlinien-„Dos“ und „Don'ts“ eine Vereinfachung im Sinne einer Begrenzung oder Priorisierung der Empfehlungen zu schaffen? Hat vor dem Hintergrund ökonomischer Zwänge eine deutsche Choosing Wisely Initiative Aussicht auf Erfolg oder stehen nicht oft andere Dinge im Vordergrund wie zum Beispiel die „Zahl der Scheine“? Unklar war den Diskutanten auch, wie die praktische Umsetzung der Choosing Wisely Initiative erfolgt. Muss der Doktor eine Art „Listenabgleich“ durchführen, welche Maßnahmen er nicht durchführen soll? Da drängt sich die Frage auf: Was tut er denn jetzt?

Interessant auch die Debatte darum, was passiert, wenn der Patient eine Maßnahme wünscht, die nicht „wisely“ ist. Wie funktioniert dann shared decision making? Gerade hier wird deutlich, dass es nicht reicht, TOP 5 Listen mit Unterlassungsempfehlungen einzuführen. Sie sind zwar publikumswirksam und leicht



handhabbar jedoch ohne eine komplexe Intervention beim Verbraucher, bei Leistungserbringern und -anbietern und auch in der Gesundheitspolitik nicht umzusetzen. Für Krankenkassen sind bestimmte Leistungen Wettbewerbsinstrumente. Das bedeutet, dass solche Listen einen hoch verbindlichen Charakter haben müssten. Wie aber verortet sich in diesem Kontext die ärztliche Therapiefreiheit, wie sie zum Beispiel im „Ulmer Papier“ im Jahr 2008 vom 111. Deutschen Ärztetag gefordert wird:^{vii} *„Dabei ist die Therapiefreiheit von grundsätzlicher, sehr hoher Bedeutung für Patienten und Ärzte. Jeder Arzt ist für seine Therapie verantwortlich. Er entscheidet gemeinsam mit dem Patienten, inwieweit er dabei*

die Ergebnisse evidenzbasierter Leitlinien in seine Therapie einfließen lässt. Externe Eingriffe in die Therapiefreiheit wie etwa schematische Standardisierungen können sich nur destruktiv auf die Vertrauensbeziehung von Patient und Arzt auswirken: Der Arzt fühlt sich seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der Unabhängigkeit seines Arztes.“

Fazit

Wir brauchen keine Choosing Wisely Initiative in Deutschland nach amerikanischem Muster. Dennoch ist das Thema sehr bedeutsam, weil es Professionalisierungsdebatten anstößt und wieder einmal den Finger in die Wunde der praktischen Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen legt und zwar durch gemeinsam mit dem Patienten ausgehandelte Entscheidungen. Ein weiterer Grund, sich mit dieser Initiative zu befassen, ist einem Missbrauch vorzubeugen. Der Charme der Initiative besteht in klaren und übersichtlichen Aussagen. Das Rad muss nicht neu erfunden werden in Deutschland, jedoch muss die Akademisierung des

„Leitlinien- und Empfehlungsgeschäfts“ in eine gute Nutzbarkeit und leichte Handhabbarkeit übertragen werden. Von der 13. Jahrestagung des DNEbM 2012 stammt die Botschaft: Komplexe Interventionen bedürfen nicht unbedingt komplexer Lösungen. Das gilt auch hier. Alle sehnen sich nach einfachen Antworten auch bei komplexen Fragestellungen. Die amerikanische CWI ist der Versuch einer Umsetzung. Die gute Nachricht: In Deutschland kann man wegen der konsentierten methodischen Grundlagen hierzu schon auf einem höheren Niveau diskutieren, als das derzeit in den USA der Fall ist.

Konsens herrschte darüber, dass eine bessere Vermarktung der Leitlinien dringend benötigt wird. Dazu braucht es auch eine politische Diskussion. Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin wird daher das Thema der Choosing Wisely Initiative und ihre mögliche Umsetzung mit hoher Priorität auf seiner Agenda führen und die Diskussion hierzu fortsetzen. Bis zur nächsten Veranstaltung, deren Termin noch nicht feststeht, soll ein Konzeptplan erstellt werden, der alle Punkte aufgreift und als Diskussionsgrundlage dienen wird. Die Veranstalter wünschen sich besonders, dass diese Diskussion in die Fachgesellschaften hineingetragen wird. Man darf gespannt sein! ■

ⁱ <http://www.choosingwisely.org/about-us/>

ⁱⁱ <http://npalliance.org/integrity-trust-in-medicine/>

ⁱⁱⁱ SACHVERSTÄNDIGENRAT für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit (1995). Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/1995/kurz95.pdf

^{iv} Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. Verfügbar unter: http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/DEGAM_Zukunftpositionen.pdf

^v Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.). Qualitätsindikatoren (2009). Verfügbar unter: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf>

^{vi} <http://www.birkenbihl.com/www-birkenbihl-de/>

^{vii} Bundesärztekammer (Hrsg.) Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Ulmer Papier. Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf>



Fly Tieto 2013

01/10/2013 // TechGate Vienna // 10.00 – 18.30 Uhr // anschließend Gala
Infos unter: sales.austria@tieto.com

