

Kein politischer, technokratischer oder administrativer Druck

Es braucht ein breites Expertennetz

Jean-Michel Gaspoz

Co-Präsident Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM

In einem 2010 erschienenen Leitartikel reagierte der Ethiker Howard Brody heftig auf eine Erklärung der *American Medical Association*, wonach Ärzt/-innen keine weiteren finanziellen Anstrengungen zur Förderung der US-Gesundheitsreform («Obamacare») unternehmen könnten [1]. In diesem Zusammenhang schlug er vor, dass jedes medizinische Spezialgebiet eine Top-5-Liste der diagnostischen Tests oder Therapien aufstellt, die zwar weit verbreitet sind, aber laut neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen den meisten Patient/-innen keinen Nutzen bringen. Im Anschluss an diesen Leitartikel rief die *American Board of Internal Medicine Foundation* die *National Physicians Alliance* ins Leben und beauftragte sie mit der Aufstellung der ersten Top-5-Listen im Bereich der Inneren und der Hausarztmedizin. Diese Initiative wurde weitgehend begrüsst und schon bald vom *American College of Physicians* unter dem Namen «*Choosing Wisely*» übernommen. Seither haben über 70 medizinische Fachgesellschaften zu den Top-5-Listen auf der Website von *Choosing Wisely* (www.choosingwisely.org) beigetragen. Das vorrangige Ziel dieser Website ist die Förderung des Austauschs zwischen Ärzt/-innen und den Patient/-innen, die nun über die wissenschaftlichen Grundlagen der erteilten Empfehlungen informiert sind.

Zeigen Empfehlungslisten konkrete Auswirkungen?

Im Jahr 2014 veröffentlichte die damalige *Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin* (SGIM) unter der Überschrift *smarter medicine* die ersten schweizerischen «Top 5» im Bereich der ambulanten Medizin. 2016 setzte die neue *Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin* (SGAIM) diese Pionierarbeit fort, indem sie die erste Liste im Spitalbereich veröffentlichte.

Die Auswirkung der Top-5-Listen auf die Gesundheitskosten oder Verschreibungspraktiken ist bis auf bestimmte spezifische Tests nur schwer messbar. Neben der Finanzierung der *smarter medicine*-Kampagne investierte die SGAIM auch in ihre Evaluierung. Da es an Datenbanken mangelt, die Veränderungen der Verschreibungspraktiken in der Schweiz – insbesondere

aufgeschlüsselt nach medizinischen Fachrichtungen – verdeutlichen könnten, sind solche Analysen schwierig. Allerdings zeigt eine vorläufige Studie, die von der *Policlinique Universitaire Lausanne* mit Unterstützung der SGAIM durchgeführt worden ist, dass 58% der Befragten die *smarter medicine*-Kampagne kannten. In der Deutschschweiz lag der Anteil sogar bei 70% [2]. Aus einer Studie mit grösserem Erhebungsumfang ergeben sich noch höhere Bekanntheitswerte der *smarter medicine* in der Schweiz: Durchschnittlich 69% schweizweit, darunter 81% in der Deutschschweiz, aber nur 49% in der Romandie [3]. Die Zustimmung zu den Empfehlungen der Top-5-Liste von *smarter medicine* in der ambulanten Medizin lag zwischen 8,5 und 9,0 von 10. Der Anteil der Ärzt/-innen, die angaben, dass sie in der Praxis selten von den Empfehlungen der SGAIM abweichen, lag bei 67 bis 74%, was die Nichtverschreibung anbelangt von Antibiotika gegen Infekte der oberen Luftwege, den Verzicht auf systematisches präoperatives Thoraxröntgen, die Vermeidung einer bildgebenden Diagnostik der Lendenwirbelsäule bei Patienten mit akuten Lumbalgien ohne Alarmzeichen oder den Verzicht auf die Messung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA), wenn zuvor nicht die Risiken und der Nutzen dieses Tests zusammen mit dem Patienten abgewogen wurden. In Bezug auf den Punkt «Weiterführen einer Langzeit-Pharmakotherapie bei gastrointestinalen Symptomen mit Protonen-Pumpenblockern ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis» fiel dieser Anteil jedoch auf 33%. Als Gründe für die Nichteinhaltung der Empfehlungen wurden in diesem Fall vor allem die Wünsche der Patienten oder die Erwartung, dass ein anderer Kollege diese Therapie ohnehin verschreiben würde, angeführt. In den USA wurden die gleichen Gründe sowie die Angst vor einer Klage wegen eines Kunstfehlers genannt.

Restriktiver Druck führt zur Verweigerung

Die Kampagne *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) in Grossbritannien steht symbolhaft für ein Scheitern wegen sehr restriktiver Kriterien und übermässigem Druck [4]. Liam Donaldson, der 2005 als

