

Überversorgung – Ausmaß, Ursachen und Gegenmaßnahmen

von Marion Grote Westrick¹ und Eckhard Volbracht²

ABSTRACT

Überversorgung schadet Patienten und der Gesellschaft.

Nationale und internationale Studien belegen, dass medizinische Leistungen an Patientengruppen erbracht werden, für die sie nicht notwendig oder sogar schädlich sind – in OECD-Staaten, inklusive Deutschland. Neben Planungs-, Vergütungs- und Steuerungsdefiziten werden gesellschaftliche Trends sowie die Erwartungen, die Einstellungen und das Verhalten von Patienten und Ärzten als Treiber für Überversorgung identifiziert. Aufgrund der Komplexität der Problematik und der Vielfalt an Ursachen und Einflussfaktoren bedarf es einer ebensolchen Vielfalt an Lösungsansätzen.

Schlüsselwörter: Überversorgung, Überdiagnose, Medikalisierung, Indikationsstellung, Glaubenssätze

Overuse harms patients and society. National and international studies show that medical services are provided to groups of patients for whom they are unnecessary or even harmful – in many OECD countries, including Germany. Deficits in capacity planning, remuneration, and care coordination as well as social trends, unrealistic expectations, and attitudes of patients and doctors alike are identified as drivers of overuse. Due to the complexity of the problem and the variety of causes and influencing factors, an equally wide range of approaches to solving the problem is required.

Keywords: overuse, overdiagnosis, medicalisation, appropriateness of care, beliefs and biases

1 Das Problem Überversorgung

Mehr Untersuchungen und Behandlungen bewirken nicht zwangsläufig mehr Gesundheit oder Linderung von Krankheit. Systematische Reviews zeigen regelmäßig eine 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 et al. 2019*). Ungefähr ein Drittel aller Patienten erhält medizinische Leistungen, die vermutlich unnötig, unwirksam oder gar schädlich sind (*Ellen et al. 2018*). In den OECD-Staaten leistet etwa ein Fünftel der Gesundheitsausgaben keinen oder nur einen geringen Beitrag zu besseren Gesundheits-Outcomes und könnte damit besser verwendet werden (*OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2017*). Auch in Deutschland hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinen

Gutachten wiederholt auf Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie entsprechende Steuerungsdefizite hingewiesen (*SVR 2018*). Zudem deuten die große Aktivität im Krankenhausbereich sowie die regional hohe Dichte niedergelassener Ärzte auf Überversorgung hin (*OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2017*).

Überversorgung wird definiert als die Erbringung einer medizinischen Leistung, die die Qualität oder Dauer des Lebens wahrscheinlich nicht erhöht, die mehr Schaden als Nutzen bringt oder die Patienten, wären sie über den potenziellen Nutzen und Schaden vollständig informiert gewesen, nicht gewollt hätten (*Elshaug et al. 2017*). Der Komplex Überversorgung umfasst neben dem Schadenspotenzial für den einzelnen Patienten auch den gesellschaftlichen Aspekt, dass (finanzielle und personelle) Ressourcen gebunden werden und damit einer besseren Verwendung nicht mehr zur Verfügung stehen.

¹ Marion Grote Westrick, Bertelsmann Stiftung · Carl-Bertelsmann-Str. 256 · 33311 Gütersloh · Telefon: 05241-8181271
E-Mail: marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

² Eckhard Volbracht, Bertelsmann Stiftung · Carl-Bertelsmann-Str. 256 · 33311 Gütersloh · Telefon: 05241-8181215
E-Mail: eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

Schätzungen zufolge lösen Ärzte etwa 80 Prozent der Gesundheitskosten aus (Crosson 2009). Daher liegt die Verantwortung für bedarfsgerechte Entscheidungen, für Ressourcensteuerung und somit auch für die Vermeidung von Überversorgung zum großen Teil bei Ärzten. Diese stehen in der Verantwortung, die richtige Indikation zu stellen. Eine *lege artis* erfolgte Indikation ist gemäß Raspe et al. (2019) gleichbedeutend mit der medizinischen Notwendigkeit einer Maßnahme, die als geeignet erscheint, ein klinisch relevantes Ziel zu erreichen und „dabei voraussichtlich mehr Nutzen als Schaden“ stiftet (Raspe et al. 2019, 5).

