



Choosing Wisely

Von Initiativen in anderen Ländern lernen

Choosing Wisely

Von Initiativen in anderen Ländern lernen

Autorin
Dr. Angela Coulter

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die weibliche Sprachform verzichtet.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Inhalt

Choosing Wisely – Einleitung	6
1 Hintergründe	7
1.1 Ursprünge und Zusammenhänge	7
1.2 Ähnliche Initiativen	8
1.3 Konzeption	9
1.4 Organisation und Finanzierung	11
2 Einbeziehung der Ärzteschaft	12
2.1 Zielgruppen und Reichweite	12
2.2 Auswahl der Themen	15
2.3 Länderspezifische Vorgehensweisen	18
2.4 Aus- und Fortbildungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen	20
3 Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit	21
3.1 Erwartungen der Öffentlichkeit	21
3.2 Patienteninformationen	21
3.3 Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit	24
3.4 Direkte Beteiligung	25
3.5 Leitfragen	25
3.6 Entscheidungshilfen für Patienten	26
4 Wirkungsmessung	29
4.1 Einbeziehung von Stakeholdern	29
4.2 Entwicklung der Top-5-Listen	30
4.3 Frühe Trends	31
4.4 Unterstützung, die hilft, das Richtige zu tun	31

5	Empfehlungen für eine Kampagne in Deutschland	33
5.1	Einbeziehung von Ärzten	33
5.2	Einbeziehung von Patienten	34
5.3	Themenspektrum	34
5.4	Transparenz	35
5.5	Wissenschaftliche Evidenz	35
5.6	Unterstützung bei der Umsetzung	35
5.7	Evaluierung	35
	Literatur	38
	Autorin	42
	Impressum	43

Choosing Wisely – Einleitung

Choosing Wisely wurde von der ABIM Foundation (Stiftung des American Board of Internal Medicine, des Verbandes für Innere Medizin) in den Vereinigten Staaten initiiert. Die Initiative startete 2012 mit dem Ziel, landesweit einen Dialog darüber zu fördern, wie sich unnötige medizinische Diagnose- und Therapieverfahren vermeiden lassen. Schnell fand die Idee auch in anderen Ländern Befürworter. Heute gibt es Choosing-Wisely-Initiativen in Australien, Brasilien, Kanada, England, Italien, Japan, den Niederlanden, Neuseeland, Südkorea, der Schweiz, Wales und den Vereinigten Staaten. Die Gruppen in den verschiedenen Ländern sammeln eine Fülle wertvoller Erfahrungen in der Frage, wie sich die klinische Praxis verändern lässt, um Überversorgung zu vermeiden. Dieser gemeinsame Erfahrungsschatz könnte eine wertvolle Orientierungshilfe für ähnliche Initiativen in Deutschland sein.

Der vorliegende kurze Überblick, der nur auf Englisch veröffentlichte Publikationen und Webseiten einbezieht, soll:

- die Hintergründe, den Kontext und die Philosophie von Choosing Wisely beschreiben
- einen Überblick über das Vorgehen verschiedener Choosing-Wisely-Gruppen geben,
- das Gesamtkonzept und die Wirkung von Choosing Wisely bewerten,
- und wirksame Strategien, Methoden, Herausforderungen und Erfolgsfaktoren beschreiben, die bei den Vorbereitungen für eine Choosing-Wisely-Kampagne in Deutschland zu berücksichtigen sind.

1 Hintergründe

Die ABIM will mit Choosing Wisely einen intensiveren Dialog zwischen Ärzten und Patienten anregen und beide Gruppen unterstützen, eine medizinische Versorgung zu wählen, die:

- evidenzbasiert ist,
- überflüssige Mehrfachdiagnosen und -behandlungen vermeidet,
- Patienten nicht schädigt,
- nachweislich notwendig ist (www.choosingwisely.org/about-us).

Medizinische Organisationen, die sich der Kampagne angeschlossen hatten, wurden gebeten, Diagnose- und Therapieverfahren zu benennen, die in ihrem Arbeitsbereich oder Fachgebiet häufig angewandt werden und deren Notwendigkeit hinterfragt und diskutiert werden sollte. Diese Listen wurden durch leicht verständliche Informationen für Patienten ergänzt. Patienten sollten dadurch in die Lage versetzt werden, zu hinterfragen, welche Diagnose- und Therapieverfahren für sie geeignet sind. Zusätzlich wurden Weiterbildungsmodule und Lernvideos produziert, die Fachkräften im Gesundheitswesen helfen sollen, diese Fragen mit ihren Patienten zu besprechen. Die Choosing-Wisely-Empfehlungen zielen nicht auf Kostendiskussionen oder und -einsparungen. Sie sollen vielmehr den Dialog über eine angemessene und notwendige medizinische Versorgung anregen und Patienten und Ärzte zur Zusammenarbeit bei der Abstimmung von Behandlungsplänen ermutigen.

1.1 Ursprünge und Zusammenhänge

Die Ursprungsidee für die Choosing-Wisely-Kampagne erwuchs aus der Suche dreier Ärzteorganisationen nach einer klaren Definition der ärztlichen Berufsethik. Die drei Organisationen waren die ABIM Foundation, die American College of Physicians Foundation (Stiftung der internistischen Fachgesellschaft American College of Physicians) und die Europäische Föderation für Innere Medizin. Im Jahr 2002 veröffentlichten sie die „Charta zur ärztlichen Berufsethik“. In ihr werden zentrale Werte des Arztberufs beschrieben, die Ärzte durch Veränderungen der Gesundheitssysteme überall in der industrialisierten Welt bedroht sehen (1). Das Patientenwohl, die Selbstbestimmung der Patienten und soziale Gerechtigkeit werden als Grundwerte hervorgehoben. Die Charta betont nachdrücklich die Verantwortung der Ärzteschaft, für diese Werte einzutreten. Nach Ansicht der drei Organisationen erschöpft sich die Verantwortung von Ärzten nicht in der Sorge um das Patientenwohl, sondern erfordert auch den gemeinschaftlichen Einsatz für eine Verbesserung des Gesundheitssystems zum Wohl der gesamten Gesellschaft. Als eine wichtige Verantwortung wird die Verpflichtung zur „gerechten Verteilung begrenzter Mittel“ hervorgehoben. Die Charta verlangt von Ärzten eine „konsequente Vermeidung von überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen“, um Patienten vor Schaden zu bewahren und eine angemessene Verteilung knapper Ressourcen zum Wohl der Allgemeinheit zu gewährleisten.

Die „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ wurde vor dem Hintergrund einer besorgniserregenden Kostenexplosion im Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten veröffentlicht. Gleichzeitig wurde immer offensichtlicher, dass es nicht zu rechtfertigende Unterschiede in der ärztlichen Praxis gab. Die Sorge, ob das Gesundheitssystem in Zukunft noch tragbar und finanzierbar sein würde, wuchs. Vermehrt wurde diskutiert, wie groß der reale Nutzen war, den die Gesundheitsversorgung den Patienten brachte. Einflussreiche Studien von Epidemiologen der Dartmouth Medical School offenbarten große Unterschiede bei der Häufigkeit, mit der übliche medizinische Behandlungsverfahren angewandt wurden. Diese Abweichungen ließen sich nicht durch Unterschiede hinsichtlich des Bedarfs oder der Wirksamkeit erklären (2). Ähnliche Unterschiede ließen sich auch innerhalb einzelner europäischer Staaten und im europäischen Vergleich feststellen, die sehr viel weniger für ihre Gesundheitsversorgung ausgeben, als die Vereinigten Staaten (3). In den Vereinigten Staaten zeigten zudem Patienten in Regionen mit relativ niedriger Behandlungsrate bessere Ergebnisse als Patienten in Regionen mit hoher Behandlungsrate. Diese Erkenntnis untermauerte die These, dass in der Gesundheitsversorgung „weniger mehr ist“ (4). Medizinische Über- und Fehlversorgung wurde nun ebenso wie Unterversorgung als Qualitätsproblem betrachtet.

In vielen Staaten hatten medizinische Fachgesellschaften und Regierungsbehörden Leitlinien für die medizinische Versorgung erarbeitet und verbreitet. Methoden der evidenzbasierten Medizin, u. a. systematische Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen, wurden an den medizinischen Fakultäten gelehrt. Ihre Entwicklung und Anwendung wurde gefördert. Doch trotz vieler Versuche, eine rationalere, evidenzbasierte Herangehensweise zu fördern, gab es weiterhin willkürliche Unterschiede in der medizinischen Versorgung (<http://www.dartmouthatlas.org/>). Es wurde immer deutlicher, dass Entscheidungen für oder gegen bestimmte Untersuchungen und Behandlungen von anderen Faktoren beeinflusst wurden als dem objektiven Bedarf und den wissenschaftlichen Erkenntnissen. Finanzielle Motive, kommerzielle Interessen, rechtliche Erwägungen, politische Zielsetzungen, die Erwartungshaltung von Patienten und Moden innerhalb der Medizin zählen zu diesen Faktoren (5). Das wichtigste Motiv für Überversorgung ist möglicherweise ungerechtfertigtes Vertrauen in die Wirksamkeit von Behandlungen. Diese „therapeutische Illusion“ wurzelt in der Neigung von Menschen, die Wirksamkeit ihrer Handlungen zu überschätzen (6). Eine systematische Analyse von 48 Einzelstudien ergab z. B., dass Fachärzte den Nutzen von Behandlungsmethoden sehr viel häufiger überschätzten als mögliche Gefahren für den Patienten. Letztere wurden in der Regel unterschätzt (7). Es überrascht nicht, dass dieses Übermaß an Vertrauen auch den Patienten vermittelt wurde, deren Einschätzung des möglichen Nutzens und der Risiken noch unrealistischer wurde (8).

1.2 Ähnliche Initiativen

Choosing Wisely war nicht der erste Versuch, der Verschwendung und Gefährdung des Patientenwohls Einhalt zu gebieten. Seit mindestens fünfzig Jahren haben verschiedene Autoren immer wieder auf die Risiken und die Häufigkeit eines Übermaßes an Diagnoseverfahren, Medikamenten und Behandlungen hingewiesen (9 – 17). Gründe für Verschwendung und riskante Praktiken können auch in der Organisation des Gesundheitssystems liegen. Fehler bei der Koordination von Behandlungen können ebenso problematisch sein wie die Komplexität von Verwaltungsstrukturen, Mechanismen der Preisfindung und Betrug (18). Einige Autoren vertreten die Ansicht, dass sich die Kosten der Gesundheitsversorgung in den Vereinigten Staaten um bis zu ein Drittel verringern ließen, ohne irgendeinem Patienten eine hilfreiche Behandlung vorzuenthalten (19).

Im Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten, das auf Einzelleistungsvergütung basiert, sind die Kosten besonders hoch. Die meisten anderen westlichen Staaten geben zwar pro Kopf weniger für die medizinische Versorgung aus, doch das Problem der Verschwendung schien zu Beginn des 21. Jahrhunderts ebenso allgegenwärtig wie hartnäckig zu sein. In Großbritannien rief die quasi-staatliche Organisation NICE (National Institute for Health and Care Excellence) zur Suche nach „Behandlungen mit geringem Nutzen“ auf (20). Sie erstellte eine Liste von inzwischen mehr als 1.000 medizinischen Interventionen, die besser unterbleiben sollten („do not do“) (<https://www.nice.org.uk/news/article/cut-nhs-waste-through-nice%E2%80%99s-%E2%80%98do-not-do%E2%80%99-database>).

Etwa gleichzeitig mit Choosing Wisely entstanden weitere Initiativen mit ähnlicher Zielsetzung. Hierzu gehörten die „Right Care“-Kampagne des Lowy Institute (<http://lowyinstitute.org/home/vision-mission-history/>), die „Slow Medicine“-Bewegung in Italien (<http://www.slowmedicine.info/>), die jährlichen Konferenzen der Vereinigung „Preventing Overdiagnosis“ (<http://www.preventingoverdiagnosis.net/>) und Artikelserien in den Fachzeitschriften British Medical Journal, JAMA Internal Medicine und The Lancet. Die jüngste Initiative auf internationaler Ebene war ein Bericht der OECD mit dem Titel „Tackling Wasteful Spending on Health“ („Verschwendung im Gesundheitswesen bekämpfen“), der im Januar 2017 veröffentlicht wurde (21). Dieser Bericht sieht drei große Kategorien von Verschwendung – in der klinischen Praxis, in den Betriebsabläufen und durch Bürokratie.

Die Besorgnis von Kostenträgern und Politikern war im ausgehenden 20. Jahrhundert Ausgangspunkt für eine ganze Reihe von Versuchen, die steigenden Kosten durch Regulierung, Managed Care, marktwirtschaftlichen Wettbewerb und Systemreformen einzudämmen. Diese Top-down-Interventionen für mehr Effizienz trafen auf erheblichen Widerstand sowohl seitens der Leistungserbringer als auch seitens der Öffentlichkeit. Ärzte nahmen sie häufig als Angriff auf ihre professionelle Autonomie und ihr Einkommen wahr, während die Allgemeinheit um den Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen fürchtete (22).

Die ABIM Foundation war deshalb der Auffassung, dass ein neuer Ansatz gefunden werden müsse. Sie forderte die Ärzteschaft auf, bei der Reduzierung unnötiger medizinischer Maßnahmen die Initiative zu ergreifen. Dies war mit der Hoffnung verbunden, die Kontrolle nicht an externe Organisationen abgeben zu müssen, deren Schwerpunkt die Kostenreduktion war. Die ABIM Foundation setzte sich für ein Programm unter Federführung der Ärzteschaft ein. Ein solches Programm sollte sämtliche Faktoren bei der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung berücksichtigen und sicherstellen, dass die Anreize für eine angemessene und hochwertige Gesundheitsversorgung in Zukunft stärker als andere Faktoren sein würden.

