

Prioritäten deutscher Onkologen. Auswertung der „Klug entscheiden“-Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

Priorities of German Oncologists. Results of the „choosing wisely“ survey of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO)

Autoren

Stefan W. Krause¹, Michael Oldenburg², Michael Hallek³, Andreas Neubauer⁴

Institute

- 1 Medizinische Klinik 5, Hämatologie und Internistische Onkologie, Universitätsklinikum Erlangen
- 2 Hauptstadtbüro der DGHO
- 3 Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln
- 4 Klinik für Hämatologie, Onkologie, Immunologie in Marburg, Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Schlüsselwörter

Sprechende Medizin, Überversorgung, Unterversorgung, Rationierung, Ressourcen

Key words

talking medicine, over-supply, under-supply, resources, rationing

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-109525> Dtsch Med Wochenschr 2017; 142: e124–e130

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York, ISSN 0012-0472

Korrespondenzadresse

Prof Dr. med. Stefan W. Krause
Medizinische Klinik 5, Hämatologie und Internistische Onkologie, Universitätsklinikum Erlangen, Ulmenweg 18, 91054 Erlangen
stefan.krause@uk-erlangen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) hatte im Rahmen der „Klug entscheiden“-Initiative ihre Mitglieder zur Über- und Unterversorgung befragt. Aus der großen Menge an Antworten ergab sich ein überraschend deutliches Meinungsbild, das für die hier vorliegende Darstellung quantitativ ausgewertet wurde.

Methodik Die Bewertung der vorformulierten Empfehlungen wird mittels beschreibender Statistik dargestellt. Die Freitextantworten wurden in einem iterativen Verfahren in

3 Ebenen nach der medizinischen Aussage und ergänzend nach der allgemeinen Zielrichtung kategorisiert.

Ergebnisse 492 DGHO-Mitglieder schlossen die Online-Umfrage in der kurzen Frist von 14 Tagen vollständig ab. Die vorgeschlagenen Empfehlungen zur Vermeidung von Überversorgung fanden eine breite inhaltliche Zustimmung (77 % bis 88 % der Teilnehmer). In den 1598 Freitextantworten wurde der Verzicht auf unnötigen Einsatz von Ressourcen und unnötige Belastung von Patienten in Übereinstimmung mit unseren Empfehlungen gefordert. Eine mögliche Unterversorgung wurde weniger auf dem Gebiet teurer medizinischer Maßnahmen gesehen (17 % der Antworten) als vielmehr bei weichen Faktoren: „sprechende“ Medizin, individuelle Therapieführung, Supportivtherapie und Palliativtherapie sowie soziale Ressourcen (62 %).

Schlussfolgerung Aus den Antworten ergab sich ein deutliches Votum für ein Mehr an sprechender Medizin in der onkologischen Versorgung. Jeder beteiligte Arzt kann hierzu beitragen. Strukturelle Verbesserungen in der Vergütung und Weiterbildung sind jedoch wünschenswert.

ABSTRACT

Background During the preparation of “choosing wisely” recommendations, the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO) had performed a member survey. The large body of replies was systematically and quantitatively analyzed for this report.

Methods Replies to the draft recommendations are quantified. Free text replies were iteratively categorized in three levels according to medical categories and additionally, according to their general target of necessary action.

Results 492 members completed the survey within the given limit of 2 weeks. Draft recommendations against oversupply were widely supported (77 %–88 %). 1598 free text replies were analyzed. Unnecessary use of resources was requested in several fields in accordance with our recommendations. Strong demand was put forward regarding soft factors: “talking medicine”, individually tailored therapy, supportive medicine and palliative care (51 % together) and social resources

(11 %). Possible under-supply was less frequently described in fields of expensive measures (17 % of replies).

Conclusion In the replies to our survey, we found a strong statement for a plus in talking medicine in oncology. Every

physician caring for these patients can contribute to this demand. Structural improvements in continuing education and reimbursement in this field are desirable.

