



Überversorgung – eine Spurensuche

Überversorgung – eine Spurensuche

Herausgeber
Bertelsmann Stiftung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die weibliche Sprachform verzichtet.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Vorwort

Es ist unstrittig, dass nicht nur in einigen europäischen Ländern, sondern auch im deutschen Gesundheitswesen Mangel und Unterversorgung bestehen – obwohl Deutschland im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt mehr Mittel für Gesundheit ausgibt als jedes andere Land der Europäischen Union. Ebenso wie Unterversorgung schadet allerdings auch eine Überversorgung den Patienten. Und diese sollte ebenfalls entschieden bekämpft werden. Als Bertelsmann Stiftung haben wir uns in den vergangenen Jahren ganz bewusst auf das Problem der Überdiagnostik und Überversorgung konzentriert, denn deren Vermeidung verbessert nicht nur unmittelbar die Patientensicherheit und Versorgungsqualität, sondern setzt zudem Ressourcen frei, um Unterversorgung entgegenwirken zu können.

„Mehr ist nicht immer besser“ – diese Wendung gilt auch für die Medizin. Dass zu viel Medizin die Patientensicherheit gefährden kann, wird mittlerweile öffentlich diskutiert. Das zeigen Titel von Zeitungsartikeln der vergangenen Jahre: „Überdosis Medizin“, „Ausufernde Diagnostik“, „Unnötige Operationen“. In welchen Bereichen wird Überversorgung hierzulande besonders sichtbar? Und wie nehmen Ärzte und Patienten das Problem wahr? Welche Maßnahmen können gegen Überversorgung ergriffen werden? Wir haben uns auf eine Spurensuche begeben.

Das IGES Institut hat untersucht, wo es konkrete Hinweise auf Überversorgung in Deutschland gibt. Sie werden in diesem Report vorgestellt. Zudem führte das Rheingold Institut zu dem Thema tiefenpsychologische Interviews mit Ärzten und Patienten, deren Ergebnisse in einem separaten Bericht veröffentlicht werden. Und schließlich hat Kantar eine bevölkerungsrepräsentative Befragung durchgeführt, um Kenntnis und Erleben von Überversorgung in der Bevölkerung zu erfragen.

Unsere Ergebnisse zeigen ein komplexes Bild: Überversorgung resultiert aus Ängsten und tief verwurzelten Glaubenssätzen aufseiten der Patienten und Ärzte, aus veralteten Rollenverständnissen und aus einer immer noch nicht konsequent organisierten Ausrichtung auf das Patientenwohl. So hält sich der Glaube, es sei immer besser zu handeln als abzuwarten oder gar nichts zu tun. Wachsame Beobachten fällt schwer, obwohl es oftmals angebracht wäre. Viele Patienten schaffen es nicht, dem Arzt ihre Bedürfnisse zu schildern – Ärzte wiederum unterstellen häufig Bedarfe, die es gar nicht gibt. Die Folge: Medizinische Leistungen „ersetzen“ das ausführliche Arzt-Patienten-Gespräch.

Die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung fördern diese Entwicklung: Das unverbundene Nebeneinander von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen produziert nicht nur Überversorgung, sondern treibt auch die Kosten unnötig in die Höhe. Zudem ist die Art, wie Medizin in Deutschland bisher gelehrt, geleistet und vergütet wird, zu hinterfragen. So spielt die Arzt-Patienten-Kommunikation in den Lehrplänen noch eine untergeordnete Rolle und zeitintensive Patientengespräche werden nicht angemessen honoriert.

Die Diskussion über die Problematik von Überversorgung und wirkungsvolle Lösungsstrategien ist international in Gang gekommen. Sie findet auf zahlreichen Konferenzen und Veranstaltungen statt wie auch in hochkarätigen medizinischen Journals. Mehr Aufklärung über Überversorgung in Deutschland tut not – für beide Seiten: Ärzte und Patienten. Eine internationale Maßnahme zur Aufklärung und Transparenz der Leistungserbringung scheint hier wirksam zu sein: die „Choosing Wisely“-Kampagnen, in denen sich Ärzte gegen Überversorgung und für bessere Gespräche einsetzen. Wir hoffen, mit unseren Veröffentlichungen rund um die Themen „Überversorgung“ und „Choosing Wisely“ Impulse setzen zu können, damit notwendige Korrekturen auch im deutschen Gesundheitssystem erfolgen. Zum Wohle der Patienten.



Dr. Brigitte Mohn
Mitglied des Vorstandes
der Bertelsmann Stiftung



Uwe Schwenk
Programmdirektor
„Versorgung verbessern –
Patienten informieren“
Bertelsmann Stiftung

Inhalt

1	Das Problem Übersorgung	8
	<i>Marion Grote Westrick, Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung</i>	
1.1	Definition von Übersorgung	8
1.2	Indikationsstellung und Übersorgung	9
1.3	Messbarkeit von Übersorgung	10
1.4	Folgen von Übersorgung	11
2	Ursachen und Einflussfaktoren	13
	<i>Marion Grote Westrick, Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung</i>	
2.1	Systemische Rahmenbedingungen	14
2.1.1	Auslastung (zu) hoher Angebotskapazitäten	14
2.1.2	Mengenbezogene Vergütungsanreize	16
2.1.3	Wenig koordinierte Versorgung	18
2.1.4	Geringer Digitalisierungsgrad	19
2.1.5	Kein systematisches Angebot an Patienteninformationen	19
2.2	Medizinisches Wissen	20
2.2.1	Medikalisierung	20
2.2.2	Überdiagnose	21
2.2.3	Ignoranz gegenüber Evidenz	21
2.2.4	Kommerzielle Interessen	23
2.3	Gesellschaftliche Trends	23
2.3.1	Glaubenssätze	24
2.3.2	Kontrollbedürfnis	25
2.3.3	Verzerrte Medienberichterstattung	25
2.4	Verhalten des Patienten	26
2.4.1	Beschwerden und Ängste	26
2.4.2	Furcht vor Unterversorgung	26
2.4.3	Geringe Gesundheitskompetenz	27
2.4.4	Reaktionen auf unerfüllte Erwartungen	28
2.5	Verhalten des Arztes	28
2.5.1	Umgang mit Unsicherheit	29
2.5.2	Umgang mit Patientenerwartungen	29
2.5.3	Umgang mit wirtschaftlichem und zeitlichem Druck	30
2.5.4	Selbstverständnis	31
3	Maßnahmen gegen Übersorgung	33
	<i>Marion Grote Westrick, Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung</i>	

4	Vorstudie: Literaturrecherche zu Überversorgung	42
	<i>Dr. med. Bernd Deckenbach, Karsten Zich, Hans-Dieter Nolting, IGES Institut</i>	
4.1	Hintergrund	42
4.2	Methodik der Vorstudie	42
4.3	Ergebnisse der Vorstudie im Überblick	44
5	Beispiele für Überversorgung	50
	<i>Dr. med. Bernd Deckenbach, Karsten Zich, Hans-Dieter Nolting, IGES Institut</i>	
5.1	Einleitung und Beschreibung des Vorgehens	50
5.2	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) am Beispiel der Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung	51
5.2.1	Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich	51
5.2.2	Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung	52
5.2.3	Risiken	53
5.2.4	Überversorgungsbefunde / -probleme, Ursachen und Einflussfaktoren	54
5.2.5	Verbesserungsansätze	56
5.3	Diagnostische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung am Beispiel der Bildgebungen bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen	59
5.3.1	Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich	59
5.3.2	Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung	59
5.3.3	Risiken	60
5.3.4	Überversorgungsbefunde / -probleme	61
5.3.5	Ursachen und Einflussfaktoren	63
5.3.6	Verbesserungsansätze	64
5.4	Therapeutische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung (Arzneimittel) am Beispiel der Verordnung von Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	67
5.4.1	Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich	67
5.4.2	Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung	67
5.4.3	Risiken	69
5.4.4	Überversorgungsbefunde / -probleme	69
5.4.5	Ursachen und Einflussfaktoren	70
5.4.6	Verbesserungsansätze	72
5.5	Krankenhausversorgung am Beispiel der Schilddrüsenoperationen und der Implantationen von Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)	75
5.5.1	Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich	75
5.5.2	Schilddrüsenoperationen	75
5.5.3	Kardioverter-Defibrillator-Implantationen	81
5.6	Versorgung am Lebensende	89
5.6.1	Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich	89
5.6.2	Einführung in das Thema	89
5.6.3	Überversorgungsbefunde / -probleme	91
5.6.4	Ursachen und Einflussfaktoren	95
5.6.5	Verbesserungsansätze	96
5.7	Zusammenfassung und Fazit	100
	Autoren	104
	Literaturtipps	106
	Impressum	107

1 Das Problem Übersorgung

Marion Grote Westrick, Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung

Mehr Untersuchungen und Behandlungen bewirken nicht zwangsläufig mehr Gesundheit. Systematische Reviews zeigen regelmäßig die 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 2019; Morgan et al. 2018; Morgan et al. 2016; Brownlee et al. 2017).

Studien gehen davon aus, dass ungefähr ein Drittel aller Patienten medizinische Leistungen erhalten, die vermutlich unnötig, unwirksam oder gar schädlich sind (Ellen et al. 2018). In ihrem Bericht „Tackling Wasteful Spending on Health“ schätzt die OECD (2017a), dass in den OECD-Staaten etwa ein Fünftel der Gesundheitsausgaben keinen oder nur einen geringen Beitrag zu besseren Gesundheits-Outcomes leisten und damit besser verwendet werden könnten.

Auch dem deutschen Gesundheitssystem wird Übersorgung attestiert: So schreiben die OECD und das European Observatory im Länderprofil Deutschland, dass die große Aktivität im Krankenhausbereich sowie die regional hohe Dichte niedergelassener Ärzte Zeichen einer Übersorgung seien (OECD und European Observatory 2017). Der EU-Gesundheitskommissar und frühere Herzchirurg Vytenis Andriukaitis sagt im Interview mit der Tageszeitung Die Welt: „Deutschland leistet sich eine Übersorgung“ (Schiltz 2018). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinen Gutachten wiederholt auf Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie entsprechende Steuerungsdefizite im deutschen Gesundheitssystem hingewiesen (SVR 2018). Auch für den hausärztlichen Bereich wird Übersorgung attestiert (Alber et al. 2017).

1.1 Definition von Übersorgung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen definiert Übersorgung als „eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus, d. h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen“ (SVR 2000/2001: 18). Er orientiert sich damit an der vom US-amerikanischen „Institute of Medicine“ aufgestellten Definition von Übersorgung als „the provision of medical services from which the potential for harm exceeds the potential for benefit“ (Chassin und Galvin 1998). Eine weitere Definition berücksichtigt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und beschreibt Übersorgung als „Provision of a service that is unlikely to increase the quality or quantity of life, that poses more harm than benefit,

or that patients who were fully informed of its potential benefits and harms would not have wanted“ (Elshaug et al. 2017).

Der Komplex Überversorgung umfasst neben dem Schadenspotenzial für den einzelnen Patienten auch den gesellschaftlichen Aspekt, dass bei Überversorgung (finanzielle und personelle) Ressourcen gebunden werden und damit einer besseren Verwendung nicht mehr zur Verfügung stehen. Insofern wird Überversorgung auch umfassender definiert als „Versorgung, die zu Schaden führen kann und Ressourcen verbraucht, ohne den Patienten einen zusätzlichen Nutzen zu stiften“ (Levinson et al. 2015 [eigene Übersetzung]). In der englischsprachigen Literatur werden daher neben „overuse“ auch Begriffe wie „too much medicine“, „low-value care“, „inappropriate use“ und „unnecessary care“ verwendet.

1.2 Indikationsstellung und Überversorgung

Es wird geschätzt, dass Ärzte etwa 80 Prozent der Gesundheitskosten auslösen (Crosson 2009). Damit liegt die Verantwortung für bedarfsgerechte Entscheidungen, für Ressourcensteuerung und damit auch die Vermeidung von Überversorgung zum großen Teil bei den Ärzten. Die Arzt-Patienten-Interaktion ist demnach ein zentraler Ansatzpunkt, um Überversorgung abzubauen (Lakhani et al. 2016). Sie unterliegt jedoch zahlreichen Einflüssen, wie gesundheitssystemischen und medizinischen Faktoren, der ärztlichen Kultur und individuellen patienten- und arztseitigen Faktoren (siehe Kapitel 2).

Hausärzte stehen oft am Beginn des diagnostischen und therapeutischen Prozesses, zumindest in primärärztlich orientierten Gesundheitssystemen. Sie entscheiden durch die Wahl des weiteren Vorgehens darüber, ob eine – eventuell unnötige – Versorgungskaskade in Gang gesetzt wird (Alber et al. 2017; Kühlein et al. 2013). Nicht nur Hausärzte, sondern alle Ärzte sind in der Verantwortung, bedarfsgerechte und ressourcenbewusste Entscheidungen aufgrund einer wissenschaftlich begründeten Indikationsstellung zu treffen, welche die Präferenzen der Patienten berücksichtigen. Der adäquaten Indikationsstellung ist ein besonderer Stellenwert einzuräumen (Bundesärztekammer 2015; Deutscher Ethikrat 2016). Dabei ist die Indikationsstellung das Resultat einer komplizierten Gemengelage aus wissenschaftlicher Evidenz, verfügbaren Ressourcen, Arzt- und Patientenpräferenzen, der Versorgungsorganisation und finanziellen Rahmenbedingungen (Saini et al. 2017; Maibaum 2016).

Für Raspe et al. (2019) ist eine *lege artis* erfolgte Indikationsstellung und Indikation gleichbedeutend mit der medizinischen Notwendigkeit einer Maßnahme, die als geeignet erscheint, ein klinisch relevantes Ziel zu erreichen und „dabei voraussichtlich mehr Nutzen als Schaden zu stiften“ (Raspe et al. 2019: 5). Zahlreiche Unsicherheiten im Rahmen der Indikationsstellung beeinträchtigen allerdings eine regelhafte Beurteilung der Indikationsqualität (Raspe 2016). So kann eine weite Indikationsstellung – also die Indikationsausweitung auf gesündere Patienten, für die die betreffende medizinische Maßnahme nicht notwendig ist – zu guten Ergebnissen, also „Pseudoerfolgen“ führen (ebd.: 26).

1.3 Messbarkeit von Überversorgung

Überversorgung liegt nach den obigen Definitionen vor, wenn ein Patient diagnostische, therapeutische, medikamentöse oder operative Leistungen erhält, die unnötig, unwirksam oder unerwünscht sind.

- „Unnötig“ meint, dass eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme dem Patienten höchstwahrscheinlich nicht nutzt bzw. mögliche Nebenwirkungen und Schäden größer sind als der potenzielle Nutzen.
- „Unwirksam“ bezieht sich auf Behandlungen, die nicht wirksamer sind als ein Placebo.
- „Unerwünscht“ bedeutet, dass ein umfassend über Nutzen und Risiken einer Behandlung und möglicher Alternativen informierter Patient sich für eine andere oder für gar keine Untersuchung oder Behandlung entschieden hätte.

Auch wenn Definitionen vorliegen: Oft ist es schwierig, Überversorgung als solche zu identifizieren, zu messen und zu quantifizieren (Brownlee et al. 2017). Dafür bräuchte es eine Definition der „appropriateness of a service“, also der Angemessenheit oder Notwendigkeit einer Leistung, die deren Nutzen-Schaden-Verhältnis für einen einzelnen Patienten bzw. eine Patientengruppe ausdrückt (Raspe 2019). 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, bestehend aus

- Leistungen, die den meisten Patienten wenig nutzen,
- Leistungen, deren Nutzen-Schaden-Verhältnis bei Patienten stark variiert,
- 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- bzw. 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 Verfahren sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten zahlreiche Analysen durchgeführt worden, um Überversorgung zu ermitteln. Im Faktencheck Gesundheit hat die Bertelsmann Stiftung in den vergangenen Jahren regionale Unterschiede in verschiedenen Leistungs- und Themenbereichen aufgezeigt und Hinweise für Überversorgung geliefert. Im vierten Kapitel dieses Reports wird trotz einiger methodischer Herausforderungen über eine Literatur- und Sekundärdatenanalyse nun der erste methodische Ansatz gewählt, um Hinweisen auf Überversorgung in Deutschland nachzugehen.

1.4 Folgen von Überversorgung

Überversorgung hat negative Folgen, sowohl für einzelne Patienten als auch für Ärzte und Pflegekräfte – und letztlich für die gesamte Gesellschaft. Einige dieser Folgen werden hier kurz erläutert.

Überdiagnostik macht Gesunde zu Patienten

Mit Überversorgung eng verbunden sind Überdiagnostik und Überdiagnose. Durch Screening und Diagnostik in symptomlosem Zustand erhalten eigentlich gesunde Menschen möglicherweise eine Krankheitsdiagnose und daraus resultierende Maßnahmen (Brodersen et al. 2017). So werden durch die Zunahme besonders auch der bildgebenden und gentechnischen Verfahren Abweichungen und Veränderungen mit keinem oder nur geringem Krankheitswert als Krankheit diagnostiziert und behandelt. Flächendeckendes Screening von Menschen, die kein spezifisches Krankheitsrisiko haben, kann eine Kaskade weiterer Maßnahmen wie Bildgebung, Biopsien, Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe auslösen (Korenstein 2018). Oft nützt dies den Patienten nicht, da die diagnostizierten Befunde im Laufe des Lebens häufig weder Symptome hervorgerufen noch das Leben verkürzt hätten.

Überversorgung schadet Patienten

Primum nil nocere – zuallererst nicht schaden – ist eine der zentralen ethischen Grundsätze der Medizin. Das bedeutet, dass es besser sein kann, nichts zu tun und abwartend zu beobachten, als eine Maßnahme mit zweifelhaftem Nutzen und der Gefahr der Schädigung durchzuführen. Unnötige Versorgung ist eine Ursache für vermeidbare Schäden und schlechte Versorgungsqualität. Genauso wie notwendige können auch unnötige Behandlungen Nebenwirkungen und Komplikationen hervorrufen, zum Beispiel:

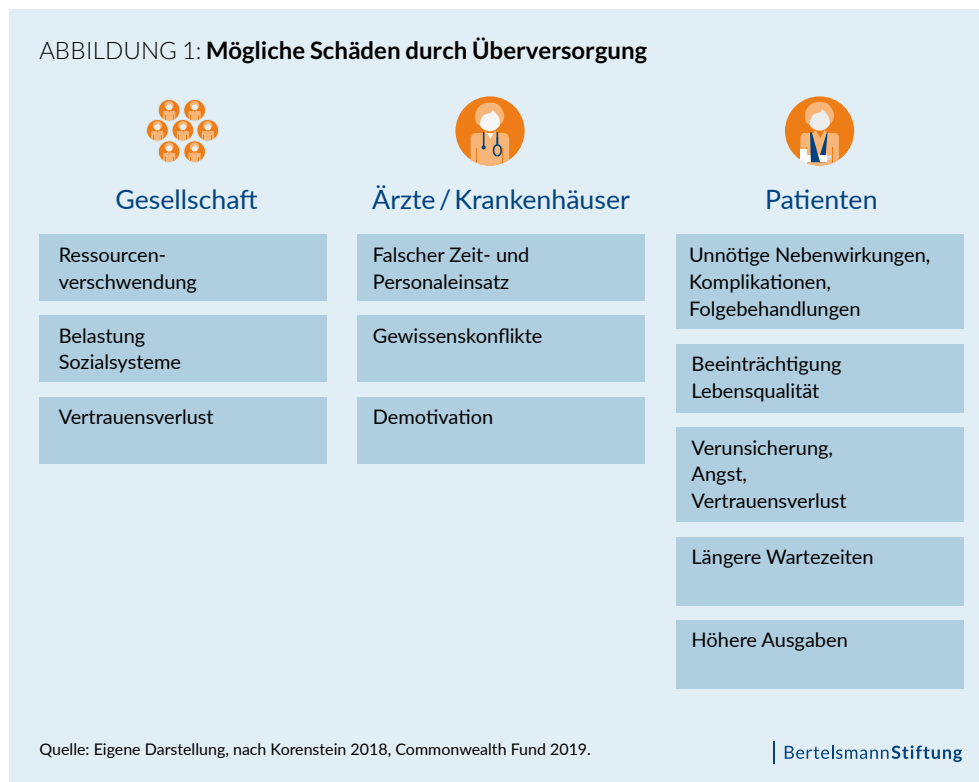
- Strahlenbelastung durch Röntgen- oder CT-Untersuchungen
- Durchfall und Resistenzen durch Antibiotika
- Muskel- und Gedächtnisprobleme durch die Einnahme von Statinen
- Komplikationen bei bzw. nach Operationen
- Infektionen durch Krankenhausaufenthalte

Überversorgung kann die Lebensqualität beeinträchtigen und sogar lebensbedrohlich sein. Einmal gestellte Diagnosen führen zu Ängsten, Stress und häufig zu einer Umstellung des alltäglichen Lebens. Medizinische Überversorgung kann eine geringere Patientenzufriedenheit, schlechtere Gesundheitsergebnisse und sogar eine höhere Sterblichkeit zur Folge haben (Fisher 2003).

Überversorgung demotiviert

Ärzte können durch verschiedene Einflüsse (z. B. Patientenerwartungen, Zeitmangel, Vergütungsanreize, siehe Kapitel 2) verleitet oder unter Druck gesetzt werden, medizinisch nicht notwendige Leistungen an Patienten zu erbringen. Ihre Zeit und Arbeitskraft für Tätigkeiten einzusetzen, die den Patienten wenig bis gar nicht nutzen oder sogar schaden können, demotiviert diejenigen Ärzte, die sich dem Patientenwohl verschrieben haben. Sie befinden sich in dem Dilemma zu entscheiden, inwiefern sie diesen anderen Einflüssen zulasten des Patientenwohls nachgeben (Beerheide 2017; Bittner und Schmidt-Kaehler 2018). Allerdings gibt es auch Ärzte, die sich eher als Dienstleister verstehen (Hambrock 2019).

ABBILDUNG 1: Mögliche Schäden durch Übersorgung



und ihre Einkommensinteressen (Reiners 2018), ihr Forschungsinteresse oder ihre Karriere (Laschet 2018) vor das Patientenwohl stellen.

Übersorgung verschwendet Ressourcen

Übersorgung bindet finanzielle und personelle Ressourcen, die an anderer Stelle fehlen. Sie trägt zu höheren Kosten im Gesundheitssystem bei, für die Beitrags- und Steuerzahler oder die Patienten privat aufkommen müssen, ohne dass Patienten einen Nutzen davon haben. Für die USA wird geschätzt, dass bis zu 30 Prozent der Gesundheitsausgaben den Patienten nicht nutzen (Commonwealth Fund 2019). Damit gefährden Überdiagnostik und Übersorgung die Belastbarkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen (RACGP 2018). Zudem können sie das Vertrauen der Gesellschaft in die Ärzteschaft als freier, am Patientenwohl orientierter und sich selbst regulierender Profession gefährden (Raspe 2016, Wehkamp und Naegler 2017).

Abbildung 1 veranschaulicht die möglichen Schäden, die Übersorgung in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen anrichten kann.

Die Literaturangaben befinden sich am Ende von Kapitel 3.

2 Ursachen und Einflussfaktoren

Marion Grote Westrick, Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung

Übersversorgung hat viele Ursachen und Einflussfaktoren (Gerber et al. 2016; Saini et al. 2017; Pathirana et al. 2017; Alber et al. 2017). Diese wirken auf verschiedenen Ebenen in unterschiedlicher Stärke auf die individuelle Arzt-Patienten-Interaktion. Für das deutsche Gesundheitssystem besonders relevante Faktoren werden in Anlehnung an Abbildung 2 näher erläutert. Da sich einige davon in ihrem Einfluss auf Übersversorgung gegenseitig bedingen oder verstärken – teilweise auch abschwächen –, finden sich in einzelnen Erläuterungen Bezüge zu den anderen Faktoren.

ABBILDUNG 2: Einflussfaktoren auf Übersversorgung



2.1 Systemische Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, unter denen Arzt und Patient aufeinandertreffen, haben Einfluss darauf, was, wo und von wem unter welchen Bedingungen an medizinischen Leistungen erbracht wird. Die Größe und Verteilung von strukturellen und personellen Angebotskapazitäten – Krankenhäusern, Fach- und Hausarztpraxen, Großgeräten – spielen dabei genauso eine Rolle wie die Koordination und die Informationsflüsse der Versorgungsprozesse. Vergütungsanreize können die Menge und Qualität der erbrachten Leistungen ebenfalls beeinflussen.

2.1.1 Auslastung (zu) hoher Angebotskapazitäten

In einem Gesundheitssystem sollten die Angebotskapazitäten in Bezug auf Region, Fachrichtung und Versorgungsgrad entsprechend dem objektiven Bedarf der Bevölkerung geplant werden (SVR 2018). Da die Angebotsstrukturen wie auch der Bedarf zahlreichen Einflussfaktoren und Vorgaben unterliegen, scheinen Diskrepanzen zwischen diesen nicht gänzlich vermeidbar. Dadurch kann Übersorgung entstehen.

Ist die Versorgungsdichte mit Hausärzten (regional) zu gering, kann dies zu hausärztlicher Unterversorgung und in der Folge zu einer Übersorgung mit stationären Leistungen führen (Saini et al. 2017). Ist die (regionale oder fachbezogene) Zahl der Fachärzte oder Kliniken größer als für die Bedarfsdeckung erforderlich, kann sich daraus ebenfalls Übersorgung in Form einer angebotsinduzierten Nachfrage entwickeln. Ähnliches gilt bei einer (Über-)Verfügbarkeit von medizinischer Technik oder Großgeräten.

Im europäischen Vergleich sind die Dichte an Ärzten und Pflegekräften sowie die Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland überdurchschnittlich hoch. Dadurch ist der Zugang zur medizinischen Versorgung überdurchschnittlich gut und die Wartezeiten für Patienten sind vergleichsweise kurz. Doch die hohe Dichte der Angebotskapazitäten kann auch ein Hinweis auf Übersorgung sein (OECD und European Observatory 2017).

Nicht bedarfsgerecht verteilte Haus- und Fachärzte

Wie in den meisten anderen OECD-Ländern auch, hat sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte hierzulande das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten zuungunsten der hausärztlichen Versorgung verschoben (OECD 2016). Laut Sachverständigenrat Gesundheit zeigt die Verteilung der Ärzte auf die hausärztliche und fachärztliche Versorgung „einen anhaltend starken Trend zur Subspezialisierung“ (SVR 2014: 402): Lag das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten 1993 noch bei etwa 60 zu 40, hat es sich mittlerweile umgekehrt.

So kommt der Sachverständigenrat Gesundheit bereits in seinem Gutachten 2014 zu dem Schluss, dass es in Deutschland neben Regionen mit drohender oder bereits bestehender (eher haus-)ärztlicher Unterversorgung auch Regionen mit einer stark ausgeprägten (eher fach-)ärztlichen Übersorgung gebe. Vor allem bei Fachinternisten, Chirurgen, Anästhesisten und Psychotherapeuten existieren formell stark übersorgte Planungsbereiche, die einen Versorgungsgrad von 200 Prozent aufweisen (SVR 2018). Die räumliche Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten bestehe zudem in einer Übersorgung in Ballungsräumen und einer Unterversorgung in strukturschwachen Regionen (SVR 2014).

Auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sieht gemäß ihrer Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ in einer unkoordinierten, „spezialistischen“ Medizin eine Quelle für Überversorgung. Gerade das deutsche Gesundheitswesen ohne primärärztliches System und mit starken kompetitiven Anteilen führe über eine Fragmentierung der Versorgung zu einem unkoordinierten Nebeneinander und damit zu Unter-, Über- und Fehlversorgung (DEGAM 2019).

Zu viele Krankenhauskapazitäten

Deutschland hat im internationalen Vergleich mit über 8,1 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte (OECD-Durchschnitt: 5,0 Betten / 1.000 Einwohner). Auch die Zahl der Krankenhaufälle liegt mit 236 je 1.000 Einwohner deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 151 Fällen (OECD und European Observatory 2017). Dies spiegelt sich in den höchsten Operationszahlen bei perkutanen Koronarinterventionen (624 in Deutschland vs. 177 im OECD-Schnitt, bezogen auf 100.000 Einwohner), bei Leistenbrüchen (223/110), beim Hüftgelenkersatz (295/154) und bei brusterhaltenden Operationen (232/108) bzw. den zweithöchsten Operationsraten bei Herzkranken-Bypassen (116/47), Gallenblasenentfernungen (236/154) und beim Kniegelenkersatz (213/122) (OECD 2013). In dem Profil über das deutsche Gesundheitssystem kommen die OECD und das European Observatory zu dem Schluss: „These statistics raise concerns about over-provision of services and the appropriateness of care“ (OECD und European Observatory 2017: 14).

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesfinanzministerium kritisiert ebenfalls Überkapazitäten in der Krankenhausversorgung bei gleichzeitig unzureichend finanzierten Investitionen. Der Krankenhausbereich in Deutschland sei geprägt durch Überkapazitäten sowie unzureichende Konzentration und Spezialisierung. Der daraus resultierende Wettbewerb der Krankenhäuser führe zu ruinöser Konkurrenz, zu Defiziten in der Behandlungsqualität und Effizienzverlusten. Der Druck, die vorhandenen Kapazitäten auszulasten, verleite die Einrichtungen häufig dazu, wirtschaftlichen Erwägungen eine medizinisch unangemessene Bedeutung beizumessen und fehlende Investitionsmittel sowie die Deckung sonstiger Kosten durch eine Ausweitung von Leistungsmengen auszugleichen (Wissenschaftlicher Beirat 2018).

Der Sachverständigenrat Gesundheit sieht die Überversorgung an kleinen und mittleren Krankenhäusern vor allem in Ballungsgebieten ebenfalls als Ursache für einen ineffizienten Einsatz knapper Investitionsmittel (SVR 2018). Er empfiehlt den Abbau stationärer Überkapazitäten, die Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen. Auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) fordert, dass die Krankenhausplanung im Rahmen regionaler, sektorenübergreifender Versorgungskonzepte bedarfsorientiert gestaltet werden muss, um stationäre Überkapazitäten zu reduzieren (Nothacker et al. 2019).

Die im Juli 2019 veröffentlichte Studie der Bertelsmann Stiftung bestätigt, dass es in Deutschland zu viele und zu kleine Krankenhäuser gibt, die zudem schlecht ausgestattet sind und untereinander unnötig im Wettbewerb stehen (Loos et al. 2019). Empfohlen wird eine deutliche Reduktion der Krankenhauszahl und eine Konzentration auf etwa 600 Kliniken mit besserer personeller und technischer Ausstattung, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Überangebot an (Groß-)Geräten

Die Verfügbarkeit von medizintechnischen (Groß-)Geräten kann dazu führen, dass diese zur Diagnostik oder Behandlung von Patienten genutzt werden, die davon nur wenig oder gar nicht profitieren. Diese anbotssensitive Versorgung kann erstens aus betriebswirtschaftlichem Kalkül erfolgen: In Gesundheitssystemen, in denen Kliniken oder Praxisinhaber Investitionen in Versorgungskapazitäten selbst aus der laufenden Vergütung finanzieren (müssen) und dann auch die Investitionsgewinne selbst abschöpfen können bzw. für mögliche Verluste aufkommen müssen, kommt es eher zu einer Überinvestition – und damit zu einer Überkapazität – in Abteilungen, Leistungen oder Geräte mit hoher Gewinnspanne und zu einer Unterinvestition in weniger profitable Bereiche (Saini et al. 2017). Darüber hinaus werden Großgeräte auch ausgelastet, um Vorgaben bezüglich Weiterbildung und Qualitätssicherung zu erfüllen (Clade 1999). Zweitens zeigen Studien, dass allein die Verfügbarkeit von medizintechnischem Gerät dazu verleitet, diese Geräte anzuwenden und weniger stark zu überprüfen, ob deren Nutzung im Einzelfall auch angemessen ist (Wennberg 2010).

In Deutschland hat die Zahl der in Kliniken eingesetzten Großgeräte in den vergangenen Jahren stetig um etwa drei Prozent jährlich zugenommen (BMWi 2017). Das liegt unter anderem daran, dass die Krankenhausplanung ohne eine zentrale Planung von Großgeräten erfolgt (SVR 2018). Bis in die 1990er-Jahre gab es hierzulande eine staatliche Großgeräteplanung, die jedoch mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 entfiel. Die Folgen (Clade 1999): Neue Großgeräte ersetzen nicht die bestehenden, sondern werden zusätzlich verwendet. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich werden Großgeräte eingesetzt, was für Patienten häufig zu Doppeluntersuchungen führen kann. So sind Großgeräte in Deutschland weder geographisch noch strukturell bedarfsgerecht verteilt, sondern stehen „am falschen Ort und in den falschen Einrichtungen“ (ebd.: 470).

2.1.2 Mengenbezogene Vergütungsanreize

Finanzielle Anreize für Ärzte und Krankenhäuser – und deren anreizkonformes Verhalten – können zu Überversorgung führen (Saini 2017). Mengenabhängige Vergütungen wie Einzelleistungsvergütung und Fallpauschalen verleiten dazu, medizinische Leistungen durchzuführen, selbst wenn diese jeweils medizinisch nicht indiziert sind.

Wie oben beschrieben, stehen die Krankenhäuser in Deutschland unter dem Druck, vorhandene Kapazitäten auszulasten. Fehlende Investitionsmittel und die Deckung sonstiger Kosten werden im bestehenden DRG-System durch eine Ausweitung von Leistungsmengen ausgeglichen (Wissenschaftlicher Beirat 2018). In Interviews und Befragungen berichten Krankenhausärzte von dem wachsenden Druck, diese betriebswirtschaftlichen Interessen bei patientenbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen: In einer quantitativen Studie bestätigten knapp 40 Prozent der befragten Chefarzte, dass in ihrem Fachgebiet die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu erhöhten Fallzahlen führten (Reifferscheid et al. 2015).

Im Rahmen einer qualitativen Befragung von Krankenhausärzten und -geschäftsführern stellen Wehkamp und Naegler (2017) ebenfalls fest, dass betriebswirtschaftliche Interessen patientenbezogene Entscheidungen beeinflussen: Die befragten Ärzte bestätigten mehrheitlich, dass im Krankenhaus aus wirtschaftlichen Motiven unter anderem

- Patienten aufgenommen werden, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören;
- für Patienten gesondert abrechenbare, medizinisch aber nicht notwendige Leistungen erbracht werden, zum Beispiel Herzkatheter-Untersuchungen oder Koloskopien;
- Patienten mehrfach aufgenommen werden, obwohl aus medizinischer Sicht vor Einführung des DRG-Abrechnungssystems nur ein Krankenhausaufenthalt üblich gewesen sei;
- die Behandlungsdauer von Patienten, zum Beispiel deren Beatmung oder der Aufenthalt auf einer Intensiv- oder Palliativstation, direkt oder indirekt durch die DRG beeinflusst werde.

Geschäftsführer unterliegen demnach dem Druck, eine vorgegebene Rendite zu erwirtschaften, und Ärzte treffen patientenbezogene Entscheidungen unter diesen betriebswirtschaftlichen Vorgaben – was zu Über-, Unter- und Fehlversorgung der Patienten sowie zu ethischen Konflikten, Stresssituationen und Frustration bei den Ärzten führe (Wehkamp und Naegler 2017). Die befragten Geschäftsführer betonen dabei, dass sie keinen direkten Einfluss auf die Entscheidungen der Ärzte nähmen.

Seit Veröffentlichung der DKG-Beratungs- und Formulierungshilfe „Chefarztvertrag“ im Jahr 2002 hatten mengenbezogene Zielvereinbarungen als variable Vergütungsbestandteile in Chefarztverträgen unmittelbar auf das Einkommen eines Chefarztes eingewirkt. Diese Bonusregelungen verschärften den ärztlichen Zielkonflikt zwischen betriebswirtschaftlichem und eigenem Einkommensinteresse einerseits und dem Patientenwohl andererseits. Sie sind in dieser direkten Form aufgrund mehrerer gesetzlicher Änderungen untersagt worden (Gitter 2018).

Für den Deutschen Ethikrat ist das Patientenwohl ethischer Maßstab und maßgebliches Leitprinzip der Krankenhäuser hiezulande. Daran sollten diese sich stärker orientieren. Der Ethikrat sieht besorgniserregende Entwicklungen in der Krankenhausmedizin: Mengenausweitungen von einigen Behandlungsleistungen und der Rückgang von anderen, eine Konzentration auf besonders gewinnbringende Behandlungsverfahren zulasten anderer, notwendiger Behandlungsangebote sowie eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des Klinikpersonals infolge von Zeitmangel und chronischer Überlastung. Diese Entwicklungen seien verursacht durch eine zu starke Fokussierung der Krankenkassen auf eine Ausgabensenkung und auf eine Ertragssteigerung seitens der Krankenhäuser (Deutscher Ethikrat 2016).

Die AWMF weist ebenfalls darauf hin, dass es unter den jetzigen Rahmenbedingungen im Krankenhaus zu immer mehr Konflikten zwischen betriebswirtschaftlichen Anforderungen und einer evidenzbasierten, patientenzentrierten Medizin komme. Fehlanreize im DRG-System führten zu unangemessenen Leistungsausweitungen und „Portfolioanpassungen“. In ihrem Positionspapier fordert die Arbeitsgemeinschaft, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft ausschließlich im Sinne von Non-Profit-Unternehmen geführt werden sollten. Eine Erlösentnahme aus (DRG-)Beiträgen der Patientenversorgung zur Generierung von Profiten lehne die AWMF nachdrücklich ab (Nothacker et al. 2019).

In der ambulanten Versorgung hingegen befinden sich Arztpraxen fast ausschließlich in privater Trägerschaft und sind erlös- und gewinnorientiert. Auch hier gibt es Zielkonflikte zwischen den Einkommensinteressen des Praxiseigentümers und dem Patientenwohl. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen nennt die Individuellen Gesundheitsleistungen, die die selbstständig praktizierenden und abrechnenden Ärzte „in erheblichem Umfang“ erbringen, als „prominentes Beispiel“ für eine angebotsinduzierte Nachfrage – und damit für Überversorgung (Wissenschaftlicher Beirat 2018: 19).

2.1.3 Wenig koordinierte Versorgung

Überversorgung zeigt sich unter anderem in Form vermeidbarer Notfälle und Krankenhaus-aufenthalte. Diese resultieren häufig aus einer strukturell schwachen Primärversorgung und einem wenig strukturierten und koordinierten Management von Patienten, insbesondere jenen mit chronischen Erkrankungen (OECD 2017a, b).

Die Koordination von Patienten zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Heilberuflern gelingt in dem sektoral fragmentierten deutschen Gesundheitssystem schlechter als in anderen Ländern:

- Bei einer Befragung des Commonwealth Fund unter Hausärzten in zehn Ländern zeigte sich 2015, dass lediglich 27 Prozent der (befragten) deutschen Hausärzte bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen unterstützt wurden durch medizinische Fachangestellte oder Fallmanager, wohingegen 95 Prozent der britischen, 92 Prozent der niederländischen und 88 Prozent der schwedischen Hausärzte diese Unterstützung erhielten. Auch konnten sich nur 22 Prozent der deutschen Hausärzte auf elektronischem Weg mit Ärzten außerhalb der eigenen Praxis austauschen – im Vergleich zu 60 Prozent der Hausärzte in Großbritannien, 70 Prozent in den Niederlanden und 67 Prozent in Schweden (Osborn et al. 2015).
- In einer ebenfalls vom Commonwealth Fund veranlassten internationalen Umfrage bei Personen über 65 Jahren berichteten die Befragten aus Deutschland die größten Probleme bei der Koordination ihrer Versorgung: 43 Prozent der deutschen Patienten mit hohem Versorgungsbedarf hatten die Erfahrungen gemacht, dass 1) ihre Daten oder Dokumente bei einem Termin nicht vorlagen oder Doppeluntersuchungen erfolgt waren, 2) Fachärzte nicht die medizinische Vorgeschichte kannten oder Hausärzte nicht über die fachärztliche Versorgung informiert wurden und/oder 3) sie in den vergangenen zwei Jahren widersprüchliche Informationen von unterschiedlichen Ärzten erhalten hatten (Commonwealth Fund 2017).

Vermeidbare Krankenhausfälle, die sich unter anderem aus der unzureichenden Versorgungskoordination ergeben, liegen in Deutschland beim Vergleich mit zwanzig anderen OECD-Ländern an zweithöchster Stelle: Für die fünf Indikationen Chronische Herzinsuffizienz, Hypertonie, Asthma, COPD und Diabetes kommt Deutschland auf 1.167 sogenannte ambulant-sensitive Krankenhausfälle, im OECD-Durchschnitt sind es hingegen 690 Fälle je 100.000 Einwohner (OECD 2017b).

In Deutschland gelten gut fünf Millionen oder etwa 27 Prozent aller Krankenhausfälle als ambulant-sensitiv, davon wiederum 3,7 Millionen, also rund 20 Prozent aller Krankenhausfälle, als tatsächlich vermeidbar – so das Ergebnis von Berechnungen anhand eines Delphi-Verfahrens, in dem für Deutschland 22 Diagnosegruppen als ambulant-sensitiv konsentiert wurden (Sundmacher et al. 2015). Diese vermeidbaren Krankenhausfälle binden nicht nur die teureren personellen und finanziellen Ressourcen im Krankenhaus, sondern gehen einher mit unnötigen größeren Beschwerden, invasiveren Behandlungen und einer Verschlechterung der Lebensqualität der Patienten.

2.1.4 Geringer Digitalisierungsgrad

Auch der für Deutschland attestierte niedrige Digitalisierungsgrad erschwert die Patientensteuerung (SVR 2018) und leistet damit der Überversorgung Vorschub: Der für eine sektorenübergreifende, interprofessionelle Zusammenarbeit notwendige Informationsaustausch stockt, Patienten können nicht systematisch und umfassend informiert und aufgeklärt werden, und auch das Therapiemonitoring, besonders von chronisch Erkrankten, wird erschwert. Dies führt zu unnötigen zusätzlichen Anamnesegesprächen, Doppeluntersuchungen, Verschlechterungen des Zustands und vermeidbaren zusätzlichen Behandlungen.

Die Unternehmensberatung McKinsey schätzt, dass durch den Einsatz digitaler Technologien im deutschen Gesundheitswesen bis zu 34 Milliarden Euro jährlich eingespart werden könnten. Das größte Nutzenpotenzial bieten dabei die elektronische Patientenakte und elektronische Rezepte sowie webbasierte Interaktionen zwischen Arzt und Patient. Einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten können zum zentralen Ort für das fallübergreifende, lebenslange Behandlungsmanagement und die gezielte, evidenzbasierte Information eines Patienten werden. Die Einsparungen beruhen einerseits auf Effizienzsteigerungen, andererseits auf der Reduzierung unnötiger Leistungen, etwa von Doppeluntersuchungen, nicht aufeinander abgestimmten Arzneimittelgaben, Behandlungen von Folgeschäden und unnötigen Krankenhauseinweisungen (McKinsey 2018).