1.3 Konzeption

Studien hatten gezeigt, dass Ärzte aufgeschlossen für Empfehlungen sind, von denen sie glauben, dass sie dem Wohlergehen der Patienten dienen, zur persönlichen und beruflichen Zufriedenheit beitragen und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Die ABIM Foundation entschloss sich deshalb, das Problem der Überversorgung anzugehen, indem sie Ärzte und Patienten miteinander ins Gespräch darüber brachte, welche Untersuchungen und Behandlungen wirklich notwendig sind (23). Die Initiatoren waren sich bewusst, wie wichtig es war, dass sich die Ärzteschaft mit der Initiative identifizierte. Deshalb lud die Stiftung

medizinische Fachgesellschaften zur Zusammenarbeit ein. Dabei gab sie klare Standards vor, ließ den Fachgesellschaften aber auch Spielraum für eigene Entscheidungen. Die Fachgesellschaften konnten so selbst nach den geeignetsten Wegen suchen, um Themen aus der klinischen Praxis zu benennen, die kritisch untersucht werden sollten (24).

Inspiziert von einer Idee, die Howard Brody, ein Ethiker von der University of Texas, als erster zur Diskussion gestellt hatte, fasste man den Plan, einige wenige wichtige Themen zu benennen, mit denen sich „sowohl die Leistungserbringer als auch die Patienten kritisch auseinandersetzen sollten“. Brody hatte an die Landesorganisationen der Ärzte appelliert, eine Vorreiterrolle im Kampf gegen Verschwendung zu übernehmen, indem sie diejenigen fünf Diagnose- oder Therapieverfahren in ihrem Fachgebiet benennen, die am häufigsten unangemessen angewandt werden, und sich für eine Reduzierung einsetzen (19). Die ABIM Foundation machte sich diese Strategie zu eigen. Sie versuchte Ärzte darin zu unterstützen, ihre Verantwortung für die Beseitigung unnötiger medizinischer Maßnahmen wahrzunehmen. Dabei setzte sie auf ein konstruktives Engagement der Ärzteschaft und einen besseren Informationsfluss zwischen Arzt und Patient (24). Die Vermeidung von Überversorgung sollte durch gezielte Überzeugungsarbeit zu einem wichtigen Bestandteil des ärztlichen Selbstverständnisses werden. Wolfson und Suchman beschrieben diese Vorgehensweise folgendermaßen:

„Der soziale Prozess ihrer Entwicklung und Umsetzung ist ebenso bedeutsam wie der technische Inhalt der Empfehlungen. Die Verringerung von Überversorgung ist nur eines von mehreren wichtigen Ergebnissen; ein anderes ist die Gefühlslage von Ärzten, während sie die Überversorgung vermindern: Sind sie weiterhin stolz auf ihre Arbeit, fühlen sie sich respektiert und handlungsfähig oder bevormundet und missachtet?“ (24)

Dieser Ansatz gründet auf der Komplexitätstheorie und der Selbstbestimmungstheorie. Ausgehend von der Komplexitätstheorie hob die Kampagne die Bedeutung von emergentem Design und einfachen Regeln hervor. („Emergentes Design“ bedeutet, ein Ziel im Blick zu behalten, für die Wege dorthin jedoch nicht zu viele Vorgaben zu machen. „Einfache Regeln“ erlauben allen Beteiligten, über ihre Vorgehensweise selbst zu entscheiden, solange sie sich an eine Reihe vereinbarter Standards halten.) Die Selbstbestimmungstheorie unterstreicht die Bedeutung von Autonomie (Entscheidungsfreiheit der Fachgesellschaften darüber, wie sie Empfehlungen entwickeln), souveränem Können (wachsende Kompetenz im Umgang mit dem für viele neuen Konzept der Überversorgung) und einem unterstützenden Netzwerk (Austausch von Informationen und wechselseitige Unterstützung unter Anleitung vertrauenswürdiger Vermittler).

Die ABIM Foundation war sich der Notwendigkeit bewusst, auch die Patienten und die Öffentlichkeit in die Kampagne einzubeziehen. Deshalb schloss die Stiftung früh ein Bündnis mit der etablierten, nicht gewinnorientierten Verbraucherschutzorganisation „Consumer Reports“. Ihr Ziel ist es, die Macht der Konsumenten zu stärken, indem sie sie durch vertrauenswürdige Information in die Lage versetzt, sachgerechtere Entscheidungen zu treffen. „Consumer Reports“ übernahm die Aufgabe, die Choosing-Wisely-Empfehlungen in leicht verständliche Kurzinformationen zu „übersetzen“ (23). Ein Netzwerk weiterer großer Verbraucherorganisationen wurde in die Partnerschaft einbezogen. Alle Organisationen erklärten sich bereit, bei der Verteilung der Choosing-Wisely-Materialien an die Patienten und die Öffentlichkeit mitzuwirken. Dieses große Netzwerk sollte sowohl den Leistungserbringern als auch der Öffentlichkeit zeigen, worum es bei der Kampagne ging: die Interessen der Patienten zu wahren und nicht lediglich die medizinische Versorgung aus Gründen der Kostenersparnis zu „rationieren“.

1.4 Organisation und Finanzierung

Jede der nationalen Choosing-Wisely-Kampagnen hat eine Dachorganisation, die ihre eigenen Mittel einsetzt, um die Initiative weiterzuentwickeln und auf den Weg zu bringen. Vielerorts übernehmen weitere Partnerorganisationen die Verantwortung für einzelne Aspekte der Kampagne. In der kurzen Zeit, die für das Verfassen dieses Berichts zur Verfügung stand, war es nicht möglich, detaillierte Informationen über die Finanzierungswege und Budgets der unterschiedlichen Choosing-Wisely-Kampagnen zu ermitteln. Bei den Budgets reicht das Spektrum wahrscheinlich von sehr begrenzten bis hin zu bedeutenden Aufwendungen. Die Kampagnen in den Vereinigten Staaten, Kanada und Australien scheinen über ausreichende finanzielle Mittel und genügend Personal für eine effektive, breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit zu verfügen, während viele andere Choosing-Wisely-Initiativen offenbar allein auf die Ressourcen der Dachorganisation angewiesen sind und in einigen Fällen mit sehr geringen Mitteln auskommen müssen.

Auch Regierungen, Gesundheitsbehörden und Stiftungen sind Partner bei der Finanzierung von Choosing Wisely. Choosing Wisely US vermeldet, dass sich die Initiative erfolgreich um Förderung für Forschung und Evaluierung durch die Robert Wood Johnson Foundation bemüht hat, eine der führenden Förderorganisationen für Forschung im Gesundheitsbereich (25). Die Choosing-Wisely-Kampagnen in den meisten anderen Staaten geben dagegen auf ihren Internetseiten keine Auskunft über ihre Finanzquellen.

2 Einbeziehung der Ärzteschaft

2.1 Zielgruppen und Reichweite

Choosing Wisely wurde möglich, weil immer mehr Ärzte bereit waren, alte Verhaltensmuster und Glaubenssätze zu hinterfragen. Auch die Ungewissheit hinsichtlich der Wirksamkeit vieler gängiger Behandlungsmethoden bereitete den Boden für die Kampagne. Verstärkt wurde dieses kritische Hinterfragen durch neue Entwicklungen in der vergleichenden Nutzenbewertung und die wachsende Bedeutung der quantitativen Nutzenbewertung (26). Die wichtigsten Merkmale der Kampagne – die Federführung der Ärzteschaft, der partizipative Ansatz, die Partnerschaften mit Patientenorganisationen und die wirksame Öffentlichkeitsarbeit – sorgten dafür, dass die Kampagne nach kurzer Zeit die Beachtung der Fachgesellschaften fand und sich die Idee schnell verbreitete.

Die ersten Fachgesellschaften, die sich der Choosing-Wisely-Kampagne in den Vereinigten Staaten anschlossen, veröffentlichten ihre Top-5-Listen im April 2012. In dieser Aufbruchzeit erklärten sich neun medizinische Fachgesellschaften bereit, die Kampagne zu unterstützen (23). Sie konnten die Methoden, mit denen sie die Empfehlungen erarbeiteten, selbst entwickeln, waren aber gehalten, ihre Vorgehensweise zu dokumentieren und die Listen zu veröffentlichen. Die Kampagnen wurden entweder von bereits existierenden Ausschüssen für Qualitätssicherung und Sicherheit geleitet oder von eigens eingerichteten Lenkungsgruppen. Sie wandten sich mit der Bitte um Ideen und Feedback an die Mitglieder der Fachgesellschaften. Die ersten neun Fachgesellschaften, die Choosing Wisely unterstützen, erreichten 375.000 Ärzte in den gesamten Vereinigten Staaten.

2016, nur vier Jahre nach dem Start, war die Choosing-Wisely-Kampagne in den Vereinigten Staaten stark gewachsen und zählte beinahe siebzig Fachgesellschaften zu ihren Unterstützern (Kasten 1).

Insgesamt haben diese medizinischen Fachgesellschaften mehr als 450 Empfehlungen veröffentlicht. Auch auf internationaler Ebene weckte die Kampagne Interesse. 2015 waren in zwölf Staaten weltweit Choosing-Wisely-Kampagnen entweder bereits gestartet worden oder in Planung (27).

Die ursprüngliche Strategie der Kampagne wurde an die Gegebenheiten der verschiedenen Länder angepasst. In einigen Staaten wurde der Name Choosing Wisely übernommen, in anderen Ländern erhielt die Kampagne neue Namen. In Italien z. B., wo sie von „Slow Medicine Italy“ unterstützt wird, firmiert sie unter der Überschrift „Fare di più non significa fare die meglio“ („Mehr tun heißt nicht mehr erreichen“), in der Schweiz heißt sie „Smarter Medicine“ und in Wales „Prudent Healthcare“. In Großbritannien, wo die Kampagne von der Academy of Royal Medical Colleges geleitet wird, liegt ein Schwerpunkt auf

Kasten 1: Medizinische Fachgesellschaften, die sich an der Choosing-Wisely-Kampagne in den Vereinigten Staaten beteiligen

- American Academy of Allergy, Asthma & Immunology
- American Academy of Clinical Toxicology
- American Academy of Dermatology
- American Academy of Family Physicians
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine
- American Academy of Neurology
- American Academy of Nursing
- American Academy of Ophthalmology
- American Academy of Orthopaedic Surgeons
- American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery
- American Academy of Pediatrics
- The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation
- American Association of Blood Banks
- American Association of Neurological Surgeons
- American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine
- American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus
- American Association for the Study of Liver Diseases
- American College of Cardiology
- American College of Chest Physicians
- American College of Emergency Physicians
- American College of Medical Genetics and Genomics
- American College of Medical Toxicology
- American College of Obstetricians and Gynecologists
- American College of Occupational and Environmental Medicine
- American College of Physicians
- American College of Preventive Medicine
- American College of Radiology
- American College of Rheumatology
- American College of Surgeons
- American Dental Association
- American Epilepsy Society
- American Gastroenterological Association
- American Geriatrics Society
- American Headache Society
- AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine
- American Medical Society for Sports Medicine
- American Orthopaedic Foot & Ankle Society
- American Physical Therapy Association
- American Psychiatric Association
- American Society of Anesthesiologists
- American Society of Clinical Oncology
- American Society for Clinical Pathology
- American Society of Echocardiography
- American Society of Hematology
- American Society of Nephrology
- American Society of Nuclear Cardiology
- American Society of Plastic Surgeons
- American Society for Radiation Oncology
- American Society for Reproductive Medicine
- American Thoracic Society
- American Urogynecologic Society
- American Urological Association
- Commission on Cancer
- Endocrine Society
- Heart Rhythm Society
- Infectious Diseases Society of America
- North American Spine Society
- Society for Cardiovascular Angiography and Interventions
- Society of Cardiovascular Computed Tomography
- Society for Cardiovascular Magnetic Resonance
- Society of Critical Care Medicine
- Society of General Internal Medicine
- Society of Gynecologic Oncology
- Society for Healthcare Epidemiology of America
- Society of Hospital Medicine
- Society for Maternal-Fetal Medicine
- Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
- Society of Thoracic Surgeons
- Society for Vascular Medicine
- Society for Vascular Surgery

der direkten Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit. Die medizinischen Fachgesellschaften wurden deshalb aufgefordert sicherzustellen, dass Laien an der Themenwahl und der Überwachung der Kampagne beteiligt sind. Kasten 2 enthält die einfachen Regeln, die Medical Royal Colleges im Rahmen von Choosing Wisely befolgen sollten.

Kasten 2: **Choosing-Wisely-Richtlinien für Colleges und Fachgesellschaften in Großbritannien**

Jedes beteiligte College und jede Fachgesellschaft wird gebeten, fünf Behandlungs- oder Diagnoseverfahren zu benennen, deren Nutzen zweifelhaft ist.

Es ist wichtig, dass die verschiedenen Fachbereiche dabei einheitlich vorgehen, höchste Standards einhalten und sich an den unten erläuterten Prinzipien von Choosing Wisely orientieren. Die ausgewählten Empfehlungen sollten:

Relevant für das jeweilige Fachgebiet sein: Jedes College und jede Fachgesellschaft sollte sich auf Interventionen konzentrieren, die zur eigenen klinischen Praxis zu gehören.