Einleitung

In den USA wurde 2012 die „choosing wisely“-Initiative gestartet, die zum Ziel hatte, angesichts limitierter Ressourcen darauf hinzuwirken, unnötige medizinische Maßnahmen in der klinischen Praxis zu reduzieren. Eine Vielzahl klinischer Fachgesellschaften schloss sich dieser Initiative an und veröffentlichte Listen von diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, die nach dem derzeitigen Stand der Evidenz verzichtbar sind (<http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/>). In Deutschland wurde diese Idee aufgenommen, zunächst von der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), dann in konkreter Umsetzung von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die ihre Initiative „Klug entscheiden“ so modifizierte, dass sowohl Empfehlungen zur Vermeidung von Überversorgung als auch zur Vermeidung von Unterversorgung aufgelistet werden [1, 2].

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) ist die größte deutsche Fachgesellschaft auf dem Gebiet der medizinischen Onkologie. Sie beteiligt sich an der „Klug entscheiden“-Initiative und hat eigene Vorschläge für ihr Fachgebiet zusammengestellt [3]. Im Rahmen der Zusammenstellung für die „Klug entscheiden“-Empfehlungen der DGHO wurden die Mitglieder der Fachgesellschaft zu den bereits formulierten Empfehlungen zur Vermeidung von Überversorgung und allgemein zur Einschätzung von Überversorgung und Unterversorgung in ihrem Fachgebiet befragt. Bei der Aufarbeitung der Antworten zeigte sich, dass die Mitglieder der Fachgesellschaft mehrheitlich ausgeprägte Prioritäten für ein Mehr an „sprechender Medizin“ und individueller Therapie forderten. Wir haben uns deshalb entschlossen, durch eine gründliche Analyse der Freitextantworten das Meinungsbild der DGHO-Mitglieder genauer zu erfassen und darzustellen.

Methodik

Ab dem 25.11.2015 wurden 2892 Mitglieder der DGHO per E-Mail aufgefordert, sich an einer Online-Umfrage zum Thema „Klug entscheiden“ zu beteiligen. Erfragt wurden die Bewertungen von 5 Empfehlungsvorschlägen zur Vermeidung von Überversorgung jeweils in einer 5-stufigen Graduierung „falsch“ bis „richtig“ sowie einer 4-stufigen Graduierung „nicht relevant“ bis „hoch relevant“. Diese Vorschläge waren von einer Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft ausgehend von Empfehlungen US-amerikanischer Fachgesellschaften (ASCO; ASH) formuliert worden. Die Vorschläge (s. ► **Supplement Tab. 1**) konnten zusätzlich in Freitextfeldern kommentiert werden. Daneben wurde die Benennung von weiteren medizinischen Maßnahmen erbeten, die aus Sicht der Teilnehmer in den Bereich der Überversorgung bzw. Unterversorgung fallen. Zusätzlich wurden soziodemografische Daten der

Umfrageteilnehmer erfragt. Das Online-Portal zur Beantwortung der Fragen war 14 Tage geöffnet, eine Erinnerung erfolgte nicht.

Die Antworten zu den vorformulierten Empfehlungen werden mittels beschreibender Statistik dargestellt. Die zugehörigen Freitextantworten wurden kategorisiert. Kritische Antworten und Hinweise zu Unklarheiten führten teilweise zur Änderungen der Formulierungen in der endgültigen Version [3].

Die Freitextantworten, die zu möglichen Bereichen der Überversorgung und Unterversorgung abgegeben wurden, wurden in einem iterativen Prozess von einem der Autoren (SWK) nach medizinisch-inhaltlichen Aspekten in drei Ebenen kategorisiert und sortiert. Bei der Kategorisierung wurde eine Antwort (wenn nicht ganz ausdrücklich 2 verschiedene Themen in einem Satz genannt wurden) nur einer Kategorie zugeordnet und nicht bei 2 möglicherweise passenden Themenfeldern doppelt aufgeführt. AN kontrollierte die Kategorisierungen. Die Häufigkeiten sind mit beschreibender Statistik dargestellt. Die Nennungen aus dem Bereich Unterversorgung wurden von AN und SWK verwendet, um in Abstimmung mit dem Vorstand der DGHO fünf konkrete Empfehlungen für „Klug entscheiden“ zu formulieren [3]. Für die Auswahl wurden die Häufigkeit der Nennung des entsprechenden Themas, die medizinische Relevanz sowie die Frage berücksichtigt, ob es sich bei dem entsprechenden Thema um individuell zu beeinflussende Behandlungsentscheidungen handelt, da strukturelle Verbesserungsvorschläge nicht Thema der „Klug entscheiden“-Initiative sind.