2 Messung von Überversorgung in Deutschland

Oft ist es schwierig, Überversorgung als solche zu identifizieren, zu messen und zu quantifizieren (Brownlee et al. 2017). Dafür bräuchte es eine Definition der Bedarfsgerechtigkeit einer Leistung, die deren Nutzen-Schaden-Verhältnis für einen einzelnen Patienten beziehungsweise eine Patientengruppe ausdrückt. 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. In dieser Grauzone befinden sich a) Leistungen, die den meisten Patienten wenig nutzen, b) Leistungen, deren Nutzen-Schaden-Verhältnis bei Patienten stark variiert, und c) 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- beziehungsweise 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 auffällige hohe Raten deuten dann auf Überversorgung hin. Mit dem ersten wie auch mit dem zweiten Ansatz sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten zahlreiche Analysen durchgeführt worden, um Überversorgung zu ermitteln. Im vergangenen Jahr hat das IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung über eine Literatur- und Sekundärdatenanalyse den zuerst beschriebenen Ansatz gewählt, um Hinweisen auf Überversorgung in Deutschland nachzugehen (Deckenbach et al 2019).

Das IGES Institut identifizierte aus sechs Leistungsbereichen – Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), diagnostische und therapeutische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung, Krankenhausversorgung und Versorgung am Lebensende – jeweils eine Leistung, die exemplarisch für Überversorgung in diesem Bereich steht (Deckenbach et al. 2019). Vergleiche dazu Tabelle 1.

3 Ursachen für Überversorgung

Versorgungsstrukturen und -prozesse, kommerzielle Interessen, medizintechnische Entwicklungen, unklare Evidenz und Krankheitsdefinitionen beeinflussen die Versorgung und die individuelle Arzt-Patienten-Interaktion. Sie alle wirken mittelbar oder unmittelbar und in unterschiedlicher Stärke auf die Indikationsstellung und Leistungserbringung ein und können Überversorgung begünstigen. Die Vielfalt der Einflussbereiche und Faktoren wird in Abbildung 1 zusammengefasst. Auf sie soll nachfolgend jeweils kurz eingegangen werden.

3.1 Systemische Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems haben Einfluss darauf, was wo und unter welchen Bedingungen an medizinischen Leistungen erbracht wird. Im stationären Bereich werden für Deutschland Überkapazitäten sowie mangelnde Konzentration und Spezialisierung bei gleichzeitig unzureichend finanzierten Investitionen kritisiert (BMF 2018; SVR 2018; Loos et al. 2019). Der Druck, die vorhandenen Kapazitäten auszulasten, verleitet die Einrichtungen dazu, wirtschaftlichen Erwägungen eine medizinisch unangemessene Bedeutung beizumessen und fehlende Investitionsmittel durch eine Ausweitung von Leistungsmengen auszugleichen (BMF 2018). Dass betriebswirtschaftliche Interessen patientenbezogene Entscheidungen beeinflussen, bestätigte eine qualitative Befragung von Krankenhausärzten und -geschäftsführern (Wehkamp und Naegler 2017).

Im ambulanten Bereich ist die gleichmäßige Verteilung von niedergelassenen Hausärzten für eine bedarfsgerechte Versorgung wichtiger als die der spezialisierten fachärztlichen Leistungen (SVR 2018). Jedoch hat sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte hierzulande das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten zuungunsten der hausärztlichen Versorgung verändert. Auch besteht eine räumliche Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten mit einer Überversorgung in Ballungsräumen und einer Unterversorgung in strukturschwachen Regionen (SVR 2014).

Zudem können finanzielle Anreize für Ärzte und Krankenhäuser – und deren anreizkonformes Verhalten – zu Überver-