Sich spürbar auf die Patienten und/oder den National Health Service auswirken: Unnötige medizinische Interventionen sollten nur dann aufgeführt werden, wenn sie unerwünschte Folgen für die Patienten (Nebenwirkungen, psychische Belastung etc.) haben oder das Budget des National Health Service stark belasten. Eine Einschränkung dieser Interventionen würde dann den Patienten und dem National Health Service zugutekommen. Bei ihren Empfehlungen sollten die teilnehmenden Colleges und Fachgesellschaften solchen Interventionen Priorität einräumen, bei denen die positive Wirkung einer Reduzierung besonders groß wäre.

Evidenzbasiert sein: Die Colleges oder Fachgesellschaften sollten sich stets für Empfehlungen mit guter empirischer Datenbasis entscheiden. Sie sollten die Belastbarkeit der empirischen Daten hervorheben und auf dieser Grundlage empfehlen, dass die betreffende Intervention:

- nicht mehr stattfindet
- nur noch selten Anwendung findet
- mit dem Patienten erörtert und nur dann angewandt wird, wenn sich der Patient aufgrund sachgerechter Informationen für sie entscheidet

Die Patienten und die Öffentlichkeit aktiv einbeziehen: Die Colleges und Fachgesellschaften sollten bei der Entwicklung der Empfehlungen stets die Patienten und die Öffentlichkeit beteiligen.

Von messbarem Nutzen und umsetzbar sein: Die Colleges und Fachgesellschaften müssen Vorschläge entwickeln, wie sich ihre Empfehlungen in der klinischen Praxis umsetzen lassen und wie ihre Wirkung gemessen werden kann.

Alle Empfehlungen der Colleges und Fachgesellschaften gelten als Vorschläge und werden von der Choosing-Wisely- Lenkungsgruppe überprüft, um sicherzustellen, dass sie den vereinbarten Prinzipien und dem vorgegebenen Verfahren entsprechen. Erst dann werden sie offiziell als Empfehlungen im Rahmen von Choosing Wisely angenommen.

Der niederländische Facharztverband Orde van Medisch Specialisten (OMS) machte sich die Kampagne früh zu eigen und startete Choosing Wisely Netherlands bereits 2012 in Zusammenarbeit mit Gruppen aus verschiedenen Fachdisziplinen und dem nationalen Patientenverband Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Auf der Internetseite der niederländischen Kampagne werden vier Themen besonders hervorgehoben – kluge Wahl, gemeinsame Entscheidungen, Evaluierung der medizinischen Versorgung und Unterschiede in der Praxis (<http://www.kwaliteitskoepel.nl/verstandig-kiezen/english/>).

Choosing Wisely Canada zählt zu den Initiativen außerhalb der Vereinigten Staaten, die eine besonders große Wirkung erzielt haben. Sie wurde 2014 als ärztegetragene Graswurzelkampagne ins Leben gerufen und von der Ärzteschaft vorangetrieben. Die Kampagne verbreitete sich rasch und wurde von 45 kanadischen Fachgesellschaften und sämtlichen dreizehn medizinischen Fachverbänden der Provinzen und Territorien unterstützt. 2015 waren bereits 151 Empfehlungen veröffentlicht worden, die Ärzte und Patienten anregten, bestimmte Untersuchungen, Behandlungen und Verfahren zu hinterfragen. Zudem waren zahlreiche Informationsflyer für Patienten erschienen (<http://www.choosingwiselycanada.org/>). Es gelang außerdem, Medizinstudenten und andere Berufsgruppen an der Kampagne zu beteiligen. Die Öffentlichkeitsarbeit von Choosing Wisely Canada war besonders fantasievoll.

Choosing-Wisely-Kampagnen können in den einzelnen Ländern oft auf bereits existierenden Programmen aufbauen. So wird die Arbeit von Choosing Wisely Australia von „NPS MedicineWise“ unterstützt, einer unabhängigen Non-Profit-Organisation, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Verordnung und Anwendung bestimmter Medizintechniken, Medikamente und Diagnoseverfahren zu verbessern (<http://www.nps.org.au/about-us>). Zu diesem Zweck stellt „NPS MedicineWise“ empirisch gesicherte Informationen zur Verfügung, bietet Unterstützung für Verhaltensänderungen, erleichtert den digitalen Zugang zu Gesundheitsdaten und entwickelt Informationsmaterialien und Lernmodule für Fachkräfte im Gesundheitswesen und für die Öffentlichkeit. „NPS MedicineWise“ rief im Mai 2015 gemeinsam mit sechs medizinischen Ausbildungsinstituten und Fachgesellschaften eine eigene Choosing-Wisely-Kampagne ins Leben, die großes Medieninteresse weckte. Seither ist die Initiative stark gewachsen. 28 Ausbildungsinstitute, Fachgesellschaften und Verbände haben sich ihr angeschlossen. Das Interesse von Verbraucherschutzorganisationen ist groß, und die Initiative genießt die Unterstützung des Consumers Health Forum of Australia, des größten Patientenverbandes Australiens. Mehr als 100 Empfehlungen wurden bisher veröffentlicht.

2.2 Auswahl der Themen

Choosing Wisely hat sich die folgenden einfachen Regeln für die Top-5-Listen gegeben. Sie sollen:

- Diagnose- und Therapieverfahren thematisieren, die teuer sind und/oder häufig angewandt werden
- evidenzbasiert sein
- sich auf Entscheidungen konzentrieren, die in die Kompetenz der jeweiligen Fachdisziplin fallen
- im Rahmen eines transparenten Verfahrens entwickelt und angenommen werden (24).

Kasten 3 enthält Beispiele aus den ersten Empfehlungslisten, die von Choosing Wisely in den Vereinigten Staaten veröffentlicht wurden.

Kasten 3: Beispiele für frühe Empfehlungen

Verzichten Sie bei Beschwerden im unteren Rückenbereich während der ersten sechs Wochen auf ein bildgebendes Verfahren, sofern es keine Warnsignale für eine schwere Schädigung gibt (American Academy of Family Physicians).

Zögern Sie die Palliativversorgung eines schwer erkrankten Patienten in körperlicher, seelischer, sozialer oder spiritueller Not nicht hinaus, weil sie den Erfolg von Maßnahmen zur unmittelbaren Krankheitsbekämpfung abwarten wollen (American Academy of Hospice and Palliative Care).

Antibiotika sollten nicht eingesetzt werden, wenn offenkundig eine Virusinfektion der Atemwege (Sinusitis, Pharyngitis, Bronchitis) vorliegt (American Academy of Pediatrics).

Bieten Sie vor Beginn der 40. Schwangerschaftswoche nicht die Einleitung von Wehen oder einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation an (American College of Obstetricians and Gynecologists).

Lassen Sie bei Personen, die keine Symptome aufweisen und ein geringes Risiko für koronare Herzerkrankungen haben, kein Belastungselektrokardiogramm als Vorsorgeuntersuchung machen (American College of Physicians).

Machen Sie bei ambulanten Patienten keine präoperativen Röntgenaufnahmen des Brustkorbs, sofern die Krankheitsgeschichte und die körperliche Untersuchung keine Auffälligkeiten zeigen (American College of Surgeons).

Empfehlen Sie keine künstliche Ernährung durch eine PEG-Sonde für Patienten mit fortgeschrittener Demenz; lassen Sie die Patienten stattdessen füttern (American Geriatrics Society).

Führen Sie keine Krebstherapie bei Patienten mit soliden Tumoren durch, die folgende Merkmale zeigen: niedriger ECOG-Leistungsstatus (3 oder 4), keine Besserung durch vorausgegangene, evidenzbasierte Interventionen, nicht geeignet für die Teilnahme an einer klinischen Studie, keine starken, überprüfbaren Indikatoren für klinische Erfolgchancen einer weiteren Bekämpfung des Tumors (American Society of Clinical Oncology).

Verordnen Sie Protonenbestrahlung bei Prostatakrebs nicht routinemäßig, sondern nur dann, wenn der Patient an einer klinischen Studie teilnimmt oder in einem klinischen Krebsregister erfasst wird (American Society for Radiation Oncology).

Führen Sie bei symptomfreien Erwachsenen keine regelmäßigen Gesundheitsschecks zur Überprüfung des Allgemeinzustands durch (Society of General Internal Medicine).

Quelle: In abgewandelter Form übernommen aus: Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the Choosing Wisely campaign. *Academic Medicine* 2014; 89(7): 990-5.

Nur wenige Fachgesellschaften hatten ausreichende Mittel für eine systematische Prüfung aller infrage kommenden Themen. Die meisten begannen mit einem Konsensmodell, häufig mit einer Delphi-Befragung¹, um eine erste Auswahl zu treffen. Im nächsten Schritt prüften sie die empirischen Grundlagen für die verschiedenen Empfehlungen und wählten dann die wichtigsten fünf Themen aus. Der Nachteil einer solchen Vorgehensweise besteht darin, dass die ersten Schritte von Meinungen und nicht von wissenschaftlichen Erkenntnissen geleitet sind. Die Canadian Medical Association (CMA), die größte Ärztevereinigung in Kanada, schlug eine andere Methode vor, um dieses Problem zu lösen (28). Als Ausgangsbasis sollten Daten aus Studien genutzt werden, die im Rahmen von POEM ausgewertet wurden. POEM ist die Abkürzung für „Patient-Oriented Evidence that Matters“ („Bedeutungsvolle patientenorientierte Evidenz“). Diese Studien waren von Ärzten während fortlaufender Informationsveranstaltungen zu medizinischen Themen gesammelt und bewertet worden. Die Datensammlung von POEM umfasst Studien, die wichtige klinische Probleme untersuchen, Behandlungserfolge patientenorientiert messen und das Potenzial haben, die ärztliche Praxis zu verändern (29). Die Choosing-Wisely-Gruppe der CMA wählte Studien aus, die von den Ärzten als besonders geeignet eingestuft worden waren, um ein Übermaß an Diagnose und Behandlung zu verringern – ein relativ schlüssiger Weg zu einer Top-5-Liste, die sowohl evidenzbasiert als auch für die ärztliche Praxis bedeutsam ist.

Eine Reihe von Fachgesellschaften nutzte Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften, um ihre Empfehlungen bekanntzumachen und die Methoden zu beschreiben, mit denen sie erarbeitet worden waren. So richtete z. B. die US-amerikanische internistische Fachgesellschaft Society of General Internal Medicine (SGIM) ein Ad-hoc-Komitee ein, dem Mitglieder des bereits existierenden Clinical Practice Committee (Komitee für klinische Praxis) und der Evidence-Based Medicine Task Force (Expertengruppe für evidenzbasierte Medizin) angehörten (30). Zunächst sammelte das Komitee intern mögliche Diskussionsthemen. Im nächsten Schritt einigten sich alle Mitglieder des Komitees auf zehn Themen, die näher untersucht werden sollten. Die Datenbasis zu jedem der zehn Themen wurde geprüft, und ein Verfahren wurde entwickelt, um die Ergebnisse zu bewerten und eine Reihenfolge der Themen herzustellen. Bei der Vergabe von Punkten wurde die Aussagekraft der relevanten wissenschaftlichen Untersuchungen ebenso berücksichtigt wie die Bedeutung des Themas für Internisten, die vermutete Zahl der betroffenen Patienten, die finanziellen Auswirkungen, das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei dieser Intervention im Vergleich zu anderen und das Risiko für eine Schädigung von Patienten. Nachdem die Mitglieder des Komitees sich auf eine Top-5-Liste geeinigt hatten, wurden jeweils zwei von ihnen mit einem Thema betraut. Sie erarbeiteten zu diesem Thema eine kurze Stellungnahme in einem Satz und einen drei bis vier Zeilen langen Absatz, in dem weitere Details erläutert und mit entsprechenden Nachweisen versehen wurden. Diese Texte waren für die Veröffentlichung auf der Website von Choosing Wisely vorgesehen. Längere Stellungnahmen mit ausführlichen Literaturhinweisen und einer Begründung der Empfehlung wurden den anderen Komitee-Mitgliedern zur Begutachtung vorgelegt und danach auf der Internetseite der Fachgesellschaft veröffentlicht.

Während einige Fachgesellschaften kleine Insider-Gruppen mit der Entwicklung der Top-5-Listen betrauten, bemühten sich andere sehr darum, bei der Auswahl einen möglichst großen Konsens unter ihren Mitgliedern herzustellen. So ermittelte z. B. die Canadian

1 Die Delphi-Methode ist ein Befragungsverfahren, das häufig genutzt wird, um Konsens in Expertengruppen herzustellen. Es beinhaltet mehrere Runden, bei denen Feedback zu bestimmten Fragen oder Thesen eingeholt wird. Ab der zweiten Runde erhalten die Teilnehmer Auskunft darüber, wie andere Experten in den Runden zuvor geantwortet haben, und können diese Informationen bei ihren weiteren Überlegungen und Antworten berücksichtigen.

Rheumatology Association, die kanadische Fachgesellschaft der Rheumatologen, in der ersten Runde einer Delphi-Befragung eine Liste mit 64 möglichen Themen, die in zwei weiteren Befragungsrunden auf 13 Themen reduziert wurde (31). In einer Umfrage wurden diese Themen dann allen Mitgliedern der Fachgesellschaft vorgelegt. Die Rücklaufquote betrug 35 Prozent und ein Großteil der Befragten hielt die 13 Punkte für relevant. Das Komitee wählte dann die wichtigsten Themen für die Top-5-Liste aus und veröffentlichte die Gründe für diese Auswahl.