2.1.5 Kein systematisches Angebot an Patienteninformationen

Wenn Patienten in Deutschland vor oder nach dem Arztgespräch Fragen zu ihren Beschwerden, Erkrankungen oder Behandlungsmaßnahmen haben, müssen sie sich gegenwärtig selbstständig auf die Suche nach Antworten machen. Das deutsche Gesundheitssystem ist bisher nicht daran ausgerichtet, Patienten systematisch mit für sie relevanten Informationen proaktiv auszustatten. Schriftliche Informationen werden Patienten regelhaft bisher nur vereinzelt (z. B. in Form von Entscheidungshilfen als Anhang zur Einladung zum Mammographie-Screening, von Informationsmaterialien im Rahmen von Disease-Management-Programmen oder von Aufklärungsbögen oder -materialien vor einer Operation) oder in Pilotprojekten (z. B. von der „Was hab ich?“ gGmbH verfassten Patientenberichten nach einem Krankenhausaufenthalt) ausgehändigt oder zugeschickt.

Evidenzbasierte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen werden in Deutschland von unterschiedlichen Institutionen erstellt und zumeist über deren eigene Homepages verbreitet (z. B. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Deutsches Krebsforschungszentrum, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Stiftung Gesundheitswissen, diverse Krankenkassen und Lehrstühle). Ein zentrales, umfassendes Angebot im Internet mit evidenzbasierten Patienteninformationen der unterschiedlichen Anbieter gibt es hingegen noch nicht, ein Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal liegt allerdings vor (IQWiG 2018).

Da den Patienten in Deutschland großenteils weder evidenzbasierte Informationen proaktiv empfohlen noch ausgehändigt werden und da sie keine zentrale Stelle für vertrauenswürdige Informationen ansteuern können, müssen sie sich selbstständig auf die Suche nach Gesundheitsinformationen machen. Dies geschieht zunehmend im Internet (Rossmann et al. 2018). Dort stoßen sie auf unterschiedliche Informationsangebote: von oben beschriebenen vertrauenswürdigen, evidenzbasierten Informationen über Informationen, die durch

kommerzielle Interessen der Absender verkürzt und einseitig aufbereitet sind, bis hin zu falschen und gefährlichen Informationen. Bei vielen Suchanfragen – insbesondere dann, wenn emotional besetzte Suchbegriffe verwendet werden – ist es unwahrscheinlich, dass Patienten auf eine neutrale Gegenüberstellung von Optionen und deren jeweilige Vor- und Nachteile treffen und hinsichtlich möglicher Überdiagnose oder Überbehandlung aufgeklärt werden (Feldwisch-Drentrup und Kuhrt 2019).

Durch die Recherche nach Gesundheitsinformationen im Internet fühlen sich manche Patienten gestärkt, andere aber auch verunsichert und verängstigt (Haschke et al. 2018). Einseitige Informationsbereitstellung einerseits und Verunsicherung und Angst vor lebensbedrohlichen Erkrankungen andererseits führen dann eher zum Wunsch nach umfassender Abklärung und Sicherheit bis hin zu einer konkreten Erwartungshaltung, ganz bestimmte Maßnahmen durchführen zu lassen (Hambrock 2019). Diese aus ggf. falschen Informationen oder falscher Interpretation von Informationen gespeiste Erwartungshaltung kann Übersorgung begünstigen, wenn Ärzte dieser nachkommen, obwohl die damit verbundenen Maßnahmen medizinisch nicht erforderlich sind.

2.2 Medizinisches Wissen

Medizinische und technologische Entwicklungen können Übersorgung 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.

2.2.1 Medikalisierung

Die Definition behandlungsbedürftiger Zustände und Krankheiten beeinflusst das Versorgungsgeschehen erheblich. Medikalisierung ist dabei der Trend, die Grenzen dessen auszuweiten, was in der Öffentlichkeit (und Medizin) als behandlungsbedürftige und behandelbare Erkrankung wahrgenommen wird. Persönliche oder soziale Probleme werden dadurch umgedeutet in medizinische Probleme (Wooten 2015).

Der von der Journalistin Lynn Payer 1992 geprägte Begriff „Disease Mongering“ geht über Medikalisierung noch hinaus und beinhaltet drei Phänomene (Moynihan 2002): Erstens werden immer mehr Beschwerden als medizinische Probleme betrachtet, zweitens stellen Personen oder Firmen mit finanziellen Eigeninteressen diese medizinischen Probleme als möglichst weit verbreitet und ernst dar und drittens werden der Nutzen von Behandlungen dieser Probleme hochgespielt und die Risiken heruntergespielt.

Für die ehemalige Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Christiane Wooten, wird die Medizin durch Medikalisierung zur „Institution der sozialen Kontrolle, durch Erklärungen, institutionelle Zuständigkeiten und in der Arzt-Patient-Interaktion“ (Wooten 2015: 2). Medikalisierung könne von vielen (z. B. bisher stigmatisierten oder isolierten) betroffenen Menschen durchaus als Segen empfunden werden, deren Beschwerden nun anerkannt und behandelt werden. Ihr könne einerseits ein interaktiver Prozess zwischen dem Bedürfnis und der Bereitschaft zur Definition von Beschwerden als Krankheiten zugrunde liegen, andererseits aber auch ein „medizinischer oder pharmako-industrieller Imperialismus“

(ebd.). Die Definition als Krankheit verschiebe dann die Verantwortung von der Gesellschaft weg in die Medizin. Überversorgung und die Belastung des solidarischen Gesundheitssystems seien mögliche weitreichende Folgen.

Auch das Senken „behandlungsbedürftiger“ Grenzwerte in Leitlinienempfehlungen wird als Medikalisierung bezeichnet. Dadurch kommt es zu einem Anstieg der Zahl behandlungsbedürftiger Menschen. Ein Beispiel aus der jüngeren Zeit wurde in der Süddeutschen Zeitung berichtet (Bartens 2018): Im Jahr 2017 empfahlen neue Leitlinien des American College of Cardiology und die American Heart Association, die behandlungsbedürftigen Blutdruckgrenzwerte von 140/90 auf 130/80 mm Hg zu senken. Damit erhielten künftig 46 statt bisher 32 Prozent der Erwachsenen die Diagnose „Bluthochdruck“ – von den neu als Hypertoniker eingestuften Personen würden allerdings 80 Prozent nicht von der Diagnose profitieren, elf Prozent hätten einen geringen Nutzen und nur für neun Prozent sei es eine Verbesserung. Stattdessen führe die Grenzwertsenkung dazu, dass Gesunde als Kranke stigmatisiert würden – was Ängste und Depressionen auslösen könne – und dass mehr Menschen den Nebenwirkungen von Blutdrucksenkern, wie Stürzen oder Nierenproblemen, ausgesetzt würden. Andere Beispiele für die Senkung behandlungsbedürftiger Grenzwerte betreffen den Cholesterin-, den Blutzucker- oder Vitamin-D-Spiegel im Blut, die Knochendichte oder die Definition von Übergewicht (Bartens 2019).

2.2.2 Überdiagnose

Screening und Diagnostik können Befunde ohne Krankheitswert zeigen, wie gutartige Knoten, Engstellen oder Degenerationen, aus denen Unsicherheit, weitere Abklärung und Therapien resultieren. Immer differenziertere Medizin- und Labortechnik erlauben eine immer frühere Entdeckung von Auffälligkeiten. Dies betrifft Brustkrebs, Asthma, die Schilddrüse, die Prostata und viele andere Bereiche (Moynihan 2012).

Bei der Überdiagnose werden Risikofaktoren wie Krankheiten behandelt und Menschen ohne erkennbare Krankheitszeichen werden gescreent (Alber et al. 2017). Dies unterliegt dem intuitiven Narrativ vom vermeintlichen Nutzen früher Diagnose und Intervention, das sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Bevölkerung viel Rückhalt hat. Teilnehmende an Krebs-Früherkennungsuntersuchungen werden jedoch zu selten oder nicht umfassend genug über den Nutzen, aber auch über mögliche Nachteile der Untersuchungen aufgeklärt. Das bestätigt eine repräsentative Befragung von mehr als 2.000 gesetzlich Versicherten für den „Versorgungs-Report Früherkennung“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Günster et al. 2019). So erhalten Frauen, die zum Mammographie-Screening eingeladen werden, erst seit Ende 2017 Informationen zur Gefahr einer Überdiagnose (G-BA 2017).

2.2.3 Ignoranz gegenüber Evidenz

Überversorgung kann auch begünstigt werden durch eine zu geringe Kenntnis oder mangelnde Berücksichtigung des aktuellen Stands der Evidenz.

Unterlassene Aufklärung über schwache oder unklare Evidenz

Der aktuelle Stand der medizinischen Evidenz ist häufig mit – unterschiedlich starker – Unsicherheit behaftet (Bedford et al. 2011) und viele medizinische Maßnahmen sind nicht durch Belege aus klinischer Forschung abgesichert. Dies betrifft sowohl neue als auch

bekannte, etablierte Verfahren. Bei einer Bewertung des British Medical Journal von 3.000 üblichen medizinischen Maßnahmen lag bei der Hälfte eine unzureichende Evidenz zur Bewertung vor, etwas über ein Drittel erwiesen sich als effektiv und 15 Prozent als schädlich, wahrscheinlich nicht nützlich oder als ausgeglichen zwischen Nutzen und Risiko (Prasad 2013). Auch der Sachverständigenrat Gesundheit beklagte bereits im Jahr 2000, dass starke Wirksamkeits- und Nutznachweise nur für einen kleineren Teil der medizinischen Maßnahmen vorhanden seien (SVR 2000/2001). Bei vielen Maßnahmen ist zudem unklar, welche Patientengruppe am meisten profitiert. Oft ist eine Bewertung nicht möglich, weil aussagekräftige Studien fehlen (Hoffmann und Del Mar 2015; Hoffmann 2017). Zudem variiert die Bewertung nach Indikationen, Schweregrad der Erkrankung oder Altersgruppe.

Es ist daher möglich, dass Leistungen mit geringem Nutzen oder hohem Schadenspotential weit verbreitet und akzeptiert sind, andere, nutzenstiftende Leistungen hingegen nicht (Eikermann 2019). Werden Leistungen mit tatsächlich schwacher oder unklarer Evidenz erbracht, stellt dies nach Auffassung der Autoren allerdings noch keine Übersorgung dar – solange der Arzt von dieser unklaren Evidenzlage weiß und den Patienten darüber aufklärt. Im Sinne der evidenzbasierten Medizin, die die Einbeziehung der Patientenpräferenzen explizit umfasst (Sackett et al. 1996), sollten Arzt und Patient gemeinsam entscheiden, ob eine Leistung erbracht oder unterlassen wird. Informiert jedoch der Arzt den Patienten – aus unterschiedlichen Gründen – nicht über die schwache bzw. unklare Evidenz und hätte sich der Patient angesichts dieser Evidenzlage gegen eine Maßnahme entschieden: Dann handelt es sich um Übersorgung.

Unkenntnis oder mangelnde Berücksichtigung der Evidenz

Übersorgung kann dadurch begünstigt werden, dass Ärzte den aktuellen Stand des medizinischen Wissens in der Behandlung nicht berücksichtigen – entweder unwissentlich, wenn sie trotz veränderter Evidenzlage an älteren, weniger nutzenstiftenden oder gar schädlichen Verfahren festhalten, oder wissentlich, wenn sie die wissenschaftliche Evidenz aus anderen Gründen nicht berücksichtigen oder ablehnen.

Nach einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sehen 44 Prozent der befragten Ärzte die Unkenntnis einer Leitlinie als einen ausschlaggebenden Grund für unnötige diagnostische oder therapeutische Leistungen. Fehlende Negativempfehlungen in Leitlinien empfinden weitere 24 Prozent als einen entscheidenden Grund (Fölsch et al. 2017).

Angesichts des Wissenszuwachses in der Medizin ist es zudem nicht unwahrscheinlich, dass Ärzte an überholten, für Patienten möglicherweise schädlichen Vorgehensweisen festhalten: Allein 396 medizinische Interventionen sind zwischen 2003 und 2017 verworfen worden (Herrera-Perez et al. 2019). Die meisten dieser Rücknahmen betrafen thematisch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (80), die Präventivmedizin (48), die Notfallmedizin (45) und die Gynäkologie (36). Die meisten verworfenen Interventionstypen waren Arzneimittel (129), medizinische Prozeduren (81) und Nahrungsergänzungsmittel/Ernährung (53).

Übersorgung entsteht allerdings auch dadurch, dass sich einzelne Ärzte bewusst über die bestehende Evidenz hinwegsetzen und sich nicht an Leitlinien halten (Kühlein et al. 2013). Dafür gibt es ebenfalls unterschiedliche Gründe (Gewohnheit, Zeitmangel, Patientenerwartungen, eigene Einkommensinteressen), wobei Ärzte Leitlinien insbesondere dann nicht folgen, wenn diese ihren eigenen Meinungen und Erfahrungen widersprechen

(Cabana et al. 1999). Ein prominentes Beispiel sind die in Deutschland angebotenen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) mit überwiegend negativer Bewertung, auf die in Kapitel 3 näher eingegangen wird. Ein weiteres bekanntes Beispiel war die zunächst zögerliche Reaktion vieler deutscher Gynäkologen, bei der Verschreibung einer Hormonersatztherapie in der Menopause die internationalen Studienerkenntnisse und Leitlinienempfehlungen zu berücksichtigen.

2.2.4 Kommerzielle Interessen

Die Einflussnahme der Industrie kann ebenfalls Überversorgung begünstigen, wenn kommerzielle Interessen auf unangemessene Weise durchgesetzt werden sollen. Sie richtet sich direkt an Politiker, Versicherungen, Leistungserbringer oder Patienten oder indirekt an Forschungseinrichtungen, medizinische Fach- und Berufsverbände, einzelne Meinungsführer, wissenschaftliche Zeitschriften oder Patienten- und Selbsthilfegruppen. Durch unterschiedliche Formen unangemessener Einflussnahme („integrity violations“) verfolgen Unternehmen dabei insbesondere drei Ziele (OECD 2017a):

- ein industriefreundliches Regulierungsumfeld (z. B. Verhinderung einer Großgeräteplanung oder von Sicherheitsvorschriften bei Medizinprodukten) über politische Korruption oder die Finanzierung von Parteien oder Abgeordneten
- einen Marktzutritt über gefälschte Testate und Zeugnisse, über Evidenzverzerrung hinsichtlich Sicherheit, Effizienz oder Wirksamkeit oder über den direkten Einfluss auf Entscheidungsgremien
- eine größere Nachfrage nach Produkten oder Leistungen durch Medikalisierung, Schmiergeldzahlungen oder Selbstbezüge

Die Europäische Kommission sieht das Gesundheitswesen als eine besonders angreifbare Branche für unangemessene Einflussnahme der Industrie und Korruption an, unter anderem wegen der großen Informationsasymmetrien zwischen Ärzten und Patienten, wegen der zahlreichen Akteure und ihrer komplexen Beziehungen untereinander, wegen der dezentralen, individualisierten und schwer zu überprüfenden Leistungserbringung, wegen administrierter Preise – und weil es nahezu unmöglich sei, eine volkswirtschaftlich richtige Ausgabenhöhe für das Gesundheitswesen zu bestimmen (European Commission 2013).

2.3 Gesellschaftliche Trends

Das Gesundheitswesen ist ein großer Teilbereich der Gesellschaft. Versorgungspolitische, medizinische und technologische Rahmenbedingungen und Entwicklungen beeinflussen die Teilhabemöglichkeiten des Einzelnen an der Gesellschaft; zugleich finden gesellschaftliche Glaubenssätze, Trends und Rollenbilder Eingang in die Versorgung. Hinsichtlich der Frage, wie Überversorgung entstehen kann, spielen diese kulturellen Faktoren eine bedeutende Rolle.

2.3.1 Glaubenssätze

Einstellungen, Verhalten und Entscheidungen von Patienten und Ärzten unterliegen kulturell geprägten Haltungen und Entwicklungen. Sie prägen die Nachfrage nach und das Angebot an Versorgung und damit die tatsächliche Leistungserbringung.

Oft tief verwurzelte, intuitive Einstellungen zum Nutzen von Behandlungen lauten (Saini et al. 2017):

- Mehr ist besser
- Neu ist besser
- Teurer ist besser
- 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 repräsentativen Bevölkerungsbefragung, beauftragt von der Bertelsmann Stiftung, werden einige der Glaubenssätze bestätigt: 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 et al. 2019).

Die qualitative Befragung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung zum Thema Überversorgung zeigt ähnliche Denkmuster, denen sowohl Patienten als auch Ärzte folgen (Hambrock 2019). So glauben Patienten häufig, dass viele Maßnahmen auch viel helfen, vor allem im Bereich Diagnostik. Tendenziell werde der Nutzen medizinischer Maßnahmen überschätzt und deren Risiken oder Nachteile würden unterschätzt. Zudem ließen viele Patienten und zum Teil auch Ärzte sich von dem Gefühl leiten, ein aktives Handeln sei in jedem Fall besser als „nichts“ zu tun. Dabei 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.

Einstellungen, Haltungen und Versorgungsgewohnheiten der Ärzte werden auch in der Ausbildung beeinflusst (Bronca 2017). Dort werde bisher oft eine Kultur der umfassenden Suche nach Symptomen und möglichen Ursachen gefordert und belohnt: „There is a culture of leaving no stone unturned“, so Wendy Levinson, Mitinitiatorin der Choosing-Wisely-Initiative in den USA und Kanada (Vogel 2016).

Auch für Deutschland wird postuliert, dass Universitäten ein Denken fördern, das spezialistisch und hightech-orientiert sei und das Motto „Alles ist machbar“ vermittele (Abholz 2013). Dazu komme, dass es im Versorgungsalltag oft einfacher sei, etwas zu tun, als dem Patienten zu erklären und gemeinsam mit ihm abzuwägen, ob erst mal nichts tun und Abwarten besser sei. Der Medizinethiker Giovanni di Maio bemerkt dazu: „Ärzte sind in einen Machbarkeitsvogel geraten“ (Maio 2015). Dies werde verstärkt durch Ungewissheit als eine weitere Treiberin für Überversorgung. So werden unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen auch aufgrund von Unsicherheit bzgl. ihres konkreten Nutzens und möglicher Risiken durchgeführt (Hoffmann und Kanzaria 2014).

2.3.2 Kontrollbedürfnis

Viele Menschen halten Ungewissheit und Untätigkeit nur schwer aus. Dies wird durch den digitalen Wandel noch verschärft (Hambrock 2019): Per Smartphone lässt sich heute alles in Sekundenschnelle recherchieren, individuell anpassen, steuern und rückgängig machen. Dadurch sind Menschen es immer mehr gewohnt, vieles schnell erfahren, wissen und kontrollieren zu können. In allen gesellschaftlichen Bereichen – Arbeit, Bildung, Erziehung, Freizeit, zwischenmenschliche Beziehungen – entstehen so immer mehr Möglichkeiten, Kontrolle auszuüben und Kontrollbedürfnissen nachzugeben. Dies betrifft auch den Gesundheitsbereich (Hambrock 2019): Wearables machen eine permanente Selbstvermessung möglich und vermitteln Nutzern das Gefühl von Kontrolle über den eigenen Körper. Bei körperlichen Beschwerden ziehen Menschen „Dr. Google“ heran – die Suchergebnisse können sie beruhigen, aber auch verunsichern und ängstigen (Marstedt 2018). Falsche Informationen oder auch falsche Schlussfolgerungen aus korrekten Informationen steigern die Erwartungshaltung der Patienten, der Arzt sollte tätig werden oder ganz bestimmte Leistungen erbringen.

Screenings werden vor diesem Hintergrund von vielen Patienten positiv bewertet. Durch die Teilnahme am Screening haben sie das Gefühl, selbst aktiv zu sein und etwas für ihre Gesundheit zu tun. Das Screening ist für viele Patienten gegenüber keinem Screening die überlegenere Strategie: Bei einem negativen Befund sind sie erleichtert, dass nichts entdeckt wurde, bei einem positiven Befund sind sie gewissermaßen froh, dass die Auffälligkeit entdeckt wurde und nun etwas dagegen unternommen werden kann (Gerber et al. 2016). Das Risiko der Überdiagnose ist häufig weder Ärzten noch Patienten bewusst.

2.3.3 Verzerre Medienberichterstattung

Die Medienberichterstattung über Themen rund um Gesundheit, Krankheit, medizinische Forschung, medizin-technologische oder pharmazeutische Innovationen oder das Gesundheitssystem kann Bürger informieren und aufklären und damit ihre Gesundheitskompetenz erhöhen. Gesundheitsbezogene Medienberichterstattung kann Menschen allerdings auch verunsichern und in die Irre führen. In Medien wird der Nutzen von (neuen) Leistungen häufig übertrieben und Risiken werden heruntergespielt, Anekdoten und Emotionen erhalten mehr Raum als Daten und Fakten (Schwitzer 2011).

Eine Auswertung der Spruchpraxis des Deutschen Presserats zur Medizin-Berichterstattung ergab, „dass die Presse regelmäßig Wunderheiler-Phantasien bedient und sich vor allem leichtfertig vor den PR-Karren von Ärzten, Kliniken und pharmazeutischen Herstellern spannen lässt“ (Lilienthal et al. 2014: 11). Journalisten übernehmen zuweilen unklare Formulierungen aus Pressemitteilungen und aus Artikeln in wissenschaftlichen Zeitschriften, ohne gesundheitsjournalistische Qualitätskriterien wie Vielfalt, Vollständigkeit, Relevanz, Verständlichkeit, Sachlichkeit und Unabhängigkeit angemessen zu erfüllen (ebd.).

Mit der Möglichkeit, im Internet selbst nach Informationen zu suchen, kann sich das Problem für Patienten, gute Gesundheitsinformationen zu erhalten, noch verschärfen: Neben wissenschaftlich fundierten und redaktionell aufbereiteten Informationen sind – je nach Suchstrategie und eingegebenen Suchbegriffen – verzerre Inhalte auf Websites, Blogs, Foren und anderen Social-Media-Seiten schnell verfügbar, die eher kommerziellen oder ideologischen Motiven gerecht werden (Feldwisch-Dentrup und Kuhrt 2019).

Verzerrte Aussagen können dazu führen, dass sie Patienten entweder große Hoffnungen machen oder übertriebene Ängste auslösen. Infolgedessen treten Patienten an die Ärzte mit konkreten Behandlungswünschen heran (Hambrock 2019), die aus medizinischer Perspektive allerdings nicht zwingend notwendig sind und so zu Überversorgung führen (Mira et al. 2018).

2.4 Verhalten des Patienten

Patienten sind nicht nur Empfänger und möglicherweise Leidtragende von Überversorgung. Mit ihrer Erwartungshaltung und ihrem Verhalten, auch und gerade in der Interaktion mit dem behandelnden Arzt, können sie – wissentlich oder auch unwissentlich – zu Überversorgung beitragen.

2.4.1 Beschwerden und Ängste

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 Abklärung und Untersuchung (Hambrock 2019; Gerber et al. 2016). Die Vorstellung, ohne Symptome eine Krankheit in sich tragen zu können, löst Angst aus, die nach einem unauffälligen Screeningbefund oder nach einem falsch positiven Befund durch Erleichterung abgelöst wird (Gerber et al. 2016). Verängstigte Patienten erwarten nicht nur eine engmaschige Diagnostik, sondern auch „vorsorgliche“ Behandlungsmaßnahmen, wie etwa ein Antibiotikum (Hambrock 2019). Sie erkennen bzw. 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 sollen (Ellen et al. 2018).

Manchen Patienten sind die eigenen Ängste und ihr daraus abgeleiteter Wunsch nach womöglich nicht erforderlichen diagnostischen Leistungen allerdings bewusst. Um sich selbst zu beruhigen und um überhaupt etwas zu tun, wären sie bereit, für die nachgefragten Leistungen privat zu bezahlen (Hambrock 2019). Die eigene Unsicherheit führt zum Wunsch, auf „Nummer sicher“ zu gehen. Unserer bevölkerungsrepräsentativen Befragung zufolge bestätigt über die Hälfte der Befragten (56 %), dass jede Therapie besser sei als Nichtstun (Grote Westrick et al. 2019).

2.4.2 Furcht vor Unterversorgung

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 und Schwenk 2017; 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 (Hambrock 2019). Zudem haben sie Bedenken, dass Behandlungsempfehlungen ohne Berücksichtigung ihrer individuellen Situation umgesetzt werden (Gerber et al. 2016). Gesundheitspolitische Entscheidungen, die die Umsetzung von Screenings einschränken

könnten oder eine leitliniengerechte Behandlung einfordern, werden deshalb von Patienten eher kritisch betrachtet (ebd.). Auch der Austausch einer Leistung gegen eine andere mit gleicher Wirkung wird von vielen Patienten als Rationierung empfunden (Henshall et al. 2012; Ellen et al. 2018).

Besonders gesetzlich versicherte Patienten haben im Vergleich zu Privatversicherten den Eindruck, dass Ärzte wenig Zeit für sie haben, Termine bei Fachärzten schwer erhältlich sind und dass ihnen eigentlich wichtige Maßnahmen aufgrund begrenzter Budgets oder Vorgaben seitens der Krankenkassen oder des Gesetzgebers vorenthalten werden (Hambrock 2019). Diese Defizitorientierung führt dazu, dass Patienten eher darum besorgt sind, dass sie zu wenige Leistungen erhalten, und in der Folge eher selten Maßnahmen kritisch prüfen oder gegebenenfalls ablehnen. Dies hat Einfluss auf ihren Wunsch und ihr Nachfrageverhalten nach (unnötigen) medizinischen Leistungen (ebd.).

Privat versicherte Patienten sind indes häufig skeptischer und hinterfragen die ihnen angebotenen Leistungen eher (Hambrock 2019; Saini et al. 2017). Besonders empfänglich für das Angebot zusätzlicher Leistungen sind diese Patienten allerdings dann, wenn ein Arzt ihnen viel anbietet und ermöglicht. Denn auch das Angebot selbst erzeugt Nachfrage (Saini et al. 2017). Demnach ist bereits das Angebot einer Maßnahme beim Arzt ein Signal: Es zeigt dem Patienten, dass die jeweilige Maßnahme von Bedeutung sein könnte. Solange dieses Anbieten von Leistungen nicht zu offensiv erfolgt, wird dem Patienten eine mögliche Überversorgung nicht bewusst, sondern eher der Wunsch nach diesen Leistungen verstärkt. Dann empfinden gerade gesetzlich Versicherte dies eher als großzügig, hilfsbereit und fürsorglich, und sie fühlen sich als Patienten ernst genommen (Hambrock 2019).

2.4.3 Geringe Gesundheitskompetenz

Das mangelnde Bewusstsein der Patienten für Überversorgung in der eigenen Behandlung kann auch dadurch entstehen, dass viele Patienten nicht in der Lage sind, das Angebot der medizinischen Leistungen kritisch zu hinterfragen (Ellen et al. 2018). In Selbsteinschätzungen geben 54 Prozent der Teilnehmer aus Deutschland an, erhebliche Schwierigkeiten mit gesundheitsrelevanten Informationen zu haben (Schaeffer et al. 2018). Hinzu kommt, dass unterschiedliche Informationsquellen für Patienten widersprüchlich und irreführend sein sowie unrealistische Therapieerwartungen wecken können (Mühlhauser et al. 2010).

Patienten fehlt in vielen Fällen vor allem die notwendige kritische Gesundheitskompetenz, um die Botschaften aus den Medien, Informationsmaterialien oder aus den Gesprächen mit ihren Ärzten gezielt zu prüfen und zu ergründen (Schaeffer et al. 2016). Folgen sind daher Fehleinschätzungen von Risiken und des Nutzen-Schaden-Verhältnisses der Intervention (Saini et al. 2017; Hoffmann 2017; Mühlhauser et al. 2010). Bestimmte Informationen, wie z. B. über Krebsfrüherkennungstests, führen bei Patienten typischerweise zu einer erheblichen Überschätzung des Nutzens und einer Unterschätzung des Risikos (Mühlhauser 2013). Und obwohl Haus- und Fachärzte ihre Patienten evidenzbasiert informieren und aufklären müssen, wird ein großer Teil der Erklärungen von den Patienten nicht verstanden (Schaeffer et al. 2016). Da besonders Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz und einem passiven Rollenverständnis häufig vertrauensvoll den Empfehlungen des Arztes folgen, betrachten sie die von ihren Ärzten empfohlenen medizinischen Maßnahmen als wichtig und nehmen diese in Anspruch (Hambrock 2019).

Ist ein Patient stärker auf Autonomie und Mitbestimmung bedacht, hängt das Zustandekommen möglicher Übersorgung stärker von ihm selbst ab: Wenn Patienten sich beispielsweise im Internet vorab selbst über Symptome, Krankheiten und Diagnostik informieren, kann sie dies verunsichern und zugleich schlussfolgern lassen, bestimmte Maßnahmen zu benötigen (Hambrock 2019). Fehlinformierte Patienten treten mit einer falschen Erwartungshaltung an ihre Ärzte heran und äußern vielfach den Wunsch nach (mehr) Versorgung (Elshaug et al. 2017). Infolgedessen erwarten diese Patienten bestimmte Maßnahmen, fragen sie nach oder fordern sie selbstbewusst und vehement beim Arzt ein. Dies bestätigen die Befragungsergebnisse der DGIM: 61 Prozent der teilnehmenden Ärzte gaben an, dass Patientenerwartungen ein häufiger Grund für sie seien, Übersorgung zu veranlassen (Fölsch et al. 2017).

In medizinischer Hinsicht falsche Patientenerwartungen erhöhen den Druck auf Ärzte, angemessen und ausgewogen aufzuklären und Fehlinformationen zu korrigieren, um Übersorgung zu vermeiden. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation auf Basis evidenzbasierter Patienteninformationen kann helfen, Übersorgung zu reduzieren (Elshaug et al. 2017).

2.4.4 Reaktionen auf unerfüllte Erwartungen

Patienten, die mit einer konkreten, medizinisch jedoch nicht gerechtfertigten Leistungserwartung an ihren Arzt herantreten, reagieren ganz unterschiedlich, wenn der Arzt dieser Erwartung nicht nachkommt: Wenn er ihnen ausführlich und überzeugend erklärt hat, dass sie die erwartete Leistung nicht benötigen oder diese ihnen womöglich sogar schaden kann, fühlen sie sich von ihm ernst genommen. Sie akzeptieren seine Erläuterungen und sind mit dem Arzt zufrieden (Hambrock 2019).

Hat der Arzt jedoch nicht gut genug erklären können, weshalb die erwartete Leistung für den Patienten nicht erforderlich ist, hat er sich zu wenig Zeit genommen oder bestehen die Ängste des Patienten aus anderen Gründen fort, bleibt der Patient bei seinen Erwartungen. In einer Befragung von über 1.600 Haus- und Kinderärzten wurde mit 63 Prozent der beharrliche Druck von Patienten als Hauptgrund für geleistete Übersorgung genannt (Mira et al. 2018). Auf unerfüllte Erwartungen reagieren Patienten nicht nur emotional, sondern auch mit einem Arztwechsel, mit schlechten Einträgen in Arztbewertungsportalen oder mit rechtlichen Mitteln. Allein die Möglichkeit – oder auch die tatsächliche Androhung – solcher Reaktionen können Ärzte so sehr unter Druck setzen, dass sie diese Erwartungen wider besseres Wissen erfüllen (Hambrock 2019).

2.5 Verhalten des Arztes

In der individuellen Arzt-Patienten-Interaktion entscheidet sich letztlich, welche medizinischen Leistungen ein Patient erhält oder nicht. Auf diese Interaktion wirken die in diesem Kapitel bisher erläuterten Einflussfaktoren in unterschiedlicher Stärke direkt oder indirekt ein. Es ist zunächst einmal der Arzt, der im Rahmen dieser Einflüsse abwägen muss, eine medizinische Leistung zu unterlassen, zu empfehlen, zu verordnen oder selbst zu erbringen – und den Patienten in diese Entscheidung überhaupt mit einzubeziehen. Es ist auch der Arzt, der über die jeweilige Entscheidung in medizinischer, rechtlicher, betriebswirtschaftlicher, aber auch in ethischer Hinsicht Rechenschaft ablegen muss.

Die Entscheidung zum Tun oder Unterlassen wird dabei nicht nur von den bisher erläuterten Faktoren beeinflusst, sondern hängt auch von dem persönlichen Verhalten des Arztes und seinen Einstellungen im Umgang mit diesen Einflussfaktoren ab. Darauf wird im Folgenden kurz eingegangen.

2.5.1 Umgang mit Unsicherheit

Ärzte veranlassen zusätzliche Diagnostik, um Unsicherheiten für sich und ihre Patienten zu verringern und die Gewissheit zu erhalten, nichts übersehen zu haben (Hambrock 2019). In einer Befragung der DGIM nennen fast 80 Prozent der Ärzte die Sorge vor Behandlungsfehlern als einen ausschlaggebenden Grund dafür, dass sie unnötige diagnostische oder therapeutische Leistungen durchführen (Fölsch et al. 2017). Auch in einer Befragung spanischer Haus- und Kinderärzte wird das Bestreben, als behandelnder Arzt mehr Kontrolle und Sicherheit über den Fall zu erhalten, mit 40 Prozent als dritthäufigster Grund von Überversorgung genannt. Das Vermeiden von juristischen Klagen oder Haftungsansprüchen nennen 16 Prozent als weiteren Treiber für Überversorgung (Mira et al. 2018).

Nicht notwendige diagnostische Leistungen führen Klinikärzte eher durch, um juristische Klagen zu vermeiden. Niedergelassene Ärzte möchten eher 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). 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). In einer qualitativen Studie unter Hausärzten in Deutschland wird Defensivmedizin ebenfalls ein Treiber für Überversorgung genannt (Alber et al. 2017).

2.5.2 Umgang mit Patientenerwartungen

Patientenerwartungen werden von Ärzten als ein Haupttreiber für Überversorgung gesehen (Fölsch 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 der Ärzte besteht darin, die Patientenerwartungen zu erfüllen und Überversorgung zuzulassen. Als Hauptgründe nennen sie den beharrlichen Druck der Patienten (63 %), die eigene Unfähigkeit, den Patienten von der Nichtnotwendigkeit der Leistung zu überzeugen (26 %), die Vermeidung zukünftiger Nachfrage (18 %) und die Zufriedenstellung des Patienten (18 %) (Mira et al. 2018). Einige Ärzte sehen in der Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen eine Geste der Zuwendung und Fürsorge gegenüber ihren Patienten, die auch als solche wahrgenommen wird (Hambrock 2019).

Als andere Reaktion bemühen sich Ärzte, die Patienten von der Nichtnotwendigkeit der Leistung zu überzeugen und deren Erwartungen zu korrigieren. Wie oben erwähnt, gibt jedoch jeder vierte Arzt an, dass ihm diese Überzeugungsarbeit nicht gelinge (Mira et al. 2018). Studien zeigen, dass Ärzte Nutzen und Risiken, beispielsweise von Screeningmaßnahmen, selbst nicht exakt einordnen und sachgerecht an Patienten vermitteln können (Wegwarth und Gigerenzer 2010; Wegwarth et al. 2011). Wenn sie die Nichtnotwendigkeit

allerdings erklären und den möglichen Schaden darlegen, gelingt es Ärzten häufig, ihre Patienten bzw. deren Angehörige davon zu überzeugen, dass die erwünschten Leistungen nicht notwendig sind (Mira et al. 2018). 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, Vorstellungen oder Präferenzen. Die akkurate medizinische Diagnose allein genügt jedoch 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 2012). Studien zeigen, dass seine adäquate Einbeziehung in die Entscheidung die Zufriedenheit und Compliance des 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 werden Patientenpräferenzen jedoch häufig noch nicht systematisch ermittelt und in die Behandlung einbezogen (Bieber et al. 2016; Bittner und Schmidt-Kaehler 2018)

2.5.3 Umgang mit wirtschaftlichem und zeitlichem Druck

Wirtschaftlicher und zeitlicher Druck gehen oft Hand in Hand: Mengen- und technikbezogene Vergütungsformen setzen den Anreiz, möglichst viele Patienten in der vorgegebenen Zeit zu behandeln bzw. möglichst viele ertragreiche (möglicherweise auch nicht notwendige) Leistungen zu erbringen (siehe Kapitel 2.1.2). Zeitmangel wird in vielen Studien als maßgeblicher Treiber für Überversorgung genannt (Ellen et al. 2018; Wehkamp und Naegler 2017; Alber et al. 2017).

In einer Befragung der DGIM im Jahr 2015 gaben 49 Prozent der 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. Auch in einer Befragung von Haus- und Kinderärzten in Spanien wird Zeitmangel für Gespräche mit Patienten als zweithäufigster Grund für Überversorgung genannt (Mira et al. 2018).

In qualitativen Interviews schildern niedergelassene Ärzte ebenfalls, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung mit seinen Budgets, Deckelungen und bürokratischem Aufwand falsche Anreize setze und indirekt zu Überversorgung beitrage (Hambrock 2019): Die Zahlung einer Pauschale pro Patient und Quartal bedeute einen finanziellen Verlust für die Praxis, wenn man für einen Patienten mehr Zeit brauche oder ihn öfter im Quartal sehe. Ungerechtigkeiten und Dysbalancen im System führen dazu, dass teurere und invasive Maßnahmen sehr profitabel und reizvoll vergütet werden und die sprechende Medizin bestraft werde. Drohende finanzielle Einbußen zwingen sie dazu, vor allem gesetzlich versicherte Patienten möglichst schnell zu behandeln und den finanziellen Ertrag an anderer Stelle – etwa durch das Erbringen und Abrechnen zusätzlicher Leistungen, vor allem bei Privatpatienten – wieder einzunehmen (ebd.).

2.5.4 Selbstverständnis

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 und Krefß 2012).

Ärztliche Eide und Kodizes haben in den vergangenen Jahrzehnten und Jahrhunderten die Pflichten des Arztes gegenüber seinen Patienten festgelegt, so beispielsweise im Eid des Hippokrates oder im Genfer Ärztegelöbnis – in seiner ersten Auflage von 1948 bis zu seiner aktuellen Auflage von 2017 (Weltärztebund 2017). Das Genfer Ärztegelöbnis fokussiert auf das individuelle Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Charta „Medical Professionalism in the New Millennium“ – 2002 verfasst und verabschiedet von der ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation und der European Federation of Internal Medicine – befasst sich hingegen auch mit der gesellschaftlichen Rolle der Ärzteschaft, in der die Ressourcenverantwortung des Arztes für die erbrachte und/oder veranlasste Versorgung thematisiert wird (ABIM et al. 2012).

In tiefenpsychologischen Interviews mit Ärzten wird deutlich, dass ihr Umgang mit Überversorgung sehr stark variiert und unter anderem davon abhängt, wie sie vor allem mit dem Konflikt zwischen dem Idealbild des Arztes als selbstloser 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. Dies geschieht zum Beispiel dadurch, dass sie einen Patienten im Gespräch darüber aufklären, warum eine Maßnahme für ihn nicht sinnvoll sei. Manche Ärzte setzen auch manuelle Untersuchungen ein: Neben dem medizinischen Erkenntnisgewinn lässt sich durch den Ausdruck von ärztlicher Fürsorge und aktivem Engagement die Erwartungshaltung von Patienten positiv beeinflussen.

Ärzte, die medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringen, entwickeln unterschiedliche seelische Mechanismen, um ihr Verhalten zu erklären (Hambrock 2019):

- Das Erbringen von Überversorgung wird geleugnet, kleingeredet oder umgedeutet: Überversorgung komme prinzipiell oder in der eigenen Klinik oder Praxis (fast) nicht vor.
- Durch Projektion wird die eigene Verantwortung relativiert: Andere Ärzte betrieben deutlich mehr Überversorgung, man selbst halte sich stark zurück. Wenn die Verantwortung und „Schuld“ an das System der GKV und/oder an die hohe Erwartungshaltung von Patienten „delegiert“ wird, kann das für seelische Entlastung sorgen.
- Als Rationalisierung kann bewertet werden, wenn Evidenz und Studienlagen umgedeutet oder angezweifelt werden, etwa mit dem Argument, Studien würden „nur Mittelwerte“ darstellen, die nicht auf individuelle Einzelfälle in der Praxis anwendbar seien.

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 bzw. -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, kommt in den Tiefeninterviews nicht zur Sprache.

Die Literaturangaben befinden sich am Ende von Kapitel 3.

3 Maßnahmen gegen Überversorgung

Marion Grote Westrick, Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung

Überversorgung hat erhebliche Konsequenzen für den einzelnen Patienten und die Gesellschaft. Daher ist es eine vordringliche Aufgabe aller Beteiligten, die Erbringung nicht notwendiger Leistungen zu vermeiden und eine bedarfsgerechte Versorgung zu fördern. Die Aufgabe, die gemeinsam zu lösen ist, lautet: „Der richtige Patient erhält die richtige Versorgung im richtigen Setting zu rechter Zeit und rechten Kosten“ (Elshaug et al. 2017). 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).

Es gibt einige Ansätze, die Fülle der Verbesserungsaktivitäten und Lösungsstrategien zur Vermeidung von Überversorgung zu strukturieren. Dies erfolgt oft aus einem bestimmten Blickwinkel, einer spezifischen inhaltlichen Fokussierung oder für eine bestimmte Zielgruppe (Alber et al. 2017; Ellen et al. 2018; Elshaug et al. 2017; Morgan et al. 2017; Parchmann 2017). Die OECD (2017a) strukturiert ihre Analyse zur Verschwendung in der Gesundheitsversorgung nach „wasteful clinical care“, „operational waste“ und „governance related waste“. Bei den Lösungsansätzen sieht sie die Notwendigkeit,

- dass das Problem der Überversorgung zunächst einmal erkannt und anerkannt wird (acknowledge);
- dass Indikatoren zur Messung unnötiger Versorgung gemessen und veröffentlicht werden (inform);
- dass Patienten und Ärzte überzeugt werden, dass die bessere Option mit der geringsten Verschwendung einhergeht (persuade);
- dass die richtige Versorgung im richtigen Setting honoriert wird (incentivize);
- dass Änderungen in der Versorgungsplanung, -organisation und -koordination politisch angestoßen werden (intervene).

Verbesserungsstrategien sollten die beteiligten Akteure – Ärzte, Manager und Patienten – und deren Verhalten adressieren. Dies umfasst erstens ökonomische und finanzielle Anreize, zweitens Information und Aufklärung sowie Aus- und Fortbildung, drittens organisatorische Anpassungen und viertens Verordnungen und Regulierungen (ebd.).

