«Smarter Medicine» / «Choosing Wisely»

Wie steht es um die medizinische Überversorgung der Schweiz 2017?

Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Chefredaktor Swiss Medical Forum
Prof. Dr. med. Jean-Michel Gaspoz, Co-Präsident SGAIM

Im Jahr 2013 haben wir im *Swiss Medical Forum* (SMF) ein Editorial zur medizinischen Überversorgung und zu den erforderlichen Massnahmen veröffentlicht, damit dieses für die Gesundheit unserer Patienten wichtige Thema in der Schweiz Beachtung findet und vorangetrieben wird [1]. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Überversorgung bedeutende Nebenwirkungen bei den Patienten zur Folge hat und 30% der Gesundheitskosten ausmacht, ohne aber einen Mehrwert zu bringen. Denn diese Untersuchungen und Behandlungen verbessern die Prognose der Patienten nicht [2, 3].

Die Top-5-Listen der SGAIM

Die Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) nimmt dieses Problem seit jeher ernst und hat im Rahmen des Programms «Smarter Medicine» zwei Top-5-Listen entwickelt: eine für den ambulanten [4] und eine für den Spitalbereich [5] (siehe Anhang, S. 47–48). In dieser Ausgabe erscheint der erste Artikel einer parallel auch in der *Revue Médicale Suisse* (RMS) publizierten Serie, in der die Literatur und die Gründe für die neue Top-5-Liste im stationären Bereich erörtert werden.

Nicolas Rodondi

Jean-Michel Gaspoz

Einige mögen sich fragen, welchen Sinn derartige Listen haben sollen. Ihr Zweck besteht nicht nur darin, die Ärzte, sondern auch die Patienten zu informieren, wodurch die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient gefördert wird. Eine in den USA an 1500 Patienten durchgeführte Studie hat ergeben, dass bei diesen zahlreiche falsche Überzeugungen bestehen [6]. So denkt die Mehrheit der Patienten beispielsweise, dass mehr Untersuchungen und Behandlungen eine höhere Versorgungsqualität bedeuten und neue sowie kostenintensive Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wirksamer sind als alte und kostengünstige! Daher hat die SGAIM das Programm «Smarter Medicine» in drei Phasen geplant: Information der Schweizer Ärzte durch unabhängige Fachzeitschriften (wie SMF, *Primary and Hospital Care* sowie die RMS), Weiterbildung der Assistenzärzte und schliessliche eine Kampagne für die breite Öffentlichkeit. So hat eine randomisierte Studie beispielsweise gezeigt, dass die Zahl der Echokardiographien durch eine Weiterbildung der Assistenzärzte zu unangemessenen Indikationen von 34 auf 13% reduziert werden konnte [7]. In den USA hat eine vor Kurzem erfolgte Evaluation der «Choosing Wisely»-Initiative leichte Veränderungen bezüglich der sieben evaluierten Empfehlungen ergeben. Insbesondere die Zahl der Schädelaufnahmen bei unkomplizierten Kopfschmerzen und der Einsatz kardialer bildgebender Verfahren bei Patienten ohne kardiovaskuläre Erkrankung waren zurückgegangen [8]. Diese Studie zeigt, dass die Verbreitung der Top-5-Listen einen ersten notwendigen Schritt darstellt, jedoch noch nicht ausreicht, um die Überversorgung erfolgreich zu verringern. Ein an der University of California in San Francisco durchgeführtes Projekt hat grosse Unterschiede der Transfusionszahlen zwischen den Abteilungen sowie einzelnen Ärzten aufgezeigt. Allein durch die Weiterleitung dieser Daten an alle Ärzte konnte ohne jeglichen Zwang ein über 20%iger Rückgang der Transfusionen erreicht werden! Ein Monitoring-Projekt im Tessin hat grosse Unterschiede, zum Beispiel in Bezug auf die Rate der Benzodiazepinverschreibungen bei Spitalaustritt ergeben. Nachdem diese regelmässig evaluiert wurden, ging die Überverordnung zurück [9].

Was braucht es, um bei diesem Thema voranzukommen?

Ein Hauptproblem ist unser begrenztes Wissen über die Faktoren, welche die Überversorgung begünstigen, und über die Massnahmen, um diese zu verringern. So werden multimorbide Patienten zum Beispiel häufig von randomisierten Studien ausgeschlossen. Eine Studie hat gezeigt, dass Patienten mit zwei oder mehr Erkrankungen von 63% der Studien aus- und nur in 2% explizit eingeschlossen werden [10], während 60% der ≥65-Jährigen an ≥ zwei Krankheiten leiden. Infolgedessen wissen wir nicht, ob die Richtlinien, die auf diesen randomisierten Studien basieren, vor allem auf Patienten mit einer einzigen Erkrankung anwendbar sind und ob Patienten mit Multimorbiditäten denselben Nutzen aus den Behandlungen ziehen und/oder aufgrund von Wechselwirkungen und Nierenfunktionsstörungen in dieser Population mehr Nebenwirkungen aufweisen.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Die Europäische Union finanziert mit ihrem Programm «Horizon 2020» Studien für multimorbide Patienten. In einer davon soll untersucht werden, ob durch die Optimierung der Behandlungen die Hospitalisationsrate multimorbider Patienten gesenkt und ihre Lebensqualität erhöht werden kann. Vor Kurzem hat der Bundesrat unter der Schirmherrschaft des Schweizerischen Nationalfonds ein nationales Forschungsprogramm (NFP 74) mit dem Titel «Gesundheitsversorgung» [11] finanziert, in dem es um die Herausforderungen multimorbide Patienten und Überversorgung gehen soll. Im Berner Institut für Hausarztmedizin wollen wir zum Beispiel prüfen, ob die Optimierung der Behandlungen multimorbider Patienten auch in Arztpraxen usw. möglich ist. In einem anderen Projekt soll das Kolonkarzinomscreening unter Berücksichtigung der Ansichten und Wünsche der Patienten verbessert werden. Anlässlich eines Projekts der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin in Bern wollen wir Unterschiede bezüglich umstrittener Interventionen in der Schweiz untersuchen. Unsere ersten Analysen zeigen bereits sehr grosse Unterschiede bezüglich der umstrittenen Anwendung der Vertebroplastie. Durch diese und andere, insbesondere im Rahmen von NFP 74 finanzierte Projekte können wir herausfinden, wie sich die medizinische Überversorgung reduzieren und gleichzeitig die Gesundheit der Patienten verbessern lässt.

Kann durch diese Projekte das Problem der Überversorgung gelöst werden?

Leider gibt es noch weitere grosse Herausforderungen. Die Daten über das Schweizer Gesundheitssystem sind nach wie vor extrem lückenhaft. Beispielsweise werden einige Daten vom Bundesamt für Statistik erfasst, jedoch nicht optimal ausgewertet. Für die Evaluation umstrittener medizinischer Praktiken gibt es zwei Instanzen (das «Swiss Medical Board» und die neue «Health Technology Assessment»-Einheit des Bundesamtes für Gesundheit), deren Einfluss jedoch noch unklar ist. Das NFP 74 ist eine hervorragende, auf vier Jahre angelegte Initiative des Bundesrats. Jedoch ist damit die Langzeitfinanzierung der Forschung in den Bereichen Gesundheitsdienstleister und vergleichende Wirksamkeit in der Schweiz nicht gesichert, obgleich es uns gerade an Daten zum Vergleich der Wirksamkeit verschiedener Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden extrem mangelt! Bleibt zu hoffen, dass die vereinten Bemühungen der im akademischen Bereich und der in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte dazu führen, dass das Problem der medizinischen Überversorgung angegangen wird, um unseren Patienten auch weiterhin eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen!

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern
Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern
Nicolas.Rodondi[at]insel.ch

Disclosure statement
N.R. erhielt Unterstützungen vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) und von der Europäischen Union (FP7, Horizon 2020) für Forschungsarbeiten in diesem Bereich. J.M.G. hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

1 Rodondi N. «Less is more» oder könnten wir unseren Patienten Untersuchungen oder Behandlungen ersparen? Schweiz Med Forum . 2013;13(10):196.
2 Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. Jama. 2012;307:1513–6.
3 Hood VL, Weinberger SE. High value, cost-conscious care: an international imperative. Eur J Intern Med. 2012;23:495–8.
4 Gaspoz J-M, Selby K, Cornuz J, Neuner-Jehle S, Zeller A, Perrier A, Meier C, Rodondi N. «Smarter Medicine» – für mehr Effizienz in der Allgemeinmedizin. Primary Care. 2014;14(10):166-167.
5 Bavamian S, Gabutti L, Kherad O, Rodondi N, Rutishauser J, Waeber G, Meier CA. Smarter Medicine: Top 5-Liste für den Spitalbereich. Schweiz Med Forum. 2016;16(32):626–629.
6 Carman KL, Maurer M, Yegian JM, Dardess P, McGee J, Evers M, Marlo KO. Evidence that consumers are skeptical about evidence-based health care. Health Aff (Millwood). 2010;29:1400–6.
7 Bhatia RS, Dudzinski DM, Malhotra R, Milford CE, Yoerger Sanborn DM, Picard MH and Weiner RB. Educational intervention to reduce outpatient inappropriate echocardiograms: a randomized control trial. JACC Cardiovasc Imaging. 2014;7:857–66.
8 Rosenberg A AA, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, Li C, DeVries A. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. JAMA Intern Med. 2015;12:7.
9 Gabutti L, Pironi M, Della Bruna R, Heinkel J, Clivio L, Greco A. [Choosing Wisely: from theory to practice]. Rev Med Suisse. 2015;11:1973–7.
10 Jadad AR, To MJ, Emara M, Jones J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. Jama. 2011;306:2670–2.
11 SNF. NFP 74 «Smarter Health Care». 2016.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Anhang: Top-5-Listen für den ambulanten und Spitalbereich

Top-5-Liste

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin empfiehlt, folgende fünf Interventionen in der ambulanten Medizin zu vermeiden:

ambulatory care

1 Durchführen einer bildgebenden Diagnostik in den ersten sechs Wochen bei Patienten mit unspezifischen Lumbalgien

«Unspezifischer Schmerz» schliesst Alarmzeichen («red flags») wie schwere/progrediente neurologische Defizite oder den Verdacht auf eine maligne/infektiöse Erkrankung aus. Eine bildgebende Diagnostik bei unspezifischem Schmerz während der ersten sechs Wochen verbessert das Outcome nicht, erhöht aber die Strahlenexposition und die Kosten.

Quellen: Agency for Health Care Research and Policy, National Institute for Health and Care Excellence
Evidenzlevel: Metaanalyse randomisiert-kontrollierter Studien

2 Messung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) zwecks Prostatakrebs-Screening ohne eine Diskussion von Risiko und Nutzen

Der Nutzen eines PSA-Screening ist unklar. Die Probanden sollten das Risiko von Überdiagnostik und Überbehandlung verstehen, bevor sie sich einem Test unterziehen. Das Screening bei über 75-Jährigen sollte nicht angeboten werden.

Quellen: American College of Physicians, National Health Service, Swiss Society of Urology
Evidenzlevel: zwei grosse, randomisiert-kontrollierte Studien

3 Verschreiben von Antibiotika gegen unkomplizierte Infekte der oberen Luftwege

Der Grossteil unkomplizierter Infekte der oberen Luftwege ist viraler Natur, wogegen Antibiotika wirkungslos sind.

Quellen: Centers for Disease Control, American Academy of Family Physicians, National Institute for Health and Clinical Excellence
Evidenzlevel: multiple randomisiert-kontrollierte Studien

4 Durchführen eines präoperativen Thorax-Röntgenbildes, ausser bei Verdacht auf eine intrathorakale Pathologie

Das Röntgenbild verspricht keine relevante Änderung des Managements oder eine Verbesserung des Outcome beim asymptomatischen Patienten.

Quellen: American College of Radiology, Royal College of Radiologists
Evidenzlevel: multiple grosse, retrospektive Kohortenstudien

5 Weiterführen einer Langzeit-Pharmakotherapie bei gastrointestinalen Symptomen mit Protonen-Pumpenblockern ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis

Risiken und Nutzen einer Behandlung sollten regelmässig mit Patienten diskutiert werden, weil Nebenwirkungen den Nutzen überwiegen können. Gilt auch für Histamin-2-Rezeptor-Antagonisten.

Quellen: American Gastroenterological Association, National Institute for Health and Clinical Excellence
Evidenzlevel: randomisiert-kontrollierte Studien und prospektive Kohortenstudien

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Top-5-Liste

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin empfiehlt, folgende fünf Interventionen im stationären Bereich zu vermeiden:

hospital

1 Keine umfangreichen Blut- oder Röntgenuntersuchungen in regelmässigen Abständen (z.B. täglich) ohne klinisch spezifische Fragestellung verordnen.

Viele Untersuchungen (wie z.B. Thoraxröntgen, arterielle Blutgasanalysen, klinische Chemie, Hämatogramme und EKGs) werden in regelmässigen Abständen (z.B. täglich) verordnet. Im Vergleich zu einem Vorgehen, bei welchem solche Tests nur zur Beantwortung von klinisch spezifischen Fragen oder zum Festlegen des weiteren Vorgehens dienen, erhöhen unnötige Routineverordnungen die Kosten der Gesundheitsversorgung ohne zusätzlichen Nutzen für den Patienten. Zudem können solche nicht-indizierten Untersuchungen auch Risiken und Nebenwirkungen in sich bergen, wie z.B. eine Anämie, oder weitere aufwendige Abklärungen von abnormen, klinisch jedoch nicht relevanten Befunden hervorrufen.

2 Keine Dauerkatheter bei Inkontinenz legen oder liegen lassen, wenn dies nur dem Komfort oder zur Überwachung des Urinvolumens bei nicht-kritisch kranken Patienten dient.

Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen sind die am häufigsten auftretenden im Spital erworbenen Infektionen. Die Verwendung von Blasenkathetern bei Inkontinenz oder aus Bequemlichkeit ohne konkrete Indikation und Angabe der Dauer erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Infektion und geht mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität und damit auch höheren Gesundheitskosten einher. Es wird empfohlen, dass Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen Richtlinien und Verfahren zu den entsprechenden Indikationen und den damit verbundenen Prozessen (inkl. Strategien für das Absetzen und Auswechseln der Katheter) entwickeln.

3 Keine Transfusion von mehr als der minimal benötigten Menge Erythrozyten-Konzentrate verordnen, um Anämiesymptome zu lindern oder einen sicheren Hämoglobinwert zu erreichen.

(7 g/dL für stabile Nicht-Herzpatienten; 8 g/dL bei stabilen Patienten mit vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen)

Es wird die kleinstmögliche Transfusionsmenge empfohlen, da im Vergleich dazu liberale Transfusionsstrategien kein besseres Outcome erzielen. Unnötige Transfusionen erzeugen zudem unnötige Kosten und bergen Risiken für den Patienten. Die routinemässige Verabreichung von 2 Einheiten Erythrozyten sollte vermieden werden, wenn 1 Einheit ausreichend ist.

4 Ältere Menschen während des Krankenhausaufenthalts nicht zu lange im Bett liegen lassen. Individuelle therapeutische Ziele sollten sich an den Werten und Präferenzen der Patienten orientieren.

Über 65 % der älteren Menschen, die initial ohne Einschränkung der Gehfähigkeit waren, verlieren diese zunehmend während eines Krankenhausaufenthalts. Die Mobilisation während des Krankenhausaufenthalts ist deshalb entscheidend für die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit bei älteren Menschen. Ein Verlust der Gehfähigkeit erhöht die Dauer des Krankenhausaufenthalts sowie die Notwendigkeit einer Rehabilitation, einer Platzierung im Pflegeheim sowie das Sturzrisiko während oder nach der Entlassung aus dem Krankenhaus; eine reduzierte Gehfähigkeit erhöht auch die Mortalität älterer Menschen.
Bettruhe oder begrenzte Mobilität (wie z.B. häufiges Sitzen im Stuhl) während eines Krankenhausaufenthalts verursacht eine Dekonditionierung und ist einer der wichtigsten Faktoren für den Verlust der Gehfähigkeit bei hospitalisierten älteren Menschen. Ältere Menschen, die während des Krankenhausaufenthalts die Gehfähigkeit erhalten, werden früher aus dem Spital entlassen, sind mobiler und können selbstständiger ihren Tagesaktivitäten nachgehen; zusätzlich beschleunigt sich die Erholungsphase nach einer Operation.

5 Älteren Menschen als erste Wahl keine Benzodiazepine, andere Beruhigungsmittel oder Hypnotika gegen Schlaflosigkeit, Unruhe oder Delirium verabreichen und das Rezeptieren solcher Medikamente bei Spitalaustritt vermeiden.

Grosse Studien zeigen, dass sich das Risiko für Verkehrsunfälle, Stürze und Hüftfrakturen sowie für Hospitalisierungen oder Tod bei älteren Menschen mehr als verdoppelt, wenn Benzodiazepine oder andere Beruhigungs- oder Schlafmittel verordnet werden.
Das Gesundheitspersonal sollte die potenziellen Gefahren der verschiedenen Behandlungsstrategien für Schlaflosigkeit, Unruhe oder Delirium bei älteren Patienten kennen. Die Anwendung von Benzodiazepinen sollte auf Alkoholentzugserscheinungen, Delirium tremens oder schwere generalisierte Angststörungen, die nicht auf andere Therapien ansprechen, beschränkt sein.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html