Einige Fachgesellschaften sammelten eine erstaunlich große Zahl möglicher Themen. Die Sektion für perinatale Sterblichkeit der American Academy of Pediatrics, der US-amerikanischen Fachgesellschaft für Kinderheilkunde, befragte z. B. 2.872 Neonatologen sowie 1.053 weitere Ärzte, Pflegekräfte und Familienangehörige, die an einer Konferenz teilnahmen (32). Insgesamt machten die Befragten 2.870 Vorschläge. Ein Expertengremium mit 51 Mitgliedern prüfte jeden einzelnen Vorschlag und erstellte eine Rangfolge, wobei eine modifizierte Version des Delphi-Verfahrens angewandt wurde, um die Zahl der Themen auf zwölf zu reduzieren. Das Gremium prüfte die wissenschaftliche Literatur zu diesen Themen und erstellte dann eine Top-5-Liste. Andere Fachgesellschaften führten ausgedehnte Literaturrecherchen durch. Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin unternahm z. B. eine systematische Recherche mit den Suchbegriffen „geringer Nutzen“, „Fehlinvestition“, „weniger ist mehr“ und „vermeidbarer Behandlungsaufwand“. Das Ergebnis war eine Liste von 38 möglichen Themen (33). Anschließend wurde eine Delphi-Befragung durchgeführt, die einen klaren Konsens über eine Top-5-Liste ergab.

2.3 Länderspezifische Vorgehensweisen

Fachgesellschaften in Ländern, in denen Choosing-Wisely-Initiativen nach der Veröffentlichung der ersten Listen in den Vereinigten Staaten gestartet wurden, konnten aus den Erfahrungen in den Vereinigten Staaten lernen und den Prozess an die Gegebenheiten in ihrem jeweiligen Land anpassen (27). In einigen Fällen entwickelten Fachgesellschaften längere Empfehlungslisten, weil sie sich nicht auf fünf Themen beschränken wollten. So wählte z. B. das Australasian College for Emergency Medicine, die wichtigste Ausbildungsstätte für Notfallmediziner in Australien und Neuseeland, für seine erste Liste sechs Themen aus (<http://choosingwisely.org.nz/professional-resource/anzan-2/>).

In Deutschland haben die beiden Initiativen „Gemeinsam klug entscheiden“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) und „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) vorgeschlagen, das Themenfeld von Choosing Wisely zu erweitern. Neben Überversorgung soll es auch Unter- und Fehlversorgung einschließen (34, 35). Wie sinnvoll das Vorhaben ist, die Thematik auszuweiten, lässt sich schwer beurteilen. Es scheint das Risiko zu bergen, dass jede öffentliche Kommunikation über die Kampagne komplexer und damit für Laien schwerer verständlich wird.

Manche Fachgesellschaften überprüften die Listen, die vergleichbare Organisationen in den Vereinigten Staaten erarbeitet hatten, und baten dann ihre Mitglieder einzuschätzen, inwieweit diese Listen auf ihr eigenes Land übertragbar waren. Andere nutzten bereits existierende Leitlinien für die klinische Praxis als Ausgangspunkt. In einigen Staaten gab es bereits Initiativen, an deren Arbeit die Choosing-Wisely-Gruppen anknüpfen konnten.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) empfahl allen medizinischen Fachgesellschaften, die ursprünglichen Empfehlungen von Choosing Wisely US zu prüfen und, sofern sie geeignet erschienen, zu übernehmen. Zunächst folgte nur die Swiss Society of Pediatrics, die schweizerische Fachgesellschaft für Kinderheilkunde, dieser Empfehlung (<http://www.samw.ch/en/Projects/Sustainable-health-care-system/Choosing-wisely.html>). Im Jahr 2015 wandte sich die SAMW noch einmal an alle 23 großen medizinischen Fachgesellschaften sowie an den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner und legte ihnen die für ihr Fachgebiet wichtigen Empfehlungen aus den Vereinigten Staaten zur Prüfung vor. 14 Fachgesellschaften antworteten, zehn von ihnen übernahmen die Empfehlungen aus den Vereinigten Staaten (teilweise in abgewandelter Form), vier Fachgesellschaften lehnten dagegen eine Übernahme der Empfehlungen ab.

Die Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), die italienische Fachgesellschaft für innere Medizin, sichtet die Empfehlungen, die aus den Kampagnen in den Vereinigten Staaten und Kanada hervorgegangen waren, um die für ihre Fachdisziplin relevanten Themen auszuwählen – insgesamt waren es 139 (36). Per E-Mail bat die Fachgesellschaft dann ihre Mitglieder um weitere Vorschläge. Auf diese Weise kamen noch einmal neunzig mögliche Themen hinzu. Das Choosing-Wisely-Komitee wählte 30 Themen aus und sandte die Liste an 2.306 Delegierte mit der Bitte, ihre Prioritäten anzugeben. Die Top-5-Liste, die schließlich veröffentlicht wurde, enthielt vier Themen, die nicht auf den Listen aus den Vereinigten Staaten und Kanada gewesen waren. Nur ein Thema war übernommen worden. Auch Choosing Wisely Japan baute auf den Erfahrungen in den Vereinigten Staaten auf. Zu Beginn ihrer Arbeit konzentrierte sich die Initiative auf eine kleine Anzahl von Empfehlungen, die aus den amerikanischen Listen übersetzt worden waren (<http://choosingwisely.jp/>).

In Großbritannien startete die Academy of Medical Royal Colleges ihre Choosing-Wisely-Kampagne 2016 mit Top-5-Listen von elf Medical Royal Colleges und Fakultäten (<http://www.choosingwisely.co.uk/about-choosing-wisely-uk/>). Großbritannien blickt auf eine lange Geschichte staatlich finanzierter klinischer Leitlinien zurück, die von NICE entwickelt und/oder geprüft und anerkannt wurden. NICE hatte bereits seit 2005 nach unnötigen medizinischen Verfahren und Behandlungsmethoden geforscht. Wie bereits erwähnt, war das Ergebnis eine Liste mit mehr als 1.000 Empfehlungen, bestimmte Behandlungen und Untersuchungen zu unterlassen (20). Auf der Internetseite des National Health Service (NHS), (www.nhs.uk) (37), gibt es außerdem umfangreiche, vom NHS geprüfte Informationen für Patienten. Die medizinischen Fachgesellschaften, die an Choosing Wisely UK teilnehmen, konnten diese Fülle an Material nutzen, um ihre Empfehlungen zu entwickeln. Sie unternahmen beträchtliche Anstrengungen, um zu gewährleisten, dass ihre Top-5-Listen mit den zuvor veröffentlichten Leitlinien von NICE übereinstimmten und wissenschaftlich fundiert waren.

Choosing Wisely New Zealand veröffentlichte im Dezember 2016 eine erste Liste mit neunzig Empfehlungen. Die Kampagne findet unter Federführung des New Zealand Council of Medical Colleges in Zusammenarbeit mit der Health Quality Safety Commission, einer staatlichen Organisation für Qualitätssteigerung und Sicherheit im Gesundheitswesen, und der Verbraucherschutzorganisation „Consumer NZ“ statt (<http://choosingwisely.org.nz/>). Bislang sind 17 Fachgesellschaften an der Kampagne beteiligt. Ein Ziel der Kampagne ist eine interprofessionelle Perspektive. Ärzte, Krankenpfleger, Apotheker, Hebammen und andere Gesundheitsberufe sollen die Initiative gemeinsam tragen. Zudem werden Instrumente für die Umsetzung und Informationsmaterialien für Patienten entwickelt.

Kasten 4: Choosing Wisely Canada – sechs Dinge, die Studierende der Medizin und Ärzte in Ausbildung hinterfragen sollten

1. Empfehlen Sie nicht die Verordnung besonders invasiver Untersuchungen oder Behandlungen, bevor Sie weniger invasive Optionen in Betracht gezogen haben.
2. Schlagen Sie keine Untersuchungen, Behandlungsmethoden oder Verfahren vor, die am Behandlungserfolg nichts ändern werden.
3. Versäumen Sie nicht, mit Patienten zu besprechen, ob eine Untersuchung, eine Behandlung oder ein Verfahren notwendig ist.
4. Scheuen Sie sich nicht, genauere Informationen über Untersuchungen, Behandlungen oder Verfahren zu erbitten, die Sie für überflüssig halten.
5. Schlagen Sie Diagnosemethoden oder Verfahren nicht nur deshalb vor, weil Sie klinische Erfahrung sammeln möchten.
6. Schlagen Sie nicht die Verordnung von Untersuchungen oder Behandlungen vor, nur weil Sie annehmen, dass Ihr Vorgesetzter dies von Ihnen erwartet.

2.4 Aus- und Fortbildungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen

Die Aus- und Fortbildung von Medizinerinnen ist Bestandteil mehrerer Choosing-Wisely-Kampagnen. Studien zeigen, dass drei Faktoren eine besonders große Rolle spielen, wenn Ärzte dafür aus- oder fortgebildet werden sollen, eine hochwertige und kostenbewusste medizinische Versorgung anzubieten – zielgruppenspezifische Wissensvermittlung, eine Kultur der Reflexion über die eigene berufliche Praxis und ein unterstützendes Umfeld (38). In Kanada verfolgte die Kampagne nachdrücklich das Ziel, die Prinzipien von Choosing Wisely in der Ausbildung von Ärzten und Pflegefachkräften zu verankern. Der Grund hierfür war die Erfahrung, dass Ärzte in Ausbildung sich oft unter Druck fühlen, unnötige Untersuchungen oder Behandlungen anzuordnen, um ihre Sorgfalt unter Beweis zu stellen (39). Damit die Kampagne auch Studierende der Medizin erreichte, wurde STARS (Students and Trainees Advocating for Resource Stewardship – Studenten und Ärzte in Ausbildung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen) gegründet (<http://www.choosingwiselycanada.org/medical-education/>). STARS veröffentlichte u. a. eine Liste mit dem Titel „Sechs Dinge, die Studierende der Medizin und Ärzte in Ausbildung hinterfragen sollten“ (Kasten 4). Diese Liste wurde von einer Gruppe unter studentischer Leitung entwickelt. Fast 2.000 Studierende der Medizin wurden dabei einbezogen.

3 Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit

3.1 Erwartungen der Öffentlichkeit

Die Erwartungshaltung der Patienten und der Öffentlichkeit wird von Ärzten oft als wichtiger Grund für medizinische Überversorgung angeführt. Allerdings ist nicht nachgewiesen, in welchem Ausmaß diese Erwartungen tatsächlich bestehen (40, 41). Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass Patienten, ebenso wie Ärzte, häufig unrealistisch hohe Erwartungen an den Nutzen von Behandlungen haben und die Wahrscheinlichkeit schädlicher Effekte eher unterschätzen (7, 8). Manchmal sind die Ansichten von Menschen in sich widersprüchlich – so stimmten bei einer Studie im Rahmen von Choosing Wisely Australia die meisten Befragten der Aussage zu, dass unnötige medizinische Leistungen vermieden werden sollten. Dennoch erwarteten drei Viertel der Befragten von ihren Ärzten, dass diese alle verfügbaren Diagnoseverfahren für ihre Erkrankung ausschöpften (<http://www.choosingwisely.org.au/news-and-media/media-centre/choosing-wisely-australia-report>).

Die Erwartungen der Öffentlichkeit werden stark von den Massenmedien geprägt und häufig durch soziale Netzwerke und politische Debatten verstärkt (5). Zweifellos muss jede Strategie gegen Verschwendung im Gesundheitssystem die Patienten und die Öffentlichkeit einbeziehen, und zwar sowohl bei konkreten Entscheidungen als auch auf einer allgemeineren Ebene.

Damit eine Choosing-Wisely-Kampagne erfolgreich ist, muss sie die folgenden vier Elemente beinhalten:

- Patienteninformationen über den Nutzen und die schädlichen Effekte von Untersuchungen und Behandlungen sowie über die Ungewissheit hinsichtlich ihrer Auswirkungen
- Social Marketing mit dem Ziel, Bewusstsein für diese Fragen zu schaffen
- Direkte Beteiligung an der Auswahl der Themen, der Entwicklung von Materialien und der Steuerung der Kampagne
- Hilfen für Patienten, u. a. Leitfragen und Entscheidungshilfen, damit sie Entscheidungen für oder gegen bestimmte Untersuchungen und Behandlungen gemeinsam mit ihrem Arzt fällen können.

3.2 Patienteninformationen

Die ABIM Foundation ist eine Partnerschaft mit der Verbraucherschutzorganisation „Consumer Reports“ eingegangen, weil sie Informationen und Materialien zur Aufklärung der Öffentlichkeit als elementaren Bestandteil jeder Strategie gegen Überversorgung versteht. Die langjährige Erfahrung von „Consumer Reports“ bei der Entwicklung von Informations-



Ask Your Doctor Do I need this cancer test or treatment?

PET, CT, or bone scans to check the stage of breast or prostate cancer

You don't need the tests if cancer is found at an early stage, unless there are symptoms that worry your doctor.

PET scans after cancer treatment

These scans are not recommended for follow-up after cancer treatment. Ask your doctor about getting routine screenings. Ask about the signs of cancer coming back. If this happens, you may need scans.

PSA test for prostate cancer

You don't need this test if you do not have symptoms and your life expectancy is under 10 years. There is no benefit to early diagnosis. That's because the cancer is not likely to spread quickly enough to shorten your life.



Targeted therapy

These therapies treat certain kinds of cancer cells. They don't work if you don't have those kinds of cells.

Drugs to increase white blood cells

You don't need these unless you have a high risk of infection or your white blood cell count goes way down because of chemotherapy.

Combining chemotherapy drugs for breast cancer

In most situations, one drug at a time works just as well. Even if your cancer has spread, combining drugs usually won't help, unless you have specific symptoms or complications.

Drugs to prevent nausea during chemotherapy

There are many options. You should use the most effective and lowest-cost drugs available.

Stopping treatment for advanced cancer

You may want to stop treatment if it's not working, especially if it makes you feel sick. Ask your doctor about care to ease symptoms (palliative care).

Talk to your doctor

- Do I need these tests and treatments?
- Would other choices be better for me?

