Dipl.-Volksw. Marion Grote Westrick
Eckhard Volbracht MPH

Überversorgung schadet den Patienten und der Gesellschaft – eine Spurensuche

Systematische Reviews zeigen 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 et al. 2019, 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). So hat ein erheblicher Anteil der Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern keinen Nutzen, wird verschwendet und kann sogar schaden (OECD 2017). Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen weist in seinem jüngsten Gutachten erneut auf Über-, Unter- und Fehlversorgung und entsprechende Steuerungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen hin (SVR, 2018). Im Rahmen der Analysen des Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung wurden immer wieder erhebliche regionale Unterschiede ermittelt. Diese Unterschiede sind oft über Jahre konstant und weisen auf regional unterschiedliche Angebotsstrukturen, Versorgungsgewohnheiten und auf unzureichend evidenzbasierte Versorgung und eventuelle Überversorgung hin (Bertelsmann Stiftung 2015).

>> Der Komplex Überversorgung umfasst neben dem Schadenspotenzial für den einzelnen Patienten auch einen gesellschaftlichen Aspekt. Finanzielle und personelle Ressourcen werden gebunden und stehen damit einer besseren Verwendung nicht mehr zur Verfügung. In aktuellen Studien näherte sich die Bertelsmann Stiftung der komplexen Thematik Überversorgung mit folgenden Fragen an:

- In welchen Bereichen ist Überversorgung besonders sichtbar?
- Wie nehmen Patienten sowie Ärzte das Thema wahr?
- Was sind Treiber und Ursachen für Überversorgung?
- Welche Maßnahmen lassen sich dagegen ergreifen?

Unsere Analyse der Überversorgungsproblematik in Deutschland verfolgte dabei einen kombinierten Studienansatz.

1. **Literaturanalyse:** Das IGES Institut ist Hinweisen auf Überversorgung in Deutschland nachgegangen und hat sechs medizinische Bereiche tiefergehend analysiert (Bertelsmann Stiftung 2019).
2. **Tiefeninterviews:** Das Rheingold Institut hat 24 Patienten und 15 Ärzte im Sommer 2019 in zweistündigen tiefenpsychologischen Interviews befragt, wie sie Überversorgung wahrnehmen und erleben (Hambrock 2019).
3. **Telefonische Befragung:** Per Computer Assisted Telephone Interviewing (CATI) führte Kantar Anfang September 2019 eine repräsentative Befragung mit insgesamt 1.004 Personen ab 18 Jahren durch (Kantar 2019).

Zusammenfassung

Nationale und internationale Studien belegen, dass medizinische Leistungen an Patientengruppen erbracht werden, für die sie nicht notwendig oder sogar schädlich sind – auch in Deutschland. Überdiagnosen können Gesunde zu Kranken machen, Bürger werden verunsichert und gefährdet. Überversorgung bindet Ressourcen, die für dringend notwendige Leistungen fehlen. Neben Planungs-, Vergütungs- und Steuerungsdefiziten werden gesellschaftliche Trends sowie die Erwartungen, Einstellungen und Verhalten von Ärzten und Patienten 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, Überdiagnosen, Medikalisierung, Denkmuster

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.01.29.1866-0533.2204

Es gibt zahlreiche Hinweise auf Überversorgung

In der Analyse des IGES Instituts (Deckenbach et al. 2019) wurden medizinische Bereiche identifiziert, die exemplarisch für das breite Spektrum unnötiger Leistungserbringung stehen (vgl. Tab. 1). Für den stationären Bereich wurden Indikationen ausgewählt, bei denen laut Experten ein Missverhältnis zwischen tatsächlichen Operationszahlen und notwendigen Eingriffen besteht. So liegen z. B. bei Schilddrüsenoperationen nur bei etwa zehn Prozent aller Eingriffe tatsächlich bösartige Veränderungen vor. Als Ursachen für das teils verfrühte Operieren gelten unnötige Screenings und eine fehlende tiefergehende Diagnostik.

