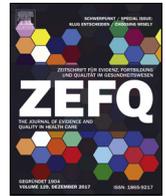




Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.elsevier.com/locate/zefq)

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



Schwerpunkt / Special Issue

Die Choosing Wisely Initiative: Hintergründe, Ziele und Probleme einer professionellen Initiative zur Vermeidung von Überversorgung



The Choosing Wisely Initiative (CWI): Background, aims and problems of a professional campaign against oversupply

Heiner Raspe*

Gastwissenschaftler am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Soetenkamp 16, 48149 Münster, Germany

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:
Online gestellt: 16. November 2017

Schlüsselwörter:
Choosing Wisely
ABIM Foundation
Vorgeschichte
Probleme

ZUSAMMENFASSUNG

Die 2012 begonnene Choosing Wisely Initiative (CWI) geht auf eine Anregung von H. Brody (2010) zurück. Mit ihr setzte die Stiftung des American Board of Internal Medicine (ABIM) ihre Bemühungen um die Stärkung von „medical professionalism“ fort. Der Aufsatz beschreibt die Entwicklung von CWI, ihre Ziele, Ansprüche und Verbreitung. Er stellt einige ihrer Grenzen und Probleme zur Diskussion. Im Anhang werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur (2016) nachfolgenden Initiative der „Klug-Entscheiden-Empfehlungen“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin aufgeführt.

ARTICLE INFO

Article History:
Available online: 16 November 2017

Keywords:
Choosing Wisely
ABIM Foundation
history
problems

ABSTRACT

The Choosing Wisely Initiative (CWI) started in 2012 follows a proposal by Howard Brody (2010). Using CWI, the US ABIM Foundation continued its work to strengthen medical professionalism. The text describes CWI's development, aims, mission, and dissemination. It discusses some of its limits and problems. An appendix tabulates similarities and differences between CWI and a (2016) subsequent initiative from the German Society of Internal Medicine (DGIM: Klug Entscheiden Empfehlungen/decide wisely recommendations).

Einleitung

Versteht man die klinische Medizin als ein wissenschaftlich fundiertes Handlungssystem, als eine Handlungswissenschaft, dann wird man Richtlinien und Leitlinien, also sanktionsbewehrte Vorschriften einerseits und Kompendien mehr oder weniger starker

kollegialer Empfehlungen andererseits für unverzichtbare Werkzeuge der Regulierung und Standardisierung klinischen Handelns halten (müssen).

Anders als theoretische Ableitungen, allgemeine ethische Erwägungen und unbestimmte Rechtsbegriffe beziehen sich die z.B. in klinischen Praxisleitlinien medizinischer Fachgesellschaften gesammelten Empfehlungen direkt auf professionelles Handeln in (möglichst) genau definierten klinischen Situationen. Sie sollen, wie es im Guidelines Manual des englischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) heißt, einen „focus on the action“ haben [1].

Solche Empfehlungen gelten als besonders vertrauenswürdig, wenn sie

* Korrespondenzadresse: Heiner Raspe, o.Universitäts-Prof. i.R. Dr.med. et phil., Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Universität Lübeck, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster, Privat: Soetenkamp 16, 48149 Münster, Germany.
E-mail: hraspe@uni-muenster.de

- präzise formuliert
- in einem methodisch-systematischen Verfahren
- unter Einschluss der Perspektiven der jeweils einschlägigen ärztlichen Disziplinen und therapeutischen Berufe sowie der Patienten
- auf der Basis der besten erreichbaren Evidenz aus evaluativen klinischen und Versorgungsstudien und unter Beachtung anerkannter theoretischer Modelle
- unter Kontrolle von potentiellen Interessenskonflikten erarbeitet und
- unter Berücksichtigung von Praxiserfahrungen u.a. auch zu ihrer Anwendbarkeit
- in einem formalen Verfahren breit konsentiert
- und extern begutachtet wurden.

Die Stärke der positiven oder negativen Empfehlungen wird im Programm der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) dreifach abgestuft [2]. Starken Empfehlungen („A“) „soll/soll nicht“, schwächeren („einfachen“, „B“) „sollte/sollte nicht“ und noch schwächeren („O“) „kann“ gefolgt werden.

Dazu das Beispiel einer „negativen“ Empfehlung aus der 2. Auflage 2017 (Version 1) der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz ([3], Hervorhebung HR):

„(3-1) Finden sich bei Patienten mit Kreuzschmerzen durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologie, *sollen* vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen [auch keine bildgebenden, HR] durchgeführt werden.“

Dagegen unterscheidet die international einflussreiche GRADE Working Group nur starke („strong“) von schwachen („weak“ oder auch „conditional, discretionary, qualified“) positiven und negativen Empfehlungen [4]. Das englische NICE kennt drei Stufen der „Unsicherheit“ und formuliert schärfer: „recommendations for interventions that *must* (or *must not*) be used“, „recommendations for interventions that *should* (or *should not*) be used“ und „recommendations for interventions that *could* be used“. Starke Empfehlungen drücken sich in Imperativen handlungsbezogener Verben aus: „offer, measure, advise, commission, refer“.