For more information, please visit:
ConsumerHealthChoices.org/Choosing

Abbildung 1: Musterflyer für Patienten (Quelle: consumerhealthchoices.org/)

materialien für die Öffentlichkeit, u. a. auch im Gesundheitsbereich, kam der Partnerschaft zugute. „Consumer Reports“ gewann weitere Verbraucher- und Patientenorganisationen mit ähnlicher Zielsetzung für die Kampagne. Auf diese Weise entstand ein Netz von etwa fünfzig Partnerorganisationen. Gemeinsam haben diese Gruppen seither jährlich mehr als 110 Pakete mit leicht verständlichen Patienteninformationen an über 100 Millionen Menschen verteilt (<http://www.choosingwisely.org/about-us/facts-and-figures/>).

„Consumer Reports“ und die Partnerorganisationen wurden beauftragt, eine Palette von Informationsmaterialien zu entwickeln, die die Choosing-Wisely-Empfehlungen klar und leicht verständlich erläutern (siehe Beispiel, Abbildung 1).

Diese Materialien wurden auf der Internetseite von Choosing Wisely veröffentlicht, als PDF-Download zur Verfügung gestellt und auf unterschiedlichen Wegen durch die Partnerorganisationen verbreitet. Auch Choosing Wisely Canada hat auf seiner Internetseite mehr als 30 Patientenflyer veröffentlicht. Choosing Wisely Australia und Choosing Wisely UK haben ihre Internetseiten mit Patienteninformationen verlinkt, die bereits vor der Kampagne veröffentlicht wurden und einen inhaltlichen Bezug zu den Top-5-Listen haben.

Im Rahmen der Kampagne in den Vereinigten Staaten wurden außerdem Materialien für Arbeitgeber entwickelt. Sie sollen Firmen dabei unterstützen, eigene Choosing-Wisely-Kampagnen zu planen. Unter anderem wurden Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt, die Arbeitgeber an ihre Beschäftigten weitergeben können, z. B. kurze Videoclips und Infoblätter (Themenbeispiele siehe Kasten 5).

Kasten 5: Informationsmaterialien für Beschäftigte

Know what to say to your doctor

- Choosing Wisely:
When to say “Whoa!” to doctors
- Tips on communicating with your doctor
- What you need to know about doctor-patient relationships

Use your prescription medication wisely

- Starting a new drug
- Know how to read a label
- Take the right dose
- Learn what to do when you experience side effects
- What to know about splitting pills

Be a smarter patient

- What doctors wish their patients knew
- Too much treatment?
- The real cost of care

Try this advice

- What may surprise you about preventive care
- Living life to the fullest:
building healthy habits

3.3 Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Printmedien und Rundfunk interessieren sich vielerorts für das Thema der medizinischen Überversorgung und Choosing-Wisely-Kampagnen in einer Reihe von Ländern konnten dieses Interesse nutzen, um ihre Botschaften zu verbreiten. Die Verbraucherschutzorganisation „Consumer Reports“ gab nicht nur Pressemeldungen heraus und beantwortete Anfragen von Journalisten, sondern entwickelte zudem kurze Werbespots in Form von Zeichentrickfilmen und Graphikanimationen für die Ausstrahlung im öffentlichen Fernsehen.

Choosing Wisely Canada lancierte eine erfolgreiche humorvolle Aufklärungskampagne mit dem Titel „More is not always better“ („Mehr ist nicht immer besser“, siehe Abbildung 2). Die Kampagne hat folgende Ziele:

- die Botschaft zu verbreiten, dass in der Medizin, wie auch im Leben, „mehr nicht immer besser“ ist,
- Patienten darüber aufzuklären, wann sie eine bestimmte Untersuchung oder Behandlung brauchen und wann nicht,
- Patienten zu ermutigen, mit ihrem Arzt über unnötige medizinische Versorgung zu sprechen.

Die meisten Choosing-Wisely-Kampagnen geben Pressemeldungen und Medieninformationen heraus und knüpfen direkte Kontakte zu Journalisten, um die Öffentlichkeit anzusprechen und für eine möglichst große Wirkung der Initiative zu sorgen. Einige Kampagnen nutzen außerdem erfolgreich die sozialen Medien. Choosing Wisely Australia entwickelte gemeinsam mit dem Fernsehsender ABC TV die Sendung „Too Much Medicine“ („Zu viel Medizin“), die ein großes Fernsehpublikum mit der Kampagne vertraut machte. Nach Schätzung von Choosing Wisely Australia erreichte die Kampagne durch diese Sendung und andere Medienformate – Fernsehen, Radio, Print und online – ein Publikum von mehr als 18 Millionen Australiern (42).

Abbildung 2: Plakat der kanadischen Aufklärungskampagne (Quelle: Choosing Wisely Canada)



3.4 Direkte Beteiligung

Trotz der Partnerschaften mit Verbraucherorganisationen blieb die Auswahl von Themen für die Top-5-Listen weitgehend Fachleuten aus dem Gesundheitssystem überlassen. In den meisten Berichten medizinischer Fachgesellschaften über die Entwicklung ihrer Listen wird die Einbeziehung von Patienten oder Laien nicht erwähnt. Es gibt jedoch einige wenige Ausnahmen: Sowohl die „Canadian Rheumatology Association“ als auch die „American Academy of Pediatrics“ beschreiben in ihrem Berichten detailliert, wie sie Patienten und Eltern bei der Entwicklung ihrer Empfehlungen einbezogen haben (31, 32).

Großbritannien hat eine lange Tradition der Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit an der Steuerung des Gesundheitswesens. Daher legte die Academy of Royal Colleges großen Wert darauf, dass Laien auf allen Ebenen der Choosing-Wisely-Kampagne einbezogen wurden. Die meisten Medical Royal Colleges in Großbritannien haben Patienten- oder Laienbeiräte. Deshalb lag es nahe, Mitglieder dieser Beiräte einzuladen, bei der Auswahl der Themen und Informationsmaterialien für Patienten mitzuwirken. Die Akademie lud Vertreter von Patientenorganisationen ein, im Steuerungskomitee und seinen Untergruppen mitzuarbeiten, und forderte alle medizinischen Fachgesellschaften auf, bei Vorlage ihrer Top-5-Listen mitzuteilen, ob und wie Patienten an der Auswahl der Themen beteiligt waren. In vielen Fällen war dies der Fall, doch gelang es keineswegs allen Fachgesellschaften in der ersten Phase des Projekts, Patienten einzubeziehen. Warum manche Fachgesellschaften an dieser Aufgabe scheiterten, ist nicht klar. Vielleicht zeigt sich hier eine Tendenz, die Bereitschaft von Laien, sich an Diskussionen über klinische Fragen zu beteiligen, zu unterschätzen.

Verschiedentlich wurde Zweifel daran geäußert, inwieweit Laienmitglieder medizinischer Fachgesellschaften für die Patienten oder die Öffentlichkeit repräsentativ sind. Eine Befragung von zwanzig ärztlichen Gremien in Großbritannien bestätigte diese Zweifel (43). Nur fünf der angesprochenen Organisationen waren in der Lage, die Kriterien zu beschreiben, nach denen sie Laienvertreter auswählten. Ein überraschend hoher Prozentsatz der sogenannten Laienmitglieder (41 Prozent) war in der Vergangenheit beruflich im Gesundheitswesen tätig gewesen. Dies scheint auch für Laienmitglieder ähnlicher Gremien in anderen Ländern zu gelten. Ein Mangel an Transparenz bei der Auswahl der beteiligten Laien führt möglicherweise dazu, dass eine wirklich unabhängige Perspektive fehlt. Dieser Umstand könnte einer wirksamen Teilhabe der Öffentlichkeit an Entscheidungsprozessen im Rahmen von Choosing Wisely im Wege stehen.

3.5 Leitfragen

Gut konzipiertes Informationsmaterial für die Patienten und die Öffentlichkeit ist zweifellos ein wichtiger Bestandteil der Choosing-Wisely-Kampagnen, doch reicht Information allein nicht aus. Sehr wenige Patienten besuchen die Internetseiten von Fachgesellschaften, um sich über eine angemessene Behandlung zu informieren. Um den Dialog zwischen Patienten und Dienstleistern im Gesundheitswesen zu verbessern, ist deshalb ein mehrgleisiger Ansatz notwendig, der auf vielen unterschiedlichen Wegen mit dem Irrtum aufräumt, dass „mehr besser ist“.

Erhebungen deuten darauf hin, dass die Kommunikation in Sprechstunden sich verbessern lässt, indem man die Menschen ermutigt, den Experten Fragen zu stellen (44). Choosing-Wisely-Kampagnen in einer Reihe von Ländern haben kurze Listen mit Fragen veröffentlicht, die Patienten während einer medizinischen Sprechstunde stellen können. Auf den

Internetseiten mehrerer Choosing-Wisely-Kampagnen werden Patienten z.B. ermutigt, den Ärzten und dem Pflegepersonal die folgenden Fragen zu stellen, wobei die Formulierungen variieren:

1. Brauche ich diese Untersuchung, diese Behandlung oder dieses Verfahren wirklich?
2. Was sind die Risiken oder Nachteile?
3. Welche Nebenwirkungen können auftreten?
4. Gibt es einfachere, sicherere Möglichkeiten?
5. Was geschieht, wenn ich gar nichts tue?

3.6 Entscheidungshilfen für Patienten

Patienten können auch auf direkterem Weg gestärkt werden, indem sie im Moment der Entscheidungsfindung klare, unverzerrte, evidenzbasierte Informationen erhalten. Choosing Wisely UK setzt sich für diesen Weg ein und betont, dass „Entscheidungen den Werten der Patienten entsprechen sollten“. Hierfür ist es wichtig, dass Arzt und Patient Entscheidungen gemeinsam treffen und den Patienten vertrauenswürdige, verständliche, evidenzbasierte Informationen in Form von Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen.

Entscheidungshilfen für Patienten unterscheiden sich von herkömmlichen Informationsmaterialien dadurch, dass sie den Menschen nicht sagen, was sie tun sollen. Vielmehr stellen sie die Fakten dar und unterstützen die Patienten darin, sich über ihre Wahlmöglichkeiten klar zu werden. Entscheidungshilfen beinhalten in der Regel:

- eine Beschreibung der Krankheit und der Symptome
- die Prognose mit und ohne Behandlung
- mögliche Diagnoseverfahren, Behandlungskonzepte und Formen des Selbstmanagements und ihre wahrscheinliche Wirkung
- Informationen über den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und seine Grenzen (Ungewissheiten)
- Illustrationen, die verständlich machen, wie die häufigsten Nebenwirkungen oder Komplikationen bei einer Behandlung erlebt werden (oft Patienteninterviews)
- Hilfe beim Nachdenken über eigene Präferenzen
- Hinweise auf Fachliteratur und andere Informationsquellen
- Informationen zur Finanzierung des vorliegenden Materials und Interessenerklärung der Autoren
- Erscheinungsdatum und geplantes Datum für eine aktualisierte Fassung (45).

Eine Untersuchung der Cochrane Collaboration ergab, dass Patienten dank für sie konzipierter Entscheidungshilfen ihre Wahlmöglichkeiten besser verstehen und sachgerechtere Entscheidungen treffen (46). Es ist hinreichend belegt, dass Patienten sich diese Art von Information wünschen, sie aber häufig nicht erhalten (45).

Choosing Wisely UK tritt deshalb dafür ein, dass Empfehlungen im Rahmen der Kampagne möglichst oft durch Entscheidungshilfen für Patienten flankiert werden (<http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-clinician/shared-decision-making/>). Die Kampagne profitiert davon, dass für den Einsatz beim National Health Service bereits eine Reihe von Entscheidungshilfen für Patienten entwickelt und uneingeschränkt zugänglich gemacht wurde. Die Gründe, die Choosing Wisely UK bewogen haben, im Rahmen der Kampagne die partizipative Entscheidungsfindung zu fördern, werden in Kasten 6 erläutert.

Kasten 6: Partizipative Entscheidungsfindung und Choosing Wisely

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) ist ein Prozess, in dem Ärzte und Patienten zusammenarbeiten, um Untersuchungen, Behandlungen und Versorgungspläne oder Unterstützungsmaßnahmen auszuwählen. Grundlage für diese Auswahl sind die zugrunde liegende Evidenz sowie die fundierten Prioritäten und Wertvorstellungen der Patienten. PEF geht ausdrücklich davon aus, dass es zumeist mehr als einen Weg gibt, mit einem Problem umzugehen, dass auch eine Entscheidung gegen eine Behandlung denkbar ist und dass Patienten möglicherweise Hilfe brauchen, um die Vorteile und schädlichen Effekte der verschiedenen Optionen gegeneinander abzuwägen, bevor sie ihre Wahl treffen.

Es gibt überzeugende Belege dafür, dass PEF zum Wohl der Patienten beiträgt und die Qualität und Angemessenheit klinischer Entscheidungen verbessert. Ein Cochrane-Review von 115 randomisierten kontrollierten Studien ergab, dass Patienten durch Entscheidungshilfen besser informiert waren, Risiken realistischer einschätzten und stärker an der Entscheidungsfindung beteiligt waren. Die Entscheidungen für bestimmte Behandlungsoptionen fielen dadurch angemessener aus. PEF senkt u. a. die Nachfrage nach manchen Früherkennungsverfahren, wie z. B. der PSA-Bestimmung, und nach bestimmten chirurgischen Eingriffen, wie Gebärmutterentfernungen und Kniegelenkersatzoperationen.

PEF ist zudem eine wirksame Strategie gegen ein Übermaß an Diagnose und Behandlung. Nachweislich führen z. B. Maßnahmen zur Förderung von PEF wie das PEF-Skills-Training dazu, dass der unangemessene Einsatz von Antibiotika bei akuten Atemwegsinfektionen sinkt und Patienten das Überdiagnose-Risiko beim Mammographie-Screening besser verstehen.