Über die medizinischen Kategorien hinweg wurden Themen nach dem Aspekt zusammengefasst, welche allgemeine Zielrichtung den Vorschlägen zu entnehmen war.

Ergebnisse

565 (19,5 %) der Mitglieder der DGHO beteiligten sich an der Umfrage, 492 (17 %) schlossen die Umfrage ab und wurden in der Auswertung berücksichtigt. Die Mehrheit der Teilnehmer waren Fachärzte. Klinikärzte waren etwas stärker vertreten als niedergelassene Kollegen, die Klinikärzte arbeiteten überwiegend in leitenden Positionen (► **Tab. 1**).

Die vorgeschlagenen Empfehlungen zur Vermeidung von Überversorgung „Computertomografien in der Nachsorge“, „Tumorthherapie am Lebensende“, „Antiemese“, „Targeted Therapy“ und „G-CSF“ fanden insgesamt eine breite inhaltliche Zustimmung (77 %–88 % der Teilnehmer) und wurden mit einer hohen Zustimmung von 74 %–82 % auch als relevant beurteilt, mit Ausnahme der Empfehlung zur Vermeidung der Überversorgung mit NK1-Antagonisten zur antiemetischen Therapie, die nur zu 55 % als relevant eingeschätzt wurde. Eine detaillierte tabellarische Darstellung findet sich im Online-Anhang s. ► **Supplement Tab. 1**. Kritische Anmerkungen in den insge-

► **Tab. 1** Demografie der Umfrageteilnehmer.

Position/Tätigkeit	Anzahl Antworten
Position/Anstellung ¹	
▪ Assistenzarzt/-ärztin	23
▪ Facharzt/-ärztin	150
▪ Oberarzt/-ärztin	166
▪ Chefarzt/-ärztin	103
▪ Lehre und Forschung	36
▪ andere	60
Tätigkeitsfeld	
▪ In einer Klinik tätig	282
▪ In einer Praxis tätig	167
▪ In der pharmazeutischen Industrie tätig	10
▪ sonstiges	33

¹ Mehrfachnennungen möglich.

samt 227 Freitextantworten bezogen sich überwiegend darauf, dass die Teilnehmer Formulierungen als nicht ausreichend eindeutig erachteten oder Empfehlungen in speziellen Teilaspekten widersprachen. Diese Antworten wurden dafür genutzt, die Formulierungen von zwei der später publizierten DGHO-Empfehlungen anzupassen und zu präzisieren.

Auf die Bitte, weitere Themenfelder einer möglichen Überversorgung zu benennen, erhielten wir 747 Antworten, die sich auf das gesamte Spektrum der Patientenversorgung von der Diagnostik über Früherkennung und Nachsorge bis zur Tumorthherapie und organisatorischen Aspekten erstreckten (► **Tab. 2**). Unserer Einschätzung nach ließ die Mehrheit der Antworten das Ziel erkennen, eine unnötige Inanspruchnahme von Ressourcen zu vermeiden (► **Abb. 1**). Bei einem Viertel der Antworten stand eher der Aspekt im Vordergrund, Patienten nicht unnötig mit intensiven Maßnahmen zu belasten.

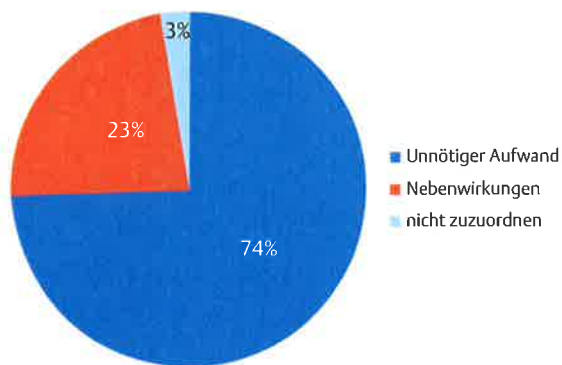
Die 624 Freitextantworten zu möglichen Feldern der Unterversorgung sind in ► **Tab. 3** dargestellt. Sie erstreckten sich über ein breites Feld von der Tumorthherapie über die Supportivtherapie, Probleme bei speziellen Diagnosen, bis zur Diagnostik und Defiziten organisatorischer Art.