Unnötige Versorgung wurzelt auch in ärztlichen Einstellungen. Daher wird die Änderung ärztlicher Einstellungen und Gewohnheiten als zentraler Ansatz zur Verringerung unnötiger Versorgung gesehen (Lakhani et al. 2016). Einstellungen, Haltungen und Versorgungsgewohnheiten der Ärzte werden auch von der Ausbildung beeinflusst (Bronca 2017). In der Ausbildung der Mediziner wird oft eine Kultur der umfassenden Suche nach Symptomen und möglichen Ursachen gefordert und belohnt. Auch für Deutschland wird postuliert, dass Universitäten ein Denken fördern, das spezialistisch und hightech-orientiert ist und das Motto „Alles ist machbar“ vermittelt (Abholz 2013). Dazu kommt, dass es im Versorgungsalltag oft einfacher ist, „etwas zu tun“, als dem Patienten zu erklären und gemeinsam mit ihm abzuwägen, ob erst mal Nichtstun und Abwarten besser ist.

Es gibt international zahlreiche Ansätze, Übersorgung zu verringern. Viele ärztegeführte Organisationen haben Projekte oder Kampagnen entwickelt (Wild und Mayer 2016). Initiativen wie „Choosing Wisely“ in den USA oder Kanada und ähnliche Bewegungen – „Smarter Medicine“ in der Schweiz, „Slow Medicine“ in Italien, „Realistic Medicine“ in Schottland, „Prudent Healthcare“ in Wales, „Rethinking Medicine“ in England, „Wiser Healthcare“ in Australien – oder aus Themenreihen hochrangiger medizinischer Zeitschriften wie „Too much Medicine“ im British Medical Journal und „Less is more“ im Journal of the American Medical Association spiegeln die Erkenntnis, dass die Entwicklung und Ausrichtung der Medizin und der Gesundheitsversorgung kritisch zu überdenken ist.

Die Autorengruppe um Elshaug et al. (2017) fordert in ihrem Übersichtsartikel 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 als vielversprechende Ansätze bewertet. Des Weiteren wird den Ärzten und ihren Standesorganisationen eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von Übersorgung im Versorgungsalltag, bei der Leitlinienentwicklung und deren Implementierung zugeschrieben.

Auch in Deutschland zählen die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung zu den entscheidenden Treibern für Übersorgung: die Anzahl und Verteilung der Krankenhausbetten und Ärzte, das unverbundene Nebeneinander von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, aber auch die Art, wie Medizin in Deutschland gelehrt, geleistet und vergütet wird. Gerade das deutsche Gesundheitswesen mit seinem fehlenden primärärztlichen System und seinen starken kompetitiven Anteilen führe über eine Fragmentierung der Versorgung zu einem unkoordinierten Nebeneinander und damit zu Unter-, Über- und Fehlversorgung (DEGAM 2019).

Die Implementierung von Lösungsansätzen wird aufgrund der vielfältigen systemischen Faktoren, die in der Bevölkerung und Ärzteschaft vorhandenen „Mehr ist besser“-Kultur und der begrenzten Bereitschaft der politischen Entscheider, politisch schwierige Entscheidungen zu treffen, als anspruchsvoll bewertet (Ellen et al. 2018). Erfolgreiche Strategien sollten umfassend und transparent sein, an den relevanten Einflussfaktoren ansetzen und zwischen Politik und Stakeholdern abgestimmt sein. Bisherige Initiativen sind oft fragmentiert und unzureichend evaluiert (ebd.).

Eine notwendige Voraussetzung für Lösungen liegt darin, dass alle Institutionen und Personen, die Verantwortung für Über- und Unterversorgung tragen, sich dieser Verantwortung stellen und anerkennen, dass sie zur Problemlösung beitragen können und müssen. Dazu zählen in Deutschland der Bundes- und die Landesgesundheitsminister, die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, die ärztliche Selbstverwaltung, also Ärztekammern und kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, die gemeinsame Selbstverwaltung, medizinische Fachgesellschaften, Patientenvertretungen, Patientengruppen und gesundheitliche Selbsthilfe sowie Ärzte, Patienten und Bürger (Klemperer 2015).

Vor diesem Hintergrund hält die Bertelsmann Stiftung vor allem folgende Maßnahmen gegen Überversorgung für erforderlich, um Patienten weniger zu gefährden, Ressourcen freizusetzen und eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung zu ermöglichen.

Planung und Vergütung optimieren: Politik und Selbstverwaltung sollten die Gesundheitsversorgung bedarfsorientiert und sektorenübergreifend planen und organisieren. 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 sollte sich zudem stärker an deren Qualität, insbesondere der Indikationsqualität, bemessen.

Evidenz verdeutlichen: Nutzen und Risiken medizinischer Leistungen müssen transparenter gemacht werden. Dafür sind mehr systematische und teils verpflichtende, evidenzbasierte Informationen und Entscheidungshilfen notwendig, die für Ärzte und Patienten leicht verfügbar sein sollten, beispielsweise in der Elektronischen Patientenakte.

Ethische Verantwortung übernehmen: Ärzte stehen in der Verantwortung, mit ihren Patienten Nutzen und Risiken relevanter Behandlungsoptionen zu besprechen. „Choosing Wisely“ kann dabei unterstützen. Interessenskonflikte müssen transparent dargelegt werden.

Unnütze Leistungen unterlassen: Praxen und Kliniken sollten Strategien entwickeln zur De-Implementierung von Leistungen, die für Patienten nachweislich wenig Nutzen und zu viele Risiken haben. Zweitmeinungsverfahren zur Absicherung der Indikationsstellung sind auszubauen.

Bevölkerung sensibilisieren: Patienten sollten stärker für potenzielle Schäden und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen sensibilisiert werden. Ihnen sollte bewusst werden, dass es besser sein kann und genauso viel Fürsorge bedeutet, wenn eine medizinische Maßnahme unterlassen wird.

Literatur

- Abholz HH (2013). Tun wir das Richtige? Editorial. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 89 (289).
- Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S (2017). Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. BMC Family Practice 18 (99).
- Arterburn D (2012). Introducing decision aids at Group Health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. Health Affairs 31. 2094–2104.
- Bartens W (2019). Medikalisierung: Ungesunde Panikmache. Süddeutsche Zeitung Online 2.2.2019. www.sueddeutsche.de/gesundheit/medikalisierung-ungesunde-panikmache-1.4310684 (abgerufen am 4.10.2019).
- Bartens W (2018). Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Wann ist der Blutdruck zu hoch? Süddeutsche Zeitung Online 17.4.2018. www.sueddeutsche.de/gesundheit/bluthochdruck-blutdruck-senken-risiken-1.3946107 (abgerufen am 4.10.2019).
- Bedford M, Pettersen K, Minhas R (2011). Strength of evidence and handling uncertainty: practical considerations and general observations. JCE Journal of Clinical Epidemiology 12 (64). 1272–1274.
- Beerheide R (2017). Umfrage des Hartmannbundes: Junge Ärzte hadern mit Klinikalltag. Deutsches Ärzteblatt 9 (114). 3. März 2017. A399–A400.
- Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 66. 195–207.
- Bittner A, Schmidt-Kaehler S (2018). Gemeinsam entscheiden im Klinikalltag: Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen mit jungen Ärzten. Bertelsmann Stiftung.
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2017). Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen, Ausgabe 2016, Sonderthema Medizinprodukte und Medizintechnik. www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-2016-medizinprodukte-medizintechnik.pdf?__blob=publicationFile&v=20 (abgerufen am 4.10.2019).
- Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O'Sullivan JW, Aronson JK, Woloshin S (2017). Overdiagnosis, what it is and what it isn't. <https://ebm.bmj.com/content/ebmed/23/1/1.full.pdf> (abgerufen am 15.10.2019).
- Bronca T (2017). A wiser generation of doctors. www.canadianhealthcarenetwork.ca/files/2017/11/A-wiser-generation-of-doctors.pdf (abgerufen am 15.10.2019).
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. The Lancet, Right Care Series, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5) (abgerufen am 4.10.2019).
- Bundesärztekammer (2015). Stellungnahme der Bundesärztekammer – Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung. Deutsches Ärzteblatt 18 (112).
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? a framework for improvement. JAMA 282. 1458–1465.
- Chassin MR, Galvin RW (1998). The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 280. 1000–1005.
- Clade H (1999). Medizinische Großgeräte: Seit Jahren Wildwuchs. Deutsches Ärzteblatt 96 (8). 470–473.
- Commonwealth Fund (2019). Choosing Wisely: The Harms of Overuse in Health Care. www.commonwealthfund.org/publications/infographic/2019/may/choosing-wisely-harms-overuse-health-care (abgerufen am 15.10.2019).
- Commonwealth Fund (2017). Source: 2017 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults. www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-01/Robin%20Osborn_2017%20Survey%20Presentation_IHP%20Symposium.pdf (abgerufen am 4.10.2019).
- Crosson FJ (2009). Change the microenvironment. Delivery system reform essential to control costs. Modern Healthcare 39 (17). 20–21.
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2019). Leitlinie zum Schutz vor Unter- und Überversorgung. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-045I_S3_Schutz_vor_Ueber_und_Unterversorgung_2019-06_1.pdf (abgerufen am 15.10.2019).

- Deutscher Ethikrat (2016). Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf (abgerufen am 15.10.2019).
- Eikermann M (2019). Bestmögliche medizinische Versorgung auf Basis wissenschaftlicher Evidenz. www.mds-ev.de/themen/methodik-und-methodenberatung/nutzen-und-schadenbewertung.html (abgerufen am 16.10.2019).
- Ellen ME, Wilson MG, Vélez M, Shach R, Lavis JN, Grimshaw JM, Moat KA (2018): Addressing overuse of health services in health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Research Policy and Systems*. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0325-x> (abgerufen am 4.10.2019).
- Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V (2017). Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care, *The Lancet*, Right Care Series 4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7) (abgerufen am 18.10.2019).
- European Commission (2013). Study on corruption in the Healthcare Sector. <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7f1b284c-8adb-4c9a-85bc-189d0100d9d5/language-en> (abgerufen am 4.10.2019).
- Feldwisch-Drentrup H, Kuhrt N (2019). Schlechte und gefährliche Gesundheitsinformationen. Wie sie erkannt und Patienten besser geschützt werden können. Bertelsmann Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Analyse_Gefaehrliche_Gesundheitsinfos_final.pdf (abgerufen am 16.10.2019).
- Fisher ES (2003). The implications of regional variations in Medicare spending, *Annals of Internal Medicine*. 138 (4). 273–287.
- Fisher KA, Tan ASL, Matlock DD, Saver B, Mazor KM, Pieterse AH (2018). Keeping the patient in the center: Common challenges in the practice of shared decision making. *Patient Education and Counselling*. 101 (12). 2195–2201. DOI: 10.1016/j.pec.2018.08.007.
- Fölsch UR, Faulbaum F, Hasenfuß G (2017). Initiative „Klug entscheiden“: Gegen Unter- und Überversorgung, *Deutsches Ärzteblatt* 113, Sammelband, Beitrag Heft 13/2016, 10–14.
- GB-A (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2017). Beschluss Krebsfrüherkennungs-Richtlinie: Einladungsschreiben und Entscheidungshilfe sowie weitere Änderungen (Mammographie-Screening). www.g-ba.de/beschluesse/3022/ (abgerufen am 4.10.2019).
- Gerber M, Kraft E, Bosshard C (2016). Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. *Schweizerische Ärztezeitung* 97 (7). 236–243.
- Gitter H (2018). Zielvereinbarungen mit Leitenden Ärztinnen und Ärzten – Aus der Arbeit der Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen“ bei der Bundesärztekammer. Bundesärztekammer im Dialog: Patientenversorgung unter Druck. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Dialog/Praesentation_Dr.Gitter.pdf (abgerufen am 4.10.2019).
- Grote Westrick M, Münch I, Volbracht E (2019). Überversorgung: Überflüssige medizinische Leistungen können Patienten schaden. *Spotlight Gesundheit* 5/2019. Bertelsmann Stiftung.
- Grote Westrick M, Schwenk U (2017). Choosing Wisely: Internationale Ärzteinitiativen gegen Überversorgung zeigen erste Erfolge. *Spotlight Gesundheit* 2/2017. Bertelsmann Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_ChoosingWisely_dt_final_web.pdf (abgerufen am 16.10.2019).
- Günster C, Klauber J, Robra BP, Schmacke N, Schmuker C (2019). Versorgungs-Report Früherkennung. Berlin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954664542> (abgerufen am 19.10.2019).
- Hambrock U (2019). Erfahrungen mit Überversorgung – Qualitativ-psychologische Studie mit Patienten und Ärzten. Bertelsmann Stiftung.
- Haschke C, Grote Westrick M, Schwenk U (2018). Gesundheitsinfos: Wer sucht, der findet – Patienten mit Dr. Google zufrieden. *Spotlight Gesundheit* 2/2018. Bertelsmann Stiftung.
- 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* 28. 203–210.
- Herrera-Perez D, Haslam A, Crain T, Gill J, Livingston C, Kaestner V, Hayes M, Morgan D, Cifu AS, Prasad V. (2019). A comprehensive review of randomized clinical trials in three medical journals reveals 396 medical reversals. <https://doi.org/10.7554/eLife.45183.001> (abgerufen am 15.10.2019).

- Hoffmann T (2017). Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests, A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2596010> (abgerufen am 15.10.2019).
- Hoffmann TC, Del Mar C (2015). Patients' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine* 175 (2). 274–286. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.6016.
- Hoffmann JR, Kanzaria HK (2014). Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. <https://escholarship.org/content/qt6r18k503/qt6r18k503.pdf> (abgerufen am 15.10.2019).
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2018). Konzept für ein nationales Gesundheitsportal. Version 1.2. IQWiG-Berichte – Nr. 654. Köln. www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/gesundheitsinformation/p17-02-konzept-fuer-ein-nationales-gesundheitsportal.7849.html (abgerufen am 4.10.2019).
- Käble K (2014). Die ärztliche Profession und ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie: Wird der Arzt zum Gesundheitsmanager? *Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft* 14 (3). 16–25.
- Klemperer D (2015). Über- und Unterversorgung in der Medizin, *Schweizerisches Medizin-Forum* 15 (39). 866–868.
- 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*. Gütersloh.
- Koch-Gromus U, Kreß H (2012). Arzt-Patienten-Verhältnis. *Bundesgesundheitsblatt* 55. 1081–1084. DOI: 10.1007/s00103-012-1541-0.
- Korenstein D (2018). Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments. *JAMA Internal Medicine* 78 (10). 1401–1407.
- Kühlein T, Freund T, Joos S (2013). Patientenorientierte Medizin: Von der Kunst des Weglassens. *Deutsches Ärzteblatt* 110 (48). A2312–A2314.
- Lakhani A, Lass E, Silverstein W (2016). Less is more: Integration of Resource Stewardship in Medical Education. www.cfms.org/files/position-papers/2016_integration%20of%20resource%20stewardship%20in%20medical%20education.pdf (abgerufen am 18.10.2019).
- Laschet H (2018). Patientenwohl und Ökonomie: Ein Spagat, der den Dialog fordert. *Ärzte Zeitung*, 2.5.2018. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/963040/dialog-spagat-patientenwohl-oekonomie-medinethik-giovanni-maio.html (abgerufen am 18.10.2019).
- Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. (2015). „Choosing Wisely“: A growing international campaign. *BMJ Qual Saf.* 24. 167–174.
- Lilienthal V, Reineck D, Schnedler T (2014). Einleitung. In: Lilienthal V, Reineck D, Schnedler T (Hrsg.). *Qualität im Gesundheitsjournalismus: Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis*. Wiesbaden. 1–14.
- Loos S, Albrecht M, Zich K (2019). Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Bertelsmann Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf (abgerufen am 18.10.2019).
- Maio G (2015). Ärzte sind in einen Machbarkeitsvogel geraten. *Ärztezeitung* 16.4.2015. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/882733/interview-aerzte-machbarkeitsvogel-geraten.html (abgerufen am 19.10.2019).
- Marstedt G (2018). Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte. Bertelsmann Stiftung. DOI: 10.11586/2017052.
- Maibaum T (2016). Überversorgung – Ein Kampf gegen Windmühlen. www.allgemeinarzt-online.de/a/ein-kampf-gegen-windmuehlen-1750124 (angerufen am 16.10.2019).
- McKinsey (2018). Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die Chancen für Deutschland. www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2018/2018-09-25-digitalisierung%20im%20gesundheitswesen/mckinsey92018digitalisierung%20im%20gesundheitswesendownload.ashx (abgerufen am 18.10.2019).

- Mira JJ, Carrillo I, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Nebot C, Olivera G, de Dios JG, Aranaz Andrés JM (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* 8. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/6/e021339.full.pdf> (abgerufen am 16.10.2019).
- Morgan DJ, Dhruva SS, Wright SM, Korenstein D (2016). Update on Medical Overuse: A systematic Review. *Jama Network* 176 (11). 1667–1692.
- Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER, et al. (2018), 2017 Update on Medical Overuse: A systematic Review. *JAMA Intern Med.* 178 (1). 110–115.
- Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER, et al. (2019), 2018 Update on Medical Overuse: A systematic Review. *JAMA Intern Med.* 179 (2). 240–246.
- Moynihan R (2012). Preventing overdiagnosis – How to stop harming the healthy. *BMJ* 344 (e3502).
- Moynihan R (2002) Disease-Mongers: How Doctors, Drug-Companies and Insurers are Making You Feel Sick. *BMJ* 324 (7342). 923. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122872/ (abgerufen am 4.10.2019).
- Mühlhauser I (2013). Screening auf Brustkrebs/Mammografie-Screening. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 45 (2). 80–85.
- Mühlhauser I, Meyer G, Steckelberg A (2010). Patienten wollen mitentscheiden, doch Informationsbasis und Struktur fehlen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 11. 412–417.
- Mulley G (2012). Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter, *British Medical Journal*. www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e6572.full.pdf (abgerufen am 11.9.2019).
- Nothacker M, Busse R, Elsner P, Fölsch UR, Gogol M, Jungenhülsing GJ, Kopp I, Marckmann G, Maschmann J, Meyer HJ, Miller K, Wagner W, Wienke A, Zimmer KP, Kreienberg R (2019). Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20181205_Medizin_und_%C3%96konomie_AWMF_Strategiepapier_V1.0mitLit.pdf (abgerufen am 21.10.2019).
- OECD (2017a). Tackling Wasteful Spending on Health. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en> (abgerufen am 17.10.2019).
- OECD (2017b). Health Statistics 2017.
- OECD (2016). Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places. OECD Health Policy Studies. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en> (abgerufen am 15.10.2019).
- OECD (2013). Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers No. 64. <https://dx.doi.org/10.1787/5k3xwtg2szzr-en> (abgerufen am 21.10.2019).
- OECD und European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Germany: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283398-en> (abgerufen am 4.10.2019).
- Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO (2015). Primary Care Physicians in Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Affairs* 34, NO. 12. 2104–2112. 10.1377/hlthaff.2015.1018.
- Parchmann ML et al. (2017). Taking action on overuse: Creating the culture for change, *Healthcare* 5 (4). 199–203.
- Pathirana T, Clark J, Moynihan R (2017). Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* 358. j3879.
- Prasad V (2013). A Decade of Reversal: An Analysis of 146 Contradicted Medical Practices. *Mayo. Clinical Proceedings* 88 (8).
- RACGP (Royal Australian College of General Practitioners) (2018). Position Statement – Too much Medicine. www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/RACGP/Position%20statements/Too-much-medicine.pdf (abgerufen am 15.10.2019).
- Raspe H (2018). Value based health care (VbHC): woher und wohin? *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG)* 130 (2018). 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.08.002> (abgerufen am 15.10.2019).

- Raspe H (2016). Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum und/oder dem Patientenkollektiv verpflichtet? in: Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Dokumentation des Symposiums am 21. Januar 2016.
- Raspe H, Friedrich DR, Harney A, Huster S, Schoene-Seifert B (2019). Medizinische Behandlungsmethoden: Was macht sie medizinisch notwendig? Teil I: Medizinische Methoden, medizinische Notwendigkeit und ihre Hauptkriterien. Gesundheitswesen. Online-Publikation. <https://doi.org/10.1055/a-0965-6866>.
- Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J (2015). Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2015. 140. e129–e135. www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Downloads/Reifferscheid_et_al_2015.pdf (abgerufen am 16.10.2019).
- Reiners H (2018). Medizin in der Zwickmühle? Gesundheit und Gesellschaft, 21(11), 33-37. www.gg-digital.de/2018/11/medizin-in-der-zwickmuehle/index.html (abgerufen am 18.10.2019).
- Rossmann C, Lampert C, Stehr P, Grimm M (2018). Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden. Bertelsmann Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Gesundheitsinfosuche-Literaturueberblick.pdf (abgerufen am 16.10.2019).
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312. 71–72.
- Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, Ioannidis JPA, Fisher ES (2017). Drivers of poor medical care, The Lancet 390(10090). 178–190.
- Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin. KomPart. www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/7775446063/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf?t=1568498659 (abgerufen am 19.10.2019).
- Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld. Universität Bielefeld. www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf (abgerufen am 4.10.2019).
- Schiltz CB (2018). Deutschland leistet sich eine Überversorgung. Die Welt 29.10.2018. www.welt.de/politik/ausland/article182687326/EU-Gesundheitskommissar-Deutschland-leistet-sich-eine-Ueberversorgung.html (abgerufen am 11.10.2019).
- Schwitzer G (2011). News coverage. Communicating Risks and Benefits: An Evidence-Based User's Guide. Hrsg. Fischhoff B, Brewer NT, Downs JS. Food and Drug Administration (FDA), US Department of Health und Human Services. 185–194. www.fda.gov/about-fda/reports/communicating-risks-and-benefits-evidence-based-users-guide (abgerufen am 9.10.2019).
- Stacey D, Légaré F, et al. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C (2015). Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Ludwig-Maximilians-Universität München. www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/3-Endbericht_Sundmacher_2015-10-27.pdf (abgerufen am 4.10.2019).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018. Bonn und Berlin. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am 17.10.2019).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (abgerufen am 17.10.2019).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2000/2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/addendum.pdf (abgerufen am 16.10.2019).
- Vogel L (2016). Medical students now choosing wisely. CMAJ. www.cmaj.ca/content/cmaj/188/1/17.full.pdf (abgerufen am 16.10.2019).
- Wegwarth O, Gaissmaier W, Gigerenzer G (2011). Deceiving numbers: Survival rates and their impact on doctors' risk communication. Medical Decision Making 31. 386–394.

- Wegwarth O, Gigerenzer G (2010). There is nothing to worry about: Gynecologists' counseling on mammography. *Patient Education and Counseling* 84 (2). 251–256.
- Wehkamp KH, Naegler H (2017). Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. *Deutsches Ärzteblatt* 114 (47), 797–804.
- Weltärztebund (2017). Deklaration von Genf. Das ärztliche Gelöbnis. Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf, autorisiert durch den Weltärztebund. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf (abgerufen am 17.10.2019).
- Wennberg J (2010). *Tracking Medicine*. Oxford University Press.
- Wild C, Mayer J (2016). Überversorgung: Initiativen zur Identifikation ineffektiver oder nicht bedarfsgerechter Leistungen. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 166. 149–154. DOI: 10.1007/s10354-016-0442-5.
- Wissenschaftlicher Beirat (2018). Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen. www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Berat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (abgerufen am 16.10.2019).
- Woopan C (2015). Begrüßung und Einführung. Alte Probleme – Neue Krankheiten. Überflüssige Medikalisierung oder notwendige Therapie? Simultanmitschrift. Forum Bioethik, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/fb-25-02-2015-simultanmitschrift.pdf (abgerufen am 4.10.2019).

4 Vorstudie: Literaturrecherche zu Übersorgung

Dr. med. Bernd Deckenbach, Karsten Zich, Hans-Dieter Nolting, IGES Institut

4.1 Hintergrund

Im Oktober 2018 beauftragte die Bertelsmann Stiftung das IGES Institut, ausgehend von einer breit angelegten Bestandsaufnahme eine „Rundumschau“ zu Bereichen möglicher (belegter oder vermuteter) Übersorgung der hiesigen Bevölkerung zu erstellen und im Kontext von Choosing Wisely aufzubereiten.

Hierfür führte das IGES Institut Anfang November 2018 eine **Voruntersuchung** durch, die im Wesentlichen aus einer Literaturrecherche zum Thema „Übersorgung“ und einer strukturierten Ergebnissammlung bestand. Dabei wurde nach Leistungen/Versorgungsthemen gesucht, die innerhalb der letzten fünf bis sieben Jahre in einen Übersorgungszusammenhang gestellt und/oder in einem solchen (an)diskutiert worden sind. Die Recherche hatte unter der gegebenen Zeit und mit den aufgewendeten Ressourcen nicht den Anspruch, eine vollständige Suche in der hiesigen publizierten und grauen Literatur abzubilden.

Als Arbeitshypothese wurde formuliert, dass sich mittels einer solchen Recherche **Übersorgungsstatements, Übersorgungsbefunde oder Übersorgungsvermutungen** (im Weiteren: Übersorgungsstatements) für die unterschiedlichen Bereiche der medizinischen Versorgung in Deutschland finden lassen. Bei Bestätigung dieser Hypothese durch die Ergebnisse der Vorstudie sollten ausgewählte Übersorgungsthemen in einem Bericht aufgegriffen und vertieft behandelt werden.

4.2 Methodik der Vorstudie

In einem ersten Schritt wurde eine Recherchestrategie sowie eine Erfassungssystematik entwickelt und mit der Bertelsmann Stiftung abgestimmt.

Als **Suchbegriffe** festgelegt wurden:

- Übersorgung
- Überdiagnostik
- Übertherapie
- Überbehandlung

jeweils in Kombination mit den Suchwörtern: „medizinisch“ / „Gesundheitsversorgung“ / „Gesundheitswesen“ / „Gesundheitssystem“ und

- overutilization
- overuse
- oversupply
- overdiagnosis
- overtreatment

jeweils in Kombination mit den Suchwörtern: „medical“ / „medical care“ / „health care“.

Die Suche wurde in den **Literaturdatenbanken** PubMed und LIVIVO (ZB MED) sowie in den **Suchmaschinen** google scholar und google durchgeführt. Die PubMed-Suche erfolgte über die Suchfelder „Titel/Abstract“. Für die o. g. englischen Suchwörter erfolgte zusätzlich eine Suche über die entsprechenden MeSH-Terms. Die Suche in PubMed und LIVIVO wurde auf den Zeitraum 2012 bis 2018 begrenzt. Die Suche in google scholar und google wurde auf den Zeitraum 2014 bis 2018 (jahresgenaue Suchen) und auf die ersten 150 angezeigten Treffer begrenzt.

Hand- bzw. Schlagwortsuchen nach relevanten Publikationen wurden in den Online-(Jahres)verzeichnissen der Jahre 2012 bis 2018 folgender Periodika durchgeführt:

- Das Gesundheitswesen
- Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement
- Monitor Versorgungsforschung
- Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
- Zeitschriften der Krankenkassenverbände AOK, BKK und vdek
- Deutsches Ärzteblatt
- Ärztezeitung

Sondersuchen umfassten die strukturierte Durchsicht folgender Quellen, soweit ein elektronisch durchsuchbares Veröffentlichungsformat vorlag:

- Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Krankenhausreports und Versorgungsreports des WIdO
- Gesundheits- und Versorgungsreports der DAK-Gesundheit
- Reports der BARMER (www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports)
- Online-Auftritte der zehn epidemiologisch bedeutsamsten medizinischen Fachgesellschaften
- Reports weiterer Krankenkassen
- Beschlussprotokolle der Ärztetage (2014 bis 2018)
- Faktenchecks Gesundheit der Bertelsmann Stiftung
- Untersuchungen, die mit der expliziten Aufgabenstellung geführt wurden, die Hintergründe steigender Fallzahlen zu eruieren
- offizielle Dokumente des G-BA oder aus Vereinbarungen, die Überversorgungssachverhalte betreffen
- bis dato veröffentlichte Ergebnisse der Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“

Grundsätzlich wurden nur Recherchetreffer dokumentiert, in denen **explizit eine faktisch stattfindende** (systematische) Überversorgung **in Deutschland** berichtet bzw. behauptet wird. **Nicht** berücksichtigt wurden daher:

- Recherchetreffer, die allgemein auf eine im klinischen Einzelfall mögliche Übertherapie oder –diagnostik hinweisen, wie Hinweise auf obsolete Diagnose- oder Therapieverfahren (Leitlinien, Negativliste der Klug-entscheiden-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin o.Ä.)
- Recherchetreffer, die zwar über eine konkret stattfindende Überversorgung berichten, sich aber ausschließlich auf Studien oder andere Quellen in anderen Ländern beziehen.¹

Die Suchtreffer wurden in strukturierter Form in einer Datenbank abgelegt.

4.3 Ergebnisse der Vorstudie im Überblick

Bis Ende der zweiten Januarwoche 2019 wurden von IGES insgesamt 69 Einzelsuchen durchgeführt und 75 Recherchetreffer dokumentiert.

Ursprünglich hatte das IGES Institut eine höhere Trefferzahl erwartet, da sich in unserer Wahrnehmung die Diskussion über eine zunehmende „Ökonomisierung“ der medizinischen Versorgung und über damit teilweise in Verbindung stehende Überversorgung erheblich intensiviert hat. Diese Diskussion wurde in den letzten Jahren häufig sehr explizit auch aus der Ärzteschaft selbst heraus angestoßen und intensiv geführt. Von der Labelung einer zu häufigen Leistungserbringung mit dem Begriff „Überversorgung“ wird jedoch anscheinend eher zurückgeschreckt. Es ist zu vermuten, dass „Überversorgung“ in Deutschland quasi ein Reizwort darstellt, dessen Verwendung häufig zu unmittelbaren Gegenreaktionen bei den Vertretern der betroffenen Leistungserbringer führt. Der Nachweis von Überversorgungssachverhalten ist allerdings an hohe methodische und empirische Anforderungen geknüpft.

Die internationalen und nationalen „Choosing Wisely“-Aktivitäten haben unter den Treffern der Suche quantitativ eine sehr hohe Bedeutung. Es besteht eine deutliche Dominanz der „Choosing Wisely“-Suchtreffer auch für Deutschland mit einem klaren Schwerpunkt auf den entsprechenden Initiativen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) gegenüber anderweitigen auf Überversorgung ausgerichteten Problematisierungs- und Interventionsansätzen. Dokumente zu den „Choosing Wisely“-Empfehlungen der DGIM, deren Auswahl rein umfragebasiert unter Fachärzten erfolgte, wurden sehr oft gefunden. Eine Durchsicht der Literaturangaben zu den Negativempfehlungen der DGIM (Sammelband „Klug entscheiden“ in der 1. Auflage)² ergab:

- Es handelt sich überwiegend um Begründungen für die Negativempfehlungen.
- Die zitierte Literatur zur Überversorgung mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die die Negativempfehlungen begründen, bezieht sich bis auf eine Ausnahme aus dem Jahr 2010 nicht auf Deutschland.

¹ Dies kam trotz der Eingrenzung der Suche auf Deutschland häufig vor.

² Zu finden unter: www.klug-entscheiden.com

Eine strukturelle Überversorgung im deutschen Krankenhaussektor ist unter den Recherchetreffern, die nur exemplarisch in die Dokumentation der Suchtreffer aufgenommen wurden, ein quantitativ bedeutsames Thema. Angebracht wird in den Beiträgen, die insbesondere aus der Wissenschaft und von Krankenkassen stammen, dass es ein „Zu viel“ an Krankenhausstandorten und -betten gebe sowie eine „Fehlverteilung“ der vorgehaltenen Kapazitäten.³ Begründet werden diese Aussagen üblicherweise, indem auf Kapazitäten und Strukturen in anderen Ländern verwiesen wird (Vergleich mit einzelnen Ländern, OECD-Durchschnittswerten etc.). Häufig werden in den Überversorgungsbeiträgen auch Verbindungen zum Themenfeld Qualität hergestellt und die unzureichende technische Ausstattung kleinerer Krankenhäuser und die dort häufig nur in (zu) geringer Anzahl durchgeführten spezifischeren Leistungen thematisiert. Die für Deutschland in einzelnen Quellen als notwendig erachtete stärkere Ambulantisierung und tagesklinische Versorgung bisher vollstationär versorgter Krankenhaufälle wird teilweise als „Fehlversorgung“ bezeichnet.

Für den Begriff „**Überversorgung**“ fanden sich **unter Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung** viele Recherchetreffer. Hier ist der Begriff „Überversorgung“ allerdings bedarfsplanerisch belegt, da ab festgelegten Versorgungsgraden von „Überversorgung“ mit Arztsitzen gesprochen wird. In den übrigen Quellen waren die folgenden drei Diskussionsstränge erkennbar:

- „Überversorgung“ in Ballungsräumen vs. „Arztmangel“ in ländlichen Regionen, häufig auch in Verbindung mit der Frage, wie die Bereitschaft von Ärzten zur Niederlassung in ländlichen Regionen gefördert werden kann.
- Ballung von bzw. „Überversorgung“ mit Ärzten in attraktiveren Regionen vs. „Ärztentot“ in den weniger attraktiven Regionen innerhalb einzelner Planungsbereiche.
- „Überversorgung“ in der fachärztlichen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

Es wurden keine „Überversorgungsaussagen“ gefunden, die im Zusammenhang mit der in Deutschland existierenden „doppelten Facharztschiene“ (ambulant und stationär) stehen.

Die weiteren Recherchetreffer wurden folgenden an Leistungsbereichen und Leistungsektoren ausgerichteten, teilweise nicht gänzlich trennscharfen Kategorien zugeordnet:

- Individuelle Gesundheitsleistungen zur Diagnostik (niedergelassene Ärzte)*
- Screening-Leistungen (niedergelassene Ärzte und teilweise Krankenhäuser)
- Regelleistungen der GKV zur Diagnostik (niedergelassene Ärzte)*
- Regelleistungen der GKV zur Diagnostik (Krankenhäuser)
- Arzneimittel (niedergelassene Ärzte und teilweise Krankenhäuser)*
- Regelleistungen der GKV zur Therapie (ohne Arzneimittel) (niedergelassene Ärzte)
- Regelleistungen der GKV zur Therapie (Krankenhäuser)*
- Sonstige (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser)

Im Kapitel 5 werden ausgewählte Leistungen der oben mit einem „*“ gekennzeichneten Kategorien in einzelnen Beiträgen näher betrachtet. Für diese Kategorien wird jeweils in der Einleitung dieser Einzelbeiträge kurz auf weitere Leistungen eingegangen, zu denen bei der Vorrecherche Überversorgungsstatements gefunden werden konnten. Der Vollständigkeit halber wird nachfolgend kurz an dieser Stelle auf die Recherchetreffer eingegangen, die aus den nicht mit einem „*“ markierten spezifischen Kategorien stammen.

3 Auf derartige Überversorgungsstatements wird im Weiteren nicht mehr eingegangen, da weder die Zahl noch die Verteilung von vollstationären Kapazitäten durch Entscheidungen der Ärzte selbst (bspw. im Rahmen von Choosing-Wisely-Initiativen) beeinflusst werden kann.

Screening-Leistungen (niedergelassene Ärzte und teilweise Krankenhäuser)

Zu diesem Leistungsfeld wurden kaum Übersorgungsaussagen/-vermutungen gefunden. Die wenigen Recherchetreffer waren zudem auch jeweils nur wenig belegt. Die Treffer beziehen sich zum einen auf das Mammographie-Screening und zum anderen auf Leistungen, die sehr häufig von Hausärzten sowie hausärztlich tätigen Internisten erbracht oder initiiert werden (Allgemeine Gesundheitsuntersuchungen bei asymptomatischen Patienten, spezifischere Untersuchungen im Präventionskontext bei asymptomatischen Patienten: Ultraschalluntersuchungen, EKG, Ergometrie, Spirometrie, Labordiagnostik).

Regelleistungen der GKV zur Therapie (ohne Arzneimittel) (niedergelassene Ärzte)

Zu diesem Leistungsfeld wurden nur wenige sehr gut oder gut belegte spezifische Übersorgungsaussagen gefunden. Diese beziehen sich auf eine Übersorgung mit invasiven Behandlungen bei Patienten mit der Diagnose „Fibromyalgie“ (M79.7) bzw. somatoforme Schmerzstörung (F45.4x) und auf kurative Behandlungsmaßnahmen am Lebensende. Mit unspezifischer Ausrichtung wurden allgemeine Aussagen zu einer Übersorgung mit Injektionen sowie Aussagen der Internisten zu einer apparatetechnischen Übersorgung gefunden.

Regelleistungen der GKV zur Diagnostik (Krankenhäuser)

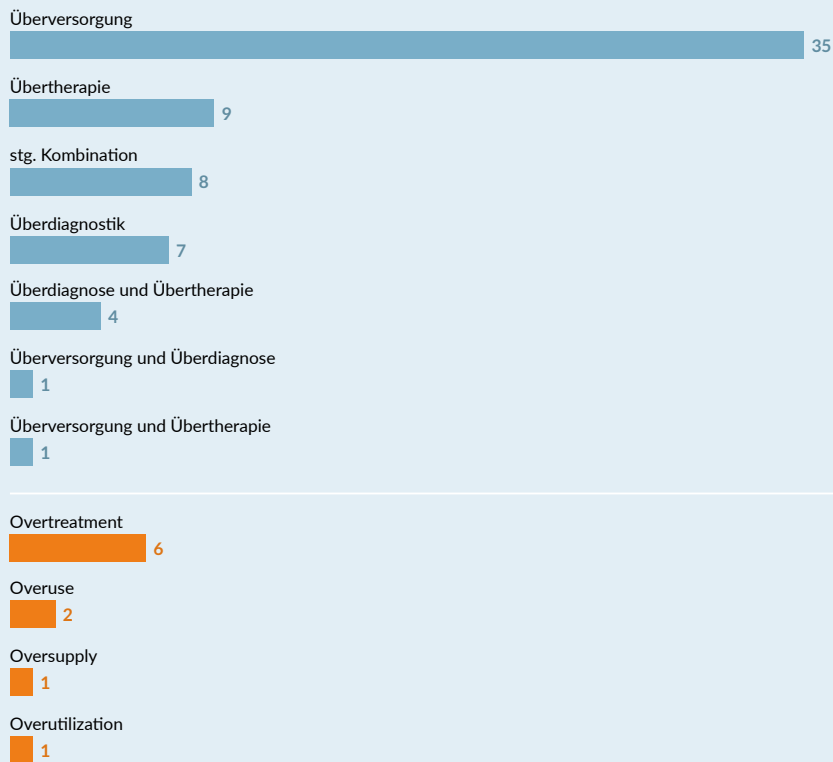
Zu diesem Leistungsfeld wurden nur wenige, überwiegend nicht belegte Übersorgungsaussagen/-vermutungen gefunden. Hierzu zählen Laborleistungen und Bildgebung. Zudem werden in der präoperativen Phase und bei der Abklärung von Schwindel intensivere Untersuchungen durchgeführt, als in den Leitlinien der Fachgesellschaften empfohlen.

Im Weiteren werden Auszählungen über die 75 in die Datenbank aufgenommenen Treffer präsentiert. Abbildung 3 zeigt, welche Suchbegriffe bzw. Schlagworte zu den in die Datenbank aufgenommenen Übersorgungsstatements geführt haben. Der Begriff „Übersorgung“ dominiert die Schlagwortliste mit 35 von 75 Treffern (47%) eindeutig. Bereits der zweithäufigste Suchbegriff „Übertherapie“ war (ohne Schlagwortkombinationen) nur noch für neun in die Datenbank aufgenommenen „Übersorgungsstatements“ ausschlaggebend (12%).

Die in die Datenbank aufgenommenen Übersorgungsstatements wurden einfach typisiert (vgl. Abbildung 4). Mit 45 von 75 Treffern (61%) dominieren Aussagen vom Typ „Leistung wird zu oft erbracht“. Bei zwölf von 75 Treffern (16%) handelt es sich um Übersorgungsstatements, die aus einer höher als notwendigen Zahl von Leistungserbringern abgeleitet werden (vgl. Ausführungen oben zur strukturellen Übersorgung im deutschen Krankenhaussektor und mit Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung). Bei zehn Treffern (13%) wird in den Quellen auch auf potenzielle Komplikationen der (tendenziellen) Überbehandlung hingewiesen.

Auch die externen Referenzen, aus denen das Übersorgungsstatement abgeleitet wird, wurden klassifiziert. Bei 55 Prozent aller Statements wurde von demjenigen, der das Übersorgungsstatement abgegeben hat, keine externe Referenz benannt, sondern teilweise oder implizit auf den eigenen Erfahrungshintergrund rekurriert. Als Referenz für die Begründung des Übersorgungsstatements dienen in 15 Prozent aller Treffer Vergleiche mit dem Ausland und in elf Prozent aller Treffer Leitlinien als Grundlage (vgl. Abbildung 5). Studien aus Deutschland waren lediglich bei drei von 75 Treffern (4%) für das Übersorgungsstatement begründungsleitend.

