



Schwerpunkt / Special Issue

Choosing Wisely – Klug Entscheiden: begriffliche und ethische Überlegungen**Choosing Wisely – Klug Entscheiden: *conceptual and ethical considerations***

Bettina Schöne-Seifert*

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster, Münster

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Online gestellt: 16. November 2017

Schlüsselwörter:

'Choosing-Wisely-' und
'Klug-Entscheiden'-Initiativen
Qualitätsinitiative
Verschwendung
Kostenreduktion
echte Priorisierung
ethische Rechtfertigung
begriffliche Verschleierung

ZUSAMMENFASSUNG

Choosing-Wisely bzw. *Klug-Entscheiden* sind neuere von Ärzten gesteuerte Kampagnen zur Eindämmung von medizinischer Überversorgung sowie (als Besonderheit von KE) von beobachteter Unterversorgung. In diesem Aufsatz sollen begriffliche und normative Überlegungen zu den Zielen und Rechtfertigungen dieser Kampagnen angestellt werden.

ARTICLE INFO

Article History:

Available online: 16 November 2017

Keywords:

'Choosing-Wisely-' and
'Klug-Entscheiden'-initiatives
quality of care
waste
cost containment
true priority setting
ethical justification
conceptual camouflage

ABSTRACT

Choosing Wisely and *Klug Entscheiden (KE)* are recent physician-triggered campaigns that aim at identifying and reducing blatant over-treatment as well as – a specialty of KE – occurring under-treatment. This paper provides some conceptual and normative analyses of these campaigns' goals and justifications.

Einleitung

Choosing Wisely (CW), die 2012 gestartete US-Kampagne zur Vermeidung 'unnötiger' ärztlicher Interventionen [1,2], hat sich inzwischen zu einem beachtlichen internationalen Phänomen

ausgewachsen: Gegenwärtig gibt es entsprechende Initiativen in 21 Ländern auf fünf Kontinenten mit beginnender internationaler Vernetzung [3]. Trotz gewisser länderspezifischer Ausprägungen geht es bei allen diesen Kampagnen um die Formulierung von Negativ-Listen mit (zunächst) fünf Einträgen (*Top Five Lists*) für verschiedene fachärztliche Bereiche. Was auf diesen *Don't-do*-Listen verzeichnet werden soll, sind medizinische Maßnahmen bezogen auf bestimmte klinische Situationen, die häufig durchgeführt, von Experten aber für überflüssig gehalten werden.

* Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert, Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster, Von Eschmarch-Str. 62, D-48149 Münster.

E-mail: bseifert@uni-muenster.de

Eine Besonderheit¹ der deutschen Variante, die 2014 als *Klug-Entscheiden*-Initiative auf den Weg gebracht wurde [5,6], besteht darin, zusätzlich zu den Negativlisten auch Positivlisten zu formulieren. Hierfür sollen die medizinischen Fachgesellschaften jeweils fünf Maßnahmen identifizieren, die sie unter anzugebenden Bedingungen für unerlässlich, aber für unzureichend häufig durchgeführt erachten. Während also das Kernziel aller CW-Initiativen die Bekämpfung von Überversorgung ist, versucht (bisher allein) die deutsche Kampagne auch das Problem bestehender Unterversorgung anzugehen. Weitgehend einig sind sich die Protagonisten aller CW-Anstrengungen über fünf zu erfüllende Meta-Kriterien der zu erstellenden Mini-Listen: Sie sollen (i) von Ärzten verantwortet; (ii) patienten-fokussiert, (iii) evidenzbasiert, (iv) multiprofessionell und (v) transparent sein [7, S.6]. Zudem haben CWI/KE bloßen Empfehlungscharakter und sollen zu besser informierten Entscheidungen und Arzt-Patienten-Gesprächen führen.

Im Folgenden sollen Begriffe, Ansätze und Ziele von CW-Initiativen aus einer dezidiert medizinethischen Perspektive untersucht werden. Dabei übergehe ich viele auch ethisch relevante Detailfragen – etwa nach Auswahlprozessen, Überprüfung, Implementierung und Wirksamkeit von CW-Initiativen mit ihren inzwischen international in die Tausende gehenden Listeneinträgen (vgl. dazu [8–10]). Stattdessen konzentriere ich mich auf grundsätzlichere Rechtfertigungsfragen. So möchte ich klären, welche Rolle bei CW/KE das Ziel der Kosteneinsparung spielen sollte; wie das genaue Verhältnis von CW-Initiativen zu 'echter Priorisierung' ist; und mit welchen Begriffen und ethischen Rechtfertigungen CW-Kampagnen professions-intern oder gesellschaftlich diskutiert und 'beworben' werden sollten.

Unnötige 'Medizin' als Kostentreiber

Ohne Zweifel war das anfängliche Hauptmotiv US-amerikanischer CW-Befürworter die Hoffnung auf signifikante Spareffekte. Seit 2009 wurden alarmierende Expertenschätzungen veröffentlicht, denen zufolge 20–30% der US-Gesundheitsausgaben durch gänzlich unnötige Maßnahmen (*Waste/Verschwendung*)² verursacht würden und also ohne jeden Qualitätsverlust in der Patientenversorgung eingespart werden könnten [11,12]. Da Kostenprobleme nicht zuletzt ein Haupthindernis gegen die in jenen Jahren breit diskutierte Einführung einer universalen Krankenversicherung (*Obamacare*) waren, wurden zugunsten des Kampfs gegen Verschwendungs-Medizin gesundheitspolitisch wie medizinethisch nicht nur deren immense individuelle und soziale Opportunitätskosten, sondern auch das Desiderat eines fairen, universal-inklusive Krankenversorgungssystems ins Feld geführt [13–15].

