

Internist 2017 · 58:527–531
DOI 10.1007/s00108-017-0246-8
Online publiziert: 5. Mai 2017
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017



Klug entscheiden

Eine Initiative der
Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin e.V.

Redaktion

U.R. Fölsch, Kiel
M. Hallek, Köln
G. Hasenfuß, Göttingen
E. Märker-Hermann, Wiesbaden
C.C. Sieber, Nürnberg



CrossMark

U. R. Fölsch¹ · M. Hallek² · T. Raupach³ · G. Hasenfuß³

¹Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

²Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

³Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Herzzentrum, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

Resonanz und Weiterentwicklung der Initiative Klug entscheiden

In den USA haben unter dem Dach der Choosing-Wisely-Kampagne bislang 70 wissenschaftliche Fachgesellschaften eigenverantwortlich sogenannte Top-5-Listen erstellt; diese umfassen insgesamt 450 Empfehlungen zu Untersuchungen und Behandlungen mit fragwürdigem Zusatznutzen aus ihrer jeweiligen Disziplin [1]. Innerhalb kurzer Zeit wurde die Choosing-Wisely-Idee von zwölf weiteren Staaten aufgegriffen. Vorreiter sind neben den USA zurzeit Kanada und Australien.

Die Geburtsstunde der Initiative Klug entscheiden der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) datiert auf den Sommer 2014 [2]. Es bestand schon zuvor die einhellige Überzeugung, dass Negativempfehlungen in Leitlinien zu wenig berücksichtigt sind und dass unter der bestehenden Arbeitsverdichtung in den Kliniken Ärzte zu großzügigen Indikationsstellungen sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich veranlasst werden. „Lieber etwas mehr anordnen, da die Zeit zum sorgfältigen Abwägen fehlt und nichts, was vielleicht von Nutzen sein könnte, unterlassen werden darf“ [3]. Aber auch durch Druck der Patienten kommt es zur Durchführung unnötiger Maßnahmen. Schließlich resultiert häufig eine Verunsicherung des Patienten: „Wurde ich auch richtig beraten?“ Nicht zuletzt gibt es im

Gesundheitswesen ökonomische Anreize, welche die Durchführung bestimmter Maßnahmen belohnen, während andere ökonomisch weniger attraktiv sind.

» Die Initiative Klug entscheiden soll die Indikationsqualität steigern

Klug entscheiden wurde daher als Qualitätsoffensive der DGIM angedacht, nämlich um die Indikationsqualität zu steigern, während von politischer Seite aktuell der Schwerpunkt der Qualitätssicherung auf Struktur- und Prozessqualität gerichtet ist. Die Initiative hat dadurch wesentlichen Nachdruck erhalten, dass es gelungen ist, alle 12 internistischen Schwerpunktgesellschaften bzw. assoziierten Fachgesellschaften, den Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), Patientenvertreter und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einzubinden (Abb. 1).

Die Initiative Klug entscheiden identifiziert mit ihren Negativempfehlungen diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die häufig durchgeführt werden, obwohl klare wissenschaftliche Evidenz vorliegt, dass sie für den Patienten nicht förderlich oder sogar schädlich sind. Durch Positivempfehlungen wer-

den Maßnahmen identifiziert, die häufig nicht durchgeführt werden, obwohl klare wissenschaftliche Evidenz vorliegt, dass sie nutzbringend sind.

Alle von den jeweiligen Fachgesellschaften erarbeiteten Empfehlungen wurden in zahlreichen Konsensuskonferenzen präsentiert, diskutiert, abgeändert und dann akzeptiert oder auch verworfen. Dieses dargestellte Konzept unterscheidet sich von der US-amerikanischen Choosing-Wisely-Initiative, die unter der ausschließlichen Verantwortung der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaft nur Negativempfehlungen erarbeitet und publiziert hat [2, 4, 5].