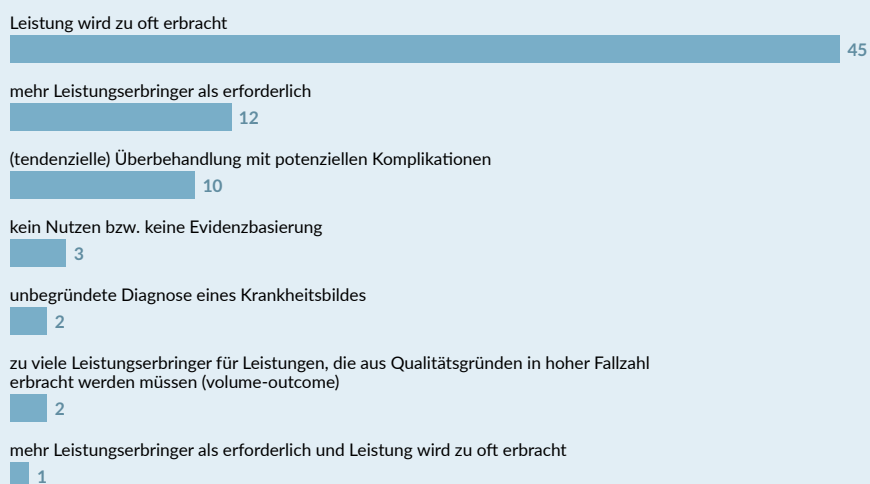
**ABBILDUNG 3: In die Datenbank aufgenommene Treffer:
Relevante Schlagworte (N = 75)**



Quelle: IGES 2019

| BertelsmannStiftung

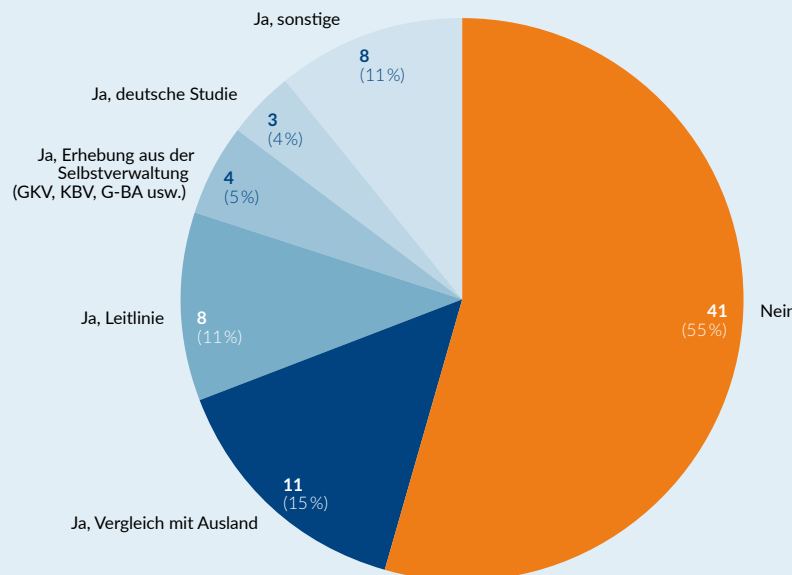
**ABBILDUNG 4: In die Datenbank aufgenommene Treffer:
„Typ“ der Überversorgung (N = 75)**



Quelle: IGES 2019

| BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 5: In die Datenbank aufgenommene Treffer: Externe Referenz benannt, aus der das Überversorgungsstatement abgeleitet wird (N = 75)



Quelle: IGES 2019

BertelsmannStiftung

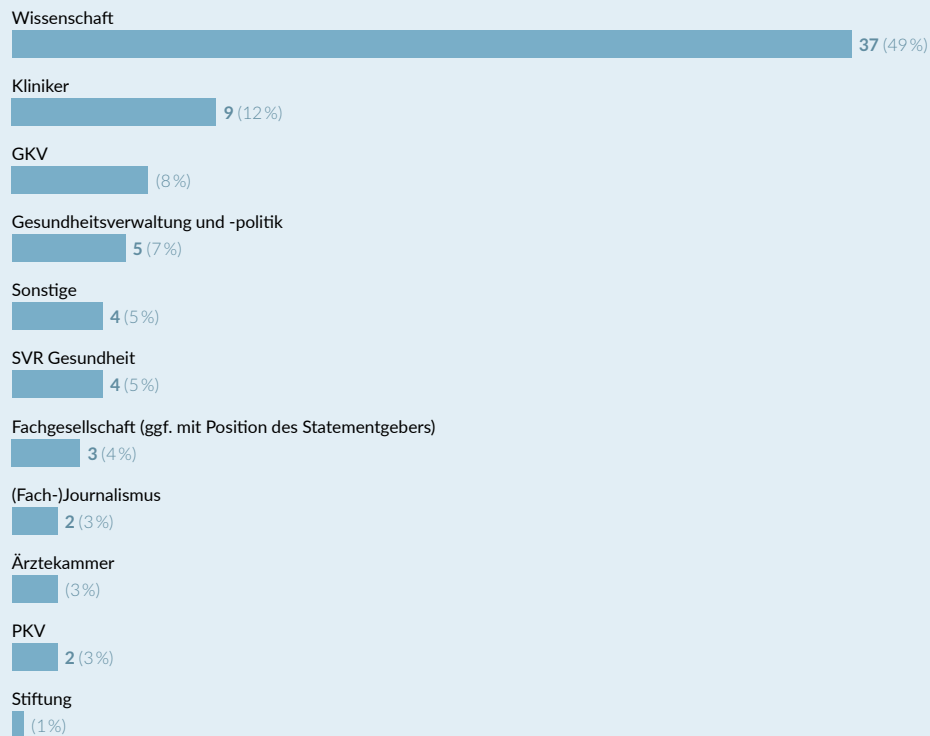
Fast die Hälfte der Überversorgungsstatements wurden aus der Wissenschaft abgegeben, zwölf Prozent von Klinikern. Weitere acht Prozent kamen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und sieben Prozent aus der Gesundheitsverwaltung bzw. -politik (vgl. Abbildung 6).

Nach Sichtung der Quellen der Überversorgungsstatements wurde die Eignung der Belege vom IGES Institut eingeschätzt. Elf Prozent der Statements wurden demnach als sehr gut belegt eingestuft, 39 Prozent als gut belegt und 23 Prozent als „ein wenig“ belegt. Ein knappes weiteres Fünftel der Statements wurden als nicht belegt bewertet (vgl. Abbildung 7). Die Einschätzung erfolgte, indem die Herleitung des Überversorgungsstatements aus den in der Quelle enthaltenen Belegen bewertet wurde.

Die umfassend angelegte Literatursuche hat zu einer eher überschaubaren Zahl von sehr gut oder gut belegten „Überversorgungsstatements“ geführt. Insofern gibt es nur wenige Belege für „Überversorgung“, die über Meinungen einzelner Personen oder Institutionen hinausgehen. Diese wenigen Belege erstrecken sich jedoch – dies wird im Kapitel 5 verdeutlicht – über viele Leistungsbereiche und -sektoren. Insofern kann festgehalten werden, dass die Diskussionen um „Überversorgung“ nicht nur punktuell geführt werden.

Die vertiefende Betrachtung einzelner in der Vorstudie als sehr gut / gut belegt eingeschätzter Überversorgungsthemen im Kapitel 5 zeigt allerdings auch, dass sich für eng abgegrenzte Themenfelder weitere Überversorgungsstatements finden lassen, wenn für diese auch weniger spezifische Begriffe (bspw. „zu oft“, „zu häufig“, „zu viele“) bei der Suche verwendet werden. Bezogen auf das gesamte gesundheitliche Versorgungssystem war eine derart breit angelegte Suchstrategie, die auch unspezifische Suchwörter verwendet, nicht mit einem vertretbaren Aufwand umzusetzen.

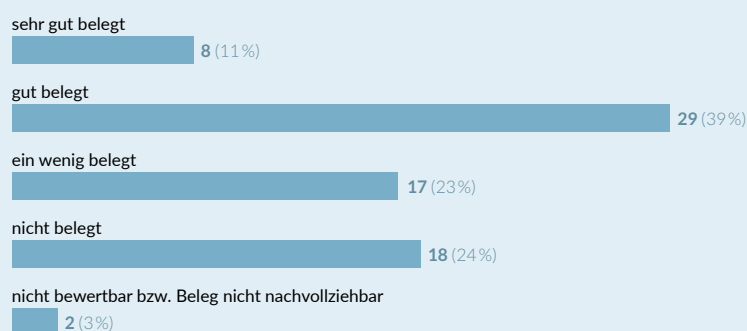
ABBILDUNG 6: In die Datenbank aufgenommene Treffer: „Institutionelle“ Zuordnung der Autorinnen und Autoren / Geber des Überversorgungsstatements (N = 75)



Quelle: IGES 2019

| BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 7: In die Datenbank aufgenommene Treffer: Bewertung der Statements (N = 75)



Quelle: IGES 2019

| BertelsmannStiftung

5 Beispiele für Übersorgung

Dr. med. Bernd Deckenbach, Karsten Zich, Hans-Dieter Nolting, IGES Institut

5.1 Einleitung und Beschreibung des Vorgehens

In der Voruntersuchung wurden 75 Übersorgungsstatements (vgl. Kapitel 4) gefunden und erfasst. Aus diesen wurden sechs Leistungen bzw. Einzelthemen ausgewählt⁴, die gewissermaßen exemplarisch für das breite Spektrum einer „zu häufigen Leistungserbringung“ in den Versorgungssektoren und -phasen stehen können:

- Individuelle Gesundheitsleistungen zur Diagnostik (niedergelassene Ärzte): Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung
- Regelleistungen der GKV zur Diagnostik (niedergelassene Ärzte): Bildgebungen bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen
- Arzneimittel (niedergelassene Ärzte und teilweise Krankenhäuser): Protonenpumpeninhibitoren
- Regelleistungen der GKV zur Therapie (Krankenhäuser): Schilddrüsenoperationen und Implantationen von Kardioverter-Defibrillatoren
- Regelleistungen der GKV zur Therapie (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser): Versorgung am Lebensende

Nachfolgend werden für diese Leistungen/Themen in einzelnen Beiträgen die möglichen Hintergründe einer Übersorgung diskutiert und Interventionen beschrieben. Zudem wird festgehalten, inwieweit „Choosing Wisely“-Aktivitäten oder Ähnliches bereits durch die Ärzteschaft entfaltet worden sind. Der Aufbau der Beiträge orientiert sich **überwiegend** an folgenden Eckpunkten:

- Übersorgungsstatements zum Leistungsbereich: Nennung weiterer, in der Voruntersuchung identifizierter sehr gut / gut belegter Übersorgungsstatements zu ähnlichen Leistungen im Leistungsbereich und -sektor
- Einführung in das Thema: Beschreibung der Leistung, der Relevanz, der Häufigkeit, der relevanten Leitlinienempfehlungen etc.
- mögliche Risiken der Leistung bzw. der Leistungserbringung
- Übersorgungsbefunde / -probleme (und Gegenpositionen)
- Ursachen und Einflussfaktoren
- bereits realisierte und denkbare bzw. diskutierte Verbesserungsansätze inkl. eruiertter „Choosing Wisely“-Aktivitäten

⁴ Die Auswahl wird jeweils in der Einleitung zu den Einzelabschnitten begründet.

5.2 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) am Beispiel der Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung

5.2.1 Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich

In der Voruntersuchung zu dieser Studie fanden sich für die Fachgebiete Gynäkologie und Urologie Überversorgungsstatements zu individuellen Gesundheitsleistungen. Diese bezogen sich allgemein auf IGe-Leistungen in der Gynäkologie, aber insbesondere auf von Frauenärzten und Frauenärztinnen erbrachte Leistungen während der Schwangerschaft. In der Urologie bezogen sich die Überversorgungsaussagen ausschließlich auf die PSA-Tests.

Individuelle Gesundheitsleistungen, sogenannte IGe-Leistungen oder umgangssprachlich auch IGeL genannt, dürfen seit nunmehr über 20 Jahren von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Bei diesen Leistungen handelt es sich um ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen, da sie von gesetzlichen Krankenkassen nicht finanziert werden müssen. In Deutschland entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – ein Gremium, bestehend aus Vertretern von Ärzteschaft und Krankenkassen – darüber, welche medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden dürfen.⁵ Gesetzliche Krankenkassen können im Rahmen ihrer Satzungsleistungen (freiwillig) auch die Kostenerstattung für einzelne IGe-Leistungen vorsehen, sofern der G-BA die Erbringung dieser Leistungen zu Lasten der GKV nicht explizit verboten hat.

IGeL sind Leistungen,

- die nicht zum Versorgungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehören (bspw. sportmedizinische Untersuchungen, Reiseimpfungen) oder
- für die noch nicht belegt werden konnte, dass sie „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“, wie dies im fünften Sozialgesetzbuch gefordert ist, oder
- die medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darstellen, die der G-BA als Kassenleistung ablehnt bzw. über die er noch keine Entscheidung getroffen hat.

Das Spektrum der IGe-Leistungen umfasst nach Einschätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) mittlerweile mehrere hundert Leistungen (Zock 2019), die insbesondere bei Praxisbesuchen angeboten werden.

Der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) stellt derzeit auf seinem Informationsportal Bewertungen zur Evidenzlage von 51 IGeL zur Verfügung. Der IGeL-Monitor bewertet vier IGe-Leistungen als „negativ“ – bei diesen ist der Schaden deutlich größer als der Nutzen – und 22 IGe-Leistungen als „tendenziell negativ“ (zu erwartender Schaden größer als der Nutzen). Weitere 20 IGeL werden mit „unklar“ bewertet, da es für diese keine aussagekräftigen Studien gibt oder sich Schaden und Nutzen die Waage halten. Nur zwei IGe-Leistungen werden mit „tenden-

5 Im Krankenhausbereich besteht eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt (Leistungen dürfen zu Lasten der GKV erbracht werden, solange sie nicht ausgeschlossen worden sind) und im ambulanten Bereich ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (Leistungen dürfen erst zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn diese hinsichtlich ihres Nutzens geprüft und „zugelassen“ worden sind).

ziell positiv“ bewertet. Bei diesen IGeL ist der zu erwartende Nutzen größer als das Schadenspotenzial. Keine einzige IGe-Leistung wird bislang „positiv“ bewertet (MDS 2019).

Da IGe-Leistungen direkt zwischen Patient und Arzt abgerechnet werden, herrscht keine Transparenz über das Gesamtgeschehen im IGeL-Markt. Daher werden Informationen über Umfang, Art und Methoden von IGe-Leistungen behelfsweise aus Versichertenbefragungen gewonnen. Nach aktuellen Befragungen bekam die Hälfte aller Versicherten innerhalb von drei Jahren bei einem ihrer Praxisbesuche eine IGe-Leistung angeboten (MDS 2018). Innerhalb eines Jahres sind 29 Prozent der Versicherten IGe-Leistungen in einer Arztpraxis (ohne Zahnarzt) angeboten worden (Zock 2019). Nach Einschätzung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen sind IGe-Leistungen ein „wachsender Teilmarkt des Deutschen Gesundheitssystems“ (ebd.: 2). Nach einer groben Volumenschätzung umfasste der IGeL-Markt im Jahr 2018 15 Millionen Leistungen (ohne zahnärztliche Leistungen) und war rund eine Milliarde Euro stark (ebd.).

Für die nachfolgende, detailliertere Betrachtung wurde die IGe-Leistung „Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung“ ausgewählt, da diese nach neueren Untersuchungen die zweithäufigste IGe-Leistung darstellt und sie, sofern ein begründeter Verdacht auf ein Ovarialkarzinom vorliegt, zu Lasten der GKV abgerechnet werden kann.

5.2.2 Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung

Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung werden vorrangig in gynäkologischen Praxen durchgeführt. „Zur Früherkennung [von Eierstockkrebs] wird von den gesetzlichen Krankenkassen ein jährliches Abtasten ab dem 20. Lebensjahr bezahlt. Frauenärzte bieten darüber hinaus Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke an, oft im Rahmen einer ‚gynäkologischen Krebsvorsorge‘. Besteht ein Verdacht auf Eierstockkrebs, ist der Ultraschall eine GKV-Leistung, ohne Verdacht eine IGeL“.⁶ Die Früherkennungsuntersuchung als IGe-Leistung richtet sich also an Frauen, bei denen kein Verdacht auf Eierstockkrebs besteht. Ziel der Untersuchung ist, Eierstockkrebs früh zu erkennen und dann behandeln zu können.

Etwa eine von 71 Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) (RKI 2017). Seit der Jahrtausendwende nehmen Erkrankungs- und Sterberate beim Ovarialkarzinom weiter deutlich ab. Die absoluten Zahlen der Neuerkrankungen sind leicht rückläufig. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 70 Jahren. Im Jahr 2014 wurden 7.250 Neuerkrankungen festgestellt. Die Überlebensaussichten von Patientinnen mit Eierstockkrebs sind eher schlecht (relative 5-Jahres-Überlebensrate: 41%). Diese geringe Überlebensrate ist auch dadurch bedingt, dass die Diagnose häufig erst in einem späten Stadium gestellt wird (60 % im Stadium T3) (RKI 2017), da die Erkrankung meist symptomlos beginnt und lange unbemerkt bleibt.

Die Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ beinhaltet auch aktuelle konsensbasierte Empfehlungen der an der Leitlinie beteiligten Experten zur Symptomatik und zu den diagnostischen Maßnahmen. Diese sehen vor, dass „... weiter-

6 www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/ultraschall-der-eierstoecke-zur-krebsfrueherkennung.html [Abruf am 21.8.2019]

gehende Untersuchungen [...] eingeleitet werden [sollten], wenn folgende Symptome wiederholt und anhaltend insbesondere bei Frauen über 50 Lebensjahren auftreten:

- Völlegefühl
- Blähungen
- unklare abdominelle Schmerzen oder Beschwerden
- Zunahme der Miktionsfrequenz“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF et al. 2019: 30).

„Bei dem Verdacht auf eine ovarielle Raumforderung soll eine gynäkologische Spiegel- und Tastuntersuchung und als erste apparative Maßnahme eine Transvaginalsonographie durchgeführt werden“ (ebd.:31).

Nach einer aktuellen Versichertenbefragung ist die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung beim Gynäkologen die zweithäufigste IGe-Leistung. Auf sie entfallen 13,8 Prozent aller IGe-Leistungen (ohne zahnärztliche IGe-Leistungen). Nur der Anteil der Leistungen im Rahmen der Glaukomfrüherkennung liegt mit 18,1 Prozent noch höher (Zock 2019). Innerhalb eines Drei-jahreszeitraumes bekamen 19 Prozent aller Befragten eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung als IGe-Leistung angeboten oder haben selbst nach dieser gefragt (Drews und Schultheiß 2018).

Die exakte Zahl der jährlich als IGe-Leistung durchgeführten Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung ist nicht bekannt. Das WIdO geht für das Jahr 2018 von insgesamt 15 Millionen erbrachten IGe-Leistungen aus. Unter Ansatz des o.g. 13,8-prozentigen Anteils wurden in dem Jahr also schätzungsweise etwa 2,1 Millionen Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung als IGeL erbracht. Bezogen auf die 27,3 Millionen Frauen in einem Alter ab 35 Jahren (Bevölkerungsstand zum 31.12.2018) kaufte im Jahr 2018 schätzungsweise etwa jede 13. Frau eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung als individuelle Gesundheitsleistung ein. Ob und inwieweit diese Leistung bspw. im jährlichen Rhythmus für ein relativ stabiles Patientenkollektiv erbracht wird, ist nicht bekannt.

5.2.3 Risiken

Die Ultraschalluntersuchung selbst wird hinsichtlich möglicher Schadenspotenziale als unbedenklich eingeschätzt (RKI 2016). In der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ wird allerdings auf das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko der Patientinnen bei operativen Interventionen aufgrund falsch-positiver Befunde hingewiesen. Hintergrund ist, dass beim Ultraschall häufiger unklare Veränderungen entdeckt werden, denen dann durch eine vollständige oder partielle Entfernung der Eierstöcke nachgegangen wird. Das entfernte Gewebe kann auf Tumorzellen untersucht werden. In Studien wurde nur bei etwa zehn Prozent der operierten Frauen dann auch Eierstockkrebs festgestellt. Bei den übrigen 90 Prozent der operierten Frauen bestätigte sich der Verdacht auf eine Krebserkrankung hingegen nicht. Entsprechend führt die Entdeckung der Auffälligkeiten zusätzlich auch oft zu unnötiger Verunsicherung und psychischer Belastung (IQWiG 2019). Privat bezahlte Ultraschalluntersuchungen können bei falsch-positiven Befunden erhebliche Folgekosten auslösen, die dann jedoch von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

5.2.4 Überversorgungsbefunde/-probleme, Ursachen und Einflussfaktoren

Die vorab geschilderten Zahlen belegen, dass Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung bei Frauenärztinnen und Frauenärzten in einem erheblichen Volumen als IGe-Leistungen angeboten beziehungsweise erfragt und erbracht werden. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten für diese Untersuchung nur bei einem begründeten Verdacht auf ein Ovarialkarzinom.

Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ ist im Januar 2019 in der Version 3.0 veröffentlicht worden. Mit Prüfstand 2018 und mit höchstem Evidenzniveau belegt, wird hierin ausgeführt, dass ein Screening mit Tumormarkerbestimmungen (CA 125) und transvaginalem Ultraschall (TVS) bisher keine Reduktion der Mortalität aufgrund des Ovarialkarzinoms nachweisen konnte. Auf dieser Grundlage wird in der Leitlinie mit höchster Stärke empfohlen: „Ein generelles Screening soll nicht durchgeführt werden“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF et al. 2019: 26). Diese Empfehlung wird auf der Grundlage mehrerer prospektiv randomisierter Studien ausgesprochen. Auch ein Screening in Risikopopulationen soll nicht durchgeführt werden.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat mit Stand vom 13. März 2019 eine (aktualisierte) IQWiG-Gesundheitsinformation⁷ zum Thema „Ovarialzysten“ erstellt. Die Frage, ob der Früherkennungultraschall die Heilungschancen verbessert, wird in dieser Gesundheitsinformation mit Nein beantwortet. Unter Bezugnahme auf zwei Studien, die auch für die oben benannte S3-Leitlinie und deren Empfehlung herangezogen worden sind, werden die Studienergebnisse so zusammengefasst: „Frauen, die diese Früherkennungsuntersuchung regelmäßig wahrgenommen hatten, starben genauso häufig an Eierstockkrebs wie Frauen, die nicht daran teilgenommen haben“ (IQWiG 2019).

Zwei Fachgesellschaften setzten sich mit den Negativempfehlungen der von über zwei Dutzend Organisationen (darunter allen relevanten Fachgesellschaften) erstellten und aktualisierten S3-Leitlinie bzw. der IQWiG-Gesundheitsinformationen hinsichtlich eines Eierstockkrebscreenings mittels Transvaginalsonographie kritisch auseinander:

- Nach einer Information des Ärzteblatts von April 2019 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall (DEGUM) entgegen den Empfehlungen der Leitlinie dafür ausgesprochen, dass die gesetzliche Krankenversicherung die sonographische Untersuchung der Eierstöcke auch dann übernehmen sollte, wenn kein akuter Verdacht auf Eierstockkrebs besteht.⁸ In diesem Beitrag wird der DEGUM-Experte Eberhard Merz – Leiter des Zentrums für Ultraschalldiagnostik und Pränatalmedizin Frankfurt zitiert: „Wichtig für das Überleben der Betroffenen ist eine möglichst frühe Diagnose. Eine gute Möglichkeit hierzu bietet das Ultraschallverfahren, denn bestimmte Muster im Ultraschallbild lassen eine Krebsgeschwulst ziemlich eindeutig erkennen. So wird eine deutliche Unterscheidung von harmloseren Erkrankungen wie Eierstockzysten möglich.“ Letztlich plädiert die DEGUM für ein Screening auf Eierstockkrebs mittels Ultraschalldiagnostik.

⁷ IQWiG-Gesundheitsinformationen sollen helfen, Vor- und Nachteile wichtiger Behandlungsmöglichkeiten und Angebote der Gesundheitsversorgung zu verstehen. Die Gesundheitsinformationen beruhen auf Ergebnissen hochwertiger Studien, sind von einem Team aus Medizin, Wissenschaft und Redaktion erstellt und von Expertinnen und Experten außerhalb des IQWiG begutachtet.

⁸ www.aerzteblatt.de/nachrichten/102152/Krankenkassen-sollten-Ultraschall-der-Eierstoেকে-bezahlen [Abruf am 21.8.2019]

- In einer u. a. von Professor Wagner, Koordinator der S3-Leitlinie zu Ovarialtumoren erstellten Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zur IQWiG-Gesundheitsinformation „Eierstockzysten“ und zum IQWiG-Entwurf „Ultraschalluntersuchung & Früherkennung Ovarialkarzinom“ (DGGG 2019) wird einerseits bestätigt, dass die den Gesundheitsinformationen des IQWiG zugrunde gelegten Studien „... keine Rationale für die Einführung eines Screeningprogramms zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms in der Allgemeinbevölkerung oder in Risikogruppen ergeben“. Zugleich wird kritisch angemerkt, dass die beiden vom IQWiG zu Grunde gelegten randomisierten Studien „... eine Reihe von Limitationen aufweisen, die die klinische Wertigkeit der Daten einschränken“ (DGGG 2019: 19), und auf eine weitere (Kohorten-)Studie hingewiesen, die „zwar aufgrund ihres Studiendesigns nicht für evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen herangezogen werden“ könne, „aber dennoch mit einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit“ zeige, „dass unter der Voraussetzung stringenter Ultraschallkriterien und eines einheitlichen Algorithmus bei positivem Testergebnis eine signifikante Erniedrigung der Mortalität erreichbar“ sei. Es wird zwar bestätigt, „dass es bisher nicht genügend Evidenz für die Einführung von strukturierten Ultraschall- oder Labor-Screeningprogrammen zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms“ gebe. Das hieße aber nicht, „dass prinzipiell ein Benefit von Ultraschalluntersuchungen zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms ausgeschlossen“ sei. Zur Begründung wird auf die Ergebnisse der bereits oben erwähnten Kohortenstudie und auf die Qualitätsverbesserung von Ultraschalluntersuchungen im kleinen Becken in den letzten Jahren hingewiesen. Daher könnten Ultraschalluntersuchungen zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms „... nach Meinung der Leitlinienautoren (*Gemeint ist die S3-Leitlinie zu Ovarialtumoren; Anm. der Verfasser*) als individuelle Gesundheitsleistungen dann durchgeführt werden, wenn die Patientinnen eingehend über Nutzen und Limitationen der Untersuchung aufgeklärt wurden und Maßnahmen zur Reduktion der falsch positiv-Rate und zur Vermeidung unnötiger Operationen ergriffen wurden“ (DGGG 2019: 19). Um welche Maßnahmen „zur Reduktion der falsch positiv-Rate und zur Vermeidung unnötiger Operationen“ es sich handelt, wird nicht näher erläutert.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Leitlinienempfehlungen bei einem Teil der mehr als zwei Millionen Patientinnen, bei denen im Jahr 2018 eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung als IGe-Leistung erbracht worden ist, nicht berücksichtigt wurden. Aus welchen Gründen (bspw. budgetär) die Ultraschalleistung auch bei Fällen mit begründetem Verdacht auf Ovarialkarzinom nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern als IGe-Leistung abgerechnet worden ist, kann im Rahmen dieses Beitrags nicht geklärt werden.

Die im Jahr 2018 befragten Versicherten bewerten die Erklärung des Nutzens der Ultraschalluntersuchung/Sonographie durch den behandelnden Arzt zu ca. 57 Prozent als sehr gut oder gut, zu 19 Prozent mit teils, teils und zu 17 Prozent als schlecht oder sehr schlecht. Eine Ergebnisverbesserung gegenüber einer vergleichbaren Studie aus dem Jahr 2013 ist nicht festzustellen. Über die Zuverlässigkeit der Ultraschalluntersuchung/Sonographie haben 57 Prozent der Ärzte mit den Versicherten gesprochen und 38 Prozent nicht, was eine Verschlechterung gegenüber den im Jahr 2013 erhobenen Anteilswerten darstellt (Zock 2013; Zock 2019).

Auf IGe-Leistungen wird mehrheitlich durch den behandelnden Arzt (58 %) oder das Praxispersonal (31,4 %) hingewiesen. Von den Versicherten selbst geht die Initiative für IGeL nur selten aus (Zock 2019). Diese Ansprachen richten sich überproportional an Bevölkerungsschichten mit besserer Schulbildung und höherem Einkommen (ebd.). Die Ultra-

schalluntersuchungen der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung wird 91 Prozent der Patientinnen aktiv als IGe-Leistung angeboten, von denen 84 Prozent die Leistung auch in Anspruch nehmen (Drews und Schultheiß 2018). Doch gerade in diesen Fällen wären die Frauenärztinnen und -ärzte angehalten, darauf zu verweisen, dass sich die Patientinnen durch diese Leistung einem Risiko aussetzen, obwohl sie nachweislich keinen Nutzen hat (ebd.).⁹ Die letztliche Entscheidung über die Durchführung der Früherkennung von Eierstockkrebs durch eine transvaginale Ultraschalluntersuchung als IGeL treffen die Patientinnen.

Mit den IGe-Leistungen (ohne zahnärztliche Leistungen) wird insgesamt ein Umsatz von geschätzt einer Milliarde Euro pro Jahr generiert (Zock 2019). Das ist ein zusätzlicher Umsatz von 2,6 Prozent, wenn die IGeL in Relation zu den GKV-Ausgaben für die Ärzteschaft in Höhe von 38,1 Milliarden (Jahr 2017)¹⁰ gesetzt werden. IGe-Leistungen haben für die Ärzte den großen Vorteil, dass sie außerhalb der üblichen Systematiken erbracht und abgerechnet werden können. Sie unterliegen sowohl hinsichtlich der Menge als auch des Preises größeren Freiheitsgraden und es besteht kaum Transparenz. Entsprechend kritisch werden IGe-Leistungen diskutiert.

5.2.5 Verbesserungsansätze

Soweit ersichtlich, gibt es derzeit keine direkten Steuerungsmaßnahmen, um die Zahl der als IGeL erbrachten Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung zu verringern. Letztlich kann mit Blick auf die leistungserbringenden Ärztinnen und Ärzte nur auf die bisherigen Initiativen der Ärzteschaft selbst und die Gesetzeslage verwiesen werden. So hat der 109. Deutsche Ärztetag im Jahr 2006 in seinem Beschluss zum „Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen“ Grundsätze formuliert, die jeder Arzt beachten sollte, wenn er individuelle Gesundheitsleistungen erbringt. Unter Punkt 3, „Korrekte und transparente Indikationsstellung“, wird ausgeführt: „Bei Leistungen, die bei entsprechender Indikation als Leistungen der GKV zu erbringen sind, besteht eine besondere Verantwortung, eine etwaige Indikation korrekt und zugleich transparent zu stellen. Das gilt insbesondere deshalb, weil oftmals keine klare Grenzziehung möglich ist und weil Patientinnen und Patienten ohne transparente Darlegung der Indikationsstellung deren Richtigkeit kaum überprüfen und nicht eigenverantwortlich über die Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung entscheiden können“ (DÄT 2006: 40).

Seit mehreren Jahren gibt es für interessierte Patientinnen und Patienten vielfältige gute Informationsmöglichkeiten zum Thema IGeL im Allgemeinen und zu einzelnen IGe-Leistungen im Speziellen.

So hat etwa das von der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften getragene Harding-Zentrum für Risikokompetenz die nach derzeitigem Wissensstand resultierenden Effekte der Überdiagnostik und unnötigen Behandlungen aufgrund Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung in einer Faktenbox illustriert (vgl. Abbildung 8).

9 In „Selbst zahlen? – Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte“ der Bundesärztekammer, der KBV und des Deutschen Netzwerks evidenzbasierter Medizin wird die Früherkennung von Eierstockkrebs durch eine transvaginale Ultraschalluntersuchung als beispielhaft für derartige Leistungen benannt. www.kbv.de/media/sp/igel_checkliste.pdf

10 www.vdek.com/presse/daten/_jcr_content/par/publicationelement_1479644990/file.res/VDEK_Basisdaten018-019_web.pdf

Eierstockkrebs-Früherkennung mittels vaginalem Ultraschall



Zahlen für Frauen im Alter von 50 bis 74 Jahren, die innerhalb von durchschnittlich 11 Jahren entweder an einer jährlichen Eierstockkrebs-Früherkennung mittels vaginalen Ultraschall teilgenommen oder nicht teilgenommen haben.

	1.000 Frauen ohne Früherkennung	1.000 Frauen mit Früherkennung
Nutzen		
Wie viele Frauen starben an Eierstockkrebs?		etwa 3 kein Unterschied
Wie viele Frauen starben insgesamt?		etwa 67-69 kein Unterschied
Schaden		
Wie viele Frauen ohne Eierstockkrebs erhielten fälschlicherweise ein positives Ergebnis und wurden unnötig operativ behandelt (z.B. Entfernung der Eierstöcke)?	–	32
Bei wie vielen dieser fälschlicherweise operierten Frauen traten operationsbedingte Komplikationen auf?*	–	1

*z.B. Verletzung von Eingeweiden, starke Blutungen oder Probleme beim Wundverschluss

Kurz zusammengefasst: Die Eierstockkrebs-Früherkennung konnte die Anzahl an Frauen, die an Eierstockkrebs starben, nicht senken. Von den Frauen, die an der Früherkennung teilnahmen, wurden einige überdiagnostiziert und unnötig behandelt.

Quellen: [1] Jacobs et al. *Lancet* 2016;387(10022)945-956. [2] Menon et al. *Lancet Oncol* 2009;10(4)327-340.

Letztes Update: November 2017

www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen

ABBILDUNG 8

Quelle: Harding-Zentrum für Risikokompetenz, 2017. Online abrufbar unter: www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen/krebsfrueherkennung/eierstockkrebs-frueherkennung [Abruf: 17.7.2019], Faktenbox steht unter einer BY-NC-ND 4.0 Lizenz



Die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung wird zudem auf der Website www.igel-monitor.de vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) negativ bewertet.¹¹

Die Verbraucherzentrale NRW betreibt den Internetauftritt www.igel-aerger.de. Hier wird das Thema IGeL sehr laienorientiert erklärt. Zudem können Verbraucher hier Fragen zu IGeL stellen bzw. sich beschweren, wobei Fragen zum medizinischen Nutzen von IGeL nicht beantwortet werden. Soweit ersichtlich, spielt hier die als IGeL erbrachte Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstockkrebs unter den Beschwerden der Verbraucherinnen eine bedeutsame Rolle.

Die Broschüre „Selbst zahlen? – Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte“ der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Deutschen Netzwerks evidenzbasierter Medizin bietet sowohl den Leistungserbringern als auch den Käufern von IGeL-Leistungen einen guten Überblick über das Thema. Sie enthält für an IGeL interessierte Patientinnen und Patienten auch eine Checkliste, mit der diese überprüfen können, ob durch die Ärztin bzw. den Arzt eine angemessene Beratung über IGeL erfolgt ist.

Die Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstockkrebs als IGeL-Leistung könnte sich gut als „Choosing Wisely“-Thema in Deutschland eignen. Die kurz beschrie-

¹¹ www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/ultraschall-der-eierstoecke-zur-krebsfrueherkennung.html

bene laufende fachliche Diskussion würde höchstwahrscheinlich in den entsprechenden „Choosing Wisely“-Empfehlungen der DGGG ebenso berücksichtigt wie die Empfehlungen der S3-Leitlinie und die notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung der Leistung als IGeL. Auch durch eine standardmäßige Aushändigung und gemeinsame Erörterung einer Entscheidungshilfe vor der Durchführung der Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstockkrebs als IGe-Leistung könnte der Anteil der über den Nutzen, die Risiken und die Zuverlässigkeit der Untersuchung aufgeklärten Patientinnen sicher deutlich erhöht werden.

Literatur

- DÄT (Deutscher Ärztetag) (2006): Beschlussprotokoll zum 109. Deutschen Ärztetages vom 23. bis 26.5.2006 in Magdeburg. Punkt VII der Tagesordnung 1. Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschluss109DAET.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- DGGG (Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) (2019): 271. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) vom 24.1.2019. www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2019/Eierstockzysten_Ovarialzysten.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- Dreus M., und Schultheiß M. (2018): IGeL-Report 2018 – Ergebnisse der Versichertenbefragung. aserto. www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2018_05_03_PK_IGEL-MONITOR/18_05_03_IGeL-Report_2018_Ausfuhrlicher_Bericht.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2019): Gesundheitsinformation: Ist eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstockkrebs sinnvoll? Erstellt am 13. März 2019. www.gesundheitsinformation.de/ist-eine-ultraschalluntersuchung-zur-2638.de.html?part=diagnose-mb-ujf3-uw2j [Abruf am 21.8.2019].
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Krebshilfe (Hrsg.) (2019): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren. Version 3.0 – Januar 2019. AWMF-Registernummer: 032/035OL. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-035OLI_S3_Maligne-Ovarialtumoren_Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-03.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2018): IGeL-Report 2018 – Versichertenbefragung des MDS/IGeL-Monitor – Kurzbericht. www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2018_05_03_PK_IGEL-MONITOR/18_05_03_IGeL_Report_2018_Kurzbericht.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2019): IGeL-Monitor: Umgang mit IGeL in Augenarztpraxen verunsichert Patienten. Pressemitteilung vom 30. August 2019. www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2019_08_30_PK_IGeL_rund_ums_Auge/19_08_30_PK_PM_IGeL-Monitor.pdf [Abruf am 11.9.2019].
- RKI (Robert Koch-Institut) (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?sessionId=1C4B161D433809726522165EA7360F41.2_cid298?__blob=publicationFile [Abruf am 21.8.2019].
- RKI (Robert Koch-Institut) (2017): Krebs in Deutschland 2013/2014 – 11. Ausgabe. Gemeinsame Publikation des Zentrums für Krebsregisterdaten und der Gesellschaft und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2017/krebs_in-deutschland_2017.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am 21.8.2019].
- WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2019): Individuelle Gesundheitsleistungen werden vor allem Patienten mit hohem Einkommen angeboten. Pressemitteilung vom 26.2.2018. www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2019/wido_pm_0219_monitor_private_zusatzleist_2019_1.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- Zock K. (2013): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdOmonitor Ausgabe 1/2013. www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2013_1_private_zusatzleistungen.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- Zock K. (2019): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdOmonitor Ausgabe 1/2019. www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2019_1_private_zusatzleist.pdf [Abruf am 21.8.2019].

5.3 Diagnostische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung am Beispiel der Bildgebungen bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen

5.3.1 Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich

In der Voruntersuchung zu dieser Studie wurden vergleichsweise viele Überversorgungsstatements zu Regelleistungen der Diagnostik niedergelassener Ärztinnen und Ärzte gefunden, von denen allerdings nur wenige sehr gut / gut belegt sind. Diese Aussagen beziehen sich auf unterschiedlichste Leistungen verschiedenster Fachgruppen. So würde die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung in der klinischen Routine zu oft diagnostiziert. In einer Reihe von Treffern wird allgemein darauf hingewiesen, dass Laborleistungen und Bildgebungen in Deutschland zu häufig erfolgten. Unter den spezifischen Überversorgungsstatements sind jene zur diagnostischen Bildgebung bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen vergleichsweise gut belegt. Daher und weil dieses Thema quasi einen Klassiker der Überversorgungsdiskussion darstellt, wurde entschieden, die diagnostischen Bildgebungen bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen im Folgenden näher zu betrachten.

5.3.2 Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung

Beim nicht spezifischen Kreuzschmerz lassen sich im Gegensatz zu spezifischen Kreuzschmerzen gemäß der einschlägigen Nationalen Versorgungsleitlinie „keine eindeutigen Hinweise auf eine spezifische zu behandelnde Ursache erkennen“. Spezifische Kreuzschmerzen müssen hingegen „eine feststellbare somatische Ursache, deren gezielte Therapie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, z. B. Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, entzündliche Kreuzschmerzen, Osteoporose, Fraktur, Infektion, Tumor, Spondylolisthesis usw.“ haben (Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien 2017: 13).¹²

Rückenschmerzen sind in der Bevölkerung weit verbreitet und gehören zu den häufigsten Beschwerden. So leiden 85 Prozent der deutschen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen und auch die Punktprävalenz ist mit 37 Prozent hoch (Schmidt et al. 2007). Bei der Mehrzahl der an akuten Kreuzschmerzen leidenden Menschen reduzieren sich die Schmerzen jedoch innerhalb weniger Wochen deutlich. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit, während eines Jahres erneut von Rückenschmerzen betroffen zu sein, sehr hoch (Pengel et al. 2003; Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien 2017). Über chronische Rückenschmerzen, also Rückenschmerzen, die drei Monate oder länger andauern und nahezu täglich auftreten, berichten 25 Prozent der Frauen und etwa 17 Prozent der Männer (RKI 2015). Im Jahr 2016 lag die Behandlungsprävalenz¹³ für die ICD-10-Diagnose „Rückenschmerzen“ (M54) bei 26,9 Prozent. Damit war „Rückenschmerzen“ auch weiterhin die häufigste Behandlungsdiagnose in Deutschland (Schmucker et al. 2019).

Zu den bildgebenden Verfahren, die bei Kreuzschmerzen eingesetzt werden, zählen vorrangig Röntgen-, CT- und MRT-Untersuchungen. Im Jahr 2010 wurden bei Patienten mit

¹² Kreuzschmerzen stellen die mit Abstand häufigste Form der Rückenschmerzen dar. Je nach verwendeter Quelle sind entweder Rückenschmerzen oder Kreuzschmerzen Gegenstand der Untersuchung bzw. Befassung.

¹³ Die Daten dafür beruhen auf den stationär gestellten oder – wenn keine Krankenhausbehandlung vorlag – auf ambulant dokumentierten gesicherten Diagnosen.

lumbalem Rückenschmerz ca. 5,7 Millionen bildgebende Maßnahmen (standardisierte Werte) durchgeführt (Chenot et al. 2014). Für den Faktencheck Rücken „Ausmaß und regionale Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik“ (Andersohn und Walker 2016) wurden GKV-Routinedaten von mehr als sieben Millionen Versicherten analysiert. Für das Jahr 2015 wurden 375 Bildgebungen der Wirbelsäule je 1.000 Versicherte mit Rückenschmerzen festgestellt. Im Jahr 2010 hatte die Häufigkeit noch bei 413 Bildgebungen je 1.000 Versicherte gelegen. Die Zahl der Röntgenuntersuchungen hat sich in diesem Zeitraum von 257 je 1.000 Versicherte mit Rückenschmerzen auf 202 verringert. Auch die Häufigkeit von CT-Untersuchungen ist von 43 auf 34 je 1.000 Versicherte mit Rückenschmerzen gesunken. Die MRT-Untersuchungen sind hingegen von immer größerer Bedeutung. Hier hat sich die Häufigkeit von 113 auf 139 Untersuchungen je 1.000 Versicherte mit Rückenschmerzen erhöht (ebd.).

Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) zum nicht spezifischen Kreuzschmerz führt folgende Ziele der Diagnostik bei Kreuzschmerzen auf (Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien 2017):

- Erkennen von Notfällen, die einer dringlichen Behandlung bedürfen („red flags“, bspw. Krebs, Nervenschädigungen, Bandscheibenvorfälle – zu den Details vgl. Tabelle 6 der NVL)
- Erkennen von Ursachen der Beschwerden, die eine spezifische Therapie erfordern
- Erkennen von „extravertebrogenen“ Ursachen der Beschwerden
- gezielte Steuerung weiterführender Untersuchungen und Vermeiden unnötiger und belastender Untersuchungen, die keine therapeutische Konsequenz haben
- Erkennen von Faktoren („yellow, blue, black flags“), die ein Risiko für die Chronifizierung der Schmerzen sind

Die Leitlinie empfiehlt (Empfehlung 3–6), dass bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernst zu nehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden soll. Bei Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten Kreuzschmerzen (nach vier bis sechs Wochen) trotz leitliniengerechter Therapie soll die Indikation für eine bildgebende Diagnostik überprüft werden (Empfehlung 3–7) (Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien 2017).

