

«Choosing Wisely»-Initiativen und Reduktion der medizinischen Überversorgung

Prof. Nicolas Rodondi

Chefarzt/Leiter der Poliklinik

& Direktor des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM)

Universität Bern

Überblick

- Gründe für eine medizinische Überversorgung
- «Choosing Wisely»-Initiativen
- «Smarter Medicine»-Listen der SGAIM
- Multimorbidität und Polypharmazie
- Teure, erwiesen unnötige Interventionen
- Ein häufiges Beispiel: Behandlung von Dyslipidämie
- Medizinische Überversorgung: kritische Punkte in der Schweiz
- Rolle der Hausärzte

Steigende Gesundheitskosten

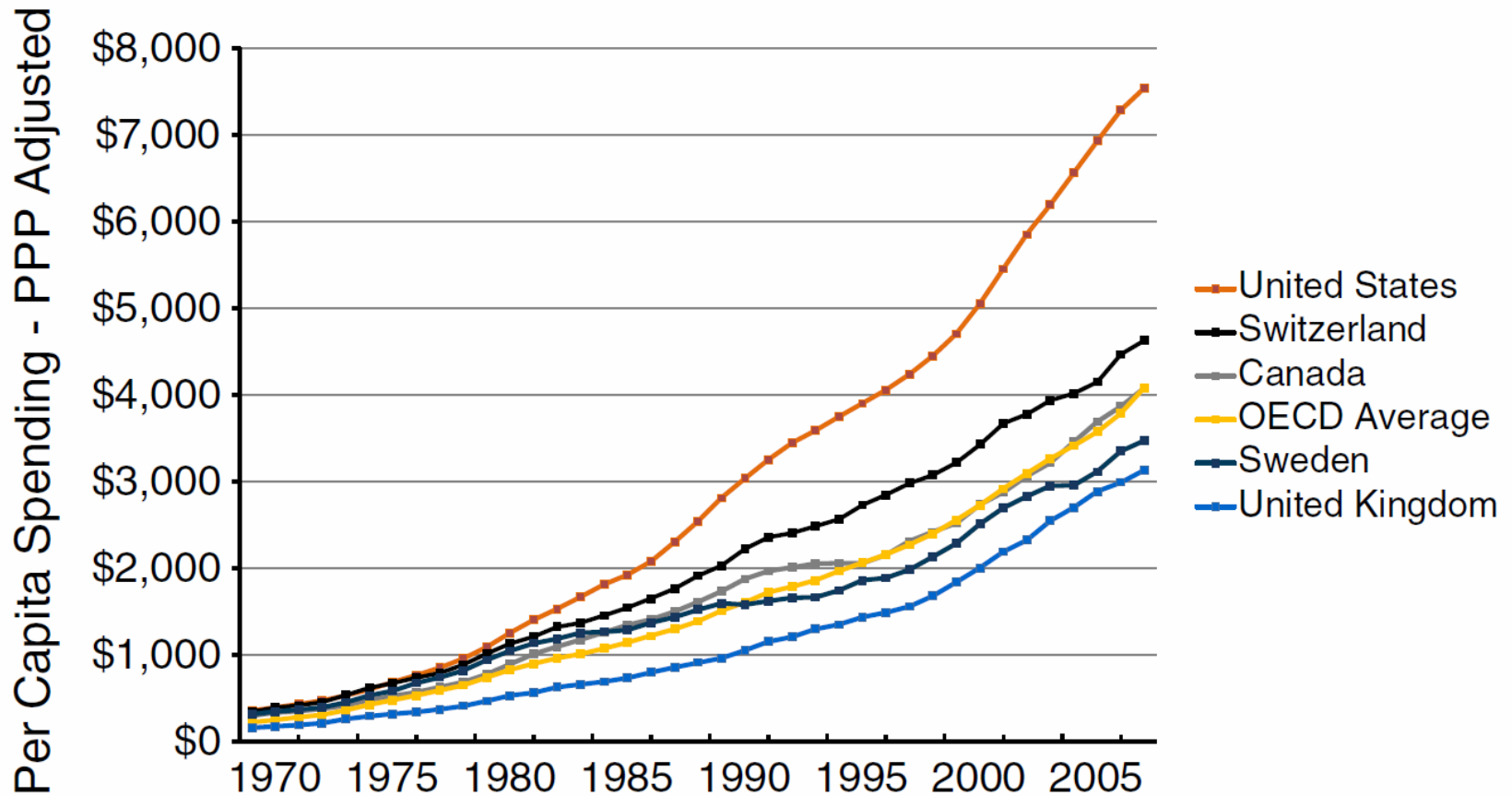
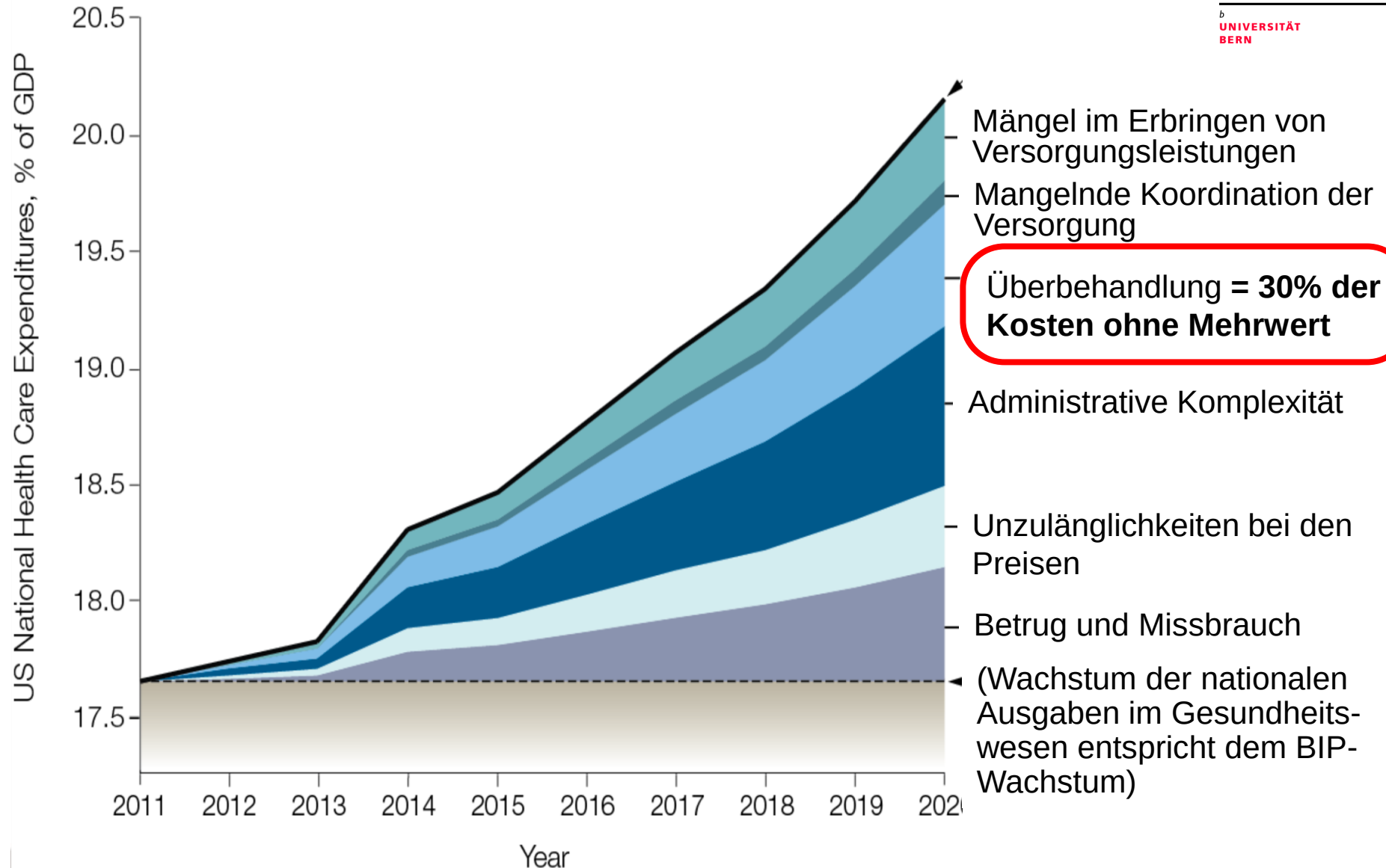


Fig. 2. Growth in total health expenditure per capita, U.S. and selected countries, 1970–2008.

Gesundheitsausgaben «ohne Mehrwert»

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