TABELLE 1

Ausgewählte Beispiele zu häufig erbrachten Leistungen

Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung (IGeL)	Bildgebung bei unspezifischen Rückenschmerzen (RS)	Verschreibung von Protonenpumpen-inhibitoren (PPI), die die Säureproduktion im Magen dämpfen	Schilddrüsenoperationen	Implantation von Defibrillatoren	Versorgung am Lebensende
Etwa jede 13. Frau ab 35 Jahre bezahlte privat für einen Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung – das sind schätzungsweise 2,1 Millionen Untersuchungen im Jahr 2018.	Insgesamt etwa sechs Millionen Bildgebungen pro Jahr. Davon werden nach sehr konservativen Berechnungen circa 49.000 Versicherte jährlich zu früh oder gänzlich unnötig per Bildgebung diagnostiziert.	3,8 Milliarden Tagesdosen wurden 2016 insgesamt verschrieben – davon bis zu 70 Prozent ohne klare Indikation. Die Verordnungszahlen haben sich in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt.	Rund 70.000 Eingriffe im Jahr 2017. Die Operationshäufigkeit hierzulande liegt um mehr als das Fünffache über dem niederländischen Vergleichswert von 2007. Die regionalen Unterschiede der OP-Häufigkeit pro 100.000 Einwohner hierzulande sind auffällig hoch.	Rund 27.000 Eingriffe im Jahr 2017. Bei elf Prozent der Patienten und 41 Prozent der Krankenhäuser war 2017 gemäß externer Qualitätssicherung der Indikator „leitlinienkonforme Indikation“ auffällig.	Der Anteil von Übertherapie in der Intensivmedizin liegt Schätzungen zufolge bei 50 Prozent der vorgenommenen Maßnahmen. In den letzten sieben Lebenstagen werden 8,5 Prozent der Patienten reanimiert, 15,2 Prozent operiert und 12 Prozent dialysiert.
Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke als IGeL sind nicht leitliniengerecht und steigern die Gefahr falsch-positiver Diagnosen sowie unnötiger und risikoreicher operativer Folgeeingriffe.	Aufnahmen verbessern Therapieentscheidung und Behandlungserfolg bei unspezifischen RS nicht. Zudem wird oft zuvor keine konservative Therapie durchgeführt. Zu frühe oder unnötige Bildgebung steigert die Gefahr von Operationen mit begrenztem oder fragwürdigem Nutzen.	Die Einnahme von PPI ist mit vielfältigen möglichen Schäden verbunden, die aufgrund der hohen Verschreibungszahlen eine erhebliche Bedeutung haben. Besonders die Selbstmedikation beinhaltet große Risiken, da sich PPI nach mehrwöchiger Einnahme ihre Indikation selbst schaffen.	Endokrinologen sehen viele Operationen als vermeidbar an. Diagnostische Möglichkeiten zur präoperativen Risikostratifizierung von Schilddrüsenknoten werden nicht ausgeschöpft.	Durch eine bessere Indikationsstellung und medikamentöse Behandlung wären viele Eingriffe vermeidbar.	Oft steht die Verlängerung des Lebens im Fokus und nicht die Verbesserung der Lebensqualität. Frühzeitige palliativmedizinische Versorgung kann die Risiken von Überdiagnostik und Übertherapie am Lebensende verringern.

Die oben aufgeführten Leistungen aus den Bereichen Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), diagnostische und therapeutische Leistungen der Vertragsärzte in der Regelversorgung, Krankenhausversorgung und Versorgung am Lebensende zeigen exemplarisch das Ausmaß und die Folgen von Überversorgung.

sorgung führen (Saini 2017). Mengenabhängige Vergütungen wie Einzelleistungsvergütung und Fallpauschalen verleiten dazu, medizinische Leistungen zu erbringen, selbst wenn diese medizinisch nicht indiziert sind. In einer quantitativen Befragung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung vermuten 83 Prozent der Bevölkerung, dass medizinisch unnötige Leistungen durchgeführt werden, weil Ärzte und Krankenhäuser gut daran verdienen (Grote Westrick et al. 2019).

Eine unzureichende Versorgungskoordination und schlechte Abstimmung zwischen den Leistungserbringern können zu vermeidbaren Notfällen und Krankenhausaufenthalten führen – eine weitere Form von Überversorgung. Die mangelnde Koordination resultiert hierzulande unter anderem aus einer strukturell schwachen Primärversorgung und dem geringen Grad an Digitalisierung. Deutschland ist eines der wenigen Länder mit doppelter Facharztschiene, ohne

dass die jeweiligen Zuständigkeiten klar geregelt wären (BMF 2018). Auch die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zum Schutz der Patienten vor Über- und Unterversorgung sieht in einer unkoordinierten, spezialistischen Medizin eine Quelle für Überversorgung (DEGAM 2019). Der für Deutschland attestierte niedrige Digitalisierungsgrad erschwert ebenfalls die Patientensteuerung (SVR 2018) und leistet damit der Überversorgung Vorschub. Unzureichender Informationsaustausch führe zu unnötigen zusätzlichen Anamnesegesprächen, Doppeluntersuchungen, Verschlechterungen des Zustands und vermeidbaren zusätzlichen Behandlungen.

Schließlich ist das deutsche Gesundheitssystem bisher nicht darauf ausgerichtet, Patienten systematisch mit für sie relevanten Informationen proaktiv auszustatten. Studien zeigen, dass gute Informationen und die adäquate Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung ihre Zufriedenheit und Compliance erhöhen sowie unnötige Versorgung und unerwünschte regionale Unterschiede verringern (Fisher 2018). Patienten wählen weniger aggressive und invasive Therapien und verringern damit auch die Gesundheitskosten (Arterburn 2012; Stacey 2017).

3.2 Medizinisches Wissen

Medizinische und technologische Entwicklungen können Überversorgung 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. Medikalisierung ist dabei der Trend, die Grenzen dessen auszudehnen, was in der Medizin und in der Öffentlichkeit als behandlungsbedürftige und behandelbare Erkrankung wahrgenommen wird (Woolpen 2015). So werden Risikofaktoren wie Krankheiten behandelt und Menschen ohne erkennbare Krankheitszeichen gescreent (Alber 2017). Überversorgung kann auch durch eine zu geringe Kenntnis oder mangelnde Berücksichtigung des aktuellen Stands der Evidenz begünstigt werden. Zudem ist medizinische Evidenz häufig mit – unterschiedlich starker – Unsicherheit behaftet (Bedford et al. 2011) und viele medizinische Maßnahmen sind nicht durch Belege aus klinischer Forschung abgesichert. Es ist daher möglich, dass Leistungen mit geringem Nutzen oder hohem Schadenspotenzial weit verbreitet und akzeptiert sind, andere, nutzenstiftende Leistungen hingegen nicht (Eikermann 2019).