5.3.3 Risiken

Sofern durch die sorgfältige Anamnese und die klinische Untersuchung keine Hinweise auf akut behandlungsbedürftige Verläufe von Kreuzschmerzen vorliegen, sind keine weiteren diagnostischen Maßnahmen indiziert, „da die Befunde technischer Untersuchungen häufig nicht die Therapieentscheidung und den Behandlungserfolg verbessern“ (Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien 2017: 19). Bei einer intensiven Diagnostik ohne klinischen Verdacht kann nur in Ausnahmefällen eine spezifische Diagnose erwartet werden; diese fördert dagegen eine iatrogene Fixierung und somit Chronifizierung der Schmerzen (ebd.). Bildgebung kann zudem weitere Tests etc. zur Folge haben und bis zu Operationen mit begrenztem oder fragwürdigem Nutzen führen (Chou et al. 2011). Durch nicht notwendige Röntgen- und CT-Untersuchungen werden die Patienten einer unnötigen Strahlenbelastung ausgesetzt.

5.3.4 Überversorgungsbefunde/-probleme

Die Versorgung von Betroffenen mit Rückenschmerzen oder, weiter gefasst, von Patienten und Patientinnen mit Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens ist Gegenstand einer bereits länger anhaltenden Diskussion. Diese ist von Über-, Unter- und Fehlversorgungsaussagen geprägt, die mehr oder weniger gut belegt und zudem abhängig davon sind, welche Versorgungsphase bzw. welches Patientenkollektiv betrachtet werden. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wies bereits in seinem Gutachten 2000/2001 darauf hin, dass die ambulante und stationäre Versorgungslage durch eine Überversorgung mit bildgebender Diagnostik gekennzeichnet sei. Entgegen den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien würden die bildgebenden Verfahren im Krankheitsverlauf zu früh oder unnötigerweise wiederholt durchgeführt (SVRKAiG 2001).

In zwei aktuelleren Untersuchungen von Andersohn und Walker (2016) sowie Linder et al. (2016) wurde das Leistungsgeschehen im Bereich der Bildgebungen für Patienten mit Rückenschmerzen untersucht. Nachfolgend werden die im Hinblick auf mögliche Überversorgungsbefunde zentralen Ergebnisse dargestellt.

Von 1.000 Versicherten mit Rückenschmerzen, bei denen keine red flags¹⁴ vorlagen, erhielten 164 eine Bildgebung der Wirbelsäule, und von 1.000 Versicherten mit unspezifischem Rückenschmerz erhielten 138 eine Bildgebung der Wirbelsäule (Andersohn und Walker 2016). Nach Einschätzung von Andersohn und Walker legen die beobachteten Häufigkeiten von Bildgebungen (insbesondere bei den Patienten ohne Hinweise auf red flags in den Daten) aufgrund ihrer Größenordnung insgesamt eine Fehl- / **Überversorgung** nahe (ebd.).

22,1 Prozent der Patienten mit neu aufgetretenem Rückenschmerz¹⁵ erhielten im Jahr 2015 mindestens eine Bildgebung bereits im Indexquartal, also im Quartal der Erstdiagnose. Der Anteil ist rückläufig: Im Jahr 2011 lag er noch bei 25,0 Prozent. Im Vergleich der Bundesländer zeigen sich bei dieser Kennzahl über den Zeitraum 2011 bis 2015 erhebliche Unterschiede (Sachsen-Anhalt: 20,1 %, Baden-Württemberg, Bremen: 27,8 %) (Andersohn und Walker 2016). Für die Patienten, die bereits im Indexquartal eine Bildgebung erhielten, wurde untersucht, ob sie im Indexquartal vor dem Datum der ersten Bildgebung eine konservative Therapie (Physiotherapie/Chirotherapie, Analgetika oder interventionelle Schmerztherapie) der Rückenschmerzen erhalten hatten. Dies war im Jahr 2015 lediglich bei 46 Prozent dieser Patienten der Fall. Demnach wurde bei mehr als der Hälfte aller Patienten mit erster Bildgebung kein vorheriger konservativer Therapieversuch der Rückenschmerzen unternommen. Im Zeitraum 2010 bis 2015 zeigen sich hier kaum Veränderungen (ebd.). Andersohn und Walker (2016) interpretieren diesen Befund als Hinweis auf **zu frühe Bildgebung** zumindest bei einem großen Anteil von Patienten.

Ebenfalls im Jahr 2016 wurden Ergebnisse von Linder et al. publiziert. Datengrundlage bildeten hier die GKV-Routinedaten der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2011 und 2012.¹⁶ Es wurde gezeigt, dass bei etwa 90 Prozent aller Fälle mit erstmalig aufgetretenen akuten nicht spezifischen Rückenschmerzen und ohne Hinweis auf einen gefährlichen Verlauf keine radiologische Bildgebungsdiagnostik erfolgte und die Leitlinienempfehlungen

14 Warnhinweise für spezifische Ursachen der Kreuzschmerzen zusammengefasst, die eine kurzfristige und ggf. Notfallmäßige Abklärung und Therapie erfordern (vgl. NVL-Tabelle 6)

15 ohne red flags oder spezifische Rückenerkrankungen im Jahr vor dem Indexquartal

16 Einbezogen waren Versicherte mit ambulant gesicherter oder stationärer Diagnose „Rückenschmerz“ (M54), bei denen im Jahr vor der M54-Erstdiagnose weder Rückenschmerzen noch Ursachen für spezifische Rückenschmerzen dokumentiert waren. Ausgeschlossen waren Patienten, bei denen eine mögliche Ursache für Rückenschmerz bis zu 92 Tage nach der M54-Erstdiagnose dokumentiert war.

also adäquat umgesetzt wurden. Bei den übrigen etwa zehn Prozent der Fälle erfolgte eine radiologische Bildgebung. Bei einem Drittel dieser Fälle wurde die in der Leitlinie empfohlene „Wartezeit“ von mindestens sechs Wochen nicht eingehalten. Hochgerechnet auf alle gesetzlich Krankenversicherten kommt es bei ca. 49.000 Versicherten pro Jahr zu einer zu frühen oder gänzlich unnötigen radiologischen Bildgebungsdiagnostik. Weiterhin bemerkenswert ist, dass die Bildgebung bei 74 Prozent dieser Fälle bereits innerhalb von sieben Tagen nach Erstdiagnose erfolgt.

Linder et al. betonen, dass es sich methodisch um eine sehr konservative Schätzung handle und deshalb zu vermuten sei, dass das Ausmaß der Überdiagnostik in der Versorgungsrealität größer ist (Linder et al. 2016). Lindner et al. 2014 haben Mehrausgaben für die GKV aufgrund unnötiger bildgebender Diagnostik bei nicht spezifischen Rückenschmerzen in Höhe von etwa drei Millionen Euro pro Jahr ermittelt (SVR 2018). Diese Ausgabenschätzung bezieht allein die Kosten der Bildgebung ein, nicht jedoch die aus diesen nicht notwendigen Bildgebungen resultierenden Folgekosten aufgrund unnötiger weiterer Diagnostik und Therapien.

Diese beiden Untersuchungen, die Überversorgung / Überdiagnostik konstatieren, wurden von der Ärzteschaft zur Kenntnis genommen und kommentiert:

- Die Pressemitteilung zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2016 vom 14. Oktober 2016 titelte – offenbar auch unter Bezug auf die Studie von Linder et al. (2016) – mit der Überschrift „Bildgebung bei Rückenschmerzen oft ohne Nutzen“. In der Pressemitteilung wird auf die Leitlinienempfehlung hingewiesen (vgl. vorn), aber auch betont, dass psychosoziale Faktoren (bspw. Stress oder Bewegungsmangel), die (mit)ursächlich für die Rückenschmerzen sein können, nur im Arzt-Patienten-Gespräch erfasst werden könnten. Dieses werde jedoch – im Gegensatz zu den teuren Bildgebungsverfahren – nicht ausreichend vergütet, was dringend zu verändern sei (DKOU 2016a). In der Vorab-Pressekonferenz zum vorgenannten Kongress hatte Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt, Kongresspräsident vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgeführt, dass „... vor allem Patienten mit nicht spezifischen Kreuzschmerzen, bei denen der Arzt keine körperliche Ursache feststellen kann, [...] zu häufig Behandlungen ohne nachweislichen Nutzen [erhalten]“ (DKOU 2015).
- Auf die Untersuchung von Andersohn und Walker (2016) wurde vom BVOU und von der DGOU in einer Stellungnahme eingegangen. Die Bewertung der Untersuchungsergebnisse fällt konträr zu Andersohn und Walker aus. So würden die in der Untersuchung verwendeten Daten eher den differenzierten Einsatz von Bildgebung je nach vermuteter Ursache der Rückenschmerzen nahelegen. Zudem sei der Anteil von Patientinnen und Patienten (in orthopädischen Praxen), die einen spezifischen Rückenschmerz haben, bislang unterschätzt worden. Neuere Daten hätten gezeigt, dass dieser bei etwa 40 bis 45 Prozent liege. Auf dieser Basis und weiterer Annahmen wird ausgeführt, dass es „konsequent [sei], wenn bei 50 % der Patienten eine diagnostische, bildgebende Abklärung erfolgte“ (Flechtenmacher et al. 2017: 12).

In seinem Gutachten 2018 hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem eigenen Kapitel mit der bedarfsgerechten Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen befasst und erneut auch die bildgebenden diagnostischen Maßnahmen adressiert. In seiner Bewertung der gesichteten Quellen stellt der Sachverständigenrat zusammenfassend fest, „dass es Hinweise auf eine Überversorgung mit bildgebender Diagnostik [bei nicht spezifischen Rückenschmerzen]“ (SVR 2018) gibt. Er führt aber im Weiteren aus, dass die vorhandenen Auswertungen aufgrund verschiedener methodischer Limitierungen eine begrenzte Aussagekraft aufweisen.

5.3.5 Ursachen und Einflussfaktoren

Die möglichen Ursachen der tendenziell zu häufigen und ggf. zu frühen bildgebenden Diagnostik bei nicht spezifischen Rückenschmerzen und somit die Nichtberücksichtigung nationaler und internationaler Leitlinien – sog. Evidence-Practice-Gap – sind vom SVR Gesundheit in seinem Jahresgutachten 2018 eingehend erörtert worden (SVR 2018). Offenbar sind die Gründe für mangelnde Leitlinienadhärenz mannigfaltig. Ausgeführt wird u. a., dass die Ärzte nicht mit den Leitlinieninhalten vertraut sind und/oder die in den Leitlinien empfohlenen Maßnahmen als nicht implementierbar erachten. Zudem werden bildgebende Untersuchungen teilweise zur forensischen Absicherung veranlasst, aber diese Ergebnisse durchaus auch mit genutzt, um Patienten über ihre Erkrankung aufzuklären, ihnen die Angst zu nehmen und ihren Optimismus zu fördern.

Bei den nicht spezifischen Rückschmerzen sind der Wunsch nach und die Erwartung der Patienten an bildgebende diagnostische Untersuchungen noch immer stark ausgeprägt. Die Mehrheit der Bevölkerung erachtet bildgebende Maßnahme als sehr gut für die Ursachenanalyse von Rückenschmerzen geeignet. In einer repräsentativen Befragung aus dem Jahr 2016 (Marstedt 2016) stimmten 28 Prozent der Befragten der Aussage „Durch Röntgenbilder und Aufnahmen in der ‚Röhre‘ findet der Arzt die Ursache von Rückenschmerzen zuverlässig und schnell“ voll und ganz und weitere 41 Prozent eher zu. Entsprechend hoch ist die Erwartungshaltung ausgeprägt, bei Rückenschmerzen auch eine CT- oder MRT-Untersuchung oder zumindest eine Röntgenuntersuchung zu erhalten. Der Aussage „Ein Arzt sollte bei Rückenschmerzen schnellstmöglich eine Untersuchung in der ‚Röhre‘ oder ein Röntgenbild veranlassen“ stimmten in der vorgenannten Befragung 30 Prozent voll und ganz und weitere 30 Prozent eher zu (ebd.). Der von Rückenschmerzen Betroffenen auf die Ärzte ausgeübte Druck, bildgebende diagnostische Untersuchungen zu veranlassen oder selbst durchzuführen, dürfte insofern sicher nicht unerheblich sein. Auch im DAK-Gesundheitsreport 2018 (Marschall et al. 2018) wird über Hinweise berichtet, dass die Erwartungshaltung der Rückenschmerzpatienten insbesondere im Hinblick auf eine zeitnahe Erbringung von bildgebender Diagnostik und fachorthopädischer Aufklärung gestiegen sei. Eine konsequentere Anwendung der Leitlinien durch die Ärzte kann hierdurch in einem verstärkten Konflikt mit den tradierten Vorstellungen der Patienten von guter und wirksamer Diagnostik und Behandlung von Rückenschmerzen stehen.

Chenot et al. (2014) führen aus, dass die Häufigkeit des konventionellen Röntgens vor allem die gute Verfügbarkeit dieser Technik und ökonomische Zwänge reflektiert; die vorhandenen Geräte müssten wenigstens ihre Betriebskosten erwirtschaften. Andersohn und Walker (2016) weisen ebenfalls darauf hin, dass Vergütungsstrukturen insbesondere bei den (teilradiologisch) tätigen Fachärzten und Fachärztinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie mit ausschlaggebend für den zu häufigen Einsatz bildgebender Verfahren sein könnten. BVOU und DGOU halten dem entgegen, dass die auf Überweisung getätigten radiologischen Untersuchungen, ebenso wie CT und MRT, für die Überweiser keinen finanziellen Vorteil bringen. Bei teilradiologisch tätigen Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie seien die Mengen bzw. Einnahmen durch Budgets gedeckelt. Der maximale mit einer Röntgenaufnahme erzielbare Erlös sei so gering, dass eher die Frage zu stellen sei, warum diese Leistungen überhaupt noch von Orthopäden und Unfallchirurgen erbracht werden. BVOU und DGOU problematisieren in ihrem Beitrag, dass konventionelle Röntgenleistungen schneller verfügbar seien als bspw. ein MRT, und dass es teilweise zu Doppeluntersuchungen aufgrund nicht sinnvoller Koordination und Steuerung der Patienten komme (Flechtenmacher et al. 2017).

5.3.6 Verbesserungsansätze

Die Zahl der durchgeführten bildgebenden diagnostischen Verfahren bei nicht spezifischen Rückenschmerzen hat sich zwischen 2010 und 2015 (Andersohn und Walker 2016) verringert. Ob dies ein Hinweis darauf ist, dass sich die Orientierung des ärztlichen Handelns inzwischen enger an der Nationalen VersorgungsLeitlinie zum nicht spezifischen Kreuzschmerz ausrichtet, bleibt offen.

Um auch den Patienten die Leitlinienempfehlungen zur Bildgebung bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen besser zu vermitteln, wurde im Rahmen der Aktualisierung der NVL ein Patienteninformationsblatt entwickelt: „Plötzlich Kreuzschmerzen. Brauche ich ein Röntgen, CT oder MRT?“. ¹⁷ Auch das Harding-Zentrum für Risikokompetenz hat gut verständliches Informationsmaterial für Patienten mit akuten, nicht spezifischen Rücken- und Kreuzschmerzen erstellt (vgl. Abbildung 9).

Inwieweit diese, in leicht verständlicher Sprache verfassten Patienteninformationen von Betroffenen auch zur Kenntnis genommen werden und, wie intendiert, im Arzt-Patienten-Gespräch zur Unterstützung der Aufklärung und Beratung der Patienten hinsichtlich eines Verzichts auf eine bildgebende Untersuchung tatsächlich eingesetzt werden, ist nicht bekannt. Der SVR Gesundheit empfiehlt unter Bezugnahme auf die o. g. NVL-Patienteninformation, eine verpflichtende und zu dokumentierende Aufklärung der Patienten mit nicht spezifischen Rückenschmerzen durch den Arzt, ggf. unterstützt durch Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe, u. a. darüber, „... dass eine Bildgebung in der Regel nicht hilft, eine behandlungsfähige Ursache zu finden“ (SVR 2018: 667).

Choosing-Wisely-Aktivitäten können – in Anlehnung an die oben genannten Empfehlungen der NVL – auch auf die Vermeidung unnötiger Bildgebungen bei nicht spezifischem Rückenschmerz ausgerichtet sein. Dr. Manfred Neubert, Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2016 und Vertreter des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat im Herbst 2016 betont, dass die Indikationsstellung in der Orthopädie häufig nicht so einfach wie in anderen Fachgebieten und relativ ist und „hier [...] die ‚Klug entscheiden‘-Initiative mit ihrer Betonung der Indikationsqualität hilfreich sein [könnte]“ (DKOU 2016b). Soweit ersichtlich, haben die Fachgesellschaft und der Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen jedoch bislang keine eigenen „Choosing Wisely“-Empfehlungen entwickelt und veröffentlicht. Die Befassung der Orthopäden und Unfallchirurgen mit der Choosing-Wisely-Thematik wurde bereits beim DKOU 2015 von folgender Aussage begleitet: „Wir fordern das Gesundheitssystem auf, den Umdenkprozess, den die Initiative ‚Gemeinsam klug entscheiden‘ derzeit ins Rollen bringt, zu begleiten und Anreize zu setzen, die nicht nur das Tun, sondern auch das aufwändige Aufklären über Alternativen besser vergüten“ (DKOU 2015). Auch der SVR empfiehlt zur evidenzbasierten und leitliniengerechten Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen den vermehrten Abschluss von Verträgen für eine besondere Versorgung nach § 140 SGB V. In diesen Verträgen sollte der „sprechenden Medizin“ mehr Zeit und Vergütung eingeräumt werden, um u. a. zu frühe Bildgebungen ohne Vorliegen von red flags zu Beginn von „Rückenschmerzkarrieren“ zu vermeiden (SVR 2018).

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat folgende Negativempfehlung in den „Klug entscheiden“-Sammelband der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin aufgenommen: „Bei nichtspezifischem Kreuzschmerz unter sechs Wochen ohne ‚Red Flags‘ soll eine Bild-

¹⁷ www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/ph/ks-2aufl-pi-bildgebung.pdf

Bildgebung bei Rücken- und Kreuzschmerzen



Zahlen für Erwachsene im Alter von durchschnittlich 43 Jahren mit weniger als sechs oder sechs bis zwölf Wochen anhaltenden Rücken- und Kreuzschmerzen, die entweder eine Bildgebung (Röntgen, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT)) oder keine Bildgebung erhielten. Die Patienten wurden bis zu 24 Monaten beobachtet.

	100 Menschen ohne Bildgebung*	100 Menschen mit Bildgebung
Nutzen		
Bei wie vielen Patienten verbesserte sich der Rücken- und Kreuzschmerz nach bis zu zwei Jahren?		kein Unterschied
Bei wie vielen Patienten verbesserte sich die körperliche Funktion bei Rücken- und Kreuzschmerz nach bis zu zwei Jahren?		kein Unterschied
Wie viele Patienten waren zufrieden mit ihrer Behandlung?		Kein Unterschied
Wie viele Patienten berichteten langfristig eine allgemeine Verbesserung?***	50	43

Schaden

Wird die Bildgebung bei akuten nicht-spezifischen Rücken- und Kreuzschmerzen in den ersten sechs Wochen durchgeführt, so handelt es sich um Überdiagnostik. Patienten können bei der Bildgebung fälschlicherweise einen positiven Befund oder einen zufälligen Befund wie eine Abnutzungserscheinung der Wirbelsäule erhalten. Dies beeinflusst womöglich die Wahl der Behandlung und führt im Extremfall zu unnötigen Operationen. Zudem werden Patienten beim Röntgen und CT unnötig Strahlung ausgesetzt.

Welche Behandlung die Patienten auf Grundlage der Bildgebung erhielten und inwiefern sich diese von der Behandlung ohne Bildgebung unterschied, wurde in den Studien nur unzureichend berichtet. Die Behandlung könnte jedoch die Ergebnisse der Studien beeinflussen haben.

*In einigen Studien erhielten diese Personen ebenfalls eine Bildgebung im Rahmen der Standardversorgung. **Der gezeigte Unterschied ist für die klinische Praxis jedoch nicht relevant, da die Verbesserung sehr gering ist und Patienten kaum einen Nutzen davon haben.

Kurz zusammengefasst: Die Bildgebung führte nicht zur Verbesserung von Schmerzen, Funktion und Zufriedenheit.

Quellen: [1] Karel et al. *Eur J Intern Med* 2015;26(8):585-95. [2] BÄK, KBV, AWMF. Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage. Version 1. 2017.

Letztes Update: September 2017

www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen

ABBILDUNG 9

Quelle: Harding-Zentrum für Risikokompetenz, 2017. Online abrufbar unter: www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen/rueckenschmerzen
[Abruf: 21.8.2019], Faktenbox steht unter einer BY-NC-ND 4.0 Lizenz



gebung nicht erfolgen“ (Fiehn et al. 2019: 33). In diesem Leistungsfeld werde das Zuviel an ärztlichem Handeln im Versorgungsalltag häufig erlebt, welches negative Konsequenzen für die Patienten und die Solidargemeinschaft zur Folge habe (ebd.).

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat kürzlich ihre Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ veröffentlicht. Diese Leitlinie soll dazu beitragen, dass die Hausärzte „die für das Problem der Unter- und Überversorgung häufigsten und wichtigsten Entscheidungen in der Hausarztpraxis im Auge [...] behalten“ (DEGAM 2018: 62). In diese S2e-Leitlinie, die den Charakter einer „Choosing Wisely“-Liste hat, sind acht Empfehlungen aus der NVL „nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ aufgenommen worden. Darunter finden sich die beiden in Kapitel 5.3.1 dargestellten Empfehlungen, die Konstellationen beschreiben, bei denen (weitere) diagnostische Maßnahmen bei Kreuzschmerzen zunächst nicht ergriffen werden sollten.¹⁸ Es wäre wünschenswert, wenn diese „Choosing Wisely“-Empfehlungen (neben den verfügbaren Patienteninformationen) für Hausärzte, aber auch für Ärzte anderer Fachrichtungen in den ersten Patientenkontakten eine Handreichung darstellen könnten, um die Patienten mit nicht spezifischen Kreuzschmerzen – sofern keine Indikation zur bildgebenden Diagnostik vorliegt – von einem diesbezüglich abwartenden Behandlungsansatz überzeugen zu können.

¹⁸ Finden sich bei Patienten mit Kreuzschmerzen durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernst zu nehmende Pathologie, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden. Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernst zu nehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden.

Literatur

- Andersohn F., und Walker J. (2016): Faktencheck Rücken: Ausmaß und regionale Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik. Bertelsmann Stiftung.
- Chenot J.-F., Haupt C., und Gerste B. (2014): Zeitliche Trends bei der Versorgung von Rückenschmerzpatienten. In: Lauber J., Günster C., Gerste B., Robra B.-P. und Schmacke K. (Hrsg.): Versorgungsreport 2013/2014. Stuttgart.
- Chou R., Qaseem A., Owens D. K., und Shekelle P. (2011): Diagnostic Imaging for Low Back Pain: Advice for High-Value Health Care From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 154 (3), 181–189.
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.) (2018): S2e-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ gemeinsam entscheiden. AWMF-Register-Nr. 053-045. DEGAM-Leitlinie Nr. 21. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-045_S3_Schutz_vor_Ueber_und_Unterversorgung_2019-06_1.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- DKOU (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) (2015): Pressemitteilung vom 13. Oktober 2015 zum DKOU 2015. „Gemeinsam klug entscheiden in Orthopädie und Unfallchirurgie – Patientenaufklärung senkt OP-Zahlen“. www.dgou.de/uploads/media/2015_09_29_PM_DKOU_Patientenaufklaerung_senkt_OP_Zahlen.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- DKOU (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) (2016a): Pressemitteilung vom 14. Oktober 2016. „DKOU 2016: Bildgebung bei Rückenschmerzen oft ohne Nutzen“. <https://dgou.de/news/news/detailansicht/artikel/dkou-2016-bildgebung-bei-rueckenschmerzen-oft-ohne-nutzen/> [Abruf am 21.8.2019].
- DKOU (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) (2016b): Kongress-Presskonferenz des DKOU 2016 am 26.10.2016. „Choosing Wisely – Gemeinsam klug entscheiden in O & U“. www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/2.Aktuelles/Presse/PDF/Pressemappe_DKOU_2016_Kongress_PK_Mi.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- Fiehn C., Herzer P., Holle J., ... und Schneider M. (2019): Klug entscheiden in der Rheumatologie. Vermeidung von Über-, Fehl- und Unterversorgung. In: Klug entscheiden. Sammelband 2019. Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM). 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Hefte 13 (2016) bis 18 (2019).
- Flechtenmacher J., Hoffmann R., Kladny B., Meurer A., und Schiltenswolf M. (2017): Faktencheck Rücken der Bertelsmann Stiftung. Stellungnahme von BVOU und DGOU. *Orthopädie und Unfallchirurgie*, 07 (1), 10–14.
- Linder R., Horenkamp-Sonntag D., Engel S., Schneider U., und Verheyen F. (2016): Überdiagnostik mit Bildgebung bei Rückenschmerzen. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141 (10), e96–e103.
- Marschall J., Hildebrandt S., Zich K., ...und Nolting H.-D. (2018): Gesundheitsreport 2018. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Rückenschmerzen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der DAK-Gesundheit (Band 21). Heidelberg.
- Marstedt G. (2016): Faktencheck Rücken: Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz. Bertelsmann Stiftung.
- Pengel L. H. M., Herbert R. D., Maher C. G., und Refshauge K.M. (2003): Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*, 327 (7410), 323.
- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (2017): Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung. 2. Auflage, Version 1. AWMF-Register-Nr.: nvl-007. www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf [Abruf am 21.8.2019].
- RKI (Robert Koch-Institut) (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland. Berlin. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am 21.8.2019].
- Schmidt C. O., Raspe H., Pfingsten M., Hasenbring M., ... und Kohlmann T. (2007): Back Pain in the German Adult Population. Prevalence, Severity, and Sociodemographic Correlates in a Multiregional Survey. *Spine*, 32 (18), 2005–2011.
- Schmucker C., Beydoun C., und Günster C. (2019): Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Günster C., Klauber J., Robra B.-P., Schmacke, N., und Schmucker, C. (Hrsg.): Versorgungs-Report Früherkennung. Berlin. <https://doi.org/10.32745/9783954664542>.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf [Abruf am 21.8.2019].

SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/6871. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf> [Abruf am 21.8.2019]

5.4 Therapeutische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung (Arzneimittel) am Beispiel der Verordnung von Protonenpumpeninhibitoren (PPI)

5.4.1 Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich

Im Rahmen der Voruntersuchung wurden Publikationen mit sehr gut / gut belegten Überversorgungsstatements für eine Reihe von Wirkstoffen bzw. Wirkstoffgruppen gefunden:

- Galantamin bei der Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Demenz
- blutzuckersenkende Medikamente bei älteren Diabetikern
- blutdrucksenkende Medikation bei älteren Hypertonikern
- generell mit Antidepressiva und Protonenpumpeninhibitoren (PPI)

Zudem wurden wenig gut belegte Überversorgungsstatements gefunden für:

- die Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen
- Thyroxin-Verordnungen in der Hausarztpraxis (ohne) passende Diagnose oder Symptome
- Methylphenidat-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen
- Breitband-Antibiotika bei ambulant erworbener Pneumonie und bei viralen Infektionen
- Opiattherapie bei nicht onkologischen Schmerzpatienten

Eine Reihe von Veröffentlichungen weisen zudem auf die Problematik der Polypragmasie (insbesondere bei älteren Patientengruppen) hin. Allerdings wurden hier mit dem gewählten Rechercheansatz keine Quellen gefunden, die empirisch „Überversorgung“ belegen konnten, da bei dieser Thematik eher auf die mangelnde Berücksichtigung von Arzneimittelinteraktionen fokussiert wird.

Die Protonenpumpeninhibitoren sollen im Folgenden näher betrachtet werden, da sie zu den am meisten eingenommenen Arzneimitteln in Deutschland gehören und weitergehende Recherchen eine sehr breite und differenzierte Fachdiskussion zu den Ursachen der Überversorgung mit PPI in Deutschland und möglichen Gegenstrategien ergaben.

5.4.2 Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung

Protonenpumpeninhibitoren (PPI) hemmen die Sekretion von Magensäure. Sie werden daher bei Magen-Darm-Erkrankungen eingesetzt, bei deren Entstehung und Verlauf der Magensäuregehalt eine wesentliche Rolle spielt. PPI hemmen die Säuresekretion deutlich effektiver als andere Wirkstoffe (z. B. die sog. H₂-Blocker). Im Jahr 1989 wurde mit Omeprazol der erste Wirkstoff dieser Arzneimittelgruppe zugelassen. Der derzeit mit Abstand am häufigsten verordnete PPI ist Pantoprazol. Seit 2009 können PPI in kleineren Mengen auch ohne ärztliche Verordnung zur Selbstmedikation erworben werden.

Die wesentlichen Indikationsgebiete für PPI:

- Die Linderung von Beschwerden der gastroösophagealen Refluxkrankheit („Sodbrennen“) sowie die Behandlung der Refluxösophagitis.
- Die Prophylaxe und Behandlung von Geschwüren des Magens und des Zwölffingerdarms (Ulkrankheit). Hierbei werden PPI im Rahmen der sog. Eradikationstherapie gegeben bei *Helicobacter-pylori*-Infektionen, einer wesentlichen Ursache von Magengeschwüren, sowie zur Prävention von Geschwüren und Magenblutungen bei der Einnahme von nicht steroidal Antirheumata (NSAR)¹⁹ und gleichzeitiger Behandlung mit gerinnungshemmenden Medikamenten bzw. bei Vorliegen von weiteren Risikofaktoren für Magengeschwüre.

Eine Indikation für eine Langzeitgabe von PPI besteht für die chronische Refluxkrankheit und eine dadurch verursachte Krebsvorstufe der Speiseröhre, dem sog. Barrett-Ösophagus, für das seltene Zollinger-Ellison-Syndrom, das zu einer überhöhten Magensäureproduktion führt, für chronische Magengeschwüre und für die Magenblutungsprophylaxe bei Risikopatienten, insbesondere bei gleichzeitiger Einnahme von NSAR und gerinnungshemmenden Medikamenten (s. o.). Generell wird bei PPI-Gabe eine regelmäßige Überprüfung von Indikation, Behandlungsdauer und Dosierung dringend empfohlen (Koop et al. 2014; Fischbach et al. 2016; Mössner 2016; Labenz und Koop 2017).

Seit der Zulassung von Omeprazol im Jahr 1989 hat die Anzahl der Verschreibungen von PPI bis 2016 kontinuierlich zugenommen. Von 2008 bis 2016 ist das Verordnungsvolumen von PPI um mehr als das Doppelte, nämlich auf 3,832 Millionen DDD (defined daily dose/angenommene mittlere Tagesdosis) angestiegen (Schwabe et al. 2018). Dies bedeutet, dass statistisch 12,5 Prozent der deutschen Bevölkerung täglich eine DDD eines PPI einnehmen. Die frei verkäuflichen PPI sind bei diesen Angaben nicht berücksichtigt. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns berichtete im Jahr 2016, dass „jeder der ca. 10,5 Mio. bayerischen GKV-Patienten im Jahr 50 Tagesdosen PPI“ zu sich genommen habe. Dies bedeute, dass jeder zehnte gesetzlich Versicherte in Bayern jeden Tag im Jahr eine PPI-Tagesdosis einnehme. Von 2006 bis 2016 habe sich in Bayern die durchschnittliche PPI-Menge pro Einnahme von einer Tagesdosis am Tag auf 1,5 Tagesdosen pro Tag erhöht (KVB 2016). Zwischen 2016 und 2017 kam es bundesweit erstmals zu einem leichten Rückgang der PPI-Verordnungen um 3,8 Prozent (Schwabe et al. 2018). Dennoch gehören PPI nach wie vor zu den am häufigsten verschriebenen Arzneimitteln in Deutschland.

Etwa 90 Prozent der PPI-Verordnungen erfolgen durch Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (Hoffmann et al. 2015). Unter Versicherten der BARMER war der PPI Pantoprazol nach dem Schmerzmittel Ibuprofen der am häufigsten eingesetzte Arzneimittelwirkstoff (Grandt et al. 2018). Die Verordnung von PPI war im Jahr 2017 bundesweit mit Nettokosten von 617 Millionen Euro verbunden (Schwabe et al. 2018). Je nachdem, ob man die Schätzungen aus dem Arzneimittelreport der BARMER (2018) oder die Auswertungen der KV Bayerns (KVB 2018) zugrunde legt, kommt man auf Ausgaben von 154 Millionen bzw. 432 Millionen Euro, die durch die Verordnung von PPI ohne korrekte Indikation verursacht würden. Zu den möglichen Kosten der Folgeschäden einer nicht indikationsgerechten Langzeittherapie existieren keine Angaben bzw. Schätzungen. Diese sind auch, aufgrund der noch laufenden wissenschaftlichen Diskussion über die Risiken von Schäden durch PPI-Einnahme, derzeit noch nicht seriös möglich.

19 Zu den NSAR gehören u. a. Ibuprofen und Diclofenac.

5.4.3 Risiken

Lange Zeit galten PPI als sehr sichere und gut verträgliche Arzneimittel. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der starken Zunahme der PPI-Verordnungen werden in den letzten Jahren jedoch mögliche Folgeschäden bei Langzeiteinnahme von PPI thematisiert. Unter Verweis auf Registerstudien häufen sich gemäß der DEGAM-Leitlinie zur Über- und Unterversorgung die Hinweise, dass eine Dauerverordnung von PPI mit „multiplen potenziellen Schäden“ assoziiert sei – „von Osteoporose über kognitive Verschlechterungen, Einschränkung der Nierenfunktion, KHK (*Koronare Herzerkrankung; die Verfasser*) bis hin zu schwerwiegenden Infekten“ (DEGAM 2018: 64).

Die wissenschaftliche Diskussion über das Ausmaß des Risikos für Folgeschäden- bzw. Erkrankungen durch eine PPI-Dauerbehandlung ist noch nicht abgeschlossen. Ein Zwischenfazit der Diskussion zieht die Leitlinie „Gastroösophageale Refluxkrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) (Koop et al. 2017): Sie stellt fest, dass das Risiko einer Therapie mit einem PPI gering sei und dass „... ein leicht erhöhtes Risiko für bakterielle Infektionen der Atemwege und des Verdauungstraktes, eine bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarms, Wirbelkörper- und Schenkelhalsfrakturen, Resorptionsstörungen (Vitamin B12), eine Hypomagnesiämie, Interaktionen mit anderen Medikamenten und eine beschleunigte Atrophieentwicklung einer unbehandelten HP-Gastritis“ angenommen werden könne. In ihrer bereits erwähnten Publikation, die sich kritisch mit dem hohen Verordnungsvolumen für PPI auseinandersetzt, zählen PPI für die Professoren Gross und Labenz zwar „unverändert zu den sichersten Medikamenten“. Sie bringen aber die (vermutlich) eher geringen Risiken für Folgeschäden in Beziehung zum sehr hohen Verordnungsvolumen der PPI und geben zu bedenken, dass „bei den großen Verschreibungszahlen selbst kleinste Risiken von potenzieller Bedeutung“ seien (Gross und Labenz 2018).

5.4.4 Überversorgungsbefunde / -probleme

Es ist weithin unumstritten, dass die vor nunmehr 30 Jahren eingeführten PPI durch ihre im Vergleich zu anderen Wirkstoffen deutlich effektivere Hemmung der Magensäuresekretion einen Innovationssprung bei der Behandlung säureassoziierter Erkrankungen bewirkt haben. Zugleich wird das Ordnungsverhalten bei PPI angesichts massiver Zunahme der Verordnungszahlen seit einigen Jahren im Rahmen der regelmäßig erscheinenden Berichte und Reports zur Entwicklung der Arzneimittelverordnungen, in jüngerer Zeit auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie von führenden Vertretern der klinischen Gastroenterologie, kritisch beobachtet und teilweise auch explizit als „Überversorgung“ bezeichnet. Die aktuelle Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) mit dem Titel „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ vermutet eine „Über- und Fehlversorgung“ mit PPI in vielen Fällen, in denen nicht eine eindeutige Indikation wie Ulkuskrankheit oder Barrett-Syndrom besteht (DEGAM 2018). Auch Verbraucherinformationen warnen angesichts der verschreibungsfreien Erhältlichkeit von PPI vor einem „allzu sorglosen“ Konsum von Säureblockern (Stiftung Warentest 10.08.2018).

Hinweise auf eine mögliche Überversorgung werden u. a. aus der Beobachtung hergeleitet, dass die Hauptanwendungsbereiche für PPI – insbesondere die gastroösophageale Refluxkrankheit und die Verordnung von NSAR – zwar zugenommen haben, jedoch nicht in dem Maße, dass sie die Steigerungsraten der PPI-Verordnungen erklären könnten. Für Profes-

sor Joachim Mössner, bis 2018 Direktor der Klinik für Gastroenterologie am Universitätsklinikum Leipzig und Präsidiumsmitglied der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), ist die Verschreibungshäufigkeit von PPI, da das Indikationsspektrum in den letzten Jahren nicht erweitert worden sei und „trotz weltweiter Zunahme der Inzidenz der gastroösophagealen Refluxkrankheit, kritisch zu hinterfragen“ (Mössner 2016).

In einer Publikation mit dem Titel „PPIs in Deutschland: zu oft, zu lange, zu viel?“ problematisieren die gastroenterologischen Chefärzte Professor Gross aus München und Professor Labenz aus Siegen u. a. die generelle prophylaktische Gabe von PPI ohne Vorliegen des entsprechenden Risikoprofils und weisen darauf hin, dass „... die bloße Tatsache, dass ein multimorbider Patient zahlreiche Medikamente einnimmt ...“, noch keine PPI-Prophylaxe rechtfertige. Zudem würden die PPI in der Prophylaxe häufig überdosiert (Gross und Labenz 2018: 39).

Der aktuelle Arzneimittelreport der BARMER bewertet PPI als Klassiker des gut symptomatisch wirksamen und meist gut verträglichen, jedoch „über das notwendige Maß eingesetzten Arzneimittels“. PPI seien „Arzneimittel, die sich – einmal eingenommen – ihre Indikation selbst schaffen. Wenn symptomfreie Menschen PPI über vier Wochen einnehmen, kommt es nach dem Absetzen des PPI zum Auftreten von Sodbrennen aufgrund der reflektorischen Hypersekretion von Magensäure“ (Grandt et al. 2018: 104). Der BARMER-Arzneimittelreport kommt daher zu dem Schluss, dass es „nicht hilfreich“ sei, wenn PPI ohne ärztliche Verordnung zur Selbstmedikation zur Verfügung stehen (ebd.).

5.4.5 Ursachen und Einflussfaktoren

Als Gründe für eine Überversorgung werden genannt, dass PPI bei Beschwerden und Erkrankungen eingesetzt werden, für die keine Zulassung bzw. keine Evidenz für eine Wirksamkeit vorliegt, und dass sie zu lange und in zu hoher Dosierung eingenommen werden. In einer neueren Veröffentlichung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) zu Verordnungen und zum Indikationsspektrum von Protonenpumpen-inhibitoren ist der starke Zuwachs der PPI-Verordnungen zwar teilweise „... durch Nachholeffekte und einen stärkeren Fokus auf die Ulkusprophylaxe bei NSAR-Gabe zu erklären“ (Rössel und Schulz 2017: 2). Die in den ärztlichen Abrechnungsdaten hinterlegten Diagnosen ließen jedoch vermuten, „... dass ein Teil der Verordnungen auf die Indikationen funktionelle Dyspepsie (Reizmagensyndrom) oder Gastritis entfallen“ (ebd.). Für Deutschland 2015 kommt das ZI unter Bezugnahme auf Auswertungen der bundesweiten Arzneiverordnungsdaten nach § 300 SGB V und vertragsärztlichen Diagnosedaten nach § 295 SGB V zu dem Schluss, „... dass unter Umständen etwa ein Viertel der PPI-Verordnungen – bezogen auf Patienten mit den Diagnosen Gastritis, Dyspepsie und Refluxösophagitis – nicht primär indiziert ist“ (ebd.). Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kommt auf deutlich höhere Anteile von PPI-Verordnungen ohne korrekte Indikation: Untersuchungen der Verordnungsdaten und der zugrunde liegenden Diagnosen hätten gezeigt, „dass sowohl vor fünf Jahren als auch heute (2016; die Verfasser) 70 % aller PPI-Verordnungen ohne korrekte Indikation erfolgen, weswegen hier Steuerungsbedarf besteht“ (KVB 2016). Für den stationären Sektor in Deutschland gibt es zwar allgemeine Hinweise darauf, dass Protonenpumpenhemmer verordnet würden, auch wenn keine Risikofaktoren für schwere Stressulzera bestünden (Kreutzkamp 2019; Behnke 2017), allerdings keine Daten zum indikationsgerechten Einsatz von PPI.

Laut Professor Labenz, Mitglied des Beirats der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS), Vorsitzender der Sektion Gastroenterologie im Bund Deutscher Internisten (BDI) und der Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) sowie Koautor von Leitlinien zur Reflux- und Ulkuskrankheit, führe „... die gute Wirkung bei vielen Patienten und das vermeintlich exzellente Sicherheitsprofil ... zu einem liberalen Ordnungsverhalten“ bei PPI. In schätzungsweise der Hälfte der Fälle würden PPI „... ohne zugelassene Indikation, also off label eingesetzt“. Beispielsweise erhielten „... nahezu alle Patienten mit Reizmagen einen PPI, obwohl diese Substanzen nur beim Subtyp mit epigastrischem Schmerz (*Oberbauchschmerz*; die Verfasser) und dort nur marginal wirksam sind“ (Labenz und Labenz 2019). Aber auch das Ordnungsverhalten zu PPI bei gleichzeitiger NSAR-Gabe wird kritisch gesehen: Diese würden zu häufig eingesetzt, obwohl keine weiteren Risikofaktoren für Magengeschwüre und -blutungen vorliegen (KVH 2018).

Als weiteres, zur Überversorgung mit PPI beitragendes Problem wird die Langzeitgabe von PPI ohne regelmäßige Überprüfung der Indikation gesehen (Gross und Labenz 2018, Mössner 2016, Rössel und Schulz 2017, Überschaer und Allescher 2017). „Die Beendigung der Therapie wird oft nicht eingeplant. Daher gehen viele Ordnungen in eine Langzeittherapie über“ (Labenz und Labenz 2019).