Auch bei den IGe-Leistungen, deren Nutzen bisher nicht eindeutig belegt oder gar fraglich ist, deutet vieles auf ein „zu viel" hin. Jährlich werden etwa 15 Millionen solcher Leistungen erbracht. Die Patienten zahlen dafür rund eine Milliarde Euro. Allerdings bemängeln etliche Verbraucherschützer und auch der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen neben der fehlenden Nutzenevidenz die mangelnde Transparenz sowie die offensive Vermarktung durch Ärzte und Praxispersonal. Die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung beispielsweise ist die zweithäufigste IGe-Leistung und wird mehr als zwei Millionen Mal jährlich erbracht, oft abweichend von den Leitlinienempfehlungen. Die Untersuchung birgt eine erhebliche Gefahr für falsch-positive Befunde und unnötige Folgeeingriffe – die wiederum Patientinnen verunsichern und psychisch belasten können. Bislang liegt nur bei etwa zehn Prozent der operierten Frauen tatsächlich Eierstockkrebs vor; bei 90 Prozent bestätigt sich der Verdacht nicht.

Des Weiteren ist die Bertelsmann Stiftung der Frage nachgegangen, wie Patienten und Ärzte das Thema Überversorgung wahrnehmen. Rund die Hälfte der Bürger stimmt in der bevölkerungsrepräsentativen Befragung der Aussage zu, dass in Arztpraxen und Kliniken (sehr) oft medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden (vgl. Abb. 2). Zudem meinen 59% der Bevölkerung, dass zu viele medizinische Leistungen durchgeführt werden, die den Patienten nichts nutzen (Kantar 2019).

Psychologische Tiefeninterviews ergaben jedoch, dass viele Patienten sich bei ihrer eigenen Versorgung kaum bewusst sind, möglicherweise schon selbst einmal unnötige medizinische Leistungen erhalten zu haben (Hambrock 2019). Sie fordern eher viele



Abb. 1: Schäden durch Überversorgung im Überblick. Bertelsmann Stiftung, eigene Darstellung (nach Korenstein 2018, Commonwealth Fund 2019)

Leistungen ein und erachten diese überwiegend als wichtig und notwendig. 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 einer internationalen Studie geben 54 Prozent der Teilnehmer aus Deutschland an, erhebliche Schwierigkeiten zu haben, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen (Schaeffer 2018).

Überversorgung hat viele Gründe

Die repräsentative Befragung und die Tiefeninterviews haben einige Ursachen und Einflussfaktoren auf Überversorgung verdeutlicht. Ängste, Gesundheitskompetenz, rechtliche Aspekte, aber auch tief verwurzelte Glaubenssätze wie „Mehr und neuer ist besser" oder „Handeln ist besser als Nichtstun" spielen eine wichtige Rolle (Hambrock 2019, Kantar 2019). Darüber hinaus gibt es neben diesen „kulturellen" Faktoren vielfältige weitere Einflüsse und Ursachen von Überversorgung (Gerber et al. 2016, Saini et al. 2017, Pathirana et al. 2017, Alber et al. 2017). Versorgungsstrukturen und -prozesse, kommerzielle Interessen, medizintechnische Entwicklungen, unklare Evidenz und Krankheitsdefinitionen beeinflussen in unterschiedlicher Stärke die Versorgung und die individuelle Arzt-Patienten-Interaktion. Die Vielfalt der Einflussbereiche und Faktoren wird in Abb. 3 zusammengefasst und einige Aspekte im folgenden Abschnitt kurz beschrieben.

Systemische Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems haben Einfluss darauf, was, wo und unter welchen Bedingungen an medizinischen Leistungen erbracht wird. Der Grad der Versicherungsabdeckung bzw. der Umfang des Leistungskatalogs spielen dabei genauso eine Rolle wie die Größe und Verteilung von strukturellen und personellen Angebotskapazitäten – Krankenhäusern, Fach- und Hausarztpraxen, Großgeräten – sowie die Koordination und die Informationsflüsse. Auch Vergütungsanreize können die Menge und Qualität der erbrachten Leistungen beeinflussen.