Die Initiative Klug entscheiden der DGIM hat in kurzer Zeit eine große Verbreitung erfahren: Alle 115 konsentierten Empfehlungen wurden von Januar 2016 bis Januar 2017 in 20 Beiträgen publiziert [6–25]. Begleitet wurde die Initiative von einer Mitgliederbefragung, um zu erfahren, welche Bedeutung Ärzte in Praxis oder Klinik einer Über- oder Unterversorgung ihrer Patienten beimessen (Abb. 2; [6]). Das Ergebnis dieser Befragung hat uns aufgezeigt, auf welche Weise das Problem der Überversorgung wie auch der Unterversorgung in den Griff zu bekommen sein sollte: Durch regelmäßige (möglichst interaktive) Fort-

Unter Mitwirkung von:



Unterstützende Institutionen der Initiative Klug entscheiden:



Abb. 1 ▲ Fachgesellschaften und unterstützende Institutionen der Initiative Klug entscheiden

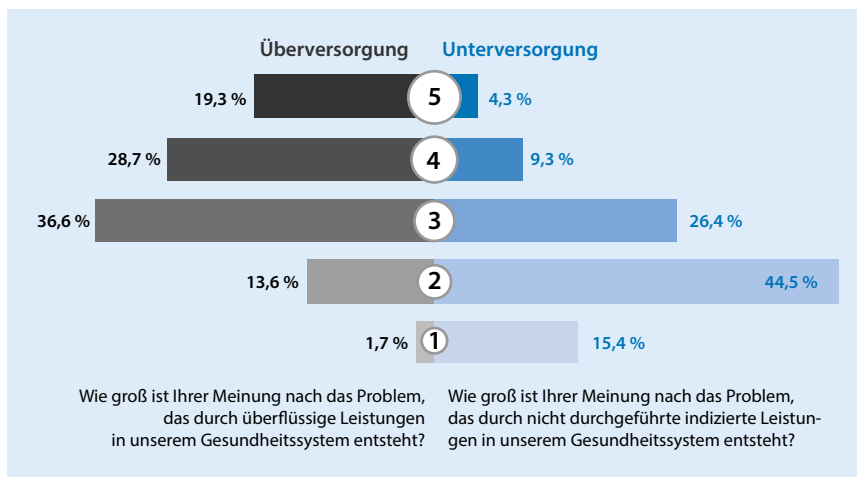


Abb. 2 ▲ Problematik von Über- und Unterversorgung aus Sicht der Ärzte. 1 = kein Problem; 5 = großes Problem. (Adaptiert nach [6, 27], mit freundl. Genehmigung der Bertelsmann Stiftung)

bildungen, in denen besonders auf diese Aspekte hingewiesen wird (Abb. 3; [6]).

Aktionen zur weiteren Bekanntmachung der Klug-entscheiden-Empfehlungen

Zur besseren Implementation und Verbreitung der Klug-entscheiden-Empfehlungen (KEE) wurden diese auf mehreren Symposien während der DGIM-Jahrestagungen 2016 und 2017 in Mannheim präsentiert und intensiv diskutiert.

Darüber hinaus haben wir alle Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin ermuntert, auf den jeweiligen Jahrestagungen entsprechende Symposien vorzusehen. Ebenso beabsichtigen verschiedene Landesärztekammern, die KEE in regionalen Konferenzen bekannt zu machen.

In Gesprächen mit Repräsentanten der Krankenversicherungen erörtern wir einen Weg, diese Empfehlungen in die Praxis zu tragen. Es ist beabsichtigt, diejenigen Ärzte für ihre Patienten

erkennbar zu machen, die sich in entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen mit der Klug-entscheiden-Initiative vertraut gemacht haben. Weiterhin ist beabsichtigt, den KEE über die Konzeption und zeitnahe Umsetzung einer (mobilen) Webplattform eine Heimat zu geben und sie den Ärzten so jederzeit verfügbar zu machen.

Wenn in Zukunft Leitlinien unter Beteiligung der DGIM entwickelt werden, soll darüber hinaus im Rahmen des Leitlinienprozesses eine Definition neuer Positiv- und Negativempfehlungen erfolgen. Die bestehenden KEE werden von der Konsensuskommission kontinuierlich an neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst, neue KEE werden erarbeitet. Auf Beschluss der Konsensuskommission sollen in Zukunft KEE auch für definierte Themenkomplexe entwickelt werden, so etwa für die internistische Notfallmedizin oder für Ausdauertraining als Therapie verschiedener internistischer Erkrankungen.