Auch hier wurden die Antworten zusätzlich zum medizinischen Aspekt nach der allgemeinen Zielrichtung ein zweites Mal gruppiert (► **Abb. 2**). Es zeigte sich, dass nur aus 17 % der Antworten ein Mangel in der Anwendung oder Verfügbarkeit teurer Maßnahmen herauszulesen war. Am häufigsten wurden in dieser Richtung die PET-CT mit 46 Nennungen und die Verfügbarkeit teurer Medikamente sowie die Anwendung molekularer Diagnostik mit jeweils 20 Nennungen aufgeführt. Ein wesentlich größerer Teil (51 %) der Antworten bezog sich auf „weiche“ Faktoren: die „sprechende“ Medizin, individuelle Therapieführung sowie Supportivtherapie. Ausdrücklich wurde mehrfach neben einem Defizit im Bereich Palliativmedizin ein „zu wenig“ an persönlichem Patien-

► **Tab. 2** Bereiche mit Überversorgung laut Freitextantworten.

Problembereich	Anzahl Antworten
Tumorthherapie	153
▪ zu aggressiv/ zu belastend	43
▪ Abbruch der Tumorthherapie zu spät	33
▪ Chirurgie	18
▪ Radiatio	8
▪ sonstiges	51
Begleittherapie	117
▪ Transfusion	35
▪ Antibiotika	34
▪ sonstiges	48
Diagnostik	214
▪ Labor	92
▪ Bildgebung	88
▪ sonstiges/allgemein	34
Früherkennung/Nachsorge	103
▪ Nachsorge	79
▪ Früherkennung	24
Sonstiges	122
▪ Organisatorisch bedingte unnötige Maßnahmen	66
▪ Komplementärmedizin	14
▪ diverse Maßnahmen	42
▪ Überversorgung gibt es nicht	2
Nicht zuzuordnen	38
▪ kein Thema der Überversorgung	26
▪ nicht Hämatologie/Onkologie	10
Summe	747

tenkontakt in der individuellen Therapieplanung beschrieben, was dann aufgrund fehlender Auseinandersetzung mit dem Thema Therapiebegrenzung zu einem „zu viel“ an Tumorthherapie oder Intensivtherapie führen könne. 11 % der Antworten bezogen sich auf soziale Probleme (u. a. Wiedereingliederung und Reha) und mangelnde Ressourcen (z. B. Personalknappheit). 21 % der Antworten hatten eine andere Zielrichtung, die sich nicht einem der beiden großen Themenblöcke zuordnen ließ. Dominierende Positionen waren im letzten Block unter anderem Defizite bei der Versorgung der Patienten in Zentren, bei der Teilnahme an klinischen Studien oder in der Therapieführung (z. B. Dokumentationsmängel, fehlende Beachtung von Medikamenteninteraktionen, fehlende Nutzung von oralen oder ambulanten Therapieoptionen, ► **Abb. 2a**). Aus 14 % der Antworten war ersichtlich, dass die Ursachen der Unterversorgung im Bereich der Finanzierung gesehen wurden, 15 % der Antworten bezogen sich auf andere strukturelle Probleme, der Rest war so formuliert, dass entweder eine individuelle Unterversorgung gesehen wurde oder die



► **Abb. 1** Einordnung der Überversorgungs-Freitexte nach Zielrichtung. Jede Antwort wurde in die am besten passende Kategorie eingeordnet.

Entscheidung individuell vs. Strukturproblem der Antwort nicht entnommen werden konnte (► **Abb. 2b**).