Zu viele Krankenhauskapazitäten: Im Krankenhausbereich werden Überkapazitäten sowie unzureichende Konzentration und Spezialisierung kritisiert (Wissenschaftlicher Beirat 2018, SVR 2018, Loos 2019). Der Druck, die vorhandenen Kapazitäten auszulasten, verleite die Einrichtungen häufig dazu, wirtschaftlichen Erwägungen eine medizinisch unangemessene Bedeutung beizumessen und fehlende Investitionsmittel durch eine Ausweitung von Leistungsmengen auszugleichen (Wissenschaftlicher Beirat 2018).

Nicht bedarfsgerecht verteilte Haus- und Fachärzte: Um Patienten bedarfsgerecht zu versorgen, ist die gleichmäßige Verteilung von niedergelassenen Hausärzten 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 verschlechtert. Auch bestehe eine räumliche Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten mit einer Überversorgung in Ballungsräumen und einer Unterversorgung in strukturschwachen Regionen (SVR 2014).

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. In unserer quantitativen Befragung vermuten 83% der Bevölkerung, dass medizinisch unnötige Leistungen durchgeführt werden, weil Ärzte und Krankenhäuser gut daran verdienen (Kantar 2019).

Wenig koordinierte Versorgung: Überversorgung, strukturelle Probleme und schlechte Abstimmung zeigen sich unter anderem in Form vermeidbarer Notfälle und Krankenhausaufenthalte. Diese resultieren häufig aus einer strukturell schwachen Primärversorgung und einem wenig strukturierten und koordinierten Management von Patienten. Deutschland dürfte eines der wenigen Länder sein, das sich mit der stationären Versorgung und dem System niedergelassener Fachärzte zwei Strukturen mit überlappenden Aufgaben leistet, ohne dass die jeweiligen Zuständigkeiten klar geregelt wären (Wissenschaftlicher Beirat, 2018). Auch die Leitlinie der DEGAM zum Schutz der Patienten vor Über- und Unterversorgung sieht in einer unkoordinierten, spezialistischen Medizin eine Quelle für Überversorgung. Gerade das deutsche Gesundheitswesen mit seinem fehlenden primärärztlichen System und starken kompetitiven Anteilen führe über eine Fragmentierung der Versorgung zu einem unkoordinierten Nebeneinander und damit zu Unter-, Über- und Fehlversorgung (DEGAM, 2019).

Geringer Digitalisierungsgrad: Auch der für Deutschland attestierte niedrige Digitalisierungsgrad erschwert die Patientensteuerung (SVR 2018) und leistet damit der Überversorgung Vorschub. Unzureichender Informationsaustausch 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 Gesund-

Ausgewählte Beispiele zu häufig erbrachten Leistungen

Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung (IGeL)	Bildgebung bei unspezifischen Rückenschmerzen (RS)	Verschreibung von Protonenpumpeninhibitoren (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 6 Millionen Bildgebungen pro Jahr. Davon werden nach sehr konservativen Berechnungen ca. **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 **11 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.	„Bilder" 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.

Tab. 1: Ausgewählte Beispiele zu häufig erbrachten Leistungen. Bertelsmann Stiftung, Quelle: IGES, eigene Darstellung.

heitswesen 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 (McKinsey 2018).

Kein systematisches Angebot an Patienteninformationen: Das deutsche Gesundheitssystem ist bisher nicht darauf ausgerichtet, Patienten systematisch mit für sie relevanten Informationen proaktiv auszustatten. Studien zeigen, dass gute Information und die adäquate Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung, die Zufriedenheit und Compliance des Patienten erhöht, unnötige Versorgung und unerwünschte regionale Unterschiede verringert (Fisher, 2018). Patienten wählen weniger aggressive und invasive Therapien und verringern damit auch die Gesundheitskosten (Arterburn, 2012, Stacey, 2017).

Medikalisierung, Überdiagnose, unklare Evidenz treiben Überversorgung

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. So werden Risikofaktoren wie Krankheiten behandelt und Menschen ohne erkennbare Krankheitszeichen gescreent (Alber 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 2019).