Schließlich gilt es, den Erfolg der Klug-entscheiden-Initiative im Hinblick auf die Verbreitung, Umsetzung und natürlich letztlich auch die qualitative Verbesserung der Versorgung unserer Patienten zu evaluieren. Möglich sind Befragungen, die Analyse von Versorgungsdaten, aber

auch prospektiv die Betrachtung der Umsetzung von zukünftigen KEE. Im Sinne einer weiter reichenden Sensibilisierung und Verstetigung der Klug-entscheiden-Initiative fördert die DGIM auch ein Forschungsprojekt zur Implementierung der Initiative in der studentischen Lehre.

Klug entscheiden in der Lehre

Die KEE eignen sich aus zwei Gründen für die Thematisierung im Studium der Humanmedizin: Erstens sind die angesprochenen Aspekte aufgrund ihres Bezugs zur Über- bzw. Unterversorgung für alle Absolventen des Studiums relevant. Zweitens ist auch die Befähigung zum „klugen Entscheiden“ an sich ein wesentliches Ziel des Medizinstudiums. Es erscheint also sinnvoll, nicht nur Fachärzte und Kollegen in Weiterbildung, sondern bereits Studierende der Medizin mit dem Grundkonzept und den Inhalten der Klug-entscheiden-Initiative vertraut zu machen. Anlass hierzu geben überdies die Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums, in denen an prominenter Stelle die Kompetenzorientierung genannt wird [26]. Die Entscheidung für oder gegen spezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen ist eine wesentliche medizinische Kompetenz und sollte daher im Studium trainiert werden.

» Die Klug-entscheiden-Empfehlungen sollten schon im Medizinstudium thematisiert werden

Das Projekt „Klug entscheiden in der Lehre“ will einen Beitrag dazu leisten, den Status quo der Lehre an deutschen medizinischen Fakultäten hinsichtlich der KEE zu erheben, um hieraus Konzepte für konkrete Lehrinterventionen abzuleiten.

Da klinisches Denken mit den im Studium und den Staatsexamina gängigen Multiple-Choice-Fragen kaum valide geprüft werden kann, wurde zur Erhebung des aktuellen Leistungsstands der Studierenden ein moderneres Prüfungsformat eingesetzt, sogenannte Key-Feature-

Internist 2017 · 58:527–531 DOI 10.1007/s00108-017-0246-8
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

U. R. Fölsch · M. Hallek · T. Raupach · G. Hasenfuß

Resonanz und Weiterentwicklung der Initiative Klug entscheiden

Zusammenfassung

Die Initiative Klug entscheiden der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und ihrer 12 Schwerpunktgesellschaften wurde im Jahr 2014 ins Leben gerufen. Sie unterscheidet sich von der amerikanischen Kampagne dadurch, dass sie nicht nur die Überversorgung im diagnostischen und therapeutischen Bereich adressiert, sondern auch Maßnahmen, die häufig nicht durchgeführt werden, obwohl sie für den Patienten nutzbringend wären. Darüber hinaus wurden die Empfehlungen von einer interdisziplinären Konsensuskommission unter Einbeziehung aller internistischen Schwerpunkte verabschiedet. Die Initiative hat seitdem eine breite Sichtbarkeit entwickelt. Die von der Konsensuskommission verabschiedeten 115 Empfehlungen wurden mittlerweile in 20 Beiträgen publiziert. Zur weiteren Bekanntmachung der Klug-entscheiden-Empfehlungen (KEE) wurde anschließend eine Reihe von Maßnahmen

ergriffen. Dazu gehören unter anderem die systematische Einbindung von KEE-Symposien auf den Jahreskongressen der DGIM und den Kongressen der Schwerpunktgesellschaften und die Einbeziehung von KEE bei der künftigen Erstellung von Leitlinien. Ein besonderes Augenmerk wurde darauf gerichtet, ein Forschungsprojekt zu initiieren und zu fördern, um Studierende der Medizin mit dem Grundkonzept und den Inhalten der Klug-entscheiden-Initiative vertraut zu machen. Die Entscheidung für oder gegen spezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen ist eine wesentliche medizinische Kompetenz und sollte daher im Studium trainiert werden.