Diskussion

Eine Teilnahmequote von knapp 20 % vollständig ausgefüllter Antworten (Teilnahme bezogen auf Ärzte etwas höher, da auch nicht-ärztliche Mitglieder kontaktiert wurden) innerhalb von 2 Wochen ohne elektronische Erinnerung entspricht von der Rücklaufquote dem Niveau, das bei einer solchen Online-Umfrage zu erwarten ist [4]. Dabei ist die hohe Rate an teilnehmenden Fachärzten hervorzuheben, die in der Praxis auch entsprechende Entscheidungskompetenz besitzen. Ca. 1600 Freitextantworten zeugen vom großen Interesse der Mitglieder an der Fragestellung. Aus den überwiegend positiven Antworten und den Kommentaren zu den Empfehlungen zur Vermeidung von Überversorgung und aus den Freitextantworten ergibt sich, dass die Umfrageteilnehmer das Problem der unnötigen Verwendung von Ressourcen sehen und für relevant erachten. Dass in der heutigen medizinischen Versorgung in Deutschland generell und auch in der Onkologie im speziellen sehr viel Geld ausgegeben wird und der Kostendruck auch in Deutschland bereits zu Verzicht auf Maßnahmen aus Kostengründen führen kann, wurde bereits gezeigt [5–7]. Insofern ist es schlüssig, dass die Kolleginnen und Kollegen Maßnahmen zur Schonung der limitierten Ressourcen befürworten und unterstützen, um echte Rationierungsentscheidungen möglichst zu vermeiden. Zusätzlich wurde in vielen Antworten sichtbar, dass sich die Kolleginnen und Kollegen Sorgen machen, Patienten mit medizinischen Maßnahmen unnötigen Belastungen auszusetzen. Es ist andererseits plausibel, dass die Empfehlungen nicht von allen Teilnehmern unterstützt wurden – bei einem 100 %igen Konsens wären Initiativen dieser Art gar nicht notwendig oder nicht zu den in unserer Initiative vorgeschlagenen Themen.

Noch spannender, da völlig ohne Vorgabe an die Mitglieder, waren die Antworten zum Thema der Vermeidung von Unterversorgung. Obwohl die Initiative „Klug entscheiden“ eher die indivi-

► **Tab. 3** Bereiche mit Unterversorgung laut Freitextantworten.

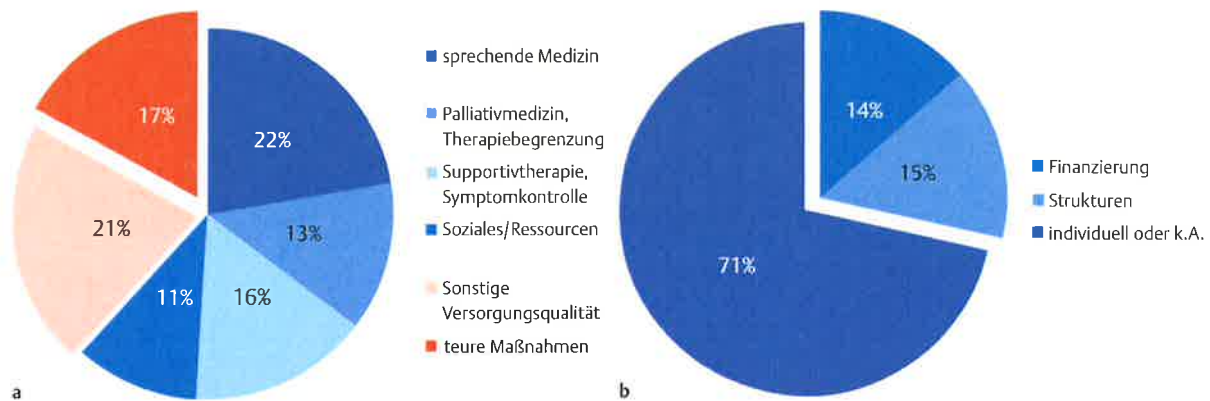
Problembereich	Anzahl Antworten
Tumorthherapie	128
▪ Gespräche/Zuwendung	41
▪ Therapie Individueller führen/rechtzeitig begrenzen	26
▪ Sonstige Defizite in der Therapieführung ¹	39
▪ Teure Medikamente	20
▪ Strahlentherapie	2
Diagnostik	79
▪ Bildgebung ²	51
▪ Labor	27
▪ sonstiges	1
Begleittherapie	174
▪ Psychoonkologie	67
▪ Physiotherapie und Sport	23
▪ Schmerztherapie	22
▪ Ernährung	18
▪ Infekte	7
▪ Antiemese	7
▪ Supportivtherapie allgemein/sonstiges	30
Palliativversorgung und Soziales	89
▪ Palliativversorgung	67
▪ Soziales ³	22
Früherkennung/Nachsorge	16
▪ Früherkennung	9
▪ Nachsorge	7
Sonstiges	126
▪ Zentren, QM, Zusammenarbeit	43
▪ Organisation/Ressourcen	36
▪ Defizite bei einzelnen Diagnosen	15
▪ Forschung	10
▪ Prävention	8
▪ Komplementärmedizin	7
▪ Unterversorgung gibt es nicht	7
unpassend/junklar	12
Summe	624