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

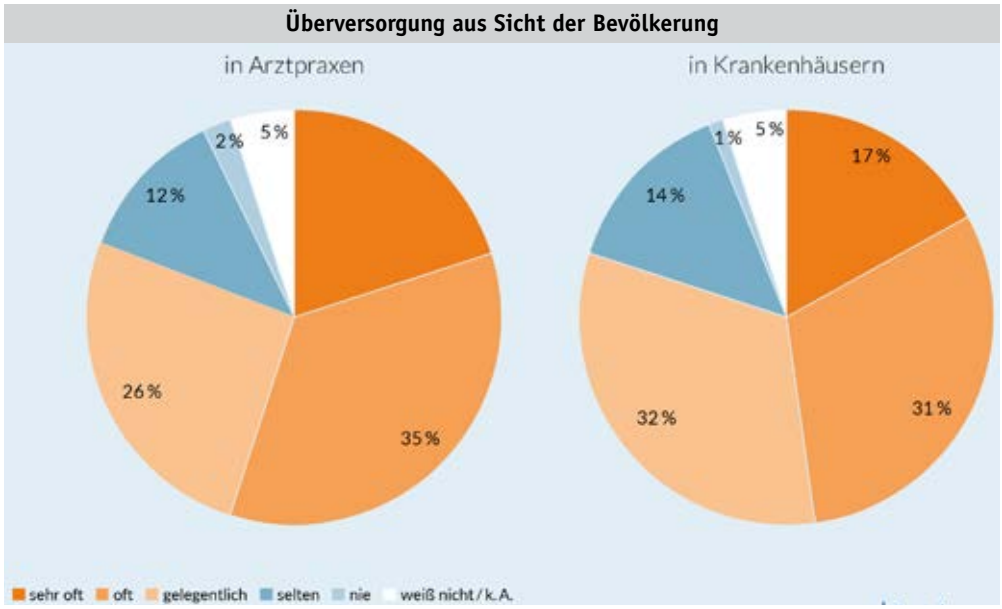


Abb. 2: Überversorgung aus Sicht der Bevölkerung. Frage: Was vermuten Sie: Wie oft werden in Deutschland medizinisch unnötige, im gesundheitlicher Sicht überflüssige Leistungen erbracht? Bertelsmann Stiftung, eigene Darstellung.

weit verbreitet und akzeptiert sind, andere, nutzenstiftende Leistungen hingegen nicht (Eikermann 2019).

Kulturelle Aspekte und Denkmuster beeinflussen Überversorgung

Einstellungen, Verhalten und Entscheidungen von Patienten und Ärzten unterliegen kulturell geprägten Haltungen und Entwicklungen. Sie prägen die Nachfrage und die tatsächliche Leistungserbringung. Die Befragung und Tiefeninterviews haben einige kulturelle Ursachen und Einflussfaktoren auf Überversorgung verdeutlicht. Ängste, Zuwendung, Fürsorge, Unsicherheit, rechtliche Aspekte, aber auch tief verwurzelte Glaubenssätze wie – Mehr und neuer ist besser – Handeln ist besser als Nichtstun – spielen eine Rolle. Sie beeinflussen das Bewusstsein von Patienten und Ärzten und ihre (oft unbewusste) Nachfrage nach (Über-) Versorgung (Hambrock 2019). Von ihrem Arzt wünschen sich Patienten vor allem Zuwendung, Fürsorge, aktive Hilfe und ernst genommen zu werden. Übereinstimmend sagten Ärzte und Patienten in den Interviews, dass ein aktives Handeln oft besser sei als abzuwarten – was sie mit Nichtstun gleichsetzen (Hambrock 2019). Die Haltung wird von den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung gestützt: 56% meinen, dass jede Therapie besser ist als Abwarten und Nichtstun (Kantar 2019).

Es gibt tief verwurzelte, intuitive Einstellungen zum Nutzen von Behandlungen (Saini 2017), wie Mehr ist besser/Neu ist besser/Teurer ist besser/Technologie ist gut. In der repräsentativen Bevölkerungsbefragung 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 (Kantar 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.