Schlüsselwörter

Unterversorgung · Überversorgung · Gesundheitsversorgung · Empfehlungen · Leitlinien

Response to and further development of the Choosing wisely initiative

Abstract

The Choosing wisely initiative of the German Society of Internal Medicine (“Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin,” DGIM) and its 12 core focus area specialist societies were brought into being in 2014. The German initiative differs from the American campaign in that it not only considers overuse of diagnostic and therapeutic healthcare services, but also addresses procedures which are frequently not performed although they would bring benefits for patients. Furthermore, the recommendations were approved by an interdisciplinary consensus commission under consideration of all key internal medicine aspects. Since 2014, the initiative has received widespread attention. The 115 recommendations approved by the consensus commission have meanwhile been published in 20 articles. An array of measures were subsequently adopted to further promote the Choosing wisely recommendations

(“Klug-entscheiden-Empfehlungen,” KEE). These include the systematic incorporation of KEE symposia into DGIM annual congresses and the congresses of the core focus area specialist societies, as well as consideration of the KEE during establishment of future guidelines. Particular attention was paid to the importance of initiating and promoting a research project aimed at familiarizing medical students with the principles and content of the Choosing wisely initiative. The decision for or against specific diagnostic and therapeutic procedures represents an essential medical competence, which should therefore be trained prior to qualification.

Keywords

Underuse, health services · Medical overuse · Delivery of health care · Recommendations · Guidelines as topic

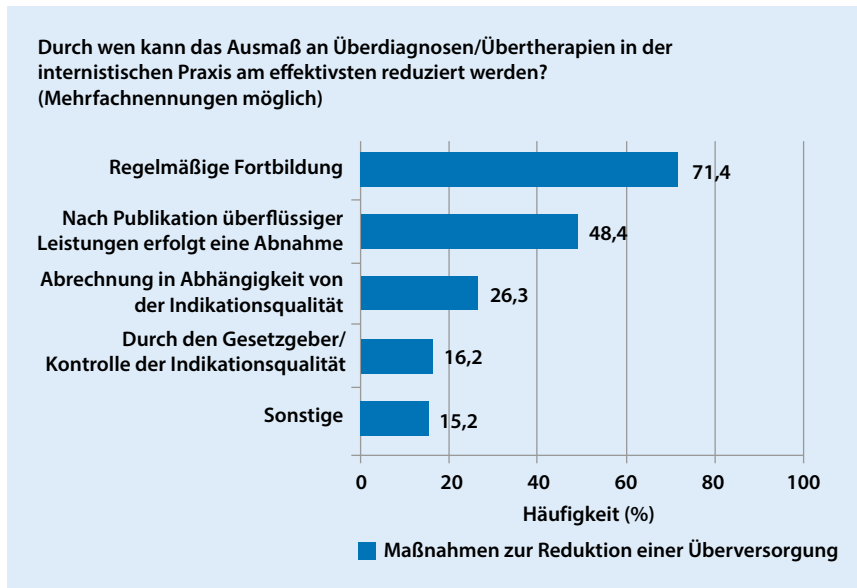


Abb. 3 ▲ Antworten der Ärzte auf die Frage, durch welche Maßnahmen Überdiagnostik und Übertherapie am wirkungsvollsten vermieden werden könnten. (Adaptiert nach [6])

Fragen. Diese Fragen beziehen sich auf konkrete klinische Szenarien; die Studierenden werden an den Schlüsselstellen („Key Features“) der Patientenversorgung dazu aufgefordert, den jeweils nächsten diagnostischen oder therapeutischen Schritt zu benennen. Die Antwort muss aktiv eingegeben werden und kann nicht wie bei MC-Fragen leicht „wiedererkannt“ werden. Nachdem die Machbarkeit dieses Ansatzes kürzlich demonstriert werden konnte [7], konzipieren nun Vertreter der Schwerpunktgesellschaften zahlreiche klinische Fallbeispiele mit Key-Feature-Fragen. Erste Pilotierungen der Fragen mit Studierenden des letzten klinischen Semesters vor dem praktischen Jahr zeigen, dass im Schnitt nur die Hälfte der Positivempfehlungen beherrscht wird. Im Durchschnitt entschieden sich knapp über 10 % der Studierenden fälschlich für Maßnahmen, von denen in den Negativempfehlungen eher abgeraten wird (Raupach et al., unpublizierte Daten). Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, diese Inhalte bereits im Medizinstudium zu thematisieren.