Offensichtlich formuliert die o.g. negative Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz eine konditionale Indikationsregel; dazu arbeiten sie unvermeidlich 1. mit z.T. weiten Generalisierungen („Patienten mit Kreuzschmerzen“) und 2. näher zu bestimmenden Handlungsschritten („Anamnese, körperliche Untersuchung“) und klinischen Abstracta („gefährlicher Verlauf, ernstzunehmende Pathologie“) und blendet 3. weitere Faktoren aus (u.a. „Bauchgefühl“ des Arztes, gegenläufige Erfahrung Absicherungsbedürfnis, wirtschaftliches Interesse, Patientenwunsch).

Alle Leitlinien enthalten heute auch negative Empfehlungen. Sie erfüllen mehrere Funktionen: Sie schützen den Patienten vor unnötiger, eventuell nutzloser und riskanter weiterer Diagnostik und/oder Therapie; sie regen zu einem sparsamen Gebrauch menschlicher, zeitlicher und materieller Ressourcen an; und sie versprechen den Klinikern eine normative Entlastung des jeweils empfohlenen Diagnose- oder Therapieverzichts.

Grundsätzlich ist die Zahl der Handlungen, die in einer bestimmten klinischen Situation *nicht* in Betracht kommen, unendlich viel größer als die Zahl der ihr angemessenen Handlungen. Damit wird im Bereich negativer Empfehlungen ein besonderes Auswahlproblem deutlich, dessen Lösung eine Werte- und Kriteriendiskussion erfordert.

Zusammengenommen wird deutlich, dass die Auswahl, Formulierung und Graduierung gerade von negativen klinischen Handlungsempfehlungen eine komplexe, anspruchsvolle und aufwendige Aufgabe darstellt.

Choosing Wisely Initiative (CWI): die Quelle

Als Vater der CW-Initiative gilt Howard Brody, ein US-amerikanischer Allgemeinarzt (Family Medicine) und Mediziner. Er schlug 2010 vor, dass jede medizinische Disziplin eine „top five list“ (TFL) öffentlich machen solle [5]:

“The Top Five list would consist of five diagnostic tests or treatments that are very commonly ordered by members of that specialty, that are among the most expensive services provided, and that have been shown by the currently available evidence not to provide any meaningful benefit to at least some major categories of patients for whom they are commonly ordered.”

Drei Monate später begannen die Archives of Internal Medicine die Publikation einer Serie unter der Überschrift „Less is More“ [6].

Der aktuelle Kontext von Brodys Initiative war die von der Obama Administration initiierte Reform der medizinischen Versorgung. Sie stieß bei größeren ärztlichen Fachverbänden generell auf Zustimmung, - soweit sie nicht mögliche Risiken für ärztliche Einkommen beinhaltete [7]. Brody schien es damit „appropriate to question the ethics of organized medicine’s public stance“. Ärzte hätten einen Eid geschworen, die Interessen der Patienten ihren eigenen, auch den finanziellen Interessen überzuordnen.

Angesichts der gerade in den USA ausufernden und als zunehmend untragbar eingeschätzten Kosten für die medizinische Versorgung könne sich die Ärzteschaft nicht von deren Kontrolle freisprechen. Ohne Patienten nützliche Leistungen vorzuenthalten, sollten Ärzte helfen, so Brody, bis zu einem Drittel aller Aufwendungen einzusparen, wenn sie sich an Evidenz-basierte Leitlinien und an „lower-cost regions“ orientierten. In diesen Regionen scheint es Ärzten zu gelingen, Leistungen zu vermeiden, die keine gute Evidenzbasis hätten.

Und genau auf solche Leistungen sollten die TFLs zielen. Dann könne „the most money . . . be saved most quickly without depriving any patient of meaningful medical benefit.“ Und ein dritter – moralischer – Vorteil könne erreicht werden:

“A Top Five list also has the advantage that if we restrict ourselves to the most egregious causes of waste, we can demonstrate to a sceptical public that we are genuinely protecting patients’ interest and not simply ‘rationing’ health care, regardless of the benefit, for cost-cutting purposes.“ Ärzte wären dann auch moralisch Spitze (“seized the moral high ground”).

Der Vorwurf von Rationierung wurde offensichtlich für so naheliegend und gefährlich gehalten, dass Brody es 2012 unternahm, ausdrücklich zwischen „ethics of rationing“ und „ethics of waste avoidance“ zu unterscheiden [8]. Bloch sprach im selben NEJM-Heft von „medicine’s new frugality“ „beyond the ‘R Word’“ [9]; und Tilburn und Cassel assistierten mit dem Kommentar „Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing.“ [10]

Die Top Five Listen stellten für Brody nur einen Anfang dar; denkbar waren für ihn spätere „Top Twenty“ und sogar „Top Fifty lists“. Die Fünfer-Listen hätten den Vorteil, sich unzweifelhaft auf Leistungen zu beziehen, die nach dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse absolut keinen (generellen) medizinischen Nutzen erwarten lassen (was generelle Belastungen und Risiken durch sie keineswegs ausschließt).

Wie schon angedeutet, muss auch ihrer Listung ein Auswahlprozess vorausgehen; es wird in so gut wie jedem Fachgebiet mehr als fünf diagnostische oder therapeutische Leistungen geben, die die drei Brody-Kriterien erfüllen: hohe Frequenz, hoher finanzieller Aufwand, keine positive Evidenz. Es wird auch zu entscheiden sein, wie die o.g. „some major categories of patients“ umrissen werden sollen.

Damit beinhaltet die Erarbeitung von TFLs eine abstufoffende und verschiedene Werturteile erfordernde professionelle „Posteriorisierung“ – ein Begriff und Vorgang [11], der bei uns

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7529657>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7529657>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)