Viele Autoren weisen explizit darauf hin, dass PPI, insbesondere, wenn sie über einen längeren Zeitraum eingenommen worden sind, ausschleichend abgesetzt werden sollten. Werden sie plötzlich abgesetzt, kann es aufgrund einer überschießenden (Wieder-)produktion der Magensäure zu erneut oder gar erstmalig auftretendem Sodbrennen, einem sogenannten Rebound kommen. Dies kann dazu führen, dass PPI erneut angesetzt bzw. weitergenommen werden (Mössner 2016; Gross und Labenz 2018; Häussler et al. 2014). „Insbesondere bei Patienten, die ohne gesicherte Indikation PPI einnehmen, ist das Absetzen nach längerer Therapie wegen eines symptomatischen Säurerebounds schwierig“ (Labenz und Labenz 2019). In bestimmten Fällen kann eine dauerhafte Einnahme von PPI aufgrund einer fraglichen Indikation, z. B. Reizmagen, dann bei plötzlichem Absetzen zu einer Verstärkung der Beschwerden, etwa durch erstmalig auftretendes Sodbrennen, führen. Die Kombination von PPI-Langzeiteinnahme und plötzlichem Absetzen mit den beschriebenen Folgen kann so zu einem Zustand führen, der von Klinkern auch als „PPI-Abhängigkeit“ bezeichnet wird (Gross und Labenz 2018). Von Rebound-Effekten und konsekutiver Gewöhnung an PPI ist insbesondere auch dann auszugehen, wenn frei verkäufliche PPI bei Magenbeschwerden oder Sodbrennen über einen längeren Zeitraum genommen und dann plötzlich abgesetzt werden.

Eine wesentliche Ursache für die genannten Einflussfaktoren einer Überversorgung dürfte darin liegen, dass PPI bei den verordnenden Hausärzten als vergleichsweise sehr sichere, gut verträgliche und weitgehend „unproblematische“ Arzneimittel mit einem breiten Indikationsspektrum auch bei unspezifischen Magenbeschwerden gelten. Es kann vermutet werden, dass PPI angesichts einer oft großen Zahl von pro Patient verordneten Arzneimitteln (Polypragmasie) häufig nicht im Fokus der verordnenden Ärzte stehen und insbesondere das Problembewusstsein hinsichtlich einer regelmäßigen Indikationsüberprüfung bei Langzeitgabe bzw. der beschriebenen Reboundproblematik beim Absetzen von PPI nicht sehr ausgeprägt ist. Zudem wird die Problematik beschrieben, dass eine im Krankenhaus begonnenen PPI-Therapie oft im ambulanten Bereich weitergeführt werde, ohne die Notwendigkeit kritisch zu hinterfragen (Bruhn 2017; KVH 2018; John 2017).

Kritisch hinsichtlich der Überversorgungsproblematik wird auch die seit zehn Jahren bestehende verschreibungsfreie Erhältlichkeit von PPI gesehen. Es sei eher unwahrscheinlich, dass PPI in der Selbstmedikation indikationsgerecht eingenommen würden, sondern vorrangig bei unspezifischen Magenbeschwerden. Zudem bestehe die Gefahr, dass PPI in der Selbstmedikation nicht maximal 14 Tage, wie vorgegeben, sondern langfristig ohne ärztliche Therapieüberwachung genommen werden – mit den oben beschriebenen Risiken. Daher wird die Möglichkeit der Selbstmedikation von Gastroenterologen kritisch gesehen. Für Professor Wagner vom Universitätsklinikum Ulm sind PPI „keine für die Selbstmedikation geeigneten Medikamente“ (Felix 2017). Auch für die Autoren des aktuellen Arzneimittelreports der BARMER ist es vor dem Hintergrund der Risiken einer nicht indikationsgerechten und zu langen PPI-Therapie „nicht hilfreich“, dass PPI ohne ärztliche Verordnung zur Selbstmedikation zur Verfügung stehen“ (Grandt et al. 2018).

Zusammengefasst lassen sich insbesondere folgende, teilweise zusammenhängende Einflussfaktoren für eine Überversorgung mit PPI identifizieren:

- hohe Anzahl von Verordnungen außerhalb des Indikationsspektrums für PPI
- Langzeitbehandlungen mit PPI ohne Überprüfung, ob die Indikation weiter besteht
- plötzliches Absetzen von PPI mit der Gefahr einer „PPI-Abhängigkeit“

5.4.6 Verbesserungsansätze

Nutzen und Risiken von PPI sowie problematische Entwicklungen im Ordnungsverhalten wurden in den letzten Jahren thematisiert in Leitlinien (z. B. Koop et al. 2017; Fischbach et al. 2016; DEGAM 2018), in einer Reihe von Publikationen in einschlägigen gastroenterologischen (z. B. Ueberschaer und Allescher 2017), allgemeinärztlich / internistischen und pharmakologischen Fachzeitschriften (z. B. Labenz und Koop 2017; Gross und Labenz 2018; Labenz und Labenz 2019) sowie in einer Vielzahl von Informations- und Fortbildungsveröffentlichungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern (z. B. Rössel und Schulz 2017; KVH 2018; Mössner 2016; KVB 2016; Behnke 2017). Diese vielfältigen, aktuellen Publikationen zu PPI und insbesondere die Diskussion über gesundheitliche Risiken werden bereits mit dem zwischen 2016 und 2017 erstmalig beobachteten leichten Rückgang der PPI-Verordnungen in Zusammenhang gebracht (Rössel und Schulz 2017). Hier sollte allerdings abgewartet werden, ob sich dieser Trend verstetigt. Im Gegensatz zu anderen Ländern war das Themenfeld der PPI-Versorgung bislang nicht Bestandteil der hiesigen Choosing-Wisely-Aktivitäten.

Nicht zuletzt der starke Anstieg des Verordnungsvolumens für PPI und die Hinweise auf nicht indikationsgerechte Verschreibungen haben dazu geführt, dass diese Wirkstoffe in sog. Wirkstoffvereinbarungen zwischen kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen aufgenommen worden sind. In diesen Vereinbarungen sind u. a. Mengenziele für PPI-Verordnungen vorgegeben. Um die Ärzte bei der Einhaltung dieser Mengenziele zu unterstützen, bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen Ordnungsberatungen und wirkstoffspezifische Hinweise an (z. B. KVB 2016; KVH 2018). Auch in den Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V werden PPI explizit aufgeführt. In der bayerischen Arzneimittelvereinbarung 2018 verpflichten sich die Vertragsärzte „zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualifizierten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung“ u. a. dazu, „Protonenpumpenhemmer nur indikationsgerecht ein(zu)setzen; diesbezügliche Krankenhausentlassmedikationen und Dauermedikationen sind kritisch zu überprüfen“ (Arzneimittelvereinbarung Bayern 2018).

Derzeit wird im Rahmen des Innovationsfonds eine von mehreren allgemeinmedizinischen Universitätsinstituten entwickelte computerbasierten Entscheidungshilfe (arriba®-PPI) evaluiert, die die Ärzte dabei unterstützen soll, nicht notwendige PPI-Verordnungen zu reduzieren. „Mit einem Ampelsystem klärt das PPI-Modul, ob bei einer bestimmten Indikation ein Absetzen sinnvoll ist oder nicht. Die nächsten Schritte werden konkret dargestellt, insbesondere auch das Vorgehen bei Beschwerden während des Absetzens. Die betroffenen Patienten werden mit einem individualisierten Ausdruck unterstützt (Informationen zu Langzeitfolgen und zu dem von ihnen eingenommenen Wirkstoff, ein Absetz-Plan mit Dosierungsschritten und dem voraussichtlichen Ende der Einnahme der PPI).“ Arriba wurde für andere Indikationen bereits – u. a. im Rahmen von Hausarztverträgen – implementiert. Dies ist auch für arriba®-PPI vorgesehen, sofern die Evaluation ebenfalls positiv verläuft (Nikel 2018; G-BA o. J.; Arriba-Website).

Eine weitere, relativ einschneidende, aber aufgrund der beschriebenen Risiken einer PPI-Selbstmedikation vertretbare Maßnahme gegen eine Überversorgung mit PPI könnte eine Wiedereinführung der Verschreibungspflicht für alle Präparate dieser Wirkstoffgruppe darstellen.

Literatur

Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2018 (Bayern): www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Rechtsquellen/Arzneimittelvereinbarungen/KVB-RQ-AMV-2018-Arzneimittelvereinbarung.pdf [Abruf am 27.8.2019].

Benhke K. (2017): Indikationen für Protonenpumpenhemmer. KVB Forum 3/2017. www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Publikation/KVB-FORUM/Einzeldateien-FORUM/2017/KVB-FORUM-3-2017.pdf [Abruf am 27.8.2019].

Bruhn C. (2017): Ärzte sollen weniger PPI verordnen. DAZ online 11.1.2017. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/01/11/aerzte-sollen-weniger-ppi-verordnen [Abruf am 27.8.2019].

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.) (2018): S2e-Leitlinie – Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. AWMF-Register-Nr. 053-045. DEGAM-Leitlinie Nr. 21. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-045I_S3_Schutz_vor_Ueber_und_Unterversorgung_2019-06_1.pdf [Abruf am 21.8.2019].

Felix G. (2017): Magensäureblocker sind keine Zuckerpillen. Stuttgarter Zeitung 8. Februar 2017. www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.medizin-magensaeureblocker-sind-keine-zuckerpillen.49d6bce1-f733-472f-b6fd-ebcba1a98cf2.html [Abruf am 27.8.2019].

Fischbach W., Malfertheiner P., Lynen Jansen P., ... und Vieth M. (2018): S2k-Leitlinie Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuserkrankheit. AWMF Register Nr. 021-001. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-001I_S2k_Helicobacter-pylori-gastroduodenale_Ulkuserkrankheit_2018-08.pdf [Abruf am 27.8.2019].

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (o. J.): arriba-PPI – Evaluation einer patientenorientierten Absetzstrategie zur Reduktion der Überversorgung mit Protonenpumpenhemmern (PPI) / arriba-PPI. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/arriba-ppi-evaluation-einer-patientenorientierten-absetzstrategie-zur-reduktion-der-ueberversorgung-mit-protonenpumpenhemmern-ppi-arriba-ppi.142> [Abruf am 27.8.2019].

Grandt D., Lappe V., und Schubert I. (2018): Arzneimittelreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. (Hrsg. BARMER). www.barmer.de/blob/159166/e58bd511bd5f15f1d732dbe7f7cf852f/data/dl-report-komplett.pdf [Abruf am 27.8.2019].

Gross M., und Labenz J. (2018): Jede Verordnung kritisch hinterfragen. PPIs in Deutschland: zu oft, zu lange, zu viel? MMW – Fortschritte der Medizin, 160 (2), 37–40.

Häussler B., Höer A., und Hempel E. (2014): Arzneimittel-Atlas 2014. Berlin.

John C. (2017): Wenn PPI zu lange eingenommen werden. Protonenpumpeninhibitoren geraten immer mehr in die Kritik. Deutsche Apothekerzeitung. DAZ 2017, Nr. 7, 6.2.2017. 38. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2017/daz-7-2017/wenn-ppi-zu-lange-eingenommen-werden [Abruf am 27.8.2019].

- KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) (2016): Wirkstoffziele. Wirkstoffgruppe: Protonen-Pumpen-Inhibitoren (PPI, ATC-Code: A02BC). www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/Wirkstoffziele/KVB-WSV-WZ31-PPI.pdf [Abruf am 27.8.2019].
- KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg) (2018): Neues Mengenziel (Ziel Nr. 30) für Protonenpumpenhemmer (PPI). Hinweise und Empfehlungen zur Zielumsetzung. www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2017/01/716/homepage_wsv_ppi_wirkstoffinformation_neu.pdf [Abruf am 27.8.2019].
- Koop H., Fuchs K. H., Labenz J., und die Mitarbeiter der Leitliniengruppe (2014): S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). AWMF Register Nr. 021-013. Zeitschrift für Gastroenterologie, 52: 1299–1346. www.dgvs.de/wp-content/uploads/2016/11/DGVS_Empfehlung_fuer_Refluxkrankheit.pdf [Abruf am 27.8.2019].
- Kreutzkamp B. (2019): Protonenpumpenhemmer in der Klinik: Weniger Blutungen, aber erhöhtes Infektionsrisiko? Medical Tribune 13.5.2019. www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/protonenpumpenhemmer-in-der-klinik-weniger-blutungen-aber-erhoehtes-infektionsrisiko/ [Abruf am 27.8.2019].
- Labenz J., und Koop H. (2017): Gastroösophageale Refluxkrankheit – was tun, wenn PPI nicht ausreichend wirksam, verträglich oder erwünscht sind? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 142, 356–366.
- Labenz J., und Labenz C. (2019): Refluxkrankheit. PPI nicht immer erste Wahl. Pharmazeutische Zeitung. www.pharmazeutische-zeitung.de/ppi-nicht-immer-erste-wahl/ [Abruf am 27.8.2019].
- Mössner J. (2016): Indikationen, Nutzen und Risiken von Protonenpumpeninhibitoren. Eine Bestandsaufnahme nach 25 Jahren. Deutsches Ärzteblatt International, 113(27-28), 477–483.
- Nikel J., Teichmann A.-L., und Wilm S. (2018): Evaluation einer patientenorientierten Absetzstrategie zur Reduktion der Überversorgung mit Protonenpumpenhemmern (PPI): arriba®-PPI. Abstract. 5. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie; Berlin, 18.–19. Oktober 2018. www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201804/072h/index.php [Abruf am 27.8.2019].
- Rössel A., und Schulz M. (2017): Protonenpumpeninhibitoren. Rx-Trendbericht: Thema im Fokus Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 10.11.2017. www.zi.de/fileadmin/rxtrends/Thema_im_Fokus/RxTrend_TiF_Protonenpumpeninhibitoren_1703.pdf [Abruf am 27.8.2019].
- Schwabe U, Paffrath D, Ludwig W. D., und Klaber J. (Hrsg.) (2018): Arzneiverordnungsreport 2018. Berlin.
- Stiftung Warentest (2018): Magenschutzmittel. Säureblocker nicht allzu sorglos schlucken. (Meldung auf der Webseite der Stiftung Warentest vom 10.8.2018). www.test.de/Magenschutzmittel-Saeureblocker-nicht-allzu-sorglos-schlucken-5363238-0/ [Abruf am 27.8.2019].
- Ueberschaer H., und Allescher H.-D. (2017): Protonenpumpenhemmer – Nebenwirkungen und Komplikationen der langfristigen Protonenpumpenhemmereinnahme. Zeitschrift für Gastroenterologie, 55 (01), 63–74. DOI: 10.1055/s-0042-121265.

5.5 Krankenhausversorgung am Beispiel der Schilddrüsenoperationen und der Implantationen von Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

5.5.1 Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich

In der Voruntersuchung zu dieser Studie wurden sehr gut oder gut belegte Überversorgungsaussagen zur Krankenhausversorgung für bestimmte Leistungen folgender Fachgebiete gefunden:

- Kardiologie und Herzchirurgie (Implantationen von Kardioverter-Defibrillatoren, Linksherzkatheteruntersuchungen)
- Gefäßchirurgie (Karotis-Operationen)
- Allgemeinchirurgie/Viszeralchirurgie (Schilddrüsenoperationen)
- Urologie (Prostata-Operationen bei Patienten mit einem Low-risk-Prostatakarzinom bzw. Verteilung zwischen den gleichrangigen Vorgehens-Optionen „Operation“, „Brachytherapie“, „Bestrahlung“ und „Active Surveillance“)
- Versorgung am Lebensende (vgl. Kapitel 5.6)

Für die nach allgemeiner Wahrnehmung im letzten Jahrzehnt häufig mit Ausrichtung auf ggf. nicht bedarfsnotwenige Mengensteigerungen diskutierten Operationen an der Wirbelsäule, Operationen am Schulterblatt, TAVI-Operationen sowie den Knie- und Hüftgelenkersatz etc. fanden sich mit dem gewählten Rechercheansatz (vgl. Kapitel 4.2) hingegen keine sehr gut oder gut belegten Überversorgungsstatements. Zu Koronarinterventionen sowie Hüftgelenks- und Knieoperationen wurden Überversorgungsstatements gefunden, die aber in den Quellen – sofern überhaupt – nur wenig belegt waren.

Ausgehend von den Rechercheergebnissen wird in den folgenden beiden Kapiteln vertiefend auf die Schilddrüsenoperationen und die ICD-Implantationen eingegangen. Ausschlaggebend für die Auswahl dieser beiden Leistungen war insbesondere, dass sich die Mengenentwicklung und die Leistungsanspruchnahme hier datenseitig und auch kleinräumig darstellen lassen. Zudem kann an diesen beiden Leistungen das Spektrum möglicher Ursachen für eine etwaige Überversorgung gut exemplarisch illustriert werden.

5.5.2 Schilddrüsenoperationen

5.5.2.1 Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung

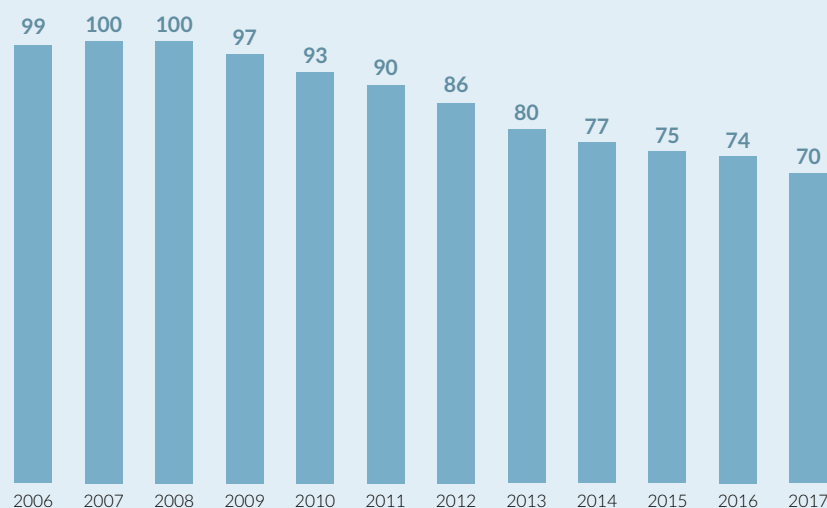
Schilddrüsenoperationen können bei einer Vielzahl von Schilddrüsenerkrankungen indiziert sein. Schilddrüsenoperationen sind zumeist mit einer kompletten bzw. teilweisen Entfernung der Schilddrüse bzw. von Schilddrüsenengewebe verbunden. Bei etwas über der Hälfte der Schilddrüsenoperationen wird die gesamte Drüse entfernt („Thyreoidektomie“). Rund 30 Prozent entfallen auf Entfernungen eines der beiden Schilddrüsenlappen („Hemithyreoidektomie“). Die restlichen Anteile entfallen größtenteils auf Entfernungen von kleineren Teilen der Schilddrüse („partielle Resektion“). Sonstige Schilddrüseneingriffe nehmen nur einen sehr kleinen Anteil ein. Schilddrüsenoperationen werden zumeist bei gutartigen Veränderungen bzw. Neubildungen des Schilddrüsenengewebes durchgeführt. Bösartige Veränderungen (Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenkarzinom) liegen bei etwa zehn Prozent der Schilddrüsenoperationen vor (WiDo 2015).

Eine Vergrößerung der Schilddrüse über definierte Referenzwerte hinaus (Struma) stellt die mit Abstand häufigste Indikation für eine Schilddrüsenoperation dar. Ursachen und Auswirkungen der Struma sind vielfältig und müssen bei der Stellung der Operationsindikation berücksichtigt werden. Vor und unmittelbar nach einer Schilddrüsenoperation ist in der Regel eine differenzierte Zusatzdiagnostik zur „individualisierten, risikoadaptierten Operationsplanung sowie eine perioperative Verlaufskontrolle zur Erfassung operativ bedingter Komplikationen“ erforderlich (DGAV 2015). Eine Struma kann durch bösartige oder durch verschiedene gutartige Veränderungen im Schilddrüsengewebe (z. B. Schilddrüsenknoten, -denome und -zysten) verursacht werden. Eine Struma kann mit einer Überfunktion („hyperthyreote oder toxisches Struma“), einer Unterfunktion („Hypothyreose“) oder normalen Funktion (Euthyreose) der Schilddrüse verbunden sein. Im Vergleich zu anderen viszeralchirurgischen Eingriffen nehmen minimalinvasive Verfahren mit etwa zehn bis 20 Prozent einen relativ geringen Anteil ein (Maurer und Bartsch 2015).

Die Anzahl der in den hiesigen Krankenhäusern durchgeführten Schilddrüsenoperationen²⁰ hat sich von etwa 99.000 im Jahr 2006 auf 70.000 im Jahr 2017 verringert (– 29 %) (vgl. Abbildung 10). Allein zwischen 2016 und 2017 war die Prozedurenzahl um etwa 4.300 oder 5,7 Prozent rückläufig.

Bezogen auf die Bevölkerung in einem Alter ab 20 Jahren wurden 2017 im Durchschnitt etwa 102 Schilddrüsenoperationen je 100.000 Einwohner durchgeführt. Die regionale Variation ist dabei sehr hoch. Die nach Altersgruppen und Geschlecht direkt auf die bundesdeutsche Bevölkerung des Jahres 2017 standardisierten Operationshäufigkeiten je

ABBILDUNG 10: Entwicklung der Häufigkeit von Schilddrüsenoperationen (OPS-Codes 5-061* bis 5-064*); Jahre 2006 bis 2017 in Tausend



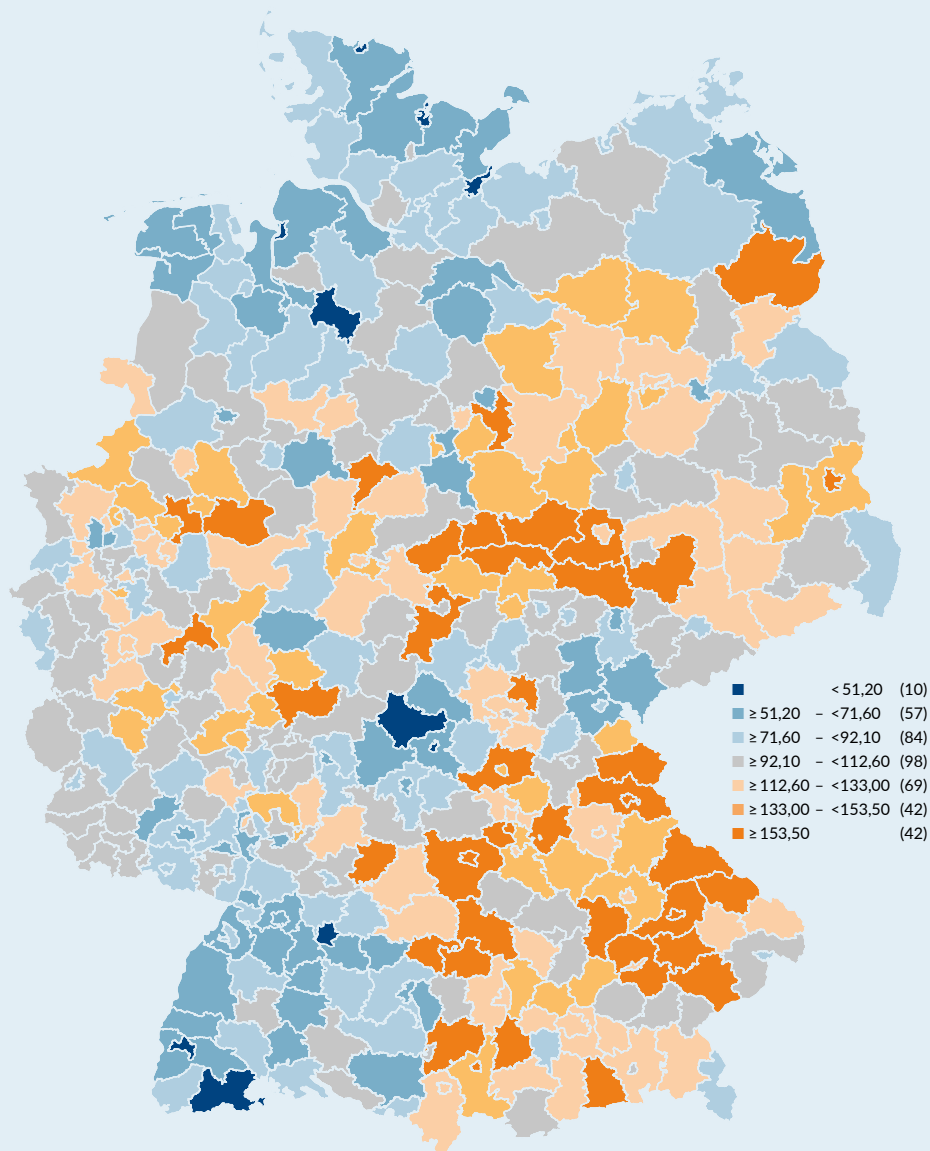
Quelle: Sonderauswertung der DRG-Statistiken 2006 bis 2017 (Statistisches Bundesamt), eigene Darstellung IGES 2019

| BertelsmannStiftung

²⁰ Einbezogen wurden die OPS-Codes 5-061* (Hemithyreoidektomie), 5-062* (andere partielle Schilddrüsenresektion), 5-063* (Thyreoidektomie) und 5-064* (Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie). Eine Unterscheidung nach den Gründen für die Operation war in der verwendeten Datengrundlage nicht möglich.

ABBILDUNG 11: Schilddrüsenoperationen je 100.000 Einwohner in einem Alter ab 20 Jahren, 2017

Wohnortkreis der Patienten, OPS-Codes 5-061* bis 5-064*, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2017 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Sonderauswertung der DRG-Statistik 2017, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes zum 31.12.2017 (Statistisches Bundesamt), eigene Berechnung und Darstellung IGES 2019

| BertelsmannStiftung

100.000 Einwohner in einem Alter ab 20 Jahren²¹ reichen auf der Kreisebene von 40 bis zu 244 Operationen je 100.000 Einwohner. Im Kreis mit der höchsten OP-Häufigkeit werden 6,2-mal mehr Schilddrüsenoperationen je 100.000 Einwohner durchgeführt als im Kreis mit der geringsten OP-Häufigkeit. Schließt man die 20 Kreise mit der höchsten und der geringsten OP-Häufigkeit aus der Betrachtung aus, reicht die Spanne der OP-Häufigkeit noch von 56 bis 167 Schilddrüsenoperationen je 100.000 Einwohner in einem Alter ab 20 Jahren (Extremquotient: 3,0). In 42 Kreisen wurden im Jahr 2017 damit mehr als 153 Schilddrüsenoperationen je 100.000 Einwohner durchgeführt und entsprechend 50 Prozent oder mehr als im Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 11). Im Vergleich zu anderen Operationen ist die regionale Variation der Operationshäufigkeit sehr hoch. Es zeigen sich auch eindrucksvolle regionale Cluster erhöhter stärker unterdurchschnittlicher und stärker überdurchschnittlicher OP-Häufigkeit. Auf die möglichen Einflussfaktoren der unterschiedlichen regionalen Operationshäufigkeit wird im Kapitel 5.5.2.4 eingegangen.

5.5.2.2 Risiken

Bei chirurgischen Eingriffen kann es zu Komplikationen kommen. Zu den eingriffsspezifischen Risiken der Schilddrüsenoperation gehören vor allem vorübergehende oder permanente Störungen der Kehlkopffunktion durch Nervenläsionen mit Beeinträchtigungen der Stimme und der Atmung sowie Schädigungen der Nebenschilddrüsen u. a. mit Auswirkungen auf den Kalziumstoffwechsel. Nachblutungen, postoperative, meist nur vorübergehende Schluckstörungen, Taubheitsgefühl im Bereich des präparierten Hautlappens und Narbenbildungen im Bereich der Hautinzision sowie Wundinfektionen sind weitere spezifische Risiken des Eingriffs (DGAV 2015).

Das WiDO stellt auf der Grundlage von Analysen mit GKV-Routinedaten fest, dass die Operation bei benigner Schilddrüsenerkrankung insgesamt ein komplikationsarmer Eingriff sei. Die Rate an revisionsbedürftigen Blutungen lag im Untersuchungszeitraum 2008 bis 2010 innerhalb von sieben Tagen bei 1,77 Prozent und revisionsbedürftige Wundinfektionen innerhalb von drei bis 14 Tagen nach der Operation waren mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 0,37 Prozent sehr selten. Eine permanente Lähmung der Stimmklappen ist bei 1,46 Prozent der untersuchten Fälle aufgetreten. Nach Einschätzung des WiDO handelt es sich dabei um eine geringe Ereignisrate (WiDO 2015).

5.5.2.3 Überversorgungsbefunde/-probleme

Nach Einschätzung von Professor Dr. med. Peter E. Goretzki – Tagungspräsident des 56. Symposiums (2013) der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie – gibt es in Deutschland ein „Missverhältnis zwischen derzeitigen Operationszahlen und tatsächlich notwendigen Eingriffen“; es wird bei Schilddrüsenknoten „mitunter voreilig zu einer Operation“ geraten und bemängelt, dass „die Entscheidung für eine Operation mitunter fällt, ohne die diagnostischen Möglichkeiten voll ausgeschöpft zu haben“.²²

21 Die Häufigkeit von Schilddrüsenoperationen auf Kreisebene werden als Rohwerte sowie standardisiert angegeben. Ziel der (direkten) Standardisierung ist die Bestimmung der Häufigkeit von Schilddrüsenoperationen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen innerhalb der Kreise. Dadurch lassen sich standardisierte Werte auf Kreisebene unabhängig von der Bevölkerungsstruktur miteinander vergleichen. Die Basispopulation (Standardpopulation) bildet die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2017. Berücksichtigt werden alle Fälle ab einem Alter von 20 Jahren. Die Standardisierung erfolgt auf der Grundlage von 5-Jahres-Altersklassen und des Geschlechts. Fälle ab einem Alter von 80 Jahren werden in einer separaten Altersklasse zusammengefasst. Sofern in einzelnen Kreisen die Fallzahl in einzelnen Altersklassen zu gering ausfällt, um valide Schätzer zu erhalten, werden die betroffenen Altersklassen mit angrenzenden Altersklassen zusammengefasst.

22 www.endokrinologie.net/pressemitteilungen-archiv/130311.php [Abruf am 21.8.2019]

Ausgangspunkt für die Annahme, dass in Deutschland (noch immer) zu viele Schilddrüsenoperationen durchgeführt werden, sind üblicherweise Vergleiche der hiesigen Operationshäufigkeit mit jener in anderen Ländern (bspw. USA, Vereinigtes Königreich, Niederlande, skandinavische Länder). In diesen Vergleichen zeigt sich für Deutschland eine sehr hohe Operationshäufigkeit, was zunehmend kritisch gesehen wird (Goretzki et al. 2016). So wurden in den Niederlanden bereits im Jahr 2008 nur 16 Schilddrüsenoperationen je 100.000 Einwohner durchgeführt (Verburg 2015), in Deutschland hingegen 124 je 100.000 Einwohner. Im Jahr 2017 kam es in Deutschland nach unseren Berechnungen zu etwa 84 Schilddrüsenoperationen je 100.000 Einwohner (alle Altersgruppen). Damit liegt die hiesige Operationshäufigkeit um mehr als das Fünffache über dem niederländischen Vergleichswert von vor zehn Jahren.

„Immer wieder wird kritisch angemerkt, dass in Deutschland nicht alle Schilddrüsenoperationen bei benigner Knotenstruma indiziert sind und die in den Leitlinien empfohlenen präoperativen Untersuchungen zur Abschätzung des Malignitätsrisikos nicht ausgeschöpft werden“ (Bartsch et al. 2018: 1). Etwa 74 Prozent der Operationen werden aufgrund einer Schilddrüsenknoten-Diagnose, 13 Prozent wegen einer Schilddrüsenüberfunktion-Diagnose und acht Prozent wegen einer Schilddrüsenneubildung durchgeführt.²³ Das Verhältnis von Operationen bei maligner versus benigner Struma bei „diagnostischen Schilddrüsenoperationen“ wegen eines Schilddrüsenknotens fällt in Deutschland mit 1:15 deutlich schlechter als in anderen Ländern aus (bspw. Skandinavien 1:5). Dies wird auch auf eine ungenügende präoperative Risikostratifizierung von Schilddrüsenknoten zurückgeführt. So werden – entgegen den Leitlinienempfehlungen – die präoperative Feinnadelaspirationszytologie (FNAZ) und die Calcitoninbestimmungen nur selten zur Diagnostik des Schilddrüsenknotens eingesetzt. Durch den generellen Einsatz der FNAZ vor diagnostischen Operationen wäre ein erheblicher Teil aller Operationen bei unidösen Strumen (nur ein Knoten) vermeidbar (Wienhold et al. 2013).

5.5.2.4 Ursachen und Einflussfaktoren

Zu einer hierzulande überhöhten Zahl von Schilddrüsenoperationen tragen unterschiedliche Faktoren bei, deren jeweiliger Einfluss nicht bestimmt werden kann. Es wird angeführt, dass ein verstärkter Einsatz hochkomplexer Diagnostik (z. B. Ultraschall) zu einer häufigeren Entdeckung von Schilddrüsenknoten führt. Andererseits trägt die bereits oben angesprochene, nicht konsequente Ausschöpfung der Möglichkeiten in der präoperativen Diagnostik zu einer überhöhten Anzahl von Eingriffen bei. Auch forensische Gründe dürften von Bedeutung sein, die in der Praxis betriebene „defensive“ Medizin wird als Faktor benannt (Verburg 2015). Die oben dargestellten regionalen Variationen der OP-Häufigkeit lassen starke Unterschiede bei der Qualität der Indikationsstellung vermuten.

Der früher in Deutschland verbreitet existierende Jodmangel in der Bevölkerung kann die im Vergleich mit anderen Ländern höhere Operationszahl teilweise mit begründen. Er ist zwar zwischenzeitlich weitgehend abgestellt, aber die Inzidenz von Schilddrüsenknoten wird auch weiterhin von den früheren Joddefiziten mitbestimmt sein (ebd.).

23 „Eine Schilddrüsenoperation wird meist bei benignen Neubildungen durchgeführt. Nur bei etwa 10,1 Prozent der Eingriffe liegt ein Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenkarzinom vor“ (WiDO 2015).

5.5.2.5 Verbesserungsansätze

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie bezeichnet das unnötige Ultraschallscreening bei Schilddrüsenveränderungen im „Klug entscheiden“-Sammelband der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin als Übersorgung. Es wird darauf hingewiesen, dass ein generelles Screening zu einer starken Steigerung der Operationsraten führt, die mit beträchtlicher Morbidität bei unveränderter Mortalität an Schilddrüsenkrebs einhergeht. Entsprechend wird dort diese Negativempfehlung ausgesprochen: „Ein Ultraschallscreening auf Schilddrüsenveränderungen bei älteren Menschen soll nicht durchgeführt werden“ (Feldkamp 2019: 21).

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie hat im Jahr 2013 kritisiert, dass die meisten Krankenhäuser Schilddrüsenoperationen – unabhängig von der Expertise der jeweiligen Klinik – durchführen, und Leitlinien für die Diagnose und klare Regeln für die Entscheidung zur Operation gefordert. Angemahnt wurde auch, die Qualität der Operationen wie beispielsweise in den Niederlanden und Schweden zu überprüfen. In diesen Ländern bildeten die Ergebnisse der stetigen Überprüfung der Operationsergebnisse der einzelnen Kliniken die Grundlage für die Genehmigung solcher Eingriffe²⁴.

Die S2k-Leitlinie „Operative Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen“ ist bis zum 31.10.2019 gültig. Eindeutig positiv zu bewerten ist, dass sich die Anzahl der Schilddrüsenoperationen im letzten Jahrzehnt bereits deutlich verringert hat. Aufgrund welcher Maßnahmen bzw. Verhaltensänderungen dies erreicht werden konnte, ist unklar. Dennoch wird Bedarf gesehen, die Indikationsqualität der Schilddrüsenchirurgie weiter zu verbessern (Bartsch et al. 2018). Aus diesem Grund wurde im Januar 2018 die Übersichtsarbeit „Operationsindikation bei der benignen Struma des Erwachsenen“ veröffentlicht, die Empfehlungen für die Operationsindikationen bei den häufigen benignen Schilddrüsenerkrankungen des Erwachsenen beinhaltet. Es werden klare und relative Operationsindikationen bei Struma mit oder ohne Knoten ausgewiesen und zudem Konstellationen ausgeführt, bei denen eine Schilddrüsenoperation nicht indiziert ist.²⁵

Diese Übersichtsarbeit wurde im Rahmen der Qualitätsinitiative „Entscheide weise“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie auf der Grundlage einer systematischen Literatursuche verfasst (Bartsch et al. 2018). Insofern verfügen die Chirurgen bei dieser Indikation über ein der Logik von Choosing Wisely ähnelndes Instrument, von dem die Autoren erwarten, dass dessen Nutzung „voraussichtlich mit einem weiteren Rückgang der Schilddrüseneingriffe verbunden sein wird“ (ebd.: 6).

Im Sommer 2018 wurde das S3-Leitlinienvorhaben „Schilddrüsenkarzinom“ angemeldet. Die Leitlinie soll zum 30.4.2021 fertiggestellt sein. „Ziel der geplanten S3-Leitlinie ‚Schilddrüsenkarzinom‘ ist es, Ärzten, die sich mit Schilddrüsenerkrankungen beschäftigen, und den betroffenen Patienten eine auf die Versorgungssituation in Deutschland zugeschnittene, evidenzbasierte und akzeptierte Entscheidungshilfe zur Diagnostik und Therapie des Schilddrüsenkarzinoms zur Verfügung zu stellen, um möglichst vielen Patienten eine kurative und optimale Therapie anzubieten und eine Nachsorge mit hoher Lebensqualität zu ermöglichen. Durch die Erstellung der S3-Leitlinie ‚Schilddrüsenkarzinom‘ soll die aktuelle Evidenz für den gesamten Behandlungsverlauf der Erkrankung zusammengefasst und bewertet werden. Die auf dieser Grundlage erstellten Handlungsempfehlungen sollen eine

²⁴ www.aerzteblatt.de/nachrichten/53696/Endokrinologen-Viele-Schilddruesenoperationen-sind-ueberfluessig [Abruf am 21.8.2019]

²⁵ Auch für den Morbus Basedow werden klare und relative Operationsindikationen benannt.

qualitative Verbesserung der ärztlichen Behandlung, aber auch der Versorgung der betroffenen Patienten herbeiführen“.²⁶

Literatur

Bartsch D. K., Luster M., Buhr H. J., ... und Goretzki P. E. (2018): On behalf of the German Society for General and Visceral Surgery quality. Indications for the surgical management of benign goiter in adults. Deutsches Ärzteblatt International 2018. 115: 1–7. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0001.

DGAV (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie) (2015): S2k-Leitlinie „Operative Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen“. Version vom 3. Oktober 2015. AWMF-Register-Nr. 088/007. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-007I_S2k_operative_Therapie_benigner_Schilddruesenerkrankungen_2015-10.pdf [Abruf am 21.8.2019].

Feldkamp J., Schott M., Quinkler M., Blüher M., und Reincke M. (2019): Klug entscheiden in der Endokrinologie: Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie identifiziert Versorgungsbereiche der Über- und Unterversorgung. In: Klug entscheiden – Sammelband 2019. Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 115: Hefte 13 (2016) bis 18 (2019).

Goretzki P. E., Schwarz K., Ozolins A., Luyven E., und Lammers B. (2016): Chirurgische Therapie des verdächtigen Schilddrüsenknotens. Nuklearmedizin, 39 (03), 218–226. DOI: 10.1055/s-0042-102530.

Maurer E., und Bartsch D. K. (2015): Aktueller Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen. Hessisches Ärzteblatt, 7/8 2015: 413–421. www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2015/07_08_2015/2015_07_08_04.pdf [Abruf am 21.8.2019].

WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2015): QSR-Verfahren – Entwicklung des Leistungsbereichs Operation bei benigner Schilddrüsenerkrankung – Abschlussbericht. www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_abschlussbericht_schilddruesenoperation.pdf [Abruf am 21.8.2019].

Wienhold R., Scholz M., Adler J.-B., Günster C., und Paschke R. (2013): The management of thyroid nodules a retrospective analysis of health insurance data. Deutsches Ärzteblatt International, 110 (49), 827–834. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0827.

Verbarg F. A. (2015): Is thyroid surgery performed too often in Germany? Nuklearmedizin, 54 (3), 101–105.

5.5.3 Kardioverter-Defibrillator-Implantationen

5.5.3.1 Einführung in das Thema: Definition und Relevanz der Leistung

Ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator – kurz „ICD“ genannt – ist ein kleines batteriebetriebenes Gerät, das Patienten mit lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen im Bereich des linken Schlüsselbeins eingesetzt wird. Es überwacht den Herzschlag und normalisiert diesen bei gefährlichen Herzrhythmusstörungen durch eine Schockabgabe oder eine schnelle Impulsabgabe. Defibrillatoren gibt es in unterschiedlichen technischen Varianten, die passend zur Erkrankung des Patienten ausgewählt werden. Hauptziel des ICD-Einbaus ist die Verhinderung eines plötzlichen Herzstillstandes (Herztod), der zu den häufigsten Todesursachen zählt. Jährlich erleiden geschätzt 65.000 Menschen in Deutschland einen plötzlichen Herztod (Herzbericht 2018). Die Implantation eines Defibrillators wird seit mehreren Jahrzehnten als effektive, die Mortalität senkende Therapie eingesetzt (Deneke et al. 2017).

Die Implantation eines Kardioverter-Defibrillators erfolgt im Rahmen eines Krankenhaus-aufenthaltes. In nahezu drei von vier Fällen werden ICD-Implantationen aus primärprophylaktischen Erwägungen bei Patienten durchgeführt, bei denen durch spezielle kardiologische Untersuchungen ein hohes Risiko für gefährliche Rhythmusstörungen gesichert

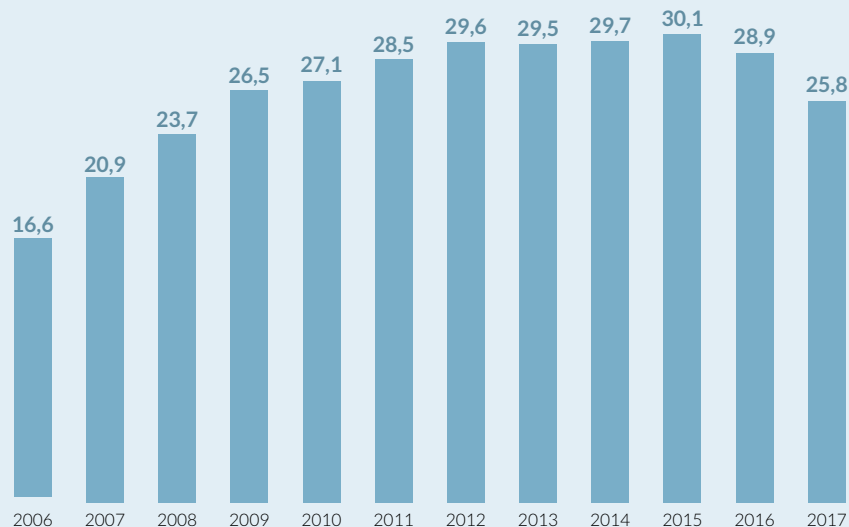
²⁶ www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/031-0560L.html [Abruf am 21.8.2019]

festgestellt wurde, ohne dass bislang eine Herzrhythmusstörung aufgetreten ist. Bei dem übrigen Viertel der Fälle erfolgt die Implantation bei Patienten, die lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen überlebt haben, sofern diesen keine behandelbare Ursache zu Grunde liegt, zur Sekundärprophylaxe (Fachgruppe 2017). Die ICD-Therapie kann auch bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz erfolgen, „... bei der beide Hauptkammern und/oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten. Diese Form der Herzschwäche kann mittels elektrischer Stimulation behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie, CRT). Da die betroffenen Patienten auch einem erhöhten Risiko für den plötzlichen Herztod ausgesetzt sind, werden meist Kombinationsgeräte implantiert, die eine Herzinsuffizienzbehandlung mittels Resynchronisationstherapie und die Prävention des plötzlichen Herztods durch lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern verbinden (CRT-D-Aggregate)“ (IQTIG 2018: 4).