Ausblick

Aus der obigen Darstellung wird deutlich, dass die Klug-entscheiden-Initiative der DGIM innerhalb kurzer Zeit eine weite

Verbreitung erfahren und auf den verschiedenen Ebenen der medizinischen Wissensvermittlung Fuß gefasst hat. Die Frage, ob diese Initiative tatsächlich in der Lage ist, die Qualität der medizinischen Versorgung (Indikationsqualität) zu verbessern, kann derzeit nicht beantwortet werden. Hierzu könnten in Zukunft Projekte der Versorgungsforschung implementiert werden, z. B. finanziert über den Innovationsfonds. Die DGIM wird sich für die Durchführung entsprechender Forschungsprojekte einsetzen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. h.c. U. R. Fölsch
 Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
 Schittenhelmstr. 12, 24105 Kiel, Deutschland
 urfoelsch@1med.uni-kiel.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U.R. Fölsch, M. Hallek, T. Raupach und G. Hasenfuß geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. www.choosingwisely.org. Zugegriffen: 06.03.2017
2. Hallek M (2014) "Choosing wisely" – avoiding unnecessary medical procedures. Dtsch Med Wochenschr 139:1975
3. http://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Pressemeldungen/2012_Positionspapier_Bonussysteme.pdf. Zugegriffen: 03/2017
4. Morden NE, Colla CH, Sequist ID et al (2014) Choosing wisely – the politics and economics of labeling low-value services. N Engl J Med 370:589–592
5. Wolfson D, Santa J, Slass L (2014) Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. Acad Med 89:990–995
6. Fölsch UR, Faulbaum F, Hasenfuß G (2016) Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten. Dtsch Arztebl 113:2–7
7. Goldmann M, Hasenfuß G, Dehl T, Raupach T (2016) Klug entscheiden... auch in der Lehre! Dtsch Arztebl 13;47:A2149–A2154
8. Hasenfuß G, Märker-Herrmann E, Hallek M, Fölsch UR (2016) INITIATIVE „KLUG ENTSCHEIDEN“ Gegen Unter- und Überversorgung. Dtsch Arztebl 13:A600–A602
9. Jung N, Berner R, Bogner J, Cornely OA, de With K, Herold S, Kern WV, Lemmen S, Pletz MW, Ruf B, Salzberger B, Stellbrink HJ, Suttorp N, Ullmann A, Fätkenheuer G (2016) Klug entscheiden... in der Infektiologie. Dtsch Arztebl 13:A608–A611
10. Feldkamp J, Schott M, Quinkler M, Blüher M, Diederich S, Reincke M (2016) Klug entscheiden... in der Endokrinologie. Dtsch Arztebl 17:A821–A824
11. Jany B, Behr J, Buhr-Schinner H, Ficker J, Herth F, Köhnlein T, Nilius G, Rabe K, Schreiber J, Welte T, Westhoff M (2016) Klug entscheiden... in der Pneumologie. Dtsch Arztebl 19:A930–A933
12. Sternitzky R, Caspary L, Fahrig C, Herman G, Kröger K, Weiss N (2016) Klug entscheiden... in der Angiologie. Dtsch Arztebl 21:A1036–1038
13. Fiehn C, Herzer P, Holle J, Iking-Konert C, Krause A, Krüger K, Märker-Herrmann E, Rautenstrauch J, Schneider M (2016) Klug entscheiden... in der Rheumatologie. Dtsch Arztebl 24:A1154–A1156
14. Baldus S, Werdan K, Levenson B, Kuck KH, Bauersachs J, Frey N, Halle M, Hausleiter J, Massberg S, Nixdorff U, Stellbrink C (2016) Klug entscheiden... in der Kardiologie. Dtsch Arztebl 27–28:A1312–A1315
15. Lynen Jansen P, Koop H, Zeuzem S, Dignaß A, Lammer F, Lerch MM, Trautwein C, Wehrmann T (2016) Klug entscheiden... in der Gastroenterologie. Dtsch Arztebl 29–30:A1385–A1388
16. Riessen R, Möckel M, Kluge S, Janssens U, Kierdorf H, Bodmann KF, Busch H-J (2016) Klug entscheiden... in der Internistischen Intensivmedizin. Dtsch Arztebl 33–34:A1493–A1495
17. Galle J, Floege J (2016) Klug entscheiden... in der Nephrologie. Dtsch Arztebl 35–36:A1534–1537
18. Krause SW, Oldenburg M, Seifart U, Hallek M, Neubauer A (2016) Klug entscheiden... in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie. Dtsch Arztebl 38:A1650–A1653
19. Gogol M (2016) Klug entscheiden... in der Geriatrie. Dtsch Arztebl 40:1756–1760
20. Alt-Epping B (2016) Klug entscheiden... in der Palliativmedizin. Dtsch Arztebl 42:A1870–A1872
21. Jung N, Koop H, Riessen R, Galle J-C, Jany B, Märker-Herrmann E (2016) Klug entscheiden bei Infektionskrankheiten – Zu häufig Antibiotika – zu wenig Impfungen. Internist (Berl) 6:527–531