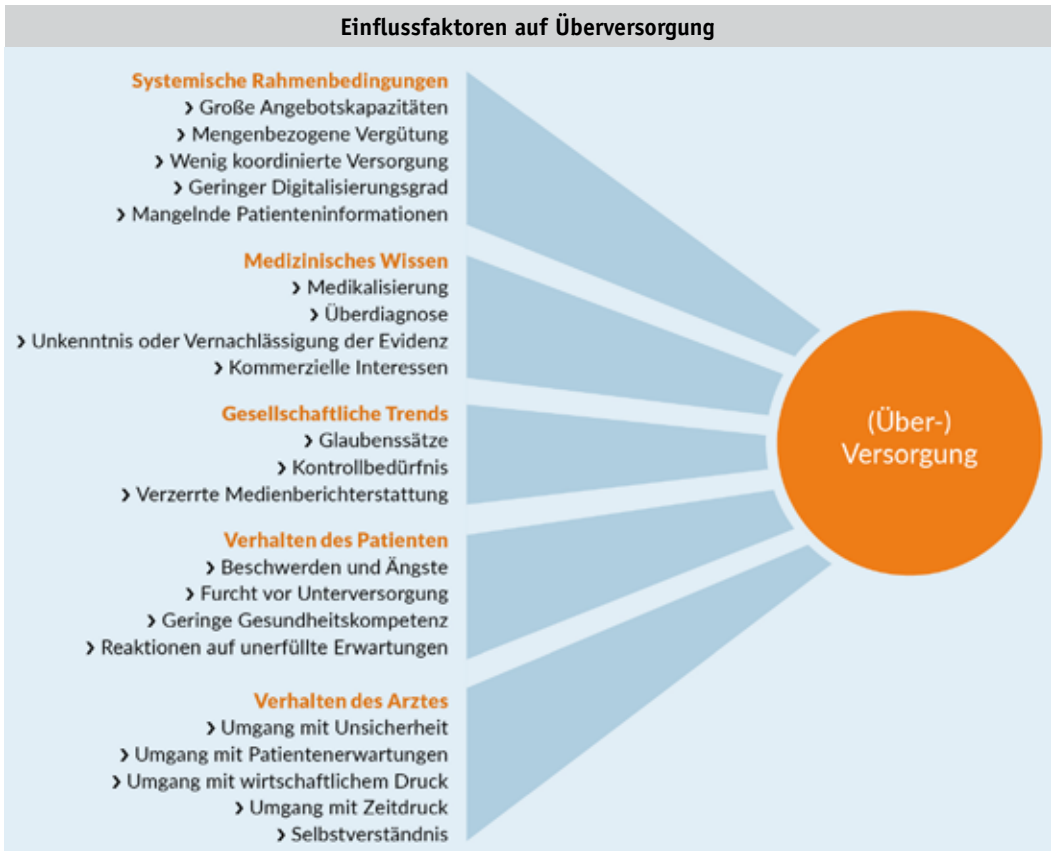


Abb. 3: Einflussfaktoren auf Überversorgung Bertelsmann Stiftung, eigene Darstellung.

Indikationsstellung hat einen besonderen Stellenwert

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). Es wird geschätzt, dass Ärzte etwa 80 Prozent der Gesundheitskosten auslösen (Crosson 2009). Damit liegt die Letztverantwortung für bedarfsgerechte Entscheidungen und die Vermeidung von Überversorgung zum großen Teil bei den Ärzten. Die Arzt-Patienten-Interaktion ist demnach ein zentraler Ansatzpunkt, um Überversorgung abzubauen (Lakhani 2016). Die Tiefeninterviews von Rheingold zeigen, dass jenseits medizinischer Erfordernisse Aspekte wie Fürsorge, Trost, Kümmern, Förderung der Arzt-Patienten-Beziehung eine Rolle spielen. Aber auch eigene Ängste etwas zu unterlassen und finanzielle Aspekte von Bedeutung sind, insbesondere wenn sie auf Patientenerwartungen treffen und sich auf die Arzt-Patient-Bindung auszahlen (Hambrock 2019). Auch wenn einige Ärzte in den Tiefeninterviews bestritten, dass Überversorgung in der eigenen Praxis oder Klinik vorkomme, ist allen die Problematik bewusst. Für viele ist der Begriff ein Reizthema. Inwiefern ein Arzt medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringt, hängt von seiner Einschätzung der medizinischen Indikation, dem empfundenen Erwartungs-, Zeit- und Finanzdruck sowie seinem Selbstbild als Arzt ab.