3.3 Gesellschaftliche Trends

Gesellschaftliche Entwicklungen beeinflussen Einstellungen, Verhaltensweisen und Entscheidungen von Patienten und Ärzten. Sie prägen die Nachfrage nach und das Angebot an

Versorgung und damit die tatsächliche Leistungsart und -menge. Bei Patienten und Ärzten gibt es tief verwurzelte, intuitive Glaubenssätze zum Nutzen von Behandlungen (Saini 2017), wie „Mehr ist besser“, „Neu ist besser“, „Teurer ist besser“ oder „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 bereits erwähnten repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung finden einige der Glaubenssätze ebenfalls Zuspruch: 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 und Vobracht 2019).

Eine qualitative Befragung des Rheingold Instituts Köln im Auftrag der Bertelsmann Stiftung zum Thema Überversorgung zeigt ähnliche Denkmuster (Hambrock 2019). Ihnen folgen sowohl Patienten als auch Ärzte. So glauben Patienten häufig, dass viele Maßnahmen auch viel helfen, vor allem im Bereich Diagnostik. Sie überschätzen den Nutzen medizinischer Maßnahmen und unterschätzen deren Risiken oder Nachteile. Zudem lassen sich viele Patienten und zum Teil auch Ärzte von dem Gefühl leiten, ein aktives Handeln sei in jedem Fall besser, als abzuwarten. Dadurch 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.

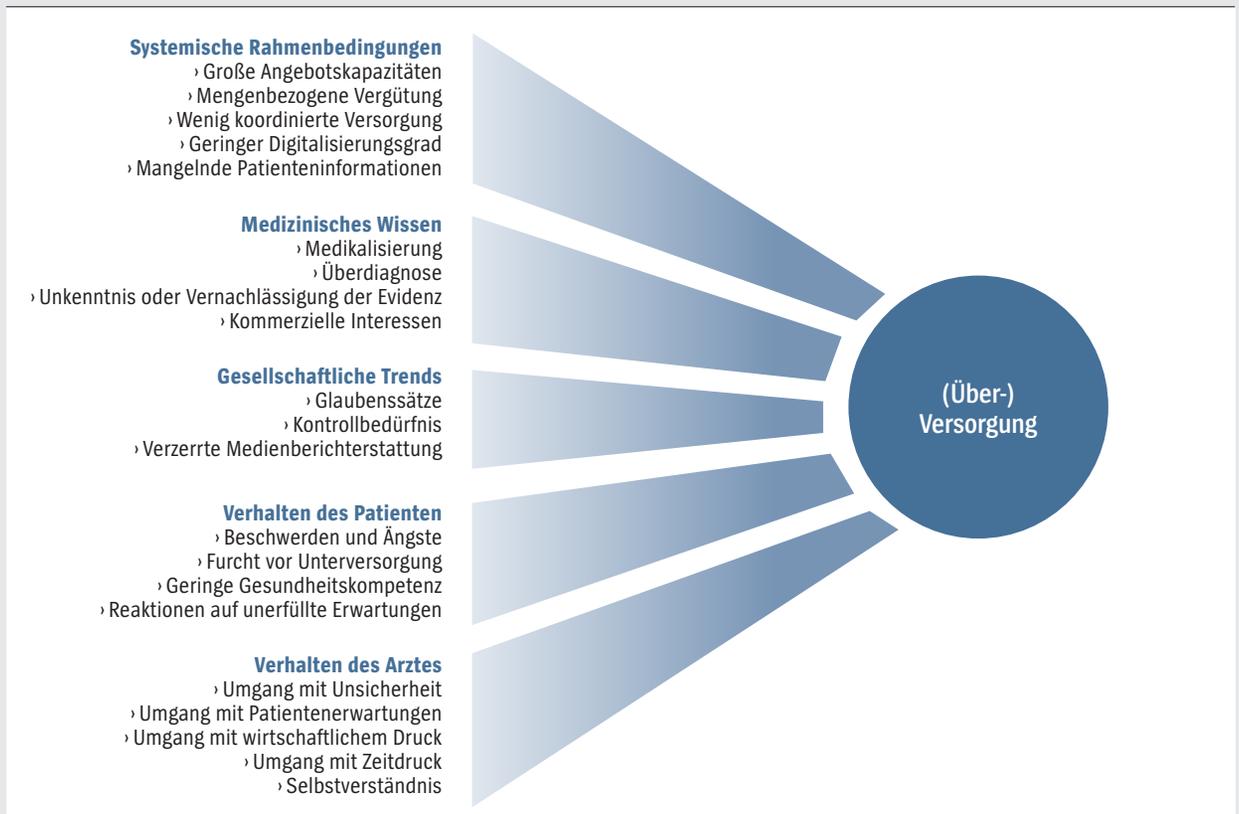
Verstärkt wird die patienten- und arztseitige Präferenz zum aktiven Handeln durch das Bedürfnis, Ungewissheit und Untätigkeit durch Kontrolle beherrschen zu können. Die Möglichkeiten, Kontrolle ausüben und Kontrollbedürfnissen nachgeben zu können, haben durch die Digitalisierung in vielen gesellschaftlichen Bereichen zugenommen, auch im Gesundheitswesen (Hambrock 2019). Nicht nur Selbstvermessung und Informationssuche im Internet, auch medizinische, insbesondere diagnostische Leistungen wie Bildgebungen, Labortests oder Screenings seien Ausdruck eines wachsenden Kontrollbedürfnisses von Patienten und Ärzten.