Es ist ein wichtiges Ziel von Choosing Wisely, durch PEF unnötige Diagnosen und Behandlungen zu verringern. Deshalb enthalten viele Empfehlungen Hinweise auf Entscheidungshilfen, die Ärzten helfen, die nötigen Gespräche mit ihren Patienten zu führen.

Um die Qualität von Entscheidungshilfen zu überprüfen, wurden Qualitätsstandards, die International Patient Decision Aid Standards (IPDAS), entwickelt (47). Bei einer kürzlich publizierten Evaluierung der Patienteninformationen von Choosing Wisely Canada wurde geprüft, ob die Materialien den IPDAS-Standards entsprachen. Die Autoren kamen jedoch zu dem Schluss, dass sämtliche Materialien den Anforderungen an wirksame PEF-Hilfen nicht genügten (48). Fairerweise muss erwähnt werden, dass Choosing Wisely Canada nie den Anspruch erhoben hatte, Entscheidungshilfen für Patienten zu veröffentlichen. Die Entwicklung von Entscheidungshilfen ist zeitaufwendig und teuer und erfordert Ressourcen, über die möglicherweise nicht alle Choosing-Wisely-Kampagnen verfügen (49). Die Evaluierung zeigt dennoch auf, wie sich die Qualität der Patienteninformationen verbessern lässt, um den Dialog zwischen Patienten und Ärzten nachhaltiger zu fördern.

Entscheidungshilfen für Patienten können ein nützliches Hilfsmittel zur Verbesserung des Dialogs sein, reichen jedoch allein nicht aus. Sie müssen durch Schulungen für Ärzte, eine entsprechende Vorbereitung der Patienten und systematische Qualitätsverbesserung flankiert werden (46). Selbst die besten Informationsmaterialien werden kaum etwas bewirken, wenn Experten nicht davon überzeugt sind, dass es sinnvoll ist, Entscheidungen in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Patienten zu treffen. Verschiedene Pilotprojekte haben eindrücklich gezeigt, wie wichtig es ist, die verbreitete Überzeugung von Ärzten zu hinterfragen, dass sie bereits jetzt Entscheidungen gemeinsam mit ihren

Patienten treffen, was in Wirklichkeit keineswegs die Norm ist (<http://personcentredcare.health.org.uk/overview-of-person-centred-care/overview-of-person-centred-care/overview-of-person-centred-care-0>). Die Umsetzung erfordert, dass Ärzte ihre Einstellungen und ihre Herangehensweise an die Beteiligung von Patienten nachhaltig verändern. Auch die Systeme und Prozesse, die einen solchen Wandel bewirken sollen, verlangen Aufmerksamkeit, kritische Begleitung und Feedback. Nur so kann der notwendige kulturelle Wandel stattfinden.

4 Wirkungsmessung

Wie bereits dargestellt, ist es Choosing Wisely gelungen, die begeisterte Unterstützung medizinischer Fachgesellschaften weltweit zu gewinnen. Der Wert der Kampagne bemisst sich jedoch danach, in welchem Ausmaß es durch sie gelingt, die klinische Praxis in der gewünschten Weise zu verändern. Da die Initiative noch relativ jung ist, erscheinen endgültige Bewertungen verfrüht. Dennoch lässt sich aus verschiedenen, teils kritischen Darstellungen ihrer bisherigen Ergebnisse vieles lernen.

4.1 Einbeziehung von Stakeholdern

Die Verantwortlichen für eine Choosing-Wisely-Kampagne müssen ihre Zielgruppen gut kennen, um ihre Strategien entsprechend auszurichten. Deshalb wurde eine Reihe von Umfragen durchgeführt, um mehr über den Grad des Problembewusstseins und die Akzeptanz der Empfehlungen zu erfahren. Beispielsweise wurden in Befragungen von Hausärzten in den Vereinigten Staaten Reaktionen auf zwölf Choosing-Wisely-Empfehlungen untersucht (50). Die meisten Befragten fanden die Empfehlungen zur Früherkennung und Diagnostik relativ leicht verständlich und rechneten damit, dass ihre Patienten sie akzeptieren würden. Größere Schwierigkeiten erwarteten sie dagegen bei der Umsetzung von Empfehlungen, die den Umgang mit Krankheitssymptomen betrafen. Forderungen von Patienten und Fachärzten, Angst vor Schadenersatzansprüchen und fehlende Zeit für eine partizipative Entscheidungsfindung wurden als größte Hemmnisse für eine Umsetzung der Choosing-Wisely-Empfehlungen genannt.

Eine Umfrage unter Medizinern in den Vereinigten Staaten im Frühjahr 2014 ergab, dass ein größerer Prozentsatz der Allgemeinärzte (47 Prozent) als der Fachärzte (37 Prozent) und Chirurgen (27 Prozent) von Choosing Wisely gehört hatte (51). Eine Mehrheit (62 Prozent) der Befragten empfanden Unwägbarkeiten bei der medizinischen Versorgung als belastend und etwa ein Drittel bedauerte die Notwendigkeit kostenbewusster Entscheidungen. Allgemeinärzte äußerten deutlich häufiger als Angehörige der beiden anderen Gruppen, dass sie sich von Patienten unter Druck gesetzt fühlten, bestimmte Untersuchungen und Behandlungen anzubieten. Die Ergebnisse der Studie zeigen wie notwendig es ist, solche Probleme bei der Entwicklung von Empfehlungen frühzeitig zu berücksichtigen, damit die Empfehlungen mit größerer Wahrscheinlichkeit befolgt werden.

Eine kanadische Erhebung, bei der 344 Hausarztpatienten befragt wurden, untersuchte Reaktionen auf eine Informationsbroschüre von Choosing Wisely zu Untersuchungen, Behandlungen und medizinischen Verfahren mit geringem Nutzen (52). Die meisten Befragten (85 Prozent) sympathisierten mit den Zielen von Choosing Wisely und verstanden, warum es sinnvoll ist, Überversorgung zu reduzieren. Die Broschüre verbesserte messbar das Wissen der Befragten über Behandlungsangebote mit geringem Nutzen und

steigerte ihre Bereitschaft, darüber mit Fachleuten im Gesundheitswesen zu diskutieren. Bei dieser Studie kamen die Autoren zu dem Schluss, dass der Medikamentenverbrauch sich möglicherweise leichter reduzieren lässt als Früherkennungsangebote von geringem Aus-sagewert, weil die Befragten, die den größten Widerstand gegen eine Verhaltensänderung zum Ausdruck brachten, eben diejenigen waren, die vom Sinn regelmäßiger Vorsorgeunter-suchungen überzeugt waren.

4.2 Entwicklung der Top-5-Listen

2014 beauftragte die ABIM Foundation mit Unterstützung der Robert Wood Johnson Foun-dation das Institute for Clinical and Economic Review (ICER), kurze Analysen der Choo-sing-Wisely-Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften zu erstellen. Diese Analysen beschrieben das Ausmaß der in den Empfehlungen thematisierten Versorgungsunterschiede und Kosten und untersuchten die Faktoren, die Überversorgung begünstigten, sowie das Potenzial für Wandel (<http://www.choosingwisely.org/resources/icer-baseline-reports/>). In ihrer Mehrzahl (76 Prozent) thematisierten die Empfehlungen in diesem frühen Stadium der Kampagne sinnvollerweise Interventionen, die im Vergleich zu alternativen Methoden keinen zusätzlichen Nutzen, aber ein höheres Risiko, höhere Kosten oder beides beinhalte-ten (53). Es zeigte sich jedoch eine Tendenz, keine Werturteile über Interventionen zu fällen, die einen geringen zusätzlichen Nutzen zu einem hohen Preis boten.

Empfehlungen, deren Evidenzbasis nicht sorgfältig recherchiert und dargelegt ist, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit entweder ignoriert oder bleiben umstritten. Daher müssen die evidenzbasierten Begründungen für die Empfehlungen auf den Top-5-Listen gründlich recherchiert und vollständig transparent sein. Eine vergleichende Untersuchung der wis-senschaftlichen Evidenz von Empfehlungen, die von verschiedenen Gruppen im Rahmen der US-amerikanischen Choosing-Wisely-Kampagne in Top-5-Listen aufgenommen wor-den waren, zeigte, dass nur 131 von insgesamt 412 Empfehlungen „hinreichend vertrauens-würdig“ waren. Damit war gemeint, dass die empirische Begründung überzeugend und der Auswahlprozess, der zu der Empfehlung führte, methodisch schlüssig war (54). Den übr-igen 281 Empfehlungen wurde ein „unklares Maß an Vertrauenswürdigkeit“ bescheinigt. Dieser Mangel an empirisch fundierten Argumenten und Transparenz betrifft nicht nur Choosing Wisely, sondern auch viele Leitlinien für die klinische Praxis. Die Gründe hierfür liegen möglicherweise nicht nur in Fehlern bei der Entwicklung der Top-5-Listen, sondern auch in den Beschränkungen der verfügbaren Datenbasis und der Forschungsansätze.

Einige Listen, die medizinische Fachgesellschaften in den Vereinigten Staaten zu einem frühen Zeitpunkt in der Kampagne erstellten, wurden kritisiert, weil sie offenbar Inter-ventionen ausklammerten, die für die Mitglieder dieser Fachgesellschaften wichtige Ein-nahmequellen darstellten (55). Auf den Listen mancher Fachgesellschaften überwogen Untersuchungen und Behandlungen mit geringen Kosten und geringer Wirkung. Andere Fachgesellschaften wählten Themen aus, die nicht in den Kompetenzbereich ihrer eigenen Disziplin fielen. Dies war jedoch nicht immer so und eine ganze Reihe von Fachgesellschaf-ten zeigte Mut bei der Auswahl der Themen und gab Empfehlungen ab, die, falls sie befolgt würden, beträchtliche finanzielle Konsequenzen für die Angehörigen ihrer Fachdisziplin haben würden.

4.3 Frühe Trends

Messungen der medizinischen Überversorgung einer bestimmten Bevölkerung erfordern gewöhnlich die direkte Auswertung spezifischer Patientenregister oder die Sichtung von Patientenakten. Zudem werden klare Definitionen für angemessene und unangemessene medizinische Versorgung benötigt (17). Wie bereits erläutert, gehört es zu den wichtigsten Anliegen von Choosing Wisely, unangemessene medizinische Versorgung zu definieren. Doch Überversorgung quantitativ zu erfassen und Veränderungen im Zeitverlauf zu messen, kann problematisch sein (56). Eine Studie zu ersten Entwicklungstrends im Zusammenhang mit sieben Choosing-Wisely-Empfehlungen in den Vereinigten Staaten ergab, dass nur zwei von sieben Empfehlungen den beabsichtigten Rückgang bei der Anwendung einer bestimmten Intervention bewirkten (57). Der Aussagewert dieser Studie war aus verschiedenen wichtigen Gründen begrenzt. Ein Grund war die Tatsache, dass die Studie in einem frühen Stadium der Kampagne durchgeführt wurde. Sie sollte deshalb nicht als Beweis dafür verstanden werden, dass das Konzept von Choosing Wisely nicht funktioniert. Dennoch gibt sie Anlass für eine sorgfältige Überprüfung des messbaren Nutzens.

Berichte einzelner Initiativen zeichnen ein ermutigenderes Bild. Zum Beispiel beschloss die American Society of Hematology, die US-amerikanische Fachgesellschaft für Hämatologie, die Thrombophiliediagnostik bei erwachsenen Patienten mit venöser Thromboembolie zu reduzieren (58). 22 Monate nach Veröffentlichung dieser Empfehlung war die Zahl der verordneten Untersuchungen um 84 Prozent gesunken. Offensichtlich gab es in diesem Fall sehr viel Spielraum für Veränderung. Am anderen Ende des Spektrums steht eine Studie zu klinischen Entscheidungen an drei Krankenhäusern in den Vereinigten Staaten, die eine medizinische Grundversorgung anbieten. Untersucht wurde die klinische Praxis vor und nach der Veröffentlichung der jeweils relevanten Choosing Wisely-Empfehlungen. Diese Studie stellte fest, dass die Praxis in den drei Krankenhäusern schon vor der Veröffentlichung der Listen weitgehend den Empfehlungen entsprochen hatte, sodass nur ein geringerer Spielraum für messbare Verbesserungen bestand (59). Dieses Beispiel macht deutlich, wie wichtig es ist, das Ausmaß und die Häufigkeit von Überversorgung zu erfassen, bevor Listen erstellt werden, um keine Zeit auf Themen mit geringer Priorität zu verschwenden.

Fortschritt im Kampf gegen Überversorgung kann nur gelingen, wenn ein Forschungsansatz entwickelt und umgesetzt wird, der es ermöglicht, die Gründe für Überversorgung zu verstehen, ihr Ausmaß zu erfassen und Chancen für eine Reduzierung zu erkennen (41). Unterschiedliche Messinstrumente werden erforderlich sein, u. a. Umfragen bei Leistungserbringern, Patienten und der allgemeinen Öffentlichkeit, Tiefeninterviews, Verwaltungsdatenbanken, Patientenregister, Analysen von Patientenakten und Bewertungen des Behandlungserfolgs durch die Patienten (60). Definitionen von Standarddaten, die es erleichtern, die Häufigkeit von Überversorgung zu erfassen, wären außerordentlich hilfreich (61), und es werden ausreichende finanzielle Mittel nötig sein, um robuste Methoden zu entwickeln.