Die Anzahl der in den hiesigen Krankenhäusern jährlich durchgeführten ICD-Erstimplantationen²⁷ lag, nach einem starken Wachstum zwischen 2006 und 2012, bis zum Jahr 2015 stabil bei etwa 30.000 pro Jahr. 2016 war erstmals ein Rückgang der Erstimplantationen zu verzeichnen, der sich im Jahr 2017 noch weiter beschleunigt hat. In diesem Jahr wurden etwa 3.200 Defibrillatoren weniger neu eingesetzt als 2016, was im Jahresvergleich einer Reduktion um etwa elf Prozent entspricht (vgl. Abbildung 12).

Ein erstmaliger leichter Rückgang der ICD-Implantationsraten je 1 Million Einwohner zeigte sich im Jahr 2016 auch in anderen Ländern (Fachgruppe 2017). Die Deutsche Herz-

ABBILDUNG 12: Entwicklung der Häufigkeit von ICD-Erstimplantationen; Jahre 2006 bis 2017 in Tausend



Quelle: Sonderauswertung der DRG-Statistiken 2006 bis 2017
(Statistisches Bundesamt), eigene Darstellung IGES 2019

| BertelsmannStiftung

27 Einbezogen wurden die OPS-Codes 5-377.5* (Implantation eines Defibrillators – Defibrillator mit Einkammer-Stimulation), 5-377.6 (Implantation eines Defibrillators – Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation), 5-377.7* (Implantation eines Defibrillators – Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation) und 5-377.j (Implantation eines Defibrillators – Defibrillator mit subkutaner Elektrode) sowie Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator (2006 bis 2009: 5-378.97, 5-378.98, 5-378.99/2010 und 2011: 5-378.97, 5-378.9a, 5-378.9b/ ab 2012: 5-378.b8, 5-378.b9, 5-378.ba, 5-378.bb, 5-378.bc).

stiftung geht davon aus, dass der deutliche Rückgang der Zahl an implantierten Defibrillatoren auf die zurückhaltendere Indikationsstellung aufgrund neuerer Studienergebnisse, insbesondere der 2016 veröffentlichten DANISH-Studie, zurückzuführen ist (Herzstiftung 2018). Diese Studie ergab, dass eine prophylaktische ICD-Implantation bei Patienten mit symptomatischer, systolischer Herzinsuffizienz, welche nicht durch eine koronare Herzkrankheit verursacht wurde, keinen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber Patienten ohne ICD-Implantation aufwiesen (Køber et al. 2016). Im deutschen Kommentar zu den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC), der die Ergebnisse der DANISH-Studie von 2016 bereits berücksichtigt, wird eine Empfehlung zur ICD-Implantation nur noch für jüngere Patienten mit den o.g. Merkmalen und mit geringer Komorbidität und einer Lebenserwartung von mehr als einem Jahr gegeben (Deneke et al. 2017).

Gut vorstellbar ist auch, dass die im Jahr 2017 erstmalig durchgeführte Sachkostenkorrektur, mit der eine Überversorgung der Sachkostenanteile in den DRGs korrigiert werden sollte, auf die Leistungsmengen durchgewirkt hat. Die Vergütungshöhe der ICD-Implantation wird durch die hohen Aggregatkosten maßgeblich mit bestimmt. Durch die Sachkostenkorrektur wurden die Bewertungsrelation der für die ICD-Implantation relevanten DRGs und damit der je Eingriff erzielbare Erlös spürbar abgesenkt.

ICD-Implantationen sind aufgrund der hohen Aggregatkosten vergleichsweise teure Krankenhausleistungen. Nach den im Herzbericht 2018 ausgewiesenen Daten wurden im Jahr 2017 etwa 3.450 weniger DRG-Fälle für Defibrillator-Eingriffe ohne herz- oder gefäßchirurgische Eingriffe (DRG F01C, F01E, F01F und F01G) abgerechnet. Unter Ansatz der 2017er-Relativgewichte dieser DRGs auch für das Jahr 2016, der Bundesbasisfallwerte der jeweiligen Jahre (2016: 3.311,98 Euro, 2017: 3.376,11 Euro) und unter der Annahme, dass sich die DRGs leistungsinhaltlich nicht verändert haben,²⁸ wurden den Krankenkassen im Jahr 2017 aufgrund der 3.450 vermiedenen DRG-Fälle ca. 40 Millionen Euro weniger für ICD-Implantationen in Rechnung gestellt als noch im Jahr zuvor.

Im Vergleich zu Dänemark, der Schweiz und Schweden wurden im Jahr 2016 in Deutschland sowohl absolut als auch relativ die meisten ICD implantiert. „Man kann also mit einiger Berechtigung davon ausgehen, dass Deutschland europaweit, vermutlich sogar weltweit führend ist“ (Fachgruppe 2017: 23).

Die Zahl der Krankenhäuser, die ICD-Implantationen durchführen, hat sich zwischen 2014 und 2016 weiter von 745 auf 771 erhöht. Im selben Zeitraum ist die Zahl der Krankenhäuser, die weniger als 20 derartige Eingriffe pro Jahr durchführen, von 310 auf 333 gestiegen (Fachgruppe 2017). „Manche sprechen in diesem Zusammenhang von ‚Gelegenheitschirurgie‘ und meinen damit nichts Gutes“ (ebd.: 4). Im Jahr 2017 wurden erstmalig in weniger Krankenhäusern als im Vorjahr auch Defi-Erstimplantationen durchgeführt (n=763) (IQTIG 2017).

5.5.3.2 Risiken

Deneke et al. (2017) weisen darauf hin, dass mögliche Komplikationen (Infektionen, Thrombosen) und Fehlfunktionen von Aggregaten und Sonden, wie vor allem ICD-Schocks (bis zu 20 % über einen Zeitraum von ca. zehn Jahren), in die für jeden Patienten individuelle Nutzen-Risiko-Evaluation einer Implantation einzubeziehen sind. Die ICD-Implantation ist ein Routineeingriff mit geringer Komplikationsrate (IQTIG 2019). Die Rate der Sonden-

²⁸ Faktisch hat sich der Fallpauschalen-Katalog zwischen 2016 und 2017 geändert.

dislokationen – der häufigsten prozeduralen Komplikation – wird durch die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser allerdings unterschätzt, da die in den Daten abgebildete Nachbeobachtungszeit sehr kurz ist. Dies dürfte auch bei weiteren mit dem Eingriff verbundenen Komplikationen der Fall sein (Herzstiftung 2018).

5.5.3.3 Übersorgungsbefunde/-probleme

Insbesondere die im internationalen Vergleich sehr hohe Rate an ICD-Implantationen in Deutschland hat zu einer Diskussion geführt, ob in diesem Leistungsbereich hierzulande eine Übersorgung vorliegt. Böcker (2016: 113) führt aus, dass „aktuell [] in einem nicht vernachlässigbaren Ausmaß eigentlich verzichtbare ICD-Implantationen durchgeführt [werden]“. Nach seiner Einschätzung können Patientengruppen, die trotz linksventrikulärer Dysfunktion nicht von einer prophylaktischen Defibrillator-Implantation profitieren, relativ einfach identifiziert werden. Zu diesen Gruppen zählt er Patienten mit Niereninsuffizienz, bei denen eine Defibrillator-Implantation die Gesamtsterblichkeit offenbar nicht senkt, und alte Patienten, bei denen naturgemäß der Nutzen einer prophylaktischen ICD-Implantation drastisch sinkt. Zumindest bei diesen beiden Patientengruppen seien Defibrillatoren daher oft verzichtbar und die Betroffenen sollten ausführlich über den nicht vorhandenen oder nur geringen Nutzen aufgeklärt werden. Als weiteren Grund für die zu vielen ICD-Implantationen führt er aus, dass die Leitlinien „schon sehr großzügig“ mit der vorhandenen Evidenz umgingen und die Kardiologen diese Leitlinien auch noch ausdehnten (ebd.).

Allgemein wird ins Feld geführt, dass die randomisierten Studien, die die Grundlage für die aktuellen Leitlinienempfehlungen für die Indikationen zur Primärprophylaxe bilden, weitgehend um bzw. kurz nach der Jahrtausendwende veröffentlicht wurden (Deneke et al. 2017) und sich seitdem wesentliche Weiterentwicklungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vollzogen haben, die auch zu einem geringeren Bedarf an ICD-Implantationen führen könnten. So würden Herzinfarkte effektiver und viel schneller als früher versorgt, es stünden „... andere Medikamente zur Verfügung“ und es seien „... auch mehr Patienten heutzutage mit allen notwendigen Medikamenten versorgt“ (Defi-Liga 2018). Reinke et al. (2016) gehen davon aus, dass „die Implantatzahlen, insbesondere im internationalen Vergleich, sowie die Beleuchtung der Faktoren Ejektionsfraktion, Alter und Niereninsuffizienz mit den wenigen, aber richtungsweisenden Daten, [] für die Implantation von ICD in Deutschland eine Übersorgung nahe [legen]“ (ebd.). Weiter wird ausgeführt, dass „bei sorgfältiger Indikationsstellung und kritischer Würdigung der genannten Faktoren [] ein Rückgang der ICD-Implantationen wahrscheinlich [] ist, ohne dadurch die Qualität der Versorgung und die Lebenserwartung zu reduzieren“ (ebd.).

Es gibt aber auch die Ansicht, dass die ICD-Implantationsrate eigentlich noch weiter erhöht werden müsse. So führt der Intensivmediziner und Kardiologe M. Block (2016) aus, dass den etwa 120.000 Fällen plötzlichen Herztodes bei über 55-jährigen Personen im Jahr 2014 eine deutlich geringere Zahl von ICD-Neuimplantationen gegenübersteht. Aufgrund der schwierigen Vorhersage der Gefahr eines plötzlichen Herztodes seien eigentlich deutlich mehr ICD-Implantationen notwendig. Hinzu käme, dass nur ein Drittel der ICD-Patienten während der Batterielaufzeit auch einen Schock durch den ICD (adäquat oder inadäquat) erhalte. Hingewiesen wird auch darauf, dass die neuen Entwicklungen der ICD-Therapie (bspw. Hinzunahme der kardialen Resynchronisation, Integration des Home-Monitoring in den ICD) für die heutigen ICD-Patienten im Vergleich zu den in den älteren Studien eingeschlossenen ICD-Patienten ein verbessertes Überleben versprechen (ebd.).

Die Implantation von Defibrillatoren ist von der externen Qualitätssicherung der bundes-deutschen Krankenhäuser umfasst. Dabei wird jährlich retrospektiv auch ermittelt, für welchen Teil der Patienten, bei denen erstmals ein ICD eingebaut worden ist, die Entscheidung zur Operation „leitlinienkonform“ getroffen worden ist. Bis zum Jahr 2016 bildete eine ältere Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung die Grundlage für die Regeln zur Ergebnisermittlung für den Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation“. In diesem Jahr wurde bei 94,4 Prozent aller Patienten, denen erstmalig ein Defibrillator implantiert worden war, die Entscheidung zur Implantation in Übereinstimmung mit der o. g. Leitlinie gestellt.²⁹ Dies bedeutet, dass die Indikation zur ICD-Implantation bei etwa 1.600 Patienten nicht leitlinienkonform gestellt wurde. Allerdings waren 114 von 771 Kliniken (14,8 %), die im Jahr 2016 Defibrillatoren implantiert hatten, bzgl. der Qualität der Indikationsstellung rechnerisch auffällig (IQTIG 2017). Diese Ergebnisse waren veröffentlichungspflichtig, so dass sich Patienten bei Interesse über die spezifische Qualität der Indikationsstellung einzelner Krankenhäuser informieren konnten.

Ab dem Jahr 2017 gelten für den Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ im Rahmen der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser neue Rechenregeln. Sie beziehen sich seitdem auf die 2015 veröffentlichte Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) „Ventrikuläre Arrhythmien und Prävention des plötzlichen Herztodes“. Das Ergebnis des Indikators verschlechterte sich in der Folge deutlich. Im Jahr 2017 lag der Anteil der Patienten, bei denen die Indikation zur ICD-Implantation leitlinienkonform gestellt war, nur noch bei etwa 89 Prozent aller Fälle. Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser stieg von 313 auf 763 Krankenhäuser (41%). 105 dieser Krankenhäuser (ca. 14 %) wichen auch signifikant vom Referenzwert ab, der für mindestens 90 Prozent aller Fälle eine leitlinienkonforme Indikationsstellung fordert. Die gravierende Verschlechterung der Qualität der Indikationsstellung ist nach Berechnungen des für die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser verantwortlichen Instituts IQTIG primär auf die Berücksichtigung einer Empfehlung der neuen ESC-Leitlinie für primärpräventive ICD-Implantationen in den Rechenregeln des Qualitätsindikators zurückzuführen. Zur Primärprophylaxe sind diese erst dann indiziert, wenn für mindestens drei Monate eine optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie durchgeführt wurde, ohne dass sich hierdurch das Risiko eines plötzlichen Herztods ausreichend gemindert hat (IQTIG 2017). Nach Einschätzung des IQTIG zeigen die Ergebnisse, „... dass derzeit anscheinend zu viele Defibrillatoren eingesetzt werden, bevor der Erfolg der medikamentösen Therapie ausreichend lange evaluiert wurde“ (IQTIG 2017: 52).

Im Deutschen Herzbericht 2018 wird konstatiert, dass trotz der rückläufigen Zahl von ICD-Implantationen die Neuimplantationsrate pro eine Million Einwohner in Deutschland im Vergleich zu Schweden und der Schweiz weiterhin erheblich höher ausfällt. Da auch in diesen Ländern die Raten rückläufig sind, sei der Unterschied zwischen den Ländern nahezu unverändert geblieben, was sich weder durch unterschiedliche demographische Bevölkerungsstrukturen noch durch ein unterschiedliches ökonomisches Leistungsvermögen der jeweiligen Länder begründen lasse (Herzstiftung 2018).

5.5.3.4 Ursachen und Einflussfaktoren

Es kann nicht geklärt werden, auf welche Faktoren der Rückgang der ICD-Implantationen in den Jahren 2016 und insbesondere 2017 zurückzuführen ist. Vermutlich handelt es sich im Jahr 2017 um ein Zusammentreffen mehrerer extern getriggelter Einflüsse. Hierzu dürf-

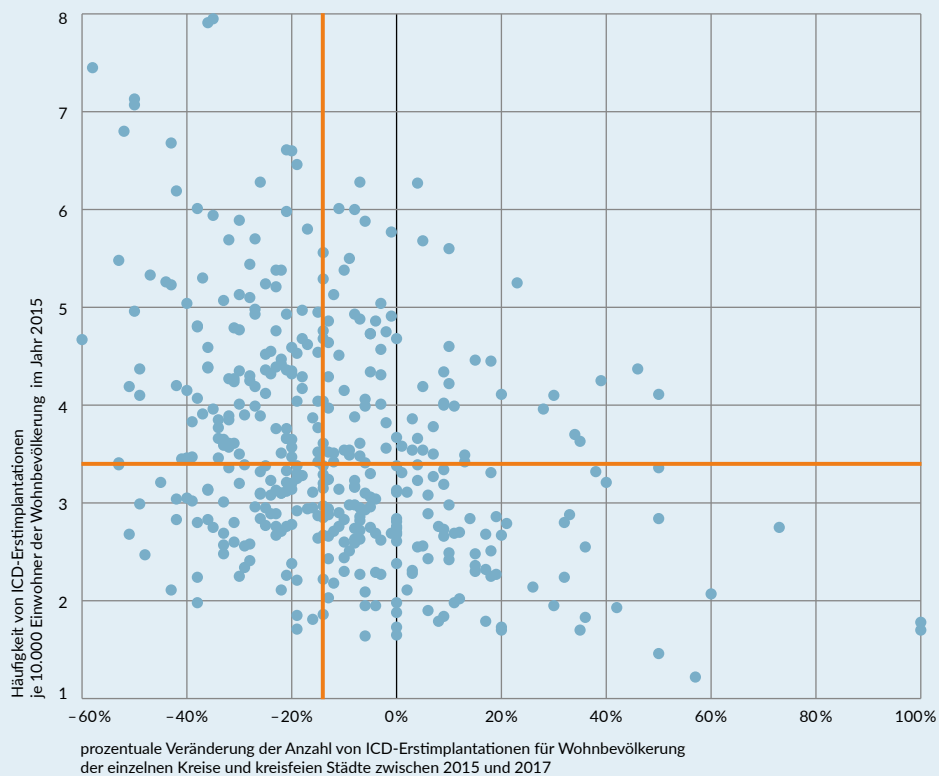
²⁹ Als Referenz- bzw. Zielbereich ist bei diesem Indikator ein Anteil von mindestens 90 Prozent vorgesehen.

ten insbesondere das Vorliegen neuer Studienergebnisse, die zu Anpassungen in der Indikationsstellung geführt haben können (siehe vorn), die 2017 erstmalig durchgeführte Sachkostenkorrektur sowie die Berücksichtigung der neuen ESC-Leitlinie auch in der externen Qualitätssicherung der Indikationsstellung zur ICD-Erstimplantation zählen.

Die erstmalige Abnahme der Zahl von Krankenhäusern, die ICD-Implantationen durchführen, könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Leistungssegment unter diesen veränderten Voraussetzungen weniger attraktiv ist. Es ist wahrscheinlich, dass zukünftig kaum noch mit Neueintritten von Krankenhäusern in das Leistungsfeld zu rechnen ist. Die frühere starke Zunahme der ICD-Erstimplantationen war vorrangig durch neu in diesen Leistungsbereich eingetretene Krankenhäuser und Krankenhäuser mit (bislang) geringen Mengen verursacht worden (Fürstenberg und Schiffhorst 2013). Vorstellbar ist auch, dass nach Jahren des Wachstums und hoher Implantationsraten eine gewisse Sättigung der Nachfrage erreicht sein könnte, wogegen es auch andere Ansichten gibt (Kapitel 5.5.3.2).

Ob auch die unter den Kardiologen intensivierte Diskussion um die Notwendigkeit einer strengeren Indikationsstellung zum Rückgang der Fallzahlen beigetragen hat, kann nicht eingeschätzt werden. In diesem Zusammenhang sei auf die Abbildung 13 verwiesen. Dort ist für die 400 Landkreise und kreisfreien Städte Deutschlands dargestellt, wie sich die Anzahl

ABBILDUNG 13: ICD-Erstimplantationen: Prozentuale Mengenentwicklung und Häufigkeit je 10.000 Einwohner



Quelle: Sonderauswertung der DRG-Statistiken 2015 und 2017 (Statistisches Bundesamt), eigene Darstellung IGES 2019

| BertelsmannStiftung

der ICD-Erstimplantationen³⁰ für die Wohnbevölkerung der Kreise zwischen 2015 und 2017 prozentual entwickelt hat (Deutschland: – 14,2 %) und wie hoch die Zahl der ICD-Erstimplantationen der Bevölkerung in diesen Kreisen je 10.000 Einwohner der Wohnbevölkerung im Jahr 2015 ausgefallen ist (Deutschland: 3,42).³¹

Zwischen der Höhe der Prozedurenhäufigkeit des Jahres 2015 je 10.000 Einwohner und der prozentualen Mengenveränderung zwischen 2015 und 2017 besteht ein negativer Zusammenhang mittlerer Stärke (bevölkerungsgewichteter Korrelationskoeffizient: – 0,30). Dies bedeutet, dass für die Bevölkerung in Kreisen mit einer hohen Prozedurenhäufigkeit im Jahr 2015 die Zahl der ICD-Erstimplantationen prozentual stärker rückläufig war als in Kreisen mit einer niedrigen Prozedurenhäufigkeit. Dies ist unmittelbar plausibel, da in den Kreisen mit einer hohen Prozedurenhäufigkeit ein größeres Potenzial für eine Mengenreduktion vorhanden ist, und könnte auch auf eine sorgfältigere Indikationsstellung in Kreisen mit hoher Prozedurenhäufigkeit hindeuten.

In 98 Kreisen und kreisfreien Städten (24,5 %) lag die Inanspruchnahme von ICD-Erstimplantationen seitens der Wohnbevölkerung im Jahr 2017 allerdings über der des Jahres 2015. Von diesen 98 Kreisen und kreisfreien Städten lag die Prozedurenhäufigkeit bei 31 (31,6 %) bereits im Jahr 2015 über dem bundesdeutschen Durchschnitt.

5.5.3.5 Verbesserungsansätze

Die Entwicklung im Leistungsfeld ICD-Implantationen wird durch die externe Qualitätssicherung weiter verfolgt. Dabei dürfte ein besonderes Augenmerk auf dem Qualitätsindikator „leitlinienkonforme Indikation“ zur ICD-Erstimplantation gerichtet bleiben. Die oben beschriebene Anpassung der Rechenregeln für diesen Indikator wird aller Voraussicht nach zur Folge haben, dass sich die Qualität der Indikationsstellung für die ICD-Implantation bundesweit stärker vereinheitlicht. Die externe Qualitätssicherung kann als ein probates Instrument angesehen werden, den etwaigen Ursachen für eine Überversorgung mit Krankenhausleistungen entgegenzuwirken. Ab dem Jahr 2018 sollen zudem erstmalig auch für die ICD-Implantationen Follow-up-Auswertungen möglich sein, die auf eine verstärkte Transparenz bei Prozess- und Ergebnisqualität zielen (IQTIG 2018).

Zur Entscheidungsunterstützung für Patienten wurde vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ein Patientenblatt zur Frage „Herzschwäche – Soll ich mir einen ICD einsetzen lassen?“ entwickelt.³² Es ist Bestandteil der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Wie häufig das Patientenblatt im Arzt-Patienten-Gespräch oder zu dessen Vorbereitung Verwendung findet, ist nicht bekannt. Die ausführliche Erörterung von Nutzen und Risiken der ICD-Implantation vor einer Entscheidung zur ICD-Implantation ist ein wichtiger Hebel zur Vermeidung etwaiger Überversorgung. So führen Reinke et al. (2016) aus: „Sofern für die weiter vorn genannten speziellen Patientengruppen (vgl. Kapitel 5.5.2.3; *Anm. der Verfasser*) tatsächlich weiterhin eine Überversorgung mit Defibrillatoren vorliegt, [können] eine individuelle Beurteilung in Anlehnung an Leitlinien und entsprechende Beratung von Patienten [...] hier wertvoll sein“.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hat entschieden, folgende Negativempfehlung in den „Klug entscheiden“-Sammelband der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin aufzunehmen: „Innerhalb der ersten 40 Tage nach Herzinfarkt soll KEINE primärpräven-

30 Hier ohne Systemumstellungen von einem Herzschrittmacher auf einen Defibrillator.

31 Eine Region mit einer Mengensteigerung um 400 Prozent wurde nicht berücksichtigt.

32 www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/herzinsuffizienz/ph/hi-2aufl-pi-icd.pdf

tive ICD-Implantation durchgeführt werden“. Ob diese Negativempfehlung wirklich eine in Deutschland existente Überversorgung illustriert, wurde offengehalten, da diese durch prospektiv erhobene Daten der Versorgungsforschung nicht ausreichend belegt sei. Ziel der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ist, wissenschaftlich Projekte zu initiieren, um die Versorgungsqualität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen prospektiv zu erfassen und das Ausmaß von Über- und Unterversorgung zu objektivieren (Baldus et al. 2019).

Literatur

Baldus S., Werdan K., Levenson B., und Kuck K. H. (2019): Klug entscheiden in der Kardiologie: Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Morbiditäts- und Mortalitätsursachen in Deutschland; daher ist eine adäquate und an Leitlinien orientierte Versorgung der Patienten wichtig. In: Klug entscheiden – Sammelband 2019. Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 115: Hefte 13 (2016) bis 18 (2019).

Block M. (2016): Wir implantieren zu viele ICD – Kontra. Herz, 41 (2), 116–119. DOI 10.1007/s00059-016-4407-7.

Böcker D. (2016): In Deutschland werden zu viele ICD implantiert: Pro. Herz, 41 (2), 111–115.
DOI: 10.1007/s00059-016-4404-x.

Defi-Liga e. V. (2018): Eröffnungsvortrag: „Implantieren wir zu viele Defis?“ von Dr. Florian Reinke. www.defi-liga.de/index.php/tagungen/46-tagung-2018-30-jahre-defi-liga/323-eroeffnungsvortrag-implantieren-wir-zu-viele-defis-von-dr-florian-reinke [Abruf am 21.8.2019].

Deneke T., Borggrefe M., Hindricks G., und Eckardt L. (2017): Kommentar zu den ESC-Leitlinien 2015 „Ventrikuläre Arrhythmien und Prävention des plötzlichen Herztodes“. Der Kardiologe, 11 (1), 27–43.
DOI: 10.1007/s12181-016-0115-z.

Fachgruppe (Fachgruppe Herzschrittmacher und Defibrillatoren beim IQTIG – Institut für Qualitätssicherung) (2017): Jahresbericht 2016 des Deutschen Herzschrittmacher- und Defibrillator-Registers – Teil 2: Implantierbare Cardioverter-Defibrillatoren (ICD). <https://pacemaker-register.de/wp-content/uploads/Jahresbericht-2016-des-Deutschen-Herzschrittmacher-und-Defibrillatorregister-Teil-2-Implantierbare-Cardioverter-Defibrillatoren-ICD.pdf> [Abruf am 21.8.2019].

Fürstenberg T., und Schiffhorst G. (2013): Mengenentwicklung und deren Determinanten in ausgewählten Bereichen der Kardiologie. In: Klaber J., Geraedts M., Friedrich J., und Wasem J. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart 2013. 135–156.

Herzstiftung (Deutsche Herzstiftung e. V.) (2018): Deutscher Herzbericht 2018. Dezember 2018.

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2016): Qualitätsreport 2016. https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Qualitaetsreport-2016.pdf [Abruf am 21.8.2019].

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2017): Qualitätsreport 2017. https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Qualitaetsreport-2017_2018_09_21.pdf [Abruf am 21.8.2019].

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2018): Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL: Implantierbare Defibrillatoren-Implantation – Erfassungsjahr 2018. Stand 30.4.2019. https://iqtig.org/downloads/auswertung/auswertung/2018/09n4defiimpl/QSKH_09n4-DEFI-IMPL_2018_QIDB_V03_2019-04-30.pdf [Abruf am 21.8.2019].

Køber L., Thune J. J., Nielsen J. C., und Pehrson S. (2016): DANISH Investigators. Defibrillator Implantation in Patients with Nonischemic Systolic Heart Failure. New England Journal of Medicine, 375 (13), 1221–1230.
DOI: 10.1056/NEJMoa1608029.

Reinke F., Köbe J., Eckardt L., und Böcker D. (2016): ICD-Therapie in Deutschland: Über- oder Unterversorgung? Aktuelle Kardiologie, 5 (04), 266–270. DOI: 10.1055/s-0042-112216.

5.6 Versorgung am Lebensende

5.6.1 Überversorgungsstatements zum Leistungsbereich

Die Versorgung am Lebensende ist in mehreren der im Rahmen der Voruntersuchung recherchierten Quellen thematisiert worden. Die dort berichteten Ergebnisse bzw. getroffenen Aussagen zu Überversorgung bzw. -therapie beziehen sich nahezu ausschließlich auf Krebserkrankungen. Insgesamt fokussiert sich die fachliche Diskussion zu einer adäquaten medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung am Lebensende international und national sehr stark auf Krebserkrankungen. Daher finden sich Versorgungsstudien, Leitlinien und andere Versorgungsempfehlungen sowie Publikationen zur Überversorgungsproblematik in der letzten Lebensphase überwiegend zu onkologischen Erkrankungen, da diese, nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2017: 37 % aller Sterbefälle), mit einem Anteil von etwa 25 Prozent aller Sterbefälle die zweithäufigste Todesursache in Deutschland sind (Todesursachenstatistik der Statistisches Bundesamts), eher langsam fortschreiten und eine vergleichsweise lange letzte Erkrankungsphase aufweisen. Dennoch ließen sich in den weitergehenden Recherchen zu diesem Beitrag auch eine Reihe von Hinweisen auf eine Überversorgung auch in der Endphase von nicht onkologischen Erkrankungen finden.

5.6.2 Einführung in das Thema

Für die letzte Lebensphase bzw. die Sterbephase existieren keine international einheitlichen Definitionen. Für die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (im Folgenden: S3-Leitlinie Palliativmedizin) beschreibt die Sterbephase „die letzten Tage des Lebens, in denen durch die Erkrankung die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Sterbenden zunehmend eingeschränkt sind“. Basierend auf einer internationalen Expertenempfehlung und der verfügbaren Evidenz, definiert die Leitlinie die Sterbephase „als die letzten drei bis sieben Tage des Lebens“ und empfiehlt, die Einschätzung, „ob die Sterbephase eines Patienten ... begonnen hat, im Rahmen einer interprofessionellen Diskussion zu treffen“. Der Sterbevorgang solle „weder beschleunigt noch hinausgezögert“ werden (Leitlinienprogramm Onkologie 2015: 149). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unterscheidet zwischen der Terminal- und der Sterbephase. Die Terminalphase ist demnach dadurch gekennzeichnet, „dass eine progrediente Erkrankung deutlich die Aktivität des Betroffenen beeinträchtigt und sich zumeist über Wochen bis Monate hinziehe, bevor sie in die Sterbephase münde. Die Sterbephase umfasse die letzten Stunden (selten Tage) des Lebens (DGP 2013). Internationale und nationale Studien zur medizinischen Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase betrachten Zeiträume zwischen zwölf Monaten und sieben Tage vor dem Tod. Die eigentliche Sterbephase wird auf 14 bis drei Tage eingegrenzt (Cardona-Morell et al. 2016; Dasch et al. 2017; Radbruch et al. 2015).

Häufig wird die letzte Lebensphase auch synonym mit der Phase gesehen, in der palliativmedizinische Maßnahmen einsetzen. Die DGP definiert Palliativmedizin als „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung“ (DGP 2003). Gemäß der S3-Leitlinie Palliativmedizin verfolgt Palliativmedizin bzw. Palliativversorgung das Ziel, „die Lebensqualität von Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung und ihren Angehörigen zu verbessern oder zu erhalten“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2015: 11). Im Vordergrund stehe daher die Prävention und Linderung von Leiden, nicht erst in der Sterbephase, sondern bereits frühzeitig im Verlauf bei unheilbaren Erkrankungen (Leitlinien-

programm Onkologie 2015; Leopoldina und Union der deutschen Akademien 2015). Allerdings benötigt nicht jeder Sterbende eine Palliativversorgung, „denn das Sterben ist zwar häufig, aber nicht zwangsläufig mit körperlichen Beschwerden oder mit psychosozialen oder spirituellen Problemen verbunden“ (Leopoldina und Union der deutschen Akademien 2015: 12).

An der primären Zielsetzung bestmöglicher Linderung von Leiden und Erhaltung von Lebensqualität setzen Leitlinien und sonstige Empfehlungen zur Versorgung am Lebensende neben Positivempfehlungen für Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen, Atemnot und weiteren häufigen Symptomen auch einen Schwerpunkt auf Negativempfehlungen zur Vermeidung von unnötigen bzw. belastenden und schädlichen klinischen Aktivitäten.

Einen expliziten Bezug zur Versorgung in der letzten Lebens- bzw. Sterbephase enthalten innerhalb der „Klug entscheiden“-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin insbesondere die Negativempfehlungen in den Beiträgen zur Palliativmedizin (Alt-Epping 2019) und zur Hämatologie und Onkologie (Krause 2019). Auch die S3-Leitlinie Palliativmedizin enthält eine Reihe von Negativempfehlungen, die sich vorrangig auf die Sterbephase beziehen. Zudem enthält das „Choosing Wisely“-Kapitel zur Geriatrie (Gogol 2019) eine Reihe von Negativempfehlungen mit hoher Relevanz auch für die medizinische Versorgung in der letzten Lebensphase. Professor Alt-Epping stellt einleitend zu den „Choosing Wisely“-Empfehlungen der DGP zur Palliativmedizin fest, dass „... die Vermeidung von Überversorgung und Futility – verstanden als der Einsatz nicht (oder nicht mehr) indizierter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen – in der letzten Lebensphase, insbesondere im Sterbeprozess, aus medizinischen und aus individual- und gesellschaftsethischen Gründen in besonderer Weise geboten“ sei (Alt-Epping 2019: 65). Daher sollten grundsätzlich Maßnahmen, „die den Sterbeprozess hinauszögern oder die Patienten zusätzlich belasten, unterlassen werden“. Dazu gehöre insbesondere, „dass in dieser Situation nicht mehr indizierte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen und Medikationen unterlassen beziehungsweise beendet werden“, fordert auch Birgitt van Oorschot, Strahlentherapeutin und Professorin am Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin am Universitätsklinikum Würzburg. Wenn dies nicht unterlassen werde, könne man „von Überversorgung oder überengagierter Versorgung (‘overuse’, ‘aggressive treatment’) am Lebensende“ sprechen, da davon auszugehen sei, dass in dieser Situation der potenzielle Schaden den Nutzen überwiegt“ (van Oorschot 2018).

Die auf die Vermeidung von Überversorgung am Lebensende abzielenden Empfehlungen der genannten Quellen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- In der Sterbephase sollten „medizinische, pflegerische und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden“ (Alt-Epping 2019: 67). Dazu gehörten u. a. klinische Maßnahmen wie beispielsweise „Beatmung, Dialyse/Hämofiltration, Intensivtherapie, die Defibrillator- / Kardioverterfunktion, implantierte Devices als auch Lagerungsmaßnahmen zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe, Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptommelinderung besteht“ (ebd.: 67). Darüber hinaus sollten „nur Medikamente neu angesetzt oder weitergeführt werden, die das Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität in der Sterbephase fördern. Dies umfasst v. a. die Substanzklassen Opioide, Antipsychotika, Benzodiazepine und Anticholinergika“ (Alt-Epping 2019; Leitlinienprogramm Onkologie 2015: 163).

- Hinsichtlich von Maßnahmen zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr empfiehlt die Leitlinie Palliativmedizin, dass diese bei Sterbenden „nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall (z. B. Stillen von Hunger und Durst)“ nicht durchgeführt werden sollten. Für Patienten mit fortgeschrittener Demenz wird in einer Empfehlung der „Choosing Wisely“-Initiative für die Geriatrie von einer Ernährung durch eine Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG) abgeraten. Eine intensive und sorgfältige Unterstützung („careful hand-feeding“) für Patienten mit schwerer Demenz sei „hinsichtlich der Ergebnisse Sterblichkeit [...] und Wohlbefinden mindestens so effektiv wie eine Sondenernährung durch PEG“ (Gogol 2019: 59). Nicht zuletzt würde normale Nahrung von Patienten bevorzugt. Sondenernährung sei assoziiert mit Agitationszuständen, vermehrtem Einsatz von mechanischen und medikamentösen Fixierungsmaßnahmen und der Verschlechterung von Dekubitalulzera. Damit folgen die deutschen Empfehlungen den Ergebnissen internationaler Übersichtsarbeiten sowie den Empfehlungen des Positionspapiers der European Association for Palliative Care (Radbruch et al. 2015).
- Speziell für Krebserkrankungen wird, u. a. gestützt auf Ergebnisse US-amerikanischer Studien zur Chemotherapie im Endstadium einer Krebserkrankung (Earle et al. 2003; Earle et al. 2008; Prigerson et al. 2015), empfohlen, eine spezifische Therapie bei Patienten mit soliden Tumoren nicht durchzuführen, wenn u. a. folgende Kriterien vorliegen: schlechter Allgemeinzustand, kein Ansprechen bei vorherigen evidenzbasierten Tumorthapien sowie keine harte Evidenz, die den klinischen Nutzen weiterer Tumorthapie unterstützt. In einer solchen Situation sei „mit großer Sicherheit“ zu erwarten, „dass Patienten objektiv nicht von einer weiteren systemischen Tumorthapie profitieren werden“ (Krause 2019: 56). In der Sterbephase sollten „... tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen ... beendet werden“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2015: 163).

5.6.3 Überversorgungsbefunde/-probleme

„Überversorgung am Lebensende“ ist eine facettenreiche und vielschichtige Thematik, die bereits seit längerer Zeit sowohl in klinischen und wissenschaftlichen Fachkreisen als auch in der breiten Öffentlichkeit diskutiert wird.

In einer Presseerklärung begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Präventionsmedizin (DGP), „dass das Thema Überversorgung am Lebensende aktuell von medizinischen Fachgesellschaften und den Medien aufgegriffen und intensiv diskutiert wird. Übertherapie am Lebensende kann nicht nur zu falscher Ressourcenverteilung, sondern auch zu inhaltlicher Unterversorgung führen“ (DGP 2016).

Innerhalb der Palliativmedizin, aber auch innerhalb der Hämatologie und Onkologie, der Intensivmedizin und anderen medizinischen Fachgebieten besteht mittlerweile ein breiter fachlicher Konsens nicht nur hinsichtlich der generellen Problematik einer Übertherapie am Lebensende (ebd.), sondern auch dahingehend, dass eine frühzeitige palliativmedizinische (Mit-)Versorgung die Risiken von Überdiagnostik und -therapie am Lebensende verringern kann.³³ Diese ist aber in Deutschland längst noch nicht flächendeckend gewährleistet (siehe weiter unten). In einer Übersichtsarbeit zur frühzeitigen spezialisierten palliativmedizinischen Mitbehandlung stellen die Palliativmediziner und Onkologen J. Gärtner, U. Wedding und B. Alt-Epping fest, dass zahlreiche Studien zur Ergänzung der onkologischen Behandlung durch die Mitbehandlung bzw. Beratung durch Teams der spezialisierten

33 An der S3-Leitlinie Palliativmedizin, die eine frühzeitige Einbindung der Palliativmedizin in die Versorgung von Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen empfiehlt, war u. a. ein breites Spektrum medizinischer Fachgesellschaften beteiligt.

Palliativmedizin in früher palliativer Behandlungssituation zahlreiche Aspekte verbessert haben. „Eine Verbesserung zeigte sich u. a. in folgenden Bereichen: bessere Lebensqualität, weniger depressive Symptome, längere Zeit zwischen letzter Chemotherapie und Tod, weniger Chemotherapie in den letzten 60 Lebenstagen, weniger Notaufnahmen, häufigere hospizliche Mitbetreuung, besseres Krankheitsverständnis und verlängertes Überleben“ (Gärtner et al. 2015: 83).

5.6.3.1 Übersorgung bei Krebspatienten

In den „Choosing Wisely“-Empfehlungen zur Onkologie wird angemerkt, dass oft gegen die Empfehlungen zur Beendigung von Chemotherapien verstoßen werde. Dies führe dazu, dass ein erheblicher Anteil an Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung bis kurz vor dem Lebensende mit Chemotherapie behandelt werde, „obwohl sich dadurch die Lebenserwartung nicht verbessern lässt und die Lebensqualität aufgrund der Nebenwirkungen verschlechtert werden kann“ (Krause 2019: 56). Zudem bestehe „... eine Korrelation zwischen einer bis ans Lebensende fortgesetzten Tumorthherapie und weiteren intensiven Maßnahmen am Lebensende“ (ebd.: 56).

Auch für Deutschland liegen zum Einsatz von Chemotherapien in der letzten Lebensphase von Krebspatienten eine Reihe von aktuellen Untersuchungen vor. Einer im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführten Analyse zur Palliativversorgung auf der Grundlage von Kassendaten (im Folgenden: Faktencheck Palliativversorgung) zufolge erhalten rund zehn Prozent der Krebspatienten in ihrem letzten Lebensmonat eine Chemotherapie. Für die Autoren der Studie bedeutet dies eine „Fehlversorgung“, da „Patienten trotz kurzer Lebenserwartung belastenden Behandlungsmaßnahmen unterzogen werden“ (Radbruch et al. 2015: 14). Bei der Durchführung einer Chemotherapie in der letzten Lebensphase sei deshalb zu fragen, wie weit diese Maßnahme noch indiziert sei. Unter Bezug auf eine US-amerikanische Studie, die negative Effekte einer palliativen Chemotherapie auf die Lebensqualität von Krebspatienten im Endstadium ihrer Erkrankung ergab (Prigerson et al. 2015), argumentieren die Autoren, dass für den gewählten Zeitraum des letzten Lebensmonats generell unterstellt werden könne, „dass die Belastungen durch den Aufwand für die Therapie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die potenziellen Vorteile überlagern“ (ebd.: 14). In diesem Zusammenhang wird das Konzept der palliativen Chemotherapie von Klinikern, insbesondere Palliativmedizinerinnen, angezweifelt. Für die Palliativmediziner und Schmerztherapeuten M. Thöns und T. Sitte wird gar das Wort „palliativ“ „... selten ... so unangemessen verwendet wie beim Thema Chemotherapie“ (Thöns und Sitte 2019: 24). Sie begründen ihre prononcierte Aussage u. a. auf eine von Professor Alt-Epping (Verfasser der „Choosing Wisely“-Empfehlungen für die Palliativmedizin) mitverfasste systematische Übersicht über onkologische Therapiestudien mit dem Titel „Symptomlinderung durch Tumorthherapie?“ (Alt-Epping et al. 2018). Demnach wiesen von 2.229 identifizierten Studien zur medikamentösen Tumorthherapie lediglich 13 Studien eine Schmerzlinderung bzw. eine Verbesserung der Lebensqualität als primäre Endpunkte auf. Von diesen zeigten zehn Studien eine Verbesserung von Lebensqualitätsparametern durch den Einsatz systemischer Tumorthérapien.

Kritisch äußert sich auch der Neurologe und Palliativmediziner Professor Gian Domenico Borasio, seit 2011 Inhaber des einzigen Schweizer Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne und Lehrbeauftragter für Palliativmedizin an der Technischen Universität München, zu Chemotherapien am Lebensende: „Durch Übertherapie am Lebensende sterben wir nicht nur schlechter, sondern auch früher. Überspitzt formuliert, könnte man die Übertherapie am Lebensende als die häufigste Form der aktiven Lebensverkürzung in Deutschland bezeichnen“ (Simman 2018). Professor Borasio weist auch auf die öko-

nomischen Implikationen dieser Form von Übertherapie am Lebensende hin: Wenn man die lebensverlängernde Wirkung vieler Krebsmedikamente mit der Wirkung der Palliativmedizin vergleiche, gebe es keinen Unterschied. „Aber einige dieser Medikamente kosten 100.000 Euro und mehr und haben starke Nebenwirkungen. Die US-Daten zeigen hingegen, dass die Palliativmedizin dem Gesundheitssystem – unter anderem durch die Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen – im Schnitt jeden Tag 117 US-Dollar pro Patient spart“ (Simman 2018).