3.4 Verhalten des Patienten

Manche Patienten sind nicht nur Empfänger und möglicherweise Leidtragende von Überversorgung. Mit ihrer Erwartungshaltung und ihrem Verhalten können sie – wissentlich oder auch unwissentlich – zu Überversorgung beitragen. 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 Abklä-

ABBILDUNG 1

Einflussfaktoren auf Überversorgung



Zwar lösen Ärzte Schätzungen zufolge rund 80 Prozent der Gesundheitskosten aus, doch ihr Verhalten ist längst nicht die einzige Ursache von Überversorgung. So spielen unter anderem auch systemische Rahmenbedingungen, medizinisches Wissen und das Verhalten der Patienten eine Rolle.

Quelle: eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung, Grafik: G+G Wissenschaft 2020

rung und Untersuchung (Hambrock 2019; Gerber et al. 2016). Sie erkennen beziehungsweise 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 wollen (Ellen et al. 2018).

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 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, und fordern Leistun-

gen deshalb eher ein, als dass sie sie ablehnen (Hambrock 2019). Zudem haben sie Bedenken, dass Behandlungsempfehlungen ohne Berücksichtigung ihrer individuellen Situation umgesetzt werden (Gerber et al. 2016). Der Austausch einer Leistung gegen eine andere mit gleicher Wirkung wird von vielen Patienten als Rationierung empfunden (Henshall et al. 2012). Das mangelnde Bewusstsein der Patienten für Überversorgung in der eigenen Behandlung kann schließlich auch dadurch entstehen, dass viele Patienten nicht in der Lage sind, das Angebot der medizinischen Leistungen kritisch zu hinterfragen (Ellen et al. 2018).

3.5 Verhalten des Arztes

Ärzte sind in der Verantwortung, bedarfsgerechte und ressourcenbewusste Entscheidungen aufgrund einer wissenschaftlich begründeten, individuell abgestimmten Indikationsstellung zu

treffen. Die Indikationsstellung ist das Resultat einer komplizierten Gemengelage aus wissenschaftlicher Evidenz, verfügbaren Ressourcen, Arzt- und Patientenpräferenzen, der Versorgungsorganisation und finanziellen Rahmenbedingungen (Saini 2017). Ärzte entscheiden durch die Wahl des weiteren Vorgehens auch darüber, ob eine – eventuell unnötige – Versorgungskaskade in Gang gesetzt wird (Alber 2017).

Die Arzt-Patienten-Interaktion ist demnach ein zentraler Ansatzpunkt, um Überversorgung abzubauen (Lakhani et al. 2016). Es ist der Arzt, der unter den genannten Einflussfaktoren abwägen muss, eine medizinische Leistung zu unterlassen, zu empfehlen, zu verordnen oder selbst zu erbringen – und den Patienten in diese Entscheidung mit einzubeziehen. Inwiefern er bewusst oder unbewusst medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringt, hängt von seinem Selbstverständnis und seiner Haltung im Umgang mit Unsicherheit, dem Erwartungsdruck der Patienten sowie dem wirtschaftlichen und zeitlichen Druck ab.

Ärzte veranlassen zusätzliche Diagnostik, um Unsicherheiten für sich und ihre Patienten zu verringern und die Gewissheit zu erhalten, nichts übersehen zu haben. Sie möchten 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). In einer Befragung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) nennen fast 80 Prozent der Ärzte die Sorge vor Behandlungsfehlern als einen ausschlaggebenden Grund dafür, dass sie unnötige diagnostische oder therapeutische Leistungen durchführen (Hasenfuß et al. 2017). 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).