4.4 Unterstützung, die hilft, das Richtige zu tun

Selbst wenn die Top-5-Listen überzeugend begründet sind, wird ihre Veröffentlichung allein kaum ausreichen, um den notwendigen Wandel anzuregen. Die Listen sind ein wichtiger erster Schritt, weil sie klare Ziele benennen, das Streben nach Veränderung legitimieren und von den medizinischen Fachgesellschaften selbst erstellt wurden. Doch Ärzte müssen zusätzlich darin unterstützt werden, das Richtige zu tun. Eine solche Unterstützung kann möglicherweise in übergeordneten politischen Weichenstellungen, z. B. der Verän-

derung finanzieller Anreize, bestehen. Weitere Mittel wären Überprüfungen und Feedback sowie Hinweise, die in elektronische Patientenakten eingebaut sind, oder Schulungen zur partizipativen Entscheidungsfindung mit Patienten (62).

Möglicherweise ist ein mehrgleisiges Vorgehen nötig. So kann es z. B. hilfreich sein, mehr Bewusstsein für die Schäden und Kosten von Überversorgung zu schaffen und gleichzeitig neue finanzielle Anreize zu setzen (63). Es kann sehr effektiv sein, Schwellen für die Verordnung bestimmter Diagnoseverfahren festzulegen, die erreicht werden, wenn eine Reihe von Kriterien erfüllt ist (64–66). Zudem führen partizipative Entscheidungsfindung und Informationsangebote, die sich unmittelbar an die Patienten richten, nachweislich zu einer Reduzierung beim unangemessenen Gebrauch bestimmter Medikamente (67). Es kann notwendig sein, jeweils vor Ort verschiedene Wege zu erproben, um herauszufinden, welche Hebel in einem bestimmten Zusammenhang die größten Veränderungen bewirken können. Die Wirkung dieser Instrumente muss überprüft werden, um, falls nötig, die Maßnahmen verändern zu können (27).

Choosing-Wisely-Gruppen müssen sich mit den Erkenntnissen der Umsetzungsforschung und mit Methoden zur Qualitätssteigerung vertraut machen, damit die Kampagnen eine möglichst große Wirkung erzielen. Die Gruppen können auch voneinander lernen. Choosing Wisely Canada stellt eine Sammlung von Instrumenten für die Umsetzung bereit, die auch nützliche Beispiele und Ratschläge enthält (<http://www.choosingwiselycanada.org/in-action/toolkits/>). Choosing Wisely US hat unterdessen eine Reihe von Videos veröffentlicht, in denen Erfahrungen mit der Umsetzung an verschiedenen Orten im Land dokumentiert werden (<http://www.choosingwisely.org/gallery/videos/>).

5 Empfehlungen für eine Kampagne in Deutschland

Die folgenden zehn Empfehlungen beruhen weder auf persönlicher Vertrautheit mit der Lage in Deutschland noch auf einem Wissen darüber, was in Choosing Wisely involvierte Gruppen in Deutschland planen. Sie stellen lediglich eine Zusammenfassung der Punkte dar, die sich während der Arbeit an diesem kurzen Überblick als besonders wichtig erwiesen haben, und werden hier in der Hoffnung vorgestellt, dass sie beim Entwerfen einer Strategie für Choosing Wisely Germany oder andere neue Choosing-Wisely-Kampagnen nützlich sind.

5.1 Einbeziehung von Ärzten

Die frühen Erfolge von Choosing Wisely lassen sich zu einem großen Teil auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Kampagne von Ärzten geführt und getragen wird, die sich mit ihr identifizieren. Wäre die Kampagne den Fachgesellschaften aufgedrängt oder streng reglementiert worden, wäre sie kaum so rasch gewachsen. Mediziner konnten sich die Initiative deshalb zu eigen machen, weil sie Impulse setzte, nur die notwendigsten Regeln vorgab und den einzelnen medizinischen Fachgesellschaften Raum ließ, die Kampagne an die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort anzupassen. Bei einem solchen Vorgehen sind Unterschiede in der methodischen Qualität unvermeidlich, die sowohl die Prozesse bei der Entwicklung der Listen als auch die Listen selbst betreffen. Hier mag das Bessere der Feind des Guten sein. Eine allzu reglementierende Vorgehensweise hätte möglicherweise einige der Fachgesellschaften abgeschreckt und verhindert, dass sie sich selbst als federführend bei der Initiative erleben. Es ist sinnvoll, die Fachgesellschaften zur Anwendung robuster Methoden anzuregen und sie dabei, wann immer möglich, durch geeignete Instrumente zu unterstützen. Dabei sollte stets Raum für Flexibilität und Innovation bleiben. Der Erfolg der Kampagne hängt entscheidend von dem Maß an Begeisterung ab, das Choosing Wisely in der Ärzteschaft zu wecken vermag.

Empfehlung: Ermutigen Sie medizinische Fachgesellschaften, robuste Methoden bei der Entwicklung ihrer Top-5-Listen zu verwenden, und unterstützen Sie sie darin. Seien Sie sich dabei stets bewusst, wie wichtig die Identifikation der Ärzte mit der Kampagne ist, und vermeiden Sie eine zu stark reglementierende Herangehensweise, da sie einer solchen Identifikation im Wege stehen könnte.

Wenn Top-5-Listen von kleinen „Insider“-Gruppen erarbeitet werden, ist die Wahrscheinlichkeit sehr viel geringer, dass die Mitglieder einer Berufsgruppe sich ihnen in großer Zahl anschließen.

Empfehlung: Ermutigen Sie medizinische Fachgesellschaften, ihre Mitglieder so intensiv wie möglich einzubeziehen und zu befragen, bevor sie ihre Top-5-Listen erstellen.

In der Vergangenheit konzentrierten sich einige Fachgesellschaften in ihren Top-5-Listen auf Untersuchungen, Behandlungen und Verfahren, die in der Regel von anderen Fachdisziplinen durchgeführt wurden. Auf diese Weise vermieden sie es, sich der Verantwortung ihrer eigenen Disziplin für die Vermeidung von Verschwendung zu stellen. Ein solches Vorgehen kann insbesondere die Angehörigen der betroffenen anderen Fachrichtungen verärgern und untergräbt dadurch die gemeinsamen Bemühungen. Manche Top-5-Listen thematisierten vergleichsweise unbedeutende Fragen und ließen Probleme unberücksichtigt, die für die betreffende Fachrichtung von größerer Bedeutung waren. Ein solches Verhalten gibt insbesondere dann Anlass zu Besorgnis, wenn es den Versuch darstellt, den Status oder das Einkommensniveau der jeweiligen Fachdisziplin zu schützen.

Empfehlung: Raten Sie den Fachgesellschaften aktiv davon ab, Empfehlungen zu Themen herauszugeben, die nicht in ihren Kompetenzbereich fallen, und ermutigen Sie sie, sich auf Themen zu konzentrieren, die nachweislich von Bedeutung für ihre Fachdisziplin sind.

5.2 Einbeziehung von Patienten

Im Rahmen mehrerer Choosing-Wisely-Kampagnen sind die Verantwortlichen mit erfreulichem Nachdruck dafür eingetreten, Patienten einzubeziehen. Lenkungsgruppen haben sich für die Entwicklung von Informationsmaterialien in einfacher Sprache eingesetzt, und manche Kampagnen entwickeln sehr wirksame Öffentlichkeitsstrategien, doch die mangelnde Teilhabe von Laien bei der Themenwahl war bisher eine Schwachstelle der Kampagnen. Es wird schwierig sein, die Patienten und die Öffentlichkeit für die Kampagnen zu gewinnen, wenn ihre Werte und Prioritäten bei der Themenwahl nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Empfehlung: Ermutigen Sie medizinische Fachgesellschaften, Patientenvertreter bei der Themenwahl und bei allen anderen Aspekten der Kampagne einzubeziehen. Seien Sie sich der Tatsache bewusst, dass eine solche Beteiligung der Patienten sowohl wünschenswert als auch umsetzbar ist.

Um das übergeordnete Ziel eines besseren Dialogs zwischen Patienten und Ärzten zu erreichen, müssen beide Seiten wahrgenommen und unterstützt werden. Ein besserer Dialog erfordert auch stärkere Partnerschaften, mehr Informationsaustausch und bessere Fähigkeiten im Zuhören. Menschen müssen in die Lage versetzt werden, ihre Werte, Prioritäten und Ziele auszudrücken und, wenn möglich, zu verwirklichen.

Empfehlung: Prüfen Sie verschiedene Wege, um den Dialog zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern, u. a. Hilfe und Schulungen für partizipative Entscheidungsfindung.

5.3 Themenspektrum

Es mag Argumente dafür geben, neben Über- und Fehlversorgung auch Unterversorgung zum Gegenstand einer Choosing-Wisely-Kampagne zu machen, doch eine solche Entscheidung birgt das Risiko, dass zu komplexe Botschaften vermittelt werden müssen. So wäre es z. B. nicht mehr möglich, einfache Slogans wie „Weniger ist mehr“ zu nutzen, die sich im Rahmen anderer Choosing-Wisely-Kampagnen als hilfreich erwiesen haben. Ein ähnlicher Effekt könnte eintreten, falls die Top-5-Listen zu Listen von zehn oder mehr Punkten erweitert würden. Jede inhaltliche Ausweitung der Kampagne sollte erst erfolgen,

nachdem sorgfältig erwogen wurde, wie sich die Prioritäten den Stakeholdern vermitteln lassen.

Empfehlung: Seien Sie vorsichtig mit Versuchen, das Themenspektrum der Kampagne zu erweitern. Erörtern Sie zunächst die Folgen für die öffentliche Kommunikation.

5.4 Transparenz

Während einige Fachgesellschaften die Begründungen für ihre Top-5-Listen und die Methoden, mit denen die Listen entwickelt wurden, veröffentlicht haben, ist dies nicht bei allen der Fall. Dieser Mangel an Transparenz schadet der Initiative und verringert die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu den gewünschten Ergebnissen führen wird.

Empfehlung: Halten Sie die Fachgesellschaften dazu an, sowohl ihre Listen als auch die Gründe, bestimmten Themen Priorität einzuräumen, und die Methoden, mit denen die Listen erarbeitet wurden, auf Internetseiten oder in Zeitschriften zu veröffentlichen, um sie Fachleuten und Patienten zugänglich zu machen.

5.5 Wissenschaftliche Evidenz

In einigen Fällen fehlte die Evidenz für die Top-5-Listen oder die Listen waren das Ergebnis einer nicht hinlänglich robusten Interpretation der Evidenz. Es ist besser, sich genügend Zeit zu lassen, um die Empfehlungen verlässlich zu begründen, als sie möglichst schnell zu veröffentlichen.

Empfehlung: Stellen Sie sicher, dass die Evidenzlage jeder einzelnen Empfehlung sorgfältig überprüft wird, bevor die Empfehlungen in eine Top-5-Liste aufgenommen werden.

5.6 Unterstützung bei der Umsetzung

Es muss sorgfältig untersucht werden, wie sich eine Verringerung von Interventionen mit geringem Nutzen erreichen lässt. Idealerweise sollte die Umsetzung bereits in einem frühen Stadium geplant werden. Dabei ist es notwendig, alle wichtigen Stakeholder zu benennen, ihre Bedürfnisse und Interessen zu erforschen und sich mit ihren Bedenken auseinanderzusetzen.

Empfehlung: Ermutigen Sie Fachgesellschaften, schlüssige Pläne für die Umsetzung der Empfehlungen zu entwickeln. Diesen Plänen muss ein Verständnis der Rollen und Anliegen aller wichtigen Stakeholder zugrunde liegen.

5.7 Evaluierung

Wirkungsmessung und Kontrolle sind wichtige Bestandteile jedes Programms zur Qualitätsverbesserung. Choosing Wisely stellt hier keine Ausnahme dar. Die Wirkungsmessung gestaltet sich schwierig, wenn Informationen über die Häufigkeit von Überversorgung fehlen. Basisberechnungen und eine ständige Überprüfung der Veränderungen sind deshalb unverzichtbar. Auch Zuordnungsprobleme sollten berücksichtigt werden, da mög-

licherweise Veränderungen festzustellen sind, die nicht durch Choosing Wisely, sondern durch externe Faktoren verursacht wurden. Dieses Problem mag nicht so wichtig erscheinen, solange die gesetzten Ziele erreicht werden, es ist jedoch sinnvoll, Instrumente zu finden, die unmittelbar die Wirksamkeit der Kampagnen vor Ort messen. Auf diese Weise lassen sich Möglichkeiten für eventuell notwendige konzeptionelle Verbesserungen leichter ausmachen.

Empfehlung: Ermutigen Sie die Fachgesellschaften, das Ausmaß der Überversorgung und seine Veränderung im Zeitverlauf zu erfassen und Fortschritte in Richtung der Kampagnenziele zu überprüfen.