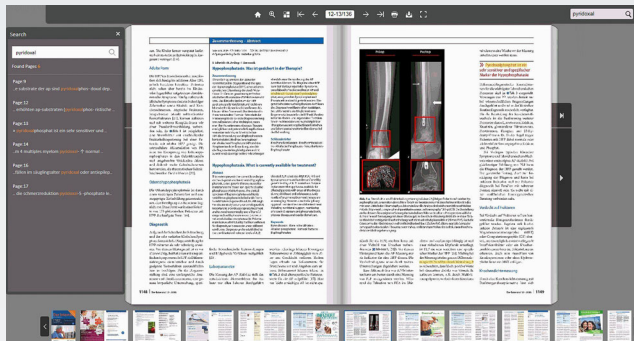
22. Hasenfuß G, Märker-Hermann E, Hallek M, Fölsch UR (2016) Klug entscheiden in der Inneren Medizin. Internist (Berl) 6:521–526
23. Hasenfuß G, Märker-Hermann E, Hallek M, Sieber C (2016) Klug entscheiden – Allem voran die Indikationsqualität. Internist (Berl) 6:519–520
24. Feldkamp J, Schott M, Gogol M, Quinkler M, Blüher M, Diederich S, Reincke M (2016) Die Klugentscheiden-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin – Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Internist (Berl) 6:532–539
25. Fölsch UR, Hasenfuß G (2016) Gemeinsam mit dem Patienten klug entscheiden. Internist (Berl) 6:540–550
26. Wissenschaftsrat (2014) Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Dresden
27. Bertelsmann Stiftung (2017) Choosing Wisely – Internationale Ärzteinitiativen gegen Überversorgung zeigen erste Erfolge. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg) Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven, Bd. 2.



SpringerMedizin.de

Lesen Sie Ihre Fachzeitschrift auch als ePaper!

Als Abonnent können Sie Ihre Zeitschrift in verschiedenen Formaten lesen. Wählen Sie je nach Vorliebe und Situation aus, ob Sie die Zeitschrift als Print-Ausgabe, in Form von einzelnen Beiträgen auf springermedizin.de oder aber als komplette, elektronische ePaper-Ausgabe lesen möchten.



Die ePaper sind die identische Form der gedruckten Ausgaben. Sie sind nutzbar auf verschiedenen Endgeräten wie PC, Tablet oder Smartphone

Das sind die Vorteile des ePapers:

- > Das verlinkte Inhaltsverzeichnis führt Sie direkt zum gewünschten Beitrag.
- > Eine Suchfunktion ermöglicht das Auffinden von Schlagworten innerhalb der Zeitschrift.
- > Jede Ausgabe kann als PDF heruntergeladen und damit auch offline gelesen werden bzw. auch gespeichert oder ausgedruckt werden.
- > Als Abonnent haben Sie Zugang zu allen ePaper-Ausgaben ab 2016.

Sie finden die ePaper auf SpringerMedizin.de bei der jeweiligen Ausgabe Ihrer Fachzeitschrift. Klicken Sie auf den Button „Zum ePaper“.