Als Vater der konkreten CWI-Initiative gilt der Arzt und Medizinethiker Howard Brody, der vor diesem Hintergrund im *New England Journal of Medicine* den "Mythos" geißelte, Ärzte seien "lediglich unschuldige Zuschauer" im Anblick der aus dem Ruder laufenden Kosten für die Krankenversorgung. Vielmehr gehe die Verschwendungsmedizin maßgeblich auch auf ihr Konto und sie seien daher aufgerufen, endlich ihrer unstrittigen professionellen Mitverantwortung für ein effizientes und faires Gesundheitswesen gerecht zu werden – nach seiner Ansicht im ersten Schritt durch die möglichst rasche Umsetzung von "Top Five Lists" der

skizzierten Art [13]. Brody schlug vor, auf diese Listen diejenigen Maßnahmen zu setzen, die bei großen Patientengruppen klar unnötigerweise eingesetzt würden und die zugleich besonders teuer seien – eben damit ihre empfohlene Unterlassung auch zu einer deutlichen Kostenreduktion führen würde:

In short, the Top Five list would be a prescription for how, within that specialty, the most money could be saved most quickly *without depriving any patient of meaningful medical benefit*. [13, S.2, Hervorh. BSS]

Weil CWI die Interessen individueller Patienten "genuin schützen", sei auch mit der Zustimmung der Öffentlichkeit zu rechnen – anders als beim strittigen Programm der von Brody auf Dauer ebenfalls für zwingend erforderlich gehaltenen "Rationierung" [13], bei dem es um die faire Begrenzungen auch solcher Leistungen werde gehen müssen, die einen gewissen medizinischen Nutzen haben könnten (siehe dazu unten: Abschnitt 4).

Ähnlich wie Brody, in dessen Text der Kostenbegriff vielfach vorkommt, argumentierten auch andere Pioniere der Anti-Waste-Kampagne mit der Erforderlichkeit von Einsparungen, die man mithilfe eines ethisch bedenkenlosen Mittels erreichen könne und wolle, nämlich mit dem Unterlassen von Maßnahmen, die den Patienten ohnehin nichts nützen [12,15]. Nur einmal in Brodys Text ist darüber hinaus auch die Rede von Nebenwirkungs- und Belastungsrisiken, denen Patienten durch Verschwendungsmedizin ausgesetzt würden:

Examples of items that could easily end up on such lists include arthroscopic surgery for knee osteoarthritis and many common uses of computed tomographic scans, *which not only add to costs but also expose patients to the risks of radiation* [13, S.2, Hervorh. BSS].

Knapp anderthalb Jahre später veröffentlichte Brody einen weiteren prägnanten Aufsatz im *New England Journal of Medicine* [14], in dem er erneut die Unumgänglichkeit von Rationierung und Verschwendungs-Bekämpfung und deren komplementäres Verhältnis betonte. Nun aber führte er für die prioritäre Rechtfertigung der letztgenannten Strategie ganz ausdrücklich zwei ethische Prinzipien an:

The two principle ethical arguments for waste avoidance are first, that we should not deprive any patient of useful medical services, even if they're expensive, so long as money is being wasted on useless interventions, and second, that useless tests and treatments cause harm. Treatments that won't help patients can cause complications. Diagnostic tests that won't help patients produce false positive results that in turn lead to more tests and complications. *Primum non nocere* becomes the *strongest* argument for eliminating non-beneficial medicine. [14, S. 1950, Hervorh. BSS]

Dieser Wechsel von einer gemeinwohl-orientierten hin zu einer individualwohl-orientierten *Primärrechtfertigung* von CWI scheint kennzeichnend für ihre Gesamtentwicklung: In den USA findet sich gegenwärtig beim CWI-federführenden *American Board of Internal Medicine* in dessen Texten zur Geschichte und Mission von CWI [2] kein expliziter Verweis auf das Einsparungsziel³ – ebenso wenig wie in den Erläuterungen zur deutschen KE-Initiative [6,18]. Diese Zielverschiebung ist schon in praktischer Hinsicht bemerkenswert, weil auf den Top-Five-Listen nunmehr (gegen Brody) nicht die besonders teuren, sondern die besonders schädlichen der unnötig durchgeführten Maßnahmen zu stehen kommen müssten.

¹ Gelegentlich durchbricht allerdings auch eine US-Top-Five-Liste die Beschränkung auf Negativ-Empfehlungen, indem sie eine *Verzögerung* (z.B. des Beginns von Palliativmedizin) zu *unterlassen* empfiehlt [4, Eintrag 2]. Ich habe dieses Phänomen nicht systematisch überprüft.

² Ich verwende im Folgenden 'Verschwendung' als deutsches Äquivalent für "Waste", auch wenn es in der deutschen Debatte selten benutzt wird. Hier ist zumeist von "Überversorgung" die Rede, was aber einen etwas positiveren Unterton hat.

³ Nur ein Mal ist dort – indirekt – vom Ziel eines "more effective use of health care resources" die Rede [16]. Einzelautoren, Ärzte wie Ethiker, argumentieren allerdings durchaus noch mit Kostenargumenten zugunsten von CWI [vgl. 17].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7529680>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7529680>

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