Wie lässt sich Überversorgung vermeiden oder verringern?

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 der Politik und im Gesundheitswesen werden bereits zahlreiche Maßnahmen diskutiert, besonders der Abbau von Überkapazitäten im stationären Bereich und die stringentere Ausrichtung auf Versorgungsqualität. Der Sachverständigenrat Gesundheit empfiehlt seit langem eine entschlossenere, bedarfsorientierte Steuerung sowie eine Modifizierung der Vergütung. Nicht die Quantität, sondern die Qualität von Leistungen müsse belohnt werden. Das Patientenwohl muss das oberste Versorgungsziel sein.

Die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung zählen zu den entscheidenden Treibern für Überversorgung: 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 Fehlen eines primärärztlichen Systems und starken kompetitiven Anteilen führe über eine Fragmentierung der Versorgung zu einem unkoordinierten Nebeneinander und damit zu Unter-, Über- und Fehlversorgung (DEGAM 2019).

Angesichts der Überversorgung an kleinen und mittleren Krankenhäusern vor allem in Ballungsgebieten wird der Abbau stationärer Überkapazitäten, die Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen empfohlen (SVR 2018, Loos 2019).

Verbesserungsstrategien sollten auch die beteiligten Akteure und verhaltenssteuernde Faktoren adressieren. Dies umfasst sowohl ökonomische und finanzielle Anreize, die das Verhalten von Patienten, Ärzten und Managern beeinflussen als auch organisatorische Faktoren, Aus-, Fortbildungs- und Informationsaspekte. Auch die Autorengruppe um Elshaug (2017) fordert in ihrem Übersichtsartikel sowohl die Adressierung von systemischen Treibern wie der Anzahl und Verteilung der Klinikbetten und Ärzte als auch der vielfältigen Anreize, die auf die Arzt-Patienten-Interaktion wirken. Des Weiteren wird den Ärzten und deren Standesorganisationen eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von Überversorgung im Versorgungsalltag, bei der Leitlinienentwicklung und deren Implementierung zugeschrieben.

Die ärztegeführte Choosing-Wisely-Initiative stellt einen vielversprechenden Ansatz bei der Verringerung von Überversorgung dar. Gestartet wurde die Kampagne vor einigen Jahren von Ärzten aus den USA und Kanada. Inzwischen hat sich der Ansatz international verbreitet, zum Beispiel in Australien, Italien, in den Niederlanden und auch in Deutschland. Kernelement von Choosing Wisely – zu Deutsch „Klug Entscheiden" – sind von medizinischen Fachgesellschaften entwickelte Listen mit Leistungen, die hinterfragt und zum Wohle des Patienten ggf. besser nicht erbracht werden sollten. 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. Gute Information und Informationsflüsse gelten als ein Schlüssel zur Verbesserung bedarfsgerechter Versorgung und Verringerung unnötiger Versorgung. Experten fordern daher einen Ausbau der Informations-Infrastruktur für Patienten, der sprechenden Medizin, eine Stärkung der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der interdisziplinären Abstimmung (Nothacker 2019).

Die Implementierung von Lösungsansätzen wird aufgrund der vielfältigen systemischen Faktoren, der 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). Eine notwendige Voraussetzung für Lösungen besteht 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, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, die ärztliche Selbstverwaltung, also Ärztekammern und kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, die gemeinsame Selbstverwaltung, medizinische Fachgesellschaften, Patientenvertretung, 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: 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 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 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 entwickeln zur De-Implementierung von Leistungen, die für Patienten nachweislich wenig Nutzen und zu viele Risiken haben. Zweitmeinungsverfahren zur Absicherung der Indikationsstellung sind auszubauen.

Literatur

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; 31:2094-104

Bedford M, Pettersen K, Minhas R (2011). Strength of evidence and handling uncertainty: practical con-siderations and general observations. JCE Journal of Clinical Epidemiology 12 (64). 1272–1274.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015). Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2019). Überversorgung – Eine Spurensuche.