Als ein weiterer Treiber für Überversorgung werden von Ärzten die Patientenerwartungen gesehen (Hasenfuß 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 besteht darin, die Patientenerwartungen zu erfüllen und Überversorgung zuzulassen. Als Hauptgründe nennen die Ärzte den beharrlichen Druck der Patienten, die eigene Unfähigkeit, den Patienten von der Nichtnotwendigkeit der Leistung zu überzeugen, die Vermeidung zukünftiger Nachfrage und die Zufriedenstellung des Patienten (Mira et al. 2018). Als andere Reaktion bemühen sich Ärzte, die Patienten von der Nichtnotwendigkeit der Leistung zu überzeugen und deren Erwartungen zu korrigieren. 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. Die akkurate medizinische Diagnose allein genügt jedoch häufig 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 et al. 2012). Studien zeigen, dass die adäquate Einbeziehung der Patientenpräferenzen in die Entscheidung die Zufriedenheit und Compliance der 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 ermitteln Ärzte die Präferenzen ihrer Patienten jedoch häufig noch nicht systematisch und beziehen sie nicht in die Behandlung ein (Bieber et al. 2016; Bittner et al. 2018).

Wirtschaftlicher und zeitlicher Druck sind ein weiterer Treiber für Überversorgung. Sie gehen oft Hand in Hand: Mengen- und technikbezogene Vergütungsformen setzen den Anreiz, möglichst viele Patienten in der vorgegebenen Zeit zu behandeln beziehungsweise möglichst viele ertragreiche (möglicherweise auch nicht notwendige) Leistungen zu erbringen, insbesondere in Kliniken (Ellen et al. 2018; Wehkamp und Naegler 2017; Alber et al. 2017). In einer Befragung der DGIM im Jahr 2015 gaben 49 Prozent der niedergelassenen 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 (Hasenfuß et al. 2017).

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 et al. 2012). Ärztliche Eide und Kodizes haben in den vergangenen Jahrzehnten und Jahrhunderten die Pflichten des Arztes gegenüber seinen Patienten festgelegt. Das Genfer Ärztegelöbnis fokussiert vor allem auf das individuelle Verhältnis zwischen Arzt und Patient (Weltärztebund 2017), es argumentiert nicht mit der gesellschaftli-

chen Rolle der Ärzteschaft, die eine Ressourcenverantwortung für die erbrachte und/oder veranlasste Versorgung trägt. In tiefenpsychologischen Interviews mit Ärzten wird deutlich, dass deren Umgang mit Überversorgung sehr stark variiert und unter anderem davon abhängt, wie sie vor allem mit dem Konflikt zwischen dem Idealbild des Arztes als selbstlosem 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. Ärzte, die medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringen, entwickeln unterschiedliche psychologische Mechanismen wie Verleugnen oder Kleinreden des Problems, Projektion der Verantwortung auf andere oder ein Umdeuten der Evidenz, um ihr eigenes Verhalten zu erklären (Hambrock 2019). 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 beziehungsweise -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, reflektieren diese Ärzte nicht (Hambrock 2019).

4 Maßnahmen zur Verringerung von Überversorgung

Überversorgung hat erhebliche Konsequenzen für den einzelnen Patienten und die Gesellschaft. Es gibt international zahlreiche Ansätze, Überversorgung zu verringern. Viele Organisationen haben Projekte oder Kampagnen entwickelt (Wild und Mayer 2016). 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).

In ihrem Übersichtsartikel zum Thema Überversorgung fordert die Autorengruppe um Elshaug et al. (2017) 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 zudem als vielversprechende Ansätze bewertet. Des Weiteren wird den Ärzten und ihren Standesorganisationen eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von Überversorgung im Versorgungsalltag, bei der Leitlinienentwicklung und deren Implementierung zugeschrieben. Viele ärztegeführte Initiativen wie die jährlichen „Preventing Overdiagnosis“-Konferenzen, die internationale „Choosing Wisely“-Bewegung oder auch spezifische Themenreihen in hochrangigen Journalen spiegeln die Erkenntnis wider, dass die Entwicklung und Ausrichtung der Medizin und der Gesundheitsversorgung kritisch zu überdenken ist. Die Herausforderung besteht darin, kluge Maßnahmen für den Klinik- und Praxisalltag zu entwickeln, damit Patienten keine Leistungen mehr erhalten, die ihnen nicht oder nur wenig nutzen – oder ihnen sogar schaden.