¹ z. B. zu wenig orale oder ambulante Therapie, zu wenig Dokumentation.

² insbesondere PET-CT.

³ u. a. Reha, Reintegration.

duelle Patientenbehandlung im Fokus hat, beschrieben 29 % der Antworten explizit strukturelle Defizite, davon zur Hälfte Fragen der Finanzierung. In Zusammenschau können die Antworten so gedeutet werden, dass nach Meinung der Teilnehmer in einigen



► **Abb. 2** a Zuordnung der Unterversorgungs-Freitexte zu Themenkomplexen b Strukturelle vs. individuelle Gründe von Unterversorgung.

Bereichen Geld investiert werden sollte, um Strukturen und Angebote für Patienten zu verbessern. Eine möglicherweise zu geringe Finanzierung einzelner teurer medizinischer Maßnahmen und Medikamente wird demgegenüber nicht dominierend als Problem genannt. Eine Ausnahme ist eine Unzufriedenheit mit der Tatsache, dass PET-Untersuchungen in Deutschland sehr restriktiv finanziert werden, obwohl diese in zahlreichen internationalen Empfehlungen auftauchen.

In den Antworten werden neben Hinweisen zur Strukturqualität sehr deutlich Defizite in der individuellen Behandlung beschrieben. Dies betrifft konkrete Hinweise zu ganz verschiedenen Diagnosen als auch Qualitätsansprüche in der individuellen Therapieführung (Dokumentation, Beachtung von Nebendiagnosen, Nutzung oraler oder ambulanter Therapieoptionen usw.).

Wesentlich häufiger wurden jedoch Defizite bei eher „weichen Faktoren“ der Patientenversorgung genannt. Entsprechend wurden 4 dieser Punkte in die „Klug entscheiden“-Empfehlungen zur Vermeidung von Unterversorgung aufgenommen: Palliativmedizin, Psychoonkologie, Schmerztherapie und individualisierte Therapieführung und erst als 5. Punkt eine „apparatemedizinische Empfehlung“ zur molekularen Tumordiagnostik [3].

Aus einer großen Zahl von Antworten spricht der Wunsch vieler Onkologen, ihre Tumorkranken nicht nur fokussiert auf die eigentliche Tumorthherapie, sondern als ihnen anvertraute Patienten zu begleiten und in ihrem Umfeld gut versorgt zu wissen. Dies passt nicht zu dem gelegentlich in der Öffentlichkeit kolportierten Bild, dass die Onkologen kein anderes Konzept haben, als ihre Patienten bis zum letzten Atemzug mit Chemotherapie zu behandeln [8]. Gleichzeitig zeigen die Antworten, dass die Kollegen Defizite auf diesem Gebiet sehen und sich Wunsch und Wirklichkeit offensichtlich unterscheiden. Sicherlich kommt es in der derzeit praktizierten onkologischen Versorgung immer wieder vor, dass über dem Kampf gegen die maligne Erkrankung andere Bedürfnisse der Patienten zu wenig bedacht werden und dass in der letzten Lebensphase zu intensiv behandelt wird. Dies ist ein in der internationalen onkologischen Community häufig thematisiertes Thema. Belastende onkologische Therapien am Lebensende ohne wesentliche Chance auf klinischen Nutzen soll-

ten unterlassen werden [9–13]. Dieser Punkt wurde dementsprechend in unseren „Klug entscheiden“-Empfehlungen thematisiert und von der großen Mehrheit der Umfrageteilnehmer sowohl bezogen auf die spezifische Empfehlung als auch in den Freitextantworten unterstützt.