Neue Herausforderungen bei der Umsetzung der Grundsätze für tumorspezifische Therapien am Lebensende sieht Birgitt van Oorschot, Professorin am Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin am Universitätsklinikum Würzburg, zudem in den sogenannten individualisierten Tumorbehandlungen durch Antikörper- und Immuntherapien. Diese Therapien würden „oft auch in weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien durchgeführt“ und weckten „bei den Betroffenen und ihren Angehörigen viel Hoffnung“. Allerdings fehlten für diese neuen Substanzen „evidenz- oder expertenkonsensbasierte Empfehlungen zur Therapiebegrenzung am Lebensende“ (van Oorschot 2018). Einer unter ihrer Beteiligung durchgeführten Studie zufolge bewegte sich der Anteil von in den letzten beiden Lebenswochen chemotherapeutisch behandelten Krebspatienten indikationsabhängig zwischen acht und 30 Prozent (van Oorschot et al. 2016). Eine Untersuchung von Dasch et al. (2017) zur Behandlung von Krebspatienten an einer deutschen Universitätsklinik ergab, dass 7,7 Prozent der Patienten in ihren letzten sieben Lebenstagen sowie 38,3 Prozent in ihrem letzten Lebensmonat eine Chemotherapie erhielten. In dieser Untersuchung wird auch über weitere belastende medizinische Interventionen berichtet: In den letzten sieben Lebenstagen wurden 8,5 Prozent der Patienten reanimiert, 15,2 Prozent operiert und zwölf Prozent dialysiert. Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass Übertherapien bei sterbenden Krebspatienten nach wie vor die Realität in deutschen Krankenhäusern seien (Dasch et al. 2017), und bestätigen die in den „Choosing Wisely“-Empfehlungen genannten Zusammenhänge zwischen einer Überversorgung mit Chemotherapie am Lebensende und einer solchen mit anderen invasiven Maßnahmen.

5.6.3.2 Überversorgung bei nicht onkologischen Patienten

In ihrem Beitrag „Überengagierte Versorgung am Lebensende“ im Deutschen Ärzteblatt weist die Strahlentherapeutin und Palliativmedizinerin Birgitt van Oorschot unter Bezugnahme auf internationale Studien darauf hin, dass nicht nur Tumorkrankpatienten, sondern auch multimorbide und fortschreitend erkrankte, nicht onkologische Patienten mit limitierter Prognose überengagiert behandelt werden. Vorab sinnvolle Verordnungen würden viel zu selten beziehungsweise zu spät kritisch hinterfragt. Es gebe „... ausreichend Evidenz, dass insbesondere Statine, Antihypertensiva, Antikoagulantien und antihyperglykämische Medikamente in der Regel in den letzten 3 Lebensmonaten nicht nur nutzlos sind, sondern auch schaden können“ (van Oorschot 2018).

Ein weiteres Beispiel für eine überengagierte Versorgung am Lebensende bei nicht onkologischen Patienten stellt die Anlage einer PEG-Sonde in den letzten drei Lebensmonaten bei Patienten mit Demenz dar. Durch eine PEG („perkutane endoskopische Gastrostomie“) wird für die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr ein künstlicher Zugang zum Magen durch die Bauchdecke angelegt. Die „Choosing Wisely“-Empfehlungen für die Geriatrie raten von einer PEG-Anlage bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ab (s. o.). Der Faktencheck Palliativversorgung ermittelte für die Jahre 2010 bis 2014 einen Anteil von drei Prozent der Verstorbenen mit Demenzdiagnose mit PEG-Anlage in den letzten drei Lebensmonaten und stellte fest, dass in der medizinischen Versorgung am Lebensende bei der Behandlung von Patienten mit Demenz eine Fehlversorgung stattfindet, „indem zu häufig – auch bei kurzer Lebenserwar-

tung – Ernährungssonden (PEG) eingesetzt“ werden (Radbruch et al. 2015: 15). Zugleich sei im Untersuchungszeitraum ein Rückgang von 3,3 Prozent im Jahr 2010 auf 2,7 Prozent im Jahr 2014 festzustellen. „Dies könnte mit der zunehmenden Verbreitung von Patientenverfügung und Vorsorgeplanung zusammenhängen sowie der Änderung des Betreuungsrechts im Jahr 2009 mit der gesetzlichen Regelung zur Gültigkeit von Patientenverfügungen“ (ebd.: 26).

Weitere Themen, die im Zusammenhang mit Übersorgung am Lebensende diskutiert werden, sind die Implantierung von Defibrillatoren bzw. Kardioverttern sowie akutstationäre Behandlungen. Für diese beiden Themen liegen allerdings im Gegensatz zu den bisher dargestellten Themen schwächere Belege einer Übersorgung vor. Für die „Choosing Wisely“-Empfehlungen für die Palliativmedizin sowie für die S3-Leitlinie gehört die Implantation von Defibrillatoren zu den Maßnahmen, die in der Sterbephase nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden sollten (s. o.). Gemäß Faktencheck Palliativmedizin wurde bundesweit bei 0,65 Prozent des untersuchten Versichertenkollektivs im letzten Lebensjahr ein Kardioverter implantiert. Entsprechende Anteilswerte für die Sterbephase liegen für Deutschland nicht vor. Da auch internationale Vergleichswerte fehlen, enthalten sich die Autoren einer Bewertung, ob dieser Anteilswert eine Übersorgung darstellt (Radbruch et al. 2015). Der Faktencheck untersuchte auch die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Lebensmonaten. Demnach kam es im untersuchten Kollektiv zu 1,7 akutstationären Behandlungen pro Versicherten mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 18,6 Tagen pro Versichertem in den letzten sechs Lebensmonaten. Die Autoren des Faktenchecks stellen deutliche Unterschiede auf Kreisebene und zwischen Ballungs- und ländlichen Räumen fest, treffen aber auch hier keine expliziten Übersorgungsaussagen (ebd.).

Demgegenüber liegen für die intensivmedizinische Versorgung eine Reihe von Publikationen von Intensivmedizinern und Anästhesisten vor, die explizit eine Übersorgung am Lebensende in diesem Versorgungsbereich feststellen. Die Palliativmediziner und Schmerztherapeuten M. Thöns und T. Sitte bezweifeln in einem Artikel in der Zeitschrift „Schmerzmedizin“ den Nutzen der Intensivmedizin bei multimorbiden Hochaltrigen oder bei schweren zerebralen Defiziten. Dennoch würden „auf deutschen Intensivstationen zunehmend multimorbide, ältere Patienten mit deutlich begrenzter Prognose aufgenommen“. Die Autoren berichten, dass beim europäischen Intensivkongress 2018 der Anteil von Übertherapie in der Intensivmedizin auf 50 Prozent geschätzt worden sei (Thöns und Sitte 2019: 24).

In einer aktuellen Ausgabe (Januar 2019) der Zeitschrift „Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin“ wird im Rahmen eines Themenschwerpunktes zur „Übertherapie in der Intensivmedizin“ insbesondere auch die intensivmedizinische Versorgung am Lebensende thematisiert. Ausgehend von der grundsätzlichen Feststellung, dass das Risiko einer Übersorgung bzw. Übertherapie in der Intensivmedizin in Industrienationen, aber v. a. in Deutschland außerordentlich hoch sei, werden neuere technischen Entwicklungen in der Intensivmedizin kritisiert. Beispielhaft werden extrakorporale Herz-Kreislauf-Unterstützungssysteme genannt, die „mittlerweile nahezu flächendeckend zum Einsatz“ kämen, obwohl „robuste Daten randomisiert kontrollierter Studien zur Effektivität in Bezug auf harte Endpunkte bei den allermeisten Krankheitsbildern“ fehlten. „Gerade am Lebensende“ werde „immer wieder der Einsatz einer sinnlosen Therapie“ beobachtet (Jannsens und Druml 2019: 192). Beispielsweise werde „ein erschreckend hoher Prozentsatz von schwer dementiellen Patienten auf Intensivstationen aufgenommen und künstlich beatmet, ohne dass dies mit positiven Effekten für den Patienten verbunden sei (Druml und Druml 2019). Intensivmediziner weisen auch darauf hin, dass Übertherapie nicht nur für Patienten schädlich sei, bei Angehörigen zu „erheblichen Langzeitfolgen mit Angst und Depression“ führen könne,

sondern auch negative Auswirkungen auf die intensivmedizinischen Behandlungsteams haben kann: „Beinahe alle Behandler nehmen auf der ITS regelmäßig Übertherapie wahr. Es gibt klare Belege, dass häufige Wahrnehmung von Übertherapie bei Behandlern mit Burn-out und erhöhter Kündigungsabsicht verbunden ist“ (Schwarzkopf 2019: 224). Als wesentliche Voraussetzung, intensivmedizinische Übertherapie mit ihren negativen Auswirkungen zu verhindern, wird festgestellt, dass wie bei allen Patienten „... eine klare ärztliche Indikation die Voraussetzung für eine intensivmedizinische Behandlungsoption darstellt und gleichzeitig auch die Grenzen einer solchen Intensivtherapie im Vorfeld gemeinsam mit den Patienten und Angehörigen ausgelotet werden müssen“ (Janns und Druml 2019: 192).

5.6.4 Ursachen und Einflussfaktoren

Die Problematik der Überversorgung am Lebensende ist vielschichtig, entsprechend komplex sind auch die Ursachen und Einflussfaktoren für diese Entwicklung. Aus Publikationen zur Situation in Deutschland lassen sich sowohl Faktoren identifizieren, die mit fachlichen, psychosozialen und kommunikativen Problemen in der individuellen Versorgung von Patienten in ihrer letzten Lebensphase zusammenhängen, als auch Faktoren, die auf versorgungsstrukturelle Defizite hindeuten.

Die Feststellung der letzten Lebens- bzw. der Sterbephase eines Patienten – eine wesentliche Voraussetzung für die Vermeidung von Überversorgung am Lebensende – ist häufig eine schwierige klinische Entscheidung: „Die Einschätzung der Prognose und das Erkennen der Sterbephase sind selten einfach“ (van Oorschot 2018). Dies betrifft nicht nur onkologische, sondern auch andere Erkrankungen, z. B. fortgeschrittene Demenz: „Die kurze Lebenserwartung wird bei Patienten mit Demenz oft nicht rechtzeitig erkannt, so dass die Anlage der PEG für den Arzt noch indiziert scheint“ (Radbruch et al. 2015: 26). Laut der S3-Leitlinie Palliativmedizin ist „... die Einschätzung ... zudem erschwert durch die Tatsache, dass andere, potentiell reversible Zustände sich ähnlich darstellen können“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2015: 150).

Die breit konsentrierte Forderung nach einer frühzeitigen Integration der Palliativmedizin in die Versorgung, um Überversorgung am Lebensende zu vermeiden, kontrastiert mit Aussagen und Studien, die strukturelle Defizite in der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland thematisieren. In der bereits zitierten Übersichtsarbeit von Gärtner et al. wird abschließend festgestellt, dass die Versorgungsstrukturen in Deutschland auf diese meist ambulant geleistete frühzeitige spezialisierte Palliativversorgung nicht eingestellt seien. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung beschränke sich bisher auf die Betreuung in häuslicher oder stationär-pflegerischer Umgebung und auf die letzten Lebenstage, -wochen oder -monate (Gärtner et al. 2015).

Der Faktencheck Palliativversorgung hat auch die Versorgung mit Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sowie mit der komplexen Palliativversorgung im Krankenhaus in Deutschland untersucht und deutliche Unterschiede sowohl auf Bundesland- als auch auf Kreisebene festgestellt. Der Faktencheck kommt zu dem Ergebnis, dass die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung in Deutschland bei weitem noch nicht flächendeckend umgesetzt sei. Vor allem in ländlichen Bereichen fehlten die spezialisierten Dienste. Zudem seien die Entfernungen bis zum nächsten Spezialisten zu weit. In Pflegeeinrichtungen würden die spezialisierten Dienste oft zu spät oder gar nicht hinzugezogen, obwohl dies in den gesetzlichen Regelungen ausdrücklich vorgesehen sei. Kritisch wird auch eine Fokussierung der Palliativversorgung auf Krebspatienten ange-

merkt, „während Patienten mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Herz-, Lungen- oder Nierenversagen oder neurologischen Krankheiten bislang nur selten Zugang zur Palliativversorgung haben, selbst wenn sie diese dringend benötigen. Auch bei vielen geriatrischen Patienten sowie Patienten mit Demenz sei in der letzten Lebensphase eine Palliativversorgung erforderlich, werde aber viel zu selten veranlasst“ (Radbruch et al. 2015: 11).

Einen weiteren Aspekt einer palliativmedizinischen Unterversorgung greift eine Untersuchung von Mehlis et al. zu Entscheidungen zur Therapiebegrenzung (TBE) in einer universitären Hämatologie und Onkologie auf. TBE seien wichtig, um Übertherapie am Lebensende zu verhindern. Diese würden jedoch nicht immer vorher mit dem Patienten besprochen oder ausreichend dokumentiert. Es wurde daher untersucht, „wie häufig TBE einem Todesfall vorausgehen und wie frühzeitig diese festgelegt werden“ (Mehlis et al.: 116). Die Untersuchung ergab, „dass die Ärzte bei der Mehrheit der verstorbenen hämatologisch-onkologischen Patienten zwar eine TBE festlegten, diese aber erst in der letzten Lebenswoche erfolgte“ (DMW o.J.). Dies birgt in der Bewertung der Autoren die Gefahr, „dass die Zeit bis zum Tod für Gespräche mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem medizinischen Team nicht ausreicht, um eine Versorgung zu gewährleisten, die den Wünschen des Patienten entspricht“ (ebd.).

Die Palliativmedizinerin Birgitt van Oorschot weist auf Schnittstellenprobleme zwischen Onkologen und Palliativmedizinern bei Krebspatienten hin: Die tumorspezifische Therapie liege in den Händen der Onkologen, die Finalversorgung außerhalb des Krankenhauses erfolge in der Regel durch Hausärzte, unterstützt durch SAPV-Teams, oder auf spezialisierten Palliativstationen beziehungsweise im Hospiz. Die frühe palliativmedizinische Mitbetreuung – wie in der S3-Leitlinie Palliativmedizin gefordert – sei noch nicht flächendeckend implementiert (van Oorschot 2018).

Nicht zuletzt wird auch auf (betriebs-)wirtschaftliche Faktoren hingewiesen, die gleichermaßen zu Übertherapie am Lebensende einerseits und palliativmedizinischer Unterversorgung andererseits beitragen. „Der generell hohe Anteil von Chemotherapie in den letzten 14 Lebenstagen“ spricht für den Vorsitzenden des G-BA, Professor Hecken, dafür, „dass die wahren Bedürfnisse multimorbider Patienten am Ende ihres Lebens wegen falscher Anreize im Vergütungssystem hintangestellt würden“ (Kuderna 2018). Die Palliativmediziner J. Thöns und T. Sitte verweisen auf die Vergütungsstrukturen insbesondere in der stationären Versorgung, die „zu einem Überangebot hochpreisiger und technikbasierter Behandlungsverfahren“ bei gleichzeitiger „Unterversorgung an mindestens ebenso indizierten, aber weniger profitablen, personalintensiven Therapien wie der Palliativversorgung“ beitragen (Thöns und Sitte 2019: 23).

5.6.5 Verbesserungsansätze

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin empfiehlt, dass der Arzt in der letzten Lebens- bzw. in der Sterbephase „... Unterstützung im Rahmen einer Diskussion im multiprofessionellen Team einholen“ sollte. Die Entscheidung sollte dokumentiert und – da dies in aller Regel auch dazu führe, dass therapeutische Maßnahmen je nach Angemessenheit ab- oder angesetzt werden – nach spätestens 72 Stunden reevaluiert werden. Zur Unterstützung der multiprofessionellen Begleitung von Sterbenden wird u. a. auch der Einsatz von evaluierten Instrumenten wie der „BCD (Best Care for the Dying)/Leitfaden Sterbephase“ empfohlen. Diese könnten helfen, die Kommunikation zwischen den Beteiligten zu strukturieren, die Individualität des Sterbens zu fördern und zuzulassen und zugleich „in einem verunsichern-

den Prozess Ruhe und Sicherheit zu vermitteln“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2015: 150). Auch für die Entscheidung, ob eine Chemotherapie unter Berücksichtigung der „Choosing Wisely“-Kriterien durchgeführt werden soll, werden validierte Instrumente zur Beurteilung des Allgemeinzustandes und der Verträglichkeit der vorgesehenen Therapie empfohlen (Frickhofen 2014).

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin stellt in einer Presseinformation fest: „Frühzeitige Integration der Palliativmedizin schützt vor Übertherapie am Lebensende.“ Die „Choosing Wisely“-Empfehlungen der DGHO werden explizit begrüßt. Man sei mit der onkologischen Fachgesellschaft „seit langem darum bemüht, das frühzeitige Miteinander von tumorspezifischen Therapien und palliativmedizinischer Behandlung, wie es dem Stand der Wissenschaft entspricht, in der klinischen Praxis umzusetzen“. Es wird betont, dass dieser frühintegrative Ansatz nicht nur für Krebspatienten, sondern auch „für die palliativmedizinische Mitbehandlung und Versorgung von pulmologischen, neurologischen, kardiologischen, geriatrischen und multimorbiden Patientinnen und Patienten“ gelte (DGP 2016).

Auch die spezielle Problematik einer intensivmedizinischen Überversorgung wurde von den zuständigen Fachgesellschaften aufgegriffen. In einem Konsensusstatement zur intensivmedizinischen Versorgung von Krebspatienten deutscher und österreichischer Fachgesellschaften für Intensivmedizin sowie für Onkologie und Hämatologie wird u. a. festgestellt, dass eine frühzeitige Integration interdisziplinärer Palliativteams für Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung im Endstadium eine „dringend erforderliche Maßnahme sei“, da sie u. a. zu weniger Aufnahmen bzw. kürzeren Aufenthalten auf Intensivstationen führe (Kiehl et al. 2018).

Im Hinblick auf die noch nicht flächendeckend umgesetzte allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung wurden im Faktencheck Palliativversorgung (Radbruch et al. 2015) u. a. folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet:

- Die Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung muss in Deutschland weiter gefördert werden.
- Die Vertragsstrukturen sollten in den Regionen mit schwächerer Versorgung geändert werden, um einen niedrigschwelligen Zugang zur Palliativversorgung zu ermöglichen. (Radbruch et al. 2015)

Durch das im Dezember 2015 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ sollen, insbesondere auch in strukturschwachen Regionen, die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut und die Anbieter palliativer Dienste besser untereinander sowie mit der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Regelversorgung vernetzt werden. Das umfangreiche Maßnahmenpaket des Gesetzes sieht u. a. eine Stärkung der Palliativpflege, Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), eine Förderung des weiteren Ausbaus der SAPV in ländlichen Regionen sowie eine Stärkung der stationären und ambulanten Hospizversorgung durch eine verbesserte Vergütung bestehender und die Etablierung bestehender Leistungen vor (BMG 2016). Aufgrund des kurzen Zeitraumes seit Inkrafttreten dieses Gesetzes lässt sich noch nicht beurteilen, inwieweit seine Maßnahmen bereits zu einer verbesserten Palliativversorgung und damit zu einem Abbau von Übertherapie am Lebensende in Deutschland geführt haben.

Insgesamt scheint erforderlich zu sein, der Messung der Versorgungsqualität am Lebensende mit dem Ziel der stetigen Verbesserung der Qualität der Versorgung eine hohe Aufmerksamkeit zu widmen. Hierfür könnten folgende Qualitätsindikatoren Verwendung

finden, die in der S3-Leitlinie Palliativmedizin, u. a. auf der Grundlage einer Studie von Earle et al. (2008) in den USA, bereits operationalisiert wurden:³⁴

- QI 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase
- QI 7: Beenden von medizinischen Maßnahmen in der Sterbephase (z. B. Dialyse, Hämofiltration oder Beatmung in der Sterbephase)
- QI 9: Vorausschauende Versorgungsplanung

Die Empfehlungen der Leitlinie zur Implementierung der Qualitätsindikatoren in allen Bereichen der Betreuung von Krebs- und Palliativpatienten sollten mit hoher Intensität vorangetrieben werden.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die eng zusammenhängenden Problematiken einer Übertherapie am Lebensende bzw. der palliativmedizinischen Unterversorgung durch Studien belegt und bei klinischen Experten und den relevanten Fachgesellschaften erkannt und breit diskutiert werden. Diese Diskussion hat aktuell auch bereits ihren Niederschlag in Leitlinien, Empfehlungen und Konsensusstatements gefunden, die konkrete Hinweise für die Vermeidung von Übersorgung und Anforderungen an eine frühzeitige Einbindung palliativmedizinischer Versorgungsangebote in Deutschland formulieren.

Literatur

- Alt-Epping B. (2019): Klug entscheiden in der Palliativmedizin. DGIM (2019): Klug entscheiden. Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Sammelband, April 2019; 65 ff. www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user_upload/2019_Sammelband_Klug_entschieden.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- Alt-Epping B., Haas A. L., Jansky M., und Nauck F. (2018): Symptomlinderung durch Tumorthherapie? Eine systematische Übersicht über onkologische Therapiestudien. *Der Schmerz*, 32 (2), 92–98.
- Cardona-Morell M., Kim J. C. H., Turner, R. M., ... und Hillman K. (2016): Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *International Journal for Quality in Health Care*, 28 (4), 456–469; DOI: 10.1093/intqhc/mzw060.
- Dasch B., Kalies H., Feddersen B., ... und Bausewein C. (2017): Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. *PLoS ONE*, 12 (4), e0175124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175124> [Abruf am 28.8.2019].
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) (2016): Frühzeitige Integration der Palliativmedizin schützt vor Übertherapie am Lebensende. Pressemitteilung 4. Oktober 2016. www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell-2016/dgp-fruehzeitige-integration-der-palliativmedizin-schuetzt-vor-uebertherapie-am-lebensende.html [Abruf am 8.8.2019].
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) (2003): Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand: 31. Oktober 2003). www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- DMW o. J.: Walter Siegenthaler Preis 2017. Entscheidung zur Therapiebegrenzung fällt bei Krebspatienten oft spät. <https://www.thieme.de/de/dmw-deutsche-medizinische-wochenschrift/142842.htm> [Abruf am 10.10.2019].
- Druml W. und Druml C. (2019): Übertherapie in der Intensivmedizin. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 114 (3), 194–201. <https://doi.org/10.1007/s00063-019-0548-9> [Abruf am 28.8.2019].
- Earle C. C., Landrum M. B., Souza J. M., ... und Ayanian J. Z. (2008): Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (23), 3860.
- Frickhofen N. (2014): Palliative cancer chemotherapy up to admission to hospice? Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie. Hamburg, 10.–14. Oktober 2014. *Oncology Research and Treatment*, Band 37, Supplement 5.

³⁴ Insgesamt sind in der S3-Leitlinie Palliativmedizin zehn Qualitätsindikatoren entwickelt worden, die explizit die Patienten in der Allgemeinen als auch der Spezialisierten Palliativversorgung adressieren.

- Gärtner J., Wedding U., und Alt-Epping B. (2016): Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17 (02), 83–93.
- Gogol M. (2019): Klug entscheiden in der Geriatrie. DGIM (2019): Klug entscheiden. Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 115, Sammelband, April 2019; 58 ff. www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user_upload/2019_Sammelband_Klug_entschieden.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- Janssens U., und Druml W. (2019): Übertherapie in der Intensivmedizin. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 114 (3), 192–193. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00063-019-0558-7.pdf> [Abruf am 28.8.2019].
- Kiehl M. G., Beutel G., Böll B., und Schellongowski P. (2018): Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support. *Annals of Hematology*, 97 (7), 1271–1282. <https://doi.org/10.1007/s00277-018-3312-y> [Abruf am 28.8.2019].
- Krause S.W. (2019): Klug entscheiden ... in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie. DGIM (2019): Klug entscheiden. Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 115, Sammelband, April 2019. 54–57. www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user_upload/2019_Sammelband_Klug_entschieden.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- Krause S.W., Oldenburg M., Hallek M., und Neubauer A. (2017): Prioritäten deutscher Onkologen. Auswertung der „Klug entscheiden“-Umfrage. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142 (18), e124–e130. www.dgho.de/aktuelles/news/newsarchiv/2017/download-news-2017/Klug_entscheiden.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- Kuderna M. (2018): Gemeinsamer Bundesausschuss. Massive Fehlanreize in Kliniken – Hecken fordert Patientenschutz. *Ärzte Zeitung online*, 23.10.2018. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/974381/gba-kritisiert-massive-fehlanreize-in-kliniken.html [Abruf am 28.8.2019].
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2015): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 128/001OL. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> [Abruf am 21.8.2019].
- Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften – und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015): Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung. Halle (Saale). www.akademienunion.de/fileadmin/redaktion/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- Mehlis K., Becker C., Christ C., und Winkler C. (2017): Häufigkeit und Zeitpunkt von Entscheidungen gegen intensivmedizinische Maßnahmen und tumorspezifische Therapien in einer universitären Hämatologie und Onkologie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142 (17), e116–e123. DOI: 10.1055/s-0043-103340.
- Prigerson H. G., Bao Y., Shah M. A., Paulk M. E., ... und Maciejewski P. K. (2015): Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncology*, 1 (6), 778–784. DOI: 10.1001/jamaoncol.2015.2378.
- Radbruch L., Anderson F., und Walker J. (2015): Palliativversorgung. Modul 3. Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Bertelsmann Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- Schwarzkopf D., Rüddel H., Thomas-Rüddel D. O., und Bloos F. (2017): Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians. *Critical Care Medicine*, 45 (3), 265–273. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27776092 [Abruf am 28.8.2019].
- Simman J. (2018): „Durch Übertherapie sterben wir schlechter und früher“. Interview mit Gian-Domenico Borasio. *Zeit online* 2.4.2018. www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-03/gian-domenico-borasio-tod-sterben-therapie-palliativmedizin [Abruf am 28.8.2019].
- Thöns M., und Sitte T. (2019): Übertherapie am Lebensende. Wenn finanzielle Interessen vor dem Patientenwohl stehen. *Schmerzmedizin*, 35 (3), 22–28. https://dgschmerzmedizin.de/download/schmerzmedizin/2019_03_Schmerzmedizin.pdf [Abruf am 28.8.2019].
- Van Oorschot B. (2018): Krebs im Endstadium: Überengagierte Versorgung am Lebensende. *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (47). www.aerzteblatt.de/archiv/203133/Krebs-im-Endstadium-Ueberengagierte-Versorgung-am-Lebensende [Abruf am 28.8.2019].
- Van Oorschot B., Jürgens P., Eschbach C., und Gerken M. (2016): Behandlungsbelastung am Lebensende bei Lungenkrebspatienten. Einfluss von unterschiedlichen tumorspezifischen Maßnahmen und unterschiedlichen Gruppeneffinitionen auf die Beurteilung der Qualität. *Der Onkologe*, 22 (9), 673–681.

5.7 Zusammenfassung und Fazit

Die in sechs Einzelbeiträgen näher betrachteten Leistungen zeigen exemplarisch den Fortschritt, aber auch die Schwierigkeiten bei der Identifizierung und Bekämpfung von Überversorgung in Deutschland. Dabei reicht das Spektrum der Belege für Überversorgung von Aussagen einzelner Kliniker oder Fachgesellschaften bis hin zu umfassenden empirischen Studien auf hohem methodischem Niveau. Bei den ausgewählten Vertiefungsthemen fällt auf, dass die Diskussion über ein Zuviel an Diagnostik und Therapie bereits jetzt in hohem Maße auch aus der Ärzteschaft selbst heraus angestoßen wird. Die vom Präsidium der AWMF im Februar 2015 beschlossene Entscheidung zur Einrichtung einer Ad-hoc-Kommission zum Thema „Gemeinsam Klug Entscheiden“ hat hierzu – soweit ersichtlich – mit beigetragen.

Zu vier der sechs in den Einzelbeiträgen untersuchten Leistungen/Themen finden sich in den von deutschen Fachgesellschaften entwickelten und veröffentlichten „Choosing Wisely“-Dokumenten kontextidentische oder -ähnliche Negativempfehlungen (bildgebende Diagnostik bei nicht spezifischem Kreuzschmerz, Ultraschallscreening auf Schilddrüsenveränderungen bei älteren Menschen, ICD-Implantation nach Herzinfarkt, Maßnahmen am Lebensende ohne symptomlindernden Effekt, Chemotherapien im Endstadium von Krebserkrankungen, künstliche Ernährung bei fortgeschrittener Demenz). Eine im Januar 2018 zum Thema „Operationsindikation bei der benignen Struma des Erwachsenen“ mit Negativ- und Positivempfehlungen veröffentlichte Übersichtsarbeit wurde von der Qualitätskommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Rahmen der Qualitätsinitiative „Entscheide weise“ der Fachgesellschaft erstellt. Im hinteren Teil der DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ werden nach den Leitlinienempfehlungen weitere Versorgungsthemen „zur thematischen Abrundung“ adressiert, die nicht zum Gegenstand der priorisierten Empfehlungen gemacht werden konnten. Eines dieser Versorgungsthemen sind Protonenpumpeninhibitoren (DEGAM 2018). Zu PPI-Verordnungen gibt es nach unserer Einschätzung eine hinreichende Zahl empirisch gestützter Hinweise/Studien, die die Schlussfolgerung erlauben, dass sich hier eine Überversorgung der Bevölkerung in durchaus größerem Maßstab vollzieht und sich „Choosing Wisely“-Empfehlungen anbieten würden.

Insgesamt kann also konstatiert werden, dass es für die beispielhaft ausgewählten Leistungen/Themen, zu denen in der Vorstudie zu dieser Untersuchung Überversorgungsstatements gefunden wurden, eine überraschend gute Abdeckung mit „Choosing Wisely“-Empfehlungen gibt bzw. mit Orientierungshilfen für Ärzte, die im Zusammenhang mit der „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Initiative der AWMF stehen.

Einzig die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung bildet hier eine Ausnahme. Unserer Einschätzung nach bieten sich gerade bei den IGe-Leistungen „Choosing Wisely“-Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften an, um die Ärzte für den derzeitigen Evidenzstand zu sensibilisieren.

Unklar bleibt, inwieweit die „Choosing Wisely“-Empfehlungen von der Ärzteschaft zur Kenntnis genommen werden und Verwendung finden und inwieweit das Ziel einer „Unterstützung der Systematisierung des Dialogs von Patienten und Ärzten sowie eine wissenschaftlich und ethisch begründete Entscheidungsfindung als Antwort auf eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitssystems“ (Nothacker et al. 2017: 3) unterstützt wird.

Auffällig ist, dass es zu vielen der beispielhaft ausgewählten Versorgungsthemen ein breites Angebot an Materialien gibt, die die Patienten für den Prozess der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Leistungsdurchführung qualifizieren sollen (sogenannte Entscheidungshilfen). Hierzu zählen:

- die Patientenblätter und andere Kurzinformationen zu den Nationalen Versorgungsleitlinien (z. B. „Plötzlich Kreuzschmerz – Brauche ich ein Röntgen, CT oder MRT?“³⁵, „Herzschwäche – Soll ich mir einen ICD einsetzen lassen?“³⁶)
- Patientenleitlinien (z. B. „Eierstockkrebs – Ein Ratgeber für Patientinnen“³⁷)
- Gesundheitsinformationen des IQWiG (z. B. „Ist eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstockkrebs sinnvoll?“)
- Faktenboxen des Harding-Zentrums für Risikokompetenz (z. B. „Bildgebung bei Rücken- und Kreuzschmerzen“³⁸)
- Informationsangebote der Verbraucherzentralen und der Krankenkassen (z. B. „Merkblatt für Ihr Praxisgespräch – Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung“³⁹)

Somit kann die Ärzteschaft die Patienten auch bei den mit „Choosing Wisely“-Negativempfehlungen versehenen Leistungen auf diese Materialien verweisen, sofern die Patienten aus ärztlicher Sicht nicht notwendige Leistungen einfordern oder wünschen. Da unklar ist, inwieweit die Ärzte diese unübersichtlich verteilten Gesundheitsentscheidungshilfen überhaupt kennen, könnte erwogen werden, Hinweise auf diese Materialien bei den „Choosing Wisely“-Empfehlungen mit aufzunehmen.

Bemerkenswert ist, dass sich die Leistungsmengen bei vielen der exemplarisch vertiefend betrachteten Leistungen (für die Überversorgungsstatements vorlagen) bereits seit längerem (Schilddrüsenoperationen, Bildgebung bei nicht spezifischem Kreuzschmerz) oder erst seit kurzem (ICD-Implantationen, PPI-Verordnungen) reduzieren. Es kann mit einiger Berechtigung davon ausgegangen werden, dass die auch innerhalb der Ärzteschaft offener und intensiver geführte Diskussion über die Vermeidung unnötiger Leistungen hierzu einen Beitrag geleistet haben dürfte.

In einzelnen Fällen wurde deutlich, dass die in hochwertigen Studien gewonnenen Erkenntnisse schrittweise (bspw. Schilddrüsenoperationen) oder auch schnell (bspw. ICD-Implantationen) zu Anpassungen im Verhalten der Ärzteschaft führen können. Hilfreich bei der Vermeidung eines Zuviel an diagnostischen und therapeutischen Leistungen dürfte die intensive und kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Überversorgungsthemen sein. In Deutschland stehen hierfür vielfältige Möglichkeiten der Verbreitung und des Austauschs zur Verfügung (bspw. Fort- und Weiterbildungen, Integrationen in Initiativen zur Qualitätsförderung, Nutzung als Grundlagen für die Evaluierung von Gesundheitsversorgung, Verankerung in Gesetzen und verbindlichen Qualitätsanforderungen) (Nothacker et al. 2014). So kann die Diffusion von neuer Evidenz und Leitlinieninhalten nachhaltig erfolgen und Überversorgung wirksam aus der Ärzteschaft heraus bekämpft werden. Diesen Prozess können „Choosing Wisely“-Empfehlungen sinnvoll flankieren. Sie stellen grundsätzlich ein sehr flexibles, vergleichsweise „schlankes“ und zeitnah anpassbares Instrument zur Wis-

35 www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/ph/ks-2aufl-pi-bildgebung.pdf

36 www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/herzinsuffizienz/ph/hi-2aufl-pi-icd.pdf

37 www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/Patientenleitlinie_Eierstockkrebs_1920018.pdf

38 www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen/rueckenschmerzen

39 www.igel-monitor.de/fileadmin/user_upload/Merkblatt_US_Eiersroecke_zu_Krebsfrueherkennung.pdf

sensvermittlung dar.⁴⁰ Vorstellbar ist jedoch auch, dass es mehr Choosing Wisely im o. g. Sinne braucht, das heißt, dass Ärzte weitergehend dabei unterstützt werden sollten, die (manchmal schwierigen) Abwägungen im jeweiligen Einzelfall „weise“ zu treffen.

Ein bewährtes und vor allem in der niedergelassenen Ärzteschaft weit verbreitetes Instrument zur Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung stellen ärztliche Qualitätszirkel dar. Diese können zur Unterstützung der einzelfallbezogenen Umsetzung von Empfehlungen aus Leitlinien und aus „Choosing Wisely“-Veröffentlichungen in der alltäglichen klinischen Praxis eine niedrigschwellige Plattform für einen strukturierten und kollegialen Austausch „auf Augenhöhe“ bieten. Die kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Qualitätszirkelarbeit u. a. durch Fortbildungen und Moderationsschulungen für Qualitätszirkelleiter (KBV 2013; Quasdorf und Kleudgen 2014).

Die gewählten Beispiele zeigen exemplarisch zudem, dass bereits jetzt in Deutschland unterschiedliche Instrumente zur Mengensteuerung auch auf Ebene einzelner Leistungen verfügbar sind, zur Anwendung kommen und einen Beitrag leisten können, Mengenreduktionen – von einem (vermutlich) überhöhten Niveau ausgehend – quasi systemisch zu fördern. So verdeutlicht etwa das System der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser das Ausmaß nicht leitliniengerechter Indikationsstellungen zur erstmaligen ICD-Implantation und fordert sowie unterstützt gleichzeitig Verbesserungen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser. In Wirkstoffvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen werden Mengenziele für einzelne Wirkstoffe vorgegeben. Die Zielerreichung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Ordnungsberatungen und wirkstoffspezifische Hinweise unterstützt. Auch bei bereits etablierten Instrumenten der Mengensteuerung könnten „Choosing Wisely“-Empfehlungen zusätzlich dazu beitragen, das Erreichen gesetzter Zielmarken zur Begrenzung von zu viel diagnostischen und therapeutischen Leistungen zu befördern.

Die gewählten Beispiele verdeutlichen außerdem, dass sich die Überversorgungsproblematik bezüglich ihrer (möglichen) Ursachen, ihres Ausmaßes und ihrer Folgen jeweils unterschiedlich darstellt. Zudem sind Aussagen, dass eine Überversorgung in Deutschland bestehe, empirisch sehr uneinheitlich belegt. Weiterhin ist auffällig, dass sich bei einzelnen Überversorgungsthemen ein (noch) offener Diskussionsstand mit zum Teil deutlichen Gegenpositionen findet (z. B. Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung als IGe-Leistung, Bildgebung bei nicht spezifischen Rückenschmerzen). Bei anderen Überversorgungsthemen hingegen kann ein durchaus breiter Konsens bei nahezu allen Akteursgruppen konstatiert werden (z. B. PPI-Verordnungen, Versorgung am Lebensende). Entsprechend differenziert und spezifisch müssen auch wirksame Gegenmaßnahmen konzipiert und umgesetzt werden.

40 So sind bspw. die 149 Positiv- und Negativempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin seit Mai 2019 in einem online-CME-Kurs „Klug entscheiden“ verfügbar (www.dgim-eakademie.de/klug-entscheiden/12305502). Nach erfolgreicher Absolvierung des Kurses kann das Zertifikat „Klug entscheiden“ erlangt werden.

Literatur

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.) (2018): S2e-Leitlinie – Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. AWMF-Register-Nr. 053-045. DEGAM-Leitlinie Nr. 21. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-045I_S3_Schutz_vor_Ueber_und_Unterversorgung_2019-06_1.pdf [Abruf am 21.8.2019].

KBV (Hrsg.) (2013): Handbuch Qualitätszirkel. 3. Auflage. Köln.

Nothacker M., Muche-Borowski C., und Kopp I. B. (2014): 20 Jahre ärztliche Leitlinien in Deutschland – was haben sie bewirkt? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108 (10), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.10.012>.

Nothacker M., Kreienberg R., und Kopp I. B. (2017): „Gemeinsam Klug Entscheiden“ – eine Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften: Mission, Methodik und Anwendung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 129, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.10.012> [Abruf am 21.8.2019].

Quasdorf I., und Kleudgen S. (2014): 20 Jahre Qualitätszirkel. Unmittelbarer Nutzen für Patienten. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 12, 21. März 2014. www.aerzteblatt.de/pdf/111/12/a500.pdf [Abruf am 21.8.2019].

Autoren



Marion Grote Westrick
Senior Project Manager bei
der Bertelsmann Stiftung

Marion Grote Westrick ist Diplom-Volkswirtin. Nach Tätigkeiten bei McKinsey und an der Universität Duisburg-Essen betreut und leitet sie seit 2005 verschiedene Gesundheitsprojekte der Bertelsmann Stiftung, gegenwärtig das Projekt „Patient mit Wirkung“. Ihre Schwerpunktthemen sind internationale Gesundheitspolitik, Patientenorientierung und regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung.



Eckhard Volbracht
Project Manager bei der
Bertelsmann Stiftung

Eckhard Volbracht ist Gesundheitswissenschaftler (MPH). Seit Januar 2002 arbeitet er als Projektmanager im Gesundheitsbereich der Bertelsmann Stiftung. Er betreute diverse Projekte im Bereich Qualitäts- und Disease Management und der Analyse regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung.



Hans-Dieter Nolting
Geschäftsführer IGES Institut
GmbH

Hans-Dieter Nolting, Diplom-Psychologe, studierte Psychologie und Philosophie in Berlin und Bordeaux. Von 1986 bis 1991 war er wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (heute: Robert Koch Institut). Herr Nolting ist Geschäftsführer des IGES Instituts, für das er seit 1991 tätig ist. Hier ist er für die Geschäftsbereiche Qualität-Evaluation-Reporting, Arbeitswelt & Prävention sowie Markt- und Sozialforschung verantwortlich.



Dr. med. Bernd Deckenbach
Stellv. Leiter des Bereichs
Qualität-Evaluation-Reporting

Dr. med. Bernd Deckenbach ist Arzt und Dipl. Verwaltungswissenschaftler. Von 1992 bis 1999 arbeitete er als Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter u. a. am Universitätsklinikum Charité, Berlin (Innere Medizin), am Evang. Geriatriezentrum Berlin (Geriatrische Rehabilitation) sowie im Evang. Waldkrankenhaus in Berlin (Chirurgie). Herr Deckenbach ist seit 1999 beim IGES Institut und hier stellv. Leiter des Geschäftsbereichs Qualität-Evaluation-Reporting.



Karsten Zich
Senior Projektleiter im Bereich
Qualität-Evaluation-Reporting

Karsten Zich ist Diplom-Kaufmann. Von 1997 bis 2000 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der TU Chemnitz und als Controller im Evang. Waldkrankenhaus in Berlin. Seit dem Jahr 2000 ist Herr Zich beim IGES Institut als Senior Projektleiter im Bereich Qualität-Evaluation-Reporting tätig.

Literaturtipps



Bertelsmann Stiftung
(2019):
Spotlight Gesundheit –
Übersorgung



Bertelsmann Stiftung
(2019):
Erfahrungen mit Über-
versorgung – Qualitativ-
psychologische Studie
mit Patienten und Ärzten

DOI 10.11586/2019065

Impressum

© November 2019
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh

DOI 10.11586/2019064

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-
Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Autoren
Marion Grote Westrick,
Eckhard Volbracht
(Bertelsmann Stiftung)

Dr. med. Bernd
Deckenbach,
Hans-Dieter Nolting,
Karsten Zich
(IGES Institut)

Lektorat
Heike Herrberg

Gestaltung
Dietlind Ehlers

Bildnachweis
© pressmaster –
stock.adobe.com

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Marion Grote Westrick
Senior Project Manager
Telefon +49 5241 81-81271
Telefax +49 5241 81-681271
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