Vor diesem Hintergrund erscheinen vor allem folgende Maßnahmen gegen Überversorgung erforderlich, um Patienten weniger zu gefährden, Ressourcen freizusetzen und eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung zu ermöglichen:

- Planung und Vergütung optimieren: Die Gesundheitsversorgung sollte bedarfsorientiert und sektorenübergreifend geplant und organisiert werden. 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 muss sich zudem stärker an deren Qualität, insbesondere an der Indikationsqualität, bemessen.
- Evidenz verdeutlichen: Nutzen und Risiken medizinischer Leistungen müssen transparenter gemacht werden. Dafür sind mehr systematische und teils verpflichtende Informationen und Entscheidungshilfen notwendig, die für Ärzte und Patienten leicht verfügbar und einsetzbar sein müssen.
- Ethische Verantwortung übernehmen: Ärzte stehen in der Verantwortung, mit ihren Patienten Nutzen und Risiken relevanter Behandlungsoptionen zu besprechen. Sie sollten dabei mögliche eigene Interessenkonflikte transparent darlegen.
- Unnütze Leistungen unterlassen: Praxen und Kliniken sollten Strategien zur Deimplementierung von Leistungen entwickeln, die für Patienten nachweislich wenig Nutzen und zu viele Risiken haben. Zweitmeinungsverfahren zur Absicherung der Indikationsstellung sind auszubauen.
- Bevölkerung sensibilisieren: Patienten müssen für potenzielle Schäden und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen sensibilisiert werden. Ihnen muss bewusst werden, dass es besser sein kann und genauso viel Fürsorge bedeutet, wenn eine medizinische Maßnahme unterlassen wird.

Literatur

- Alber K et al. (2017):** Medical Overuse and Quaternary Prevention in Primary Care – A Qualitative Study with General Practitioners. *BMC Family Practice*, Vol. 18, No. 99
- Arterburn D (2012):** Introducing Decision Aids at Group Health Was Linked to Sharply Lower Hip and Knee Surgery Rates and Costs. *Health Affairs*, Vol. 31, No. 9, 2094–2104
- Bedford M et al. (2011):** Strength of Evidence and Handling Uncertainty: Practical Considerations and General Observations. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 12, No. 64, 1272–1274
- Bieber C, Gschwendner K, Müller N, Eich W (2016):** Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Jg. 66, Heft 5, 195–207
- Bittner A et al. (2018):** Gemeinsam entscheiden im Klinikalltag: Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen mit jungen Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- BMF (Bundesministerium für Finanzen) (2018):** Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen; bundesfinanzministerium.de → Suche: Über- und Fehlversorgung
- Brownlee S et al. (2017):** Evidence for Overuse of Medical Services around the World. *The Lancet, Right Care Series*, Vol. 390, No. 10090, 169–177
- Crosson FJ (2009):** Change the Microenvironment. Delivery System Reform Essential to Control Costs. *Modern Healthcare*, Vol. 39, No. 17, 20–21
- Deckenbach B, Zich K, Nolting HD (2019):** Beispiele für Überversorgung. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Überversorgung – eine Spurensuche. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 50–103
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2019):** Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. S2e-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 053–045, DEGAM-Leitlinie Nr. 21; degam.de → Leitlinien → DEGAM-Leitlinien → Schutz vor Über- und Unterversorgung
- Eikermann M (2019):** Bestmögliche medizinische Versorgung auf Basis wissenschaftlicher Evidenz; mds-ev.de → Themen → Methodik und Methodikberatung → Nutzen und Schadenbewertung
- Ellen ME et al. (2018):** Addressing Overuse of Health Services in Health Systems: A Critical Interpretive Synthesis. *Health Research Policy and Systems*, Vol. 16, No. 1, Article 48; springermedizin.de → Zeitschriften → Suche: Health Research Policy and Systems
- Elshaug AG et al. (2017):** Levers for Addressing Medical Underuse and Overuse: Achieving High-Value Health Care. *The Lancet, Right Care Series*, Vol. 390, No. 10090, 191–202
- Fisher KA et al. (2018):** Keeping the Patient in the Center: Common Challenges in the Practice of Shared Decision Making. *Patient Education and Counselling*, Vol. 101, No. 12, 2195–2201
- Gerber M, Kraft E, Bosshard C (2016):** Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 97, Heft 7, 236–243
- Grote Westrick M, Münch I, Volbracht E (2019):** Überversorgung: Überflüssige medizinische Leistungen können Patienten schaden. *Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven*, Nr. 5/2019. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Grote Westrick M, Vobracht E (2019):** Ursachen und Einflussfaktoren. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Überversorgung – eine Spurensuche. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 13–32
- Hambrock U (2019):** Erfahrungen mit Überversorgung – Qualitativ-psychologische Studie mit Patienten und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Hasenfuß G, Märker-Hermann E, Hallek M, Fölsch UR (2017):** Initiative „Klug entscheiden“: Gegen Unter- und Überversorgung. *Sammelband der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)*, 6–9; klug-entscheiden.com → Mediathek → Publikationen zum Download
- 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*, Vol. 28, No. 3, 203–210
- Hoffmann T (2017):** Clinicians’ Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests, A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 177, No. 8, 1225–1226
- Kälble K (2014):** Die ärztliche Profession und ökonomie: Wird der Arzt zum Gesundheitsmanager? *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 14, Heft 3, 16–25
- 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. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GE Gütersloh*: Verlag Bertelsmann Stiftung, 32–55
- Koch-Gromus U, Kreß H (2012):** Arzt-Patienten-Verhältnis. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Vol. 55, No. 9, 1106–1112; springer.com → Suche: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz → View all volumes & issues → Vol. 55, No. 9
- Lakhani A, Lass E, Silverstein W (2016):** Less Is More: Integration of Resource Stewardship in Medical Education. Montreal: Canadian Federation of Medical Students
- Loos S, Albrecht M, Zich K (2019):** Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Mira JJ et al. (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*, Vol. 8, No. 6
- Morgan DJ et al. (2019):** 2018 Update on Medical Overuse: A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 179, No. 2, 240–246
- Mulley G, Trimble C, Elwyn, G (2012):** Stop the Silent Misdiagnosis: Patients’ Preferences Matter. *The BMJ*, Vol. 345; bmj.com/content/bmj/345/bmj.e6572.full.pdf