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 Se-ries, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5 (abgerufen am 4.10.2019).

Commonwealth Fund (2019). Choosing Wisely: The Harms of Overuse in Health Care. https://www.commonwealthfund.org/publications/infographic/2019/may/choosing-wisely-harms-overuse-health-care (abgerufen am 15.10.2019).

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. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-045l_S3_Schutz_vor_Ueber_und_Unterversorgung_2019-06_1.pdf (abgerufen am 15.10.2019).

Deckenbach B , Zich K, Nolting F (2019). Beispiele für Überversorgung. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Überversorgung – Eine Spurensuche.

Eikermann M (2019). Bestmögliche medizinische Versorgung auf Basis wissenschaftlicher Evidenz. https://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. Health Research Policy and Systems (2018) 16:48. https://doi.org/10.1186/s12961-018-0325-x (abgerufen am 15.10.2019).

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 (abgerufen am 18.10.2019).

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.

Gerber M, Kraft E, Bosshard C (2016). Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. Schweizerische Ärztezeitung 97 (7). 236–243.

Günster C, Klauber J, Robra BP, Schmacke N, Schmuker C (2019). Versorgungs-Report Früherkennung. Berlin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. DOI: 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.

Kantar (2019). Repräsentative Befragung September 2019, n=1004, unveröffentlicht.

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

Klemperer D (2015). Über- und Unterversorgung in der Medizin, Schweizerisches Medizin-Forum 2015;15(39):866–8

Lakhani A, Lass E, Silverstein W (2016). Less is more: Integration of Resource Stewardship in Medical Education, https://www.cfms.org/files/position-papers/2016_integration%20of%20resource%20stewardship%20in%20medical%20education.pdf (abgerufen am 18.10.2019).

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. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf (abgerufen am 18.10.2019).

McKinsey (2018). Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die Chancen für Deutschland. https://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).

Morgan, DJ, Dhruva SS, Coon, ER et al (2019), 2018 Update on Medical Overuse: A systematic Review. JAMA Intern Med. Feb 1;179 (2):240-246

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). https://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 (2017). Tackling Wasteful Spending on Health. Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en (abgerufen am 17.10.2019)

Pathirana T, Clark J, Moynihan R (2017). Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ 358. j3879.

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.

Stacey D, Légaré F et al. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews.

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018. Bonn und Berlin. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEB-SEITE.pdf (abgerufen am 17.10.2019).

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (abgerufen am 17.10.2019).

Wissenschaftlicher Beirat (2018). Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (abgerufen am 16.10.2019).

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. <<

Unnecessary care can be harmful to patients and society – a search for clues

Overuse of medical services has been found in numerous studies. These have shown that patients are receiving medical services that are unnecessary or even harmful to them, in Germany as well as elsewhere. As a consequence, overdiagnosis transforms healthy people into sick, while patients are rendered uncertain and put at risk by the overuse of medical services. Overuse ties up resources that are then unavailable for essential services. Besides the healthcare system´s structure and institutional framework societal trends, belief patterns, expectations and behaviour of physicians and patients have been identified as drivers of overuse. Because the causes and factors of influence are multifaceted and complex, a diverse set of countermeasures is also needed.

Keywords

overuse, overdiagnosis, medicalisation, belief pattern

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Grote Westrick, M., Volbracht, E.: „Überversorgung schadet den Patienten und der Gesellschaft – eine Spurensuche“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/20), S. 61-67, doi: 10.24945/MVF.01.20.1866-0533.2204

Dipl.-Volksw. Marion Grote Westrick

Nach Tätigkeiten bei McKinsey und an der Universität Duisburg-Essen betreut und leitet Marion Grote Westrick 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.
Kontakt: Marion.GroteWestrick@bertelsmann-stiftung.de



Eckhard Volbracht MPH

ist Gesundheitswissenschaftler. Seit Januar 2002 arbeitet er als Projektmanager im Gesundheitsbereich der Bertelsmann Stiftung. Er betreute diverse Projekte im Bereich Qualitäts- und Diseasemanagement und der Analyse regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung.

Kontakt: Eckhard.Volbracht@bertelsmann-stiftung.de