Kasten 7: 10 Empfehlungen für eine erfolgreiche Choosing-Wisely-Kampagne

- 1.** Ermutigen Sie medizinische Fachgesellschaften, robuste Methoden bei der Entwicklung ihrer Top-5-Listen zu verwenden, und unterstützen Sie sie darin. Seien Sie sich dabei stets bewusst, wie wichtig die Identifikation der Ärzte mit der Kampagne ist, und vermeiden Sie eine zu stark reglementierende Herangehensweise, da sie einer solchen Identifikation im Wege stehen könnte.
- 2.** Ermutigen Sie medizinische Fachgesellschaften, ihre Mitglieder so intensiv wie möglich einzubeziehen und zu befragen, bevor sie ihre Top-5-Listen erstellen.
- 3.** Raten Sie den Fachgesellschaften aktiv davon ab, Empfehlungen zu Themen herauszugeben, die nicht in ihren Kompetenzbereich fallen, und ermutigen Sie sie, sich auf Themen zu konzentrieren, die nachweislich von Bedeutung für ihre Fachdisziplin sind.
- 4.** Ermutigen Sie medizinische Fachgesellschaften, Patientenvertreter bei der Themenwahl und bei allen anderen Aspekten der Kampagne einzubeziehen. Seien Sie sich der Tatsache bewusst, dass eine solche Beteiligung der Patienten sowohl wünschenswert als auch umsetzbar ist.
- 5.** Prüfen Sie verschiedene Wege, um den Dialog zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern, u. a. Hilfe und Schulungen für partizipative Entscheidungsfindung.
- 6.** Seien Sie vorsichtig mit Versuchen, das Themenspektrum der Kampagne zu erweitern. Erörtern Sie zunächst die Folgen für die öffentliche Kommunikation.
- 7.** Halten Sie die Fachgesellschaften dazu an, sowohl ihre Listen als auch die Gründe, bestimmten Themen Priorität einzuräumen, und die Methoden, mit denen die Listen erarbeitet wurden, auf Internetseiten oder in Zeitschriften zu veröffentlichen, um sie Fachleuten und Patienten zugänglich zu machen.
- 8.** Stellen Sie sicher, dass die Evidenzlage jeder einzelnen Empfehlung sorgfältig überprüft wird, bevor die Empfehlungen in eine Top-5-Liste aufgenommen werden.
- 9.** Ermutigen Sie Fachgesellschaften, schlüssige Pläne für die Umsetzung der Empfehlungen zu entwickeln. Diesen Plänen muss ein Verständnis der Rollen und Anliegen aller wichtigen Stakeholder zugrunde liegen.
- 10.** Ermutigen Sie die Fachgesellschaften, das Ausmaß der Überversorgung und seine Veränderung im Zeitverlauf zu erfassen und Fortschritte in Richtung der Kampagnenziele zu überprüfen.

Literatur

-
1. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal M. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of internal medicine*. 2002;136(3):243-6.
 2. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973;182(4117):1102-8.
 3. McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *The New England journal of medicine*. 1982;307(21):1310-4.
 4. Wennberg J. *Is more better? Tracking Medicine*. New York: Oxford University Press; 2010. p. 156-69.
 5. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. *Lancet*. 2017.
 6. Casarett D. The Science of Choosing Wisely--Overcoming the Therapeutic Illusion. *The New England journal of medicine*. 2016;374(13):1203-5.
 7. Hoffman TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening and tests: A systematic review. *JAMA internal medicine*. 2017.
 8. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA internal medicine*. 2015;175(2):274-86.
 9. Illich I. *Medical nemesis*. London: Calder and Boyars; 1974.
 10. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*: Beacon Press; 2011.
 11. Moynihan R. *Too much medicine? The business of health and its risks for you*. Sydney: ABC Books; 1998.
 12. Brownlee S. *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*. New York: Bloomsbury; 2008.
 13. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Archives of internal medicine*. 2012;172(2):171-8.
 14. Morgan DJ, Dhruva SS, Wright SM, Korenstein D. 2016 Update on Medical Overuse: A Systematic Review. *JAMA internal medicine*. 2016;176(11):1687-92.
 15. Makarov DV, Soulos PR, Gold HT, Yu JB, Sen S, Ross JS, et al. Regional-Level Correlations in Inappropriate Imaging Rates for Prostate and Breast Cancers: Potential Implications for the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Oncol*. 2015;1(2):185-94.
 16. Gidwani R, Sinnott P, Avoundjian T, Lo J, Asch SM, Barnett PG. Inappropriate ordering of lumbar spine magnetic resonance imaging: are providers Choosing Wisely? *Am J Manag Care*. 2016;22(2):e68-76.
 17. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017.

18. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012;307(14):1513-6.
19. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform--the Top Five list. *The New England journal of medicine*. 2010;362(4):283-5.
20. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *Bmj*. 2011;343:d4519.
21. OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing; 2017.
22. Tilburt JC, Wynia MK, Sheeler RD, Thorsteinsdottir B, James KM, Egginton JS, et al. Views of US physicians about controlling health care costs. *JAMA*. 2013;310(4):380-8.
23. Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med*. 2014;89(7):990-5.
24. Wolfson D, Suchman A. Choosing Wisely(R): A case study of constructive engagement in health policy. *Healthc (Amst)*. 2016;4(3):240-3.
25. Wolfson DB. Choosing Wisely campaign builds momentum. *Am J Manag Care*. 2016;22(7):495-6.
26. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
27. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. „Choosing Wisely“: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(2):167-74.
28. Grad R, Ebell MH. Top POEMs of 2015 Consistent with the Principles of the Choosing Wisely Campaign. *Am Fam Physician*. 2016;94(7):566-70.
29. Shaughnessy AF, Slawson DC. POEMs: patient-oriented evidence that matters. *Annals of internal medicine*. 1997;126(8):667.
30. McMahan LF, Jr., Beyth RJ, Burger A, Chopra V, Feldstein D, Korenstein D, et al. Enhancing patient-centered care: SGIM and choosing wisely. *Journal of general internal medicine*. 2014;29(3):432-3.
31. Chow SL, Carter Thorne J, Bell MJ, Ferrari R, Bagheri Z, Boyd T, et al. Choosing wisely: the Canadian Rheumatology Association's list of 5 items physicians and patients should question. *J Rheumatol*. 2015;42(4):682-9.
32. Ho T, Dukhovny D, Zupancic JA, Goldmann DA, Horbar JD, Pursley DM. Choosing Wisely in Newborn Medicine: Five Opportunities to Increase Value. *Pediatrics*. 2015;136(2):e482-9.
33. Selby K, Gaspoz JM, Rodondi N, Neuner-Jehle S, Perrier A, Zeller A, et al. Creating a list of low-value health care activities in Swiss primary care. *JAMA internal medicine*. 2015;175(4):640-2.
34. Gogol M, Siebenhofer A. [Choosing wisely--against overuse in healthcare systems--activities in Germany and Austria in geriatric medicine]. *Wien Med Wochenschr*. 2016;166(5-6):155-60.
35. Strech D, Follmann M, Klemperer D, Lelgemann M, Ollenschlager G, Raspe H, et al. When Choosing Wisely meets clinical practice guidelines. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2014;108(10):601-3.
36. Montano N, Costantino G, Casazza G, Sbrojavacca R, Lenti MV, Falsetti L, et al. The Italian Society of Internal Medicine choosing wisely campaign. *Intern Emerg Med*. 2016;11(8):1125-30.
37. Malhotra A, Maughan D, Ansell J, Lehman R, Henderson A, Gray M, et al. Choosing Wisely in the UK: the Academy of Medical Royal Colleges' initiative to reduce the harms of too much medicine. *Bmj*. 2015;350:h2308.
38. Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F, et al. Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care: A Systematic Review. *JAMA*. 2015;314(22):2384-400.

39. Levinson W, Huynh T. Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada. *CMAJ*. 2014;186(5):325-6.
40. Back AL. The Myth of the Demanding Patient. *JAMA Oncol*. 2015;1(1):18-9.
41. Morgan DJ, Brownlee S, Leppin AL, Kressin N, Dhruva SS, Levin L, et al. Setting a research agenda for medical overuse. *Bmj*. 2015;351:h4534.
42. Choosing Wisely Australia. *Choosing Wisely in Australia: 2016 report* 2016.
43. Bath MF, Duncan GS, Gokani VJ. Lay members in the Royal Colleges: stricter guidelines needed to clarify public representation. *Journal of health services research & policy*. 2016.
44. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient education and counseling*. 2011;84(3):379-85.
45. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality 2011. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_decisionmaking.html.
46. Stacey D, Legare F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;1:CD001431.
47. Elwyn G, O'Connor AM, Bennett C, Newcombe RG, Politi M, Durand MA, et al. Assessing the quality of decision support technologies using the International Patient Decision Aid Standards instrument (IPDASi). *PLoS One*. 2009;4(3):e4705.
48. Legare F, Hebert J, Goh L, Lewis KB, Leiva Portocarrero ME, Robitaille H, et al. Do choosing wisely tools meet criteria for patient decision aids? A descriptive analysis of patient materials. *BMJ open*. 2016;6(8):e011918.
49. Coulter A, Stilwell D, Kryworuchko J, Mullen PD, Ng CJ, van der Weijden T. A systematic development process for patient decision aids. *BMC medical informatics and decision making*. 2013;13 Suppl 2:S2.
50. Zikmund-Fisher BJ, Kullgren JT, Fagerlin A, Klamerus ML, Bernstein SJ, Kerr EA. Perceived Barriers to Implementing Individual Choosing Wisely(R) Recommendations in Two National Surveys of Primary Care Providers. *Journal of general internal medicine*. 2016.
51. Colla CH, Kinsella EA, Morden NE, Meyers DJ, Rosenthal MB, Sequist TD. Physician perceptions of Choosing Wisely and drivers of overuse. *Am J Manag Care*. 2016;22(5):337-43.
52. Silverstein W, Lass E, Born K, Morinville A, Levinson W, Tannenbaum C. A survey of primary care patients' readiness to engage in the de-adoption practices recommended by Choosing Wisely Canada. *BMC Res Notes*. 2016;9:301.
53. Gliwa C, Pearson SD. Evidentiary rationales for the Choosing Wisely Top 5 lists. *JAMA*. 2014;311(14):1443-4.
54. Horvath K, Semlitsch T, Jeitler K, Abuzahra ME, Posch N, Domke A, et al. Choosing Wisely: assessment of current US top five list recommendations' trustworthiness using a pragmatic approach. *BMJ open*. 2016;6(10):e012366.
55. Morden NE, Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB. Choosing wisely--the politics and economics of labeling low-value services. *The New England journal of medicine*. 2014;370(7):589-92.
56. Colla CH, Morden NE, Sequist TD, Schpero WL, Rosenthal MB. Choosing wisely: prevalence and correlates of low-value health care services in the United States. *Journal of general internal medicine*. 2015;30(2):221-8.
57. Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, et al. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. *JAMA internal medicine*. 2015;175(12):1913-20.

58. Shen YM, Tsai J, Taiwo E, Gavva C, Yates SG, Patel V, et al. Analysis of Thrombophilia Test Ordering Practices at an Academic Center: A Proposal for Appropriate Testing to Reduce Harm and Cost. *PLoS One*. 2016;11(5):e0155326.
59. Kost A, Genao I, Lee JW, Smith SR. Clinical Decisions Made in Primary Care Clinics Before and After Choosing Wisely. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(4):471-4.
60. Bhatia RS, Levinson W, Shortt S, Pendrith C, Fric-Shamji E, Kallewaard M, et al. Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(8):523-31.
61. Shetty KD, Meeker D, Schneider EC, Hussey PS, Damberg CL. Evaluating the feasibility and utility of translating Choosing Wisely recommendations into e-Measures. *Healthc (Amst)*. 2015;3(1):24-37.
62. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet*. 2017.
63. Coronini-Cronberg S, Bixby H, Lavery AA, Wachter RM, Millett C. English National Health Service's savings plan may have helped reduce the use of three „low-value“ procedures. *Health affairs*. 2015;34(3):381-9.
64. Ferrari R. Imaging studies in patients with spinal pain: Practice audit evaluation of Choosing Wisely Canada recommendations. *Can Fam Physician*. 2016;62(3):e129-37.
65. Ferrari R, Gidwani R. Choosing Wisely: spine imaging. *Am J Manag Care*. 2016;22(8):e302-3.
66. Ferrari R, Prosser C. Testing Vitamin D Levels and Choosing Wisely. *JAMA internal medicine*. 2016;176(7):1019-20.
67. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA internal medicine*. 2014;174(6):890-8.

Autorin



Dr. Angela Coulter,
Ehrenmitglied des Royal College of General Practitioners

Die Britin Angela Coulter arbeitet als Wissenschaftlerin und Beraterin im Bereich Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Ihr besonderes Interesse gilt der Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit. Die studierte Sozialwissenschaftlerin hat Abschlüsse in Gesundheitssystemforschung an der University of London und der University of Oxford erworben.

Stationen ihrer bisherigen Laufbahn waren: Direktorin des Picker Institute Europe, Leiterin der Abteilung für Strategie und Entwicklung des King's Fund, Leiterin des Fachbereichs Gesundheitssystemforschung an der University of Oxford und Leiterin des Bereichs „Globale Initiativen“ der Informed Medical Decisions Foundation. Sie ist Honorarprofessorin an der Syddansk Universitet (Süddänische Universität), Ehrenmitglied des Royal College of General Practitioners und nicht-exekutive Direktorin des National Institute of Health and Care Excellence (NICE).

Angela Coulter hat mehr als 300 wissenschaftliche Artikel und Berichte veröffentlicht. Zu ihren Buchpublikationen zählen *The Autonomous Patient*, *The European Patient of the Future* (ausgezeichnet mit dem Baxter Award 2004), *The Global Challenge of Healthcare Rationing*, *Hospital Referrals*, *Engaging Patients in Healthcare* und *Understanding and Using Health Experiences*. Sie gründete *Health Expectations*, eine internationale Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren, die der Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit am Gesundheitswesen und an der Gesundheitspolitik gewidmet ist. Für ihre Arbeit wurde sie 2012 von der Donabedian Foundation in Barcelona und 2013 von der International Shared Decision Making Conference ausgezeichnet.

Impressum

© 2017 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Phone +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Marion Grote Westrick

Bildnachweis

iStockphoto/didesign021,
Choosing Wisely Canada,
Choosing Wisely US

Gestaltung

Dietlind Ehlers, Bielefeld

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Marion Grote-Westrick
Senior Project Manager
Programm „Versorgung verbessern –
Patienten informieren“
Telefon +49 5241 81-81271
Fax +49 5241 81-681271
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de