OECD (2017): Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD
 OECD, European Observatory on Health Systems and Policies
 (2017): State of Health in the EU: Germany. Country Health Profile
 2017. Brüssel: Paris/European Observatory on Health Systems
 and Policies; oecd.org/germany/germany-country-health-profile-2017-9789264283398-en.htm

Raspe H (2016): Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum und/oder dem Patientenkollektiv verpflichtet? In: Leopoldina. Nationale Akademie der Wissenschaften (Hrsg): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Dokumentation des Symposiums am 21. Januar 2016, 24–39; leopoldina.org → Publikationen

Raspe H et al. (2019): Medizinische Behandlungsmethoden: Was macht sie medizinisch notwendig? Teil I: Medizinische Methoden, medizinische Notwendigkeit und ihre Hauptkriterien. Das Gesundheitswesen, Band 81, Heft 11, 933–944

Saini V et al. (2017): Drivers of Poor Medical Care. The Lancet, Vol. 390, No. 10090, 178–190

Stacey D et al. (2017): Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, No. 4, 12. April 2017

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; svr-gesundheit.de → Gutachten → Gutachten 2014

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018; svr-gesundheit.de → Gutachten → Gutachten 2018

Wehkamp KH, Naegler H (2017): Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 47, 797–804

Weltärztebund (2017): Deklaration von Genf. Das ärztliche Gelöbnis. Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf, autorisiert durch den Weltärztebund; bundesaeztekammer.de → Suche: Deklaration von Genf

Wild C, Mayer J (2016): Überversorgung: Initiativen zur Identifikation ineffektiver oder nicht bedarfsgerechter Leistungen. Wiener Medizinische Wochenschrift, Heft 166, 149–154

Woopon 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 → Suche: Alte Probleme

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 11. März 2020)

Hinweis: Dieser Artikel entstand aus den Projektaktivitäten und Veröffentlichungen der Bertelsmann Stiftung zum Thema Überversorgung und Choosing Wisely im Jahr 2019, d. h. vor Ausbruch der Corona-Pandemie. Die Analysen und Erläuterungen im Text beziehen sich deshalb auf den medizinischen Regelbetrieb in deutschen und in anderen Gesundheitssystemen. Zur Bewältigung von nationalen Krisenlagen bedarf es einer gesonderten Planung und Vergütung von Notfallkapazitäten. Diese Kapazitäten dürfen in Zeiten des Regelbetriebs nicht oder nur geringfügig ausgelastet sein. Alle Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen sollten immer auf eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung ausgerichtet sein, die Über-, Unter- und Fehlversorgung bestmöglich vermeidet. *Dasselbe gilt für die beiden anderen Analysen in diesem Heft.*

DIE AUTOREN



Marion Grote Westrick,

Jahrgang 1972, hat Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier und an der Universidade Católica Portuguesa in Lissabon studiert. Nach dem Studium arbeitete sie von 1999 bis 2002 bei McKinsey und von 2002 bis 2005 an der Universität Duisburg-Essen. Seit 2005 ist sie in der Bertelsmann Stiftung in unterschiedlichen Funktionen für verschiedene Projekte tätig, zuletzt als Projektleiterin des Faktenchecks Gesundheit und gegenwärtig als Leiterin des Projekts „Patient mit Wirkung“.



Eckhard Volbracht,

Jahrgang 1957, hat Sporttherapie in Köln und den USA und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld studiert. Nach dem Studium leitete er die Gesundheitsabteilung einer Rehabilitationsklinik und das Qualitätsmanagement mehrerer Krankenhäuser. Seit 2002 ist er in der Bertelsmann Stiftung in unterschiedlichen Funktionen für verschiedene Projekte im Bereich der Qualitätsverbesserung der Versorgung tätig.