Der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurde in vielen Antworten ein hoher Stellenwert beigemessen. Dies steht in Übereinstimmung mit den Wünschen der Patienten, wie sie sich in Umfragen darstellen (siehe z. B. <https://www.ikk-classic.de/export/de/gallery/Dokumente-Press/KK-Patientenwuensche-2012.pdf>). Für diese Kommunikation hat sich aus ethischen und praktischen Überlegungen heraus das Modell der partizipatorischen Entscheidungsfindung durchgesetzt [14–16] und gilt als Norm für die Arzt-Patient-Beziehung. Dies geht einher mit einer sorgfältigen Besprechung von Chancen und Risiken mit dem Patienten, was dann in einen „informed consent“ zur geplanten Therapie mündet [17]. Die Patienten sollten so aufgeklärt werden, dass sie die infrage kommenden Optionen ausreichend verstehen, um zu einer echten Teilhabe an der Entscheidungsfindung zu gelangen. Dies ist didaktisch und in der Gesprächsführung bereits bei psychologisch nur wenig oder mittelmäßig belastenden Entscheidungen ein anspruchsvolles Unterfangen, weil teilweise statistische Abschätzungen berücksichtigt werden müssen, die nicht auf den ersten Blick zu durchschauen sind [18, 19].

In der palliativen Behandlungssituation kommt erschwerend hinzu, dass sich viele Patienten an unrealistischen Hoffnungen auf Heilung oder wesentliche Besserung festhalten [20]. Auch Ärzte neigen zu zu optimistischen Einschätzungen, deren Erwartungen sind aber selten völlig unrealistisch [21]. Falsche und divergente Erwartungen erschweren eine unter medizinischen Aspekten konstruktive Kommunikation, weshalb die eigentlich angestrebte partizipative Entscheidungsfindung in palliativen Behandlungssituationen in der Onkologie teilweise nicht stattfindet [22]. Solche Situationen werden von den Behandlern palliativ behandelter onkologischer Patienten dann als inhaltlich unbefriedigend und zusätzliche psychische Belastung erlebt. In der Praxis wird manch ein Arzt versuchen, sich dem Konflikt zu entziehen, indem er eine weitere tumortherapeutische Option anbietet, die

medizinisch nur schwer zu rechtfertigen ist. Dies führt zu einer Kollision zwischen ethischem Anspruch und täglicher Praxis, die aufzulösen eine große Aufgabe für die Zukunft bleibt [23, 24].

Zusammenfassend zeigt sich in den Äußerungen der Umfrageteilnehmer der Wunsch nach Vermeidung von Übertherapie und einer Stärkung von individueller Therapieführung unter Teilhabe der Patienten an den Therapieentscheidungen. Gleichzeitig findet sich der vielfache Wunsch nach mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten (und deren fairer Honorierung), Verbesserung von Supportivtherapie und Palliation und nach einem dichter geknüpften Versorgungsnetz, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden zu können. Die Autoren sehen diese Meinungsäußerungen als wichtigen Auftrag für die Zukunft. Eine Intensivierung der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der ärztlichen Gesprächsführung könnte helfen, diesen Zielen näher zu kommen. Gleichzeitig sollte bei aller berechtigten Freude über echte medizinische Innovationen im Zweifel eine Stärkung der genannten weichen Faktoren Vorrang vor teilweise marginalen Verbesserungen durch teure medizinische Maßnahmen haben.

KERNAUSSAGEN

- Die Umfrageteilnehmer befürworten den Verzicht auf unnötige Maßnahmen (d. h. die Vermeidung von Überversorgung entsprechend den „Klug entscheiden“-Empfehlungen).
- Defizite werden insbesondere auf dem Gebiet der weichen Faktoren in der Tumorthherapie genannt (sprechende Medizin sowie Supportivtherapie und Palliation).
- Defizite in der individuellen Therapieführung führen u. a. zu belastenden Übertherapien.
- Die genannten Defizite werden in den „Klug entscheiden“-Empfehlungen zur Unterversorgung berücksichtigt.
- Strukturelle Verbesserungen zum Beispiel in der Vergütungsstruktur und Weiterbildung bezogen auf ärztliche Gesprächsführung sind angezeigt.

Interessenkonflikt

SWK erhielt Honorare von MSD, Cerus, und Novartis. Finanzielle Unterstützung für die Teilnahme an Kongressen erhielt er von Alexion und Gilead. Für die Durchführung von Forschungsvorhaben erhielt seine Klinik Zuwendungen von Affimed und Siemens. AN erhielt Honorare von Honorare von med update.

MO hat keine Verbindungen anzugeben. MH erhielt Honorare von Roche, Gilead, Mundipharma, Janssen, Celgene, Pharmacyclics, Abbvie und Boehringer Ingelheim. Forschungsunterstützung erhielt seine Klinik von Roche, Gilead, Mundipharma, Janssen, Celgene, Pharmacyclics und Abbvie.

Danksagungen

Wir danken allen Teilnehmern der Online-Umfrage für die zahlreichen konstruktiven Antworten, den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Klug entscheiden“ sowie dem Vorstand der DGHO für die Arbeit an der Entwicklung der Empfehlungen sowie dem Hauptstadtbüro der DGHO für die hervorragende technische Unterstützung.

Literatur

- [1] Hasenfuß G, Märker-Hermann E, Hallek M et al. Initiative „Klug entscheiden“: Gegen Unter- und Überversorgung. *Dtsch Arztebl* 2016; 113: A600
- [2] Hallek M. 'Choosing wisely' – avoiding unnecessary medical procedures. *Dtsch Med Wochenschr* 2014; 139: 1975
- [3] Krause SW, Oldenburg M, Seifart U et al. Klug entscheiden: ... in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie. *Dtsch Arztebl* 2016; 113: A1650
- [4] Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev* 2009. DOI: 10.1002/14651858.MR000008.pub4: MR000008
- [5] Strech D, Marckmann G. Is there health care rationing in German hospitals? How exactly do we know and why should it not be the most important question? *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 1498 – 1502
- [6] Strech D, Persad G, Marckmann G et al. Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. *Health Policy* 2009; 90: 113 – 124
- [7] Krause SW, Schildmann J, Lotze C et al. Rationing cancer care: a survey among the members of the German Society of Hematology and Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11: 658 – 665
- [8] Stuff B. Sie verdienen am Sterben. *Der Spiegel* 2016; 35: 34 – 35
- [9] Earle CC, Landrum MB, Souza JM et al. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol* 2008; 26: 3860 – 3866
- [10] Azzoli CG, Temin S, Aliff T et al. 2011 Focused Update of 2009 American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Chemotherapy for Stage IV Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol* 2011; 29: 3825 – 3831
- [11] Carlson RW, Allred DC, Anderson BO et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2009; 7: 122 – 192
- [12] Benson AB 3rd, Venook AP, Bekaii-Saab T et al. Colon cancer, version 3.2014. *J Natl Compr Canc Netw* 2014; 12: 1028 – 1059
- [13] Prigerson HG, Bao Y, Shah MA et al. Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA oncology* 2015; 1: 778 – 784
- [14] Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47: 329 – 339
- [15] Loh A, Simon D, Levente K et al. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A 1483 – A 1488
- [16] Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221 – 2226
- [17] Mazur DJ. Influence of the law on risk and informed consent. *Bmj* 2003; 327: 731 – 734
- [18] Gaissmaier W, Gigerenzer G. Statistical illiteracy undermines informed shared decision making. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102: 411 – 413
- [19] Paling J. Strategies to help patients understand risks. *Bmj* 2003; 327: 745 – 748
- [20] Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012; 367: 1616 – 1625
- [21] Glare P, Virik K, Jones M et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *Bmj* 2003; 327: 195 – 198
- [22] Winkler EC, Reiter-Theil S, Lange-Riess D et al. Patient involvement in decisions to limit treatment: the crucial role of agreement between physician and patient. *J Clin Oncol* 2009; 27: 2225 – 2230
- [23] Laryionava K, Heussner P, Hiddemann W et al. Framework for timing of the discussion about forgoing cancer-specific treatment based on a qualitative study with oncologists. *Supportive care in cancer: official*

Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer
2015; 23: 715–721

[24] Pfeil TA, Laryionava K, Reiter-Theil S et al. What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key. *The oncologist* 2015; 20: 56–61