britischer *Chief Medical Officer* fungierte, entschied, dass die NICE-Empfehlungen als Kriterien des *National Health Service* herangezogen würden, um Interventionen auslaufen zu lassen, die nicht mehr als angemessen oder wirksam gelten oder angesichts ihrer Kosten keinen Mehrwert bringen. Andy Burnham, der damalige Gesundheitsminister, zog nach und beauftragte NICE, 2006 ein Projekt namens «*Pilot Ineffective Treatments Program*» auf die Beine zu stellen. Zahlreiche Probleme traten auf: Die Gegner von NICE warnten vor den Verzerrungen, die entstehen, wenn der Wert einer Intervention im Verhältnis zum Bevölkerungsdurchschnitt beurteilt wird, während diese Intervention einem Einzelpatienten nützen könnte. Die betroffenen Ärzt/-innen monierten, dass eine Intervention schon darunter leiden würde, wenn sie potenziell eingestellt werden könnte, obwohl dies noch nicht definitiv ist. Volkswirtschaftler/-innen führten an, dass die Aufgabe einer Intervention höhere Kosten nach sich ziehen könnte, wenn sie durch eine teurere Alternative ersetzt werden müsste. NICE kam daher zu dem Schluss, dass die Ausarbeitung von Leitlinien die beste Lösung wäre, um mögliche Ausstiegsszenarien zu finden, und beauftragte die *Cochrane Collaboration* mit der Aufstellung von Empfehlungen darüber, was vermieden werden sollte.

Die Lehren, die man aus NICE ziehen kann, zeigen wie ähnliche Erfahrungen in anderen Ländern, dass zu viel politischer, technokratischer oder administrativer Druck Strategien zur Reduzierung unnötiger Tests oder medizinischer Verfahren gefährden können. Solche Regeln oder zu strenge Regulierungsaufgaben ru-

fen stets beträchtliche Kontroversen und Widerstände hervor, womit es eher unwahrscheinlich wird, dass sie akzeptiert werden und eine wesentliche Senkung der Gesundheitskosten bewirken. Im Gegensatz dazu können Meinungsführende – ob Ärzt/-innen, Spitzenforscher/-innen oder Ethiker/-innen – einen Unterschied ausmachen. Howard Brodys Leitartikel im *New England Journal of Medicine* bleiben unvergessen [1]. Letztendlich wird nur ein breites Expertennetz unter Einbeziehung aller betroffenen Akteure in der Lage sein, die Nachricht zu verbreiten, dass Tests oder medizinische Verfahren, die keinen Mehrwert für Patient/-innen haben und mehr Risiken als Vorteile sowie ungerechtfertigte Kosten nach sich ziehen können, aufgegeben werden sollten, wobei der Leitgedanke gilt, dass die Patient/-innen «*the right care, at the right time, in the right way*» erhalten.

Hinweis

Der ganze Text von Prof. Dr. Jean-Michel Gaspoz wurde im Themenheft «Medizin und Ökonomie», *Therapeutische Umschau*, 1/2017, publiziert.

Literatur

- 1 Brody H. Medicine's ethical responsibility for Health Care Reform – The Top Five List. *N Engl J Med*. 2010;362:283–5.
- 2 Selby K, Cornuz J, Cohidon C, Gaspoz JM, Senn N. Acceptability and self-reported adherence to the Smarter Medicine «Top 5» list among family physicians of the SPAM network. *Forum Medical Suisse, supplément pour abstracts*, 2016.
- 3 Cohidon Christine, Selby Kevin, Cornuz Jacques, Gaspoz Jean-Michel, Senn Nicolas. «Smarter Medicine» dans le domaine ambulatoire: opinions et pratiques des médecins de famille et formation des futurs praticiens. *Rev Med Suisse*. 2017;13:285–7.
- 4 NICE Disinvestment project plan, 20 February 2006: http://www.nice.org.uk/about/nice/whoweare//seniormanagementteam//meetings/2006/21february2006/disinvestment_project_plan_20february2006_version1.jsp.

Korrespondenz:
Prof. Jean-Michel Gaspoz
Médecin-chef de service
Hôpitaux universitaires de
Genève HUG
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1205 Genève
Jean-Michel.Gaspoz[at]
huce.ch

Fortsetzung von Seite 11

aus. In gewissen Spezialitäten und Regionen der Schweiz gibt es aber tatsächlich Hinweise, dass eine Über- oder Fehlversorgung bestehen könnte, wobei deren Definition nicht ganz einfach ist. Ein Hinweis hierfür sind *variations of care* zwischen verschiedenen geographischen Regionen, die sich nicht einfach durch demografische Unterschiede erklären lassen.

EZ: Ich halte den Begriff der «Überversorgung» ebenfalls für falsch. Bei einer unnötigen Leistung, die sogar schaden kann, handelt es sich nicht um eine Überversorgung, sondern schlicht und einfach um eine Fehlversorgung, die leider ausgewiesen ist.

Was bedeuten die zehn Massnahmen der beiden Top-5-Listen für die Krankenkassen? Besteht die

Gefahr, dass diese bestimmte Leistungen nicht mehr abgelten?

CAM: Diese Empfehlungen haben a priori mit den Krankenkassen nichts zu tun. Allerdings ist es die Pflicht und Verantwortung derjenigen, die unser Gesundheitssystem finanzieren, sicherzustellen, dass das viele in unser Gesundheitssystem investierte Geld auch für den Patienten optimal und zielführend eingesetzt wird. Hierfür gibt es international etablierte Vorgehensweisen wie zum Beispiel das *Health Technology Assessment*, das in der Schweiz vom *Swiss Medical Board* und bald auch vom *Bundesamt für Gesundheit* (BAG) vertreten werden wird, um hierauf Einfluss zu nehmen.

EZ: Das sehe ich gleich: Für die Krankenversicherungen haben diese Listen keine direkte Bedeutung.

Korrespondenz:
Bruno Schmucki
Verantwortlicher Bereich
Administration und
Kommunikation
Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeine Innere
Medizin SGAIM
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Bern
bruno.schmucki[at]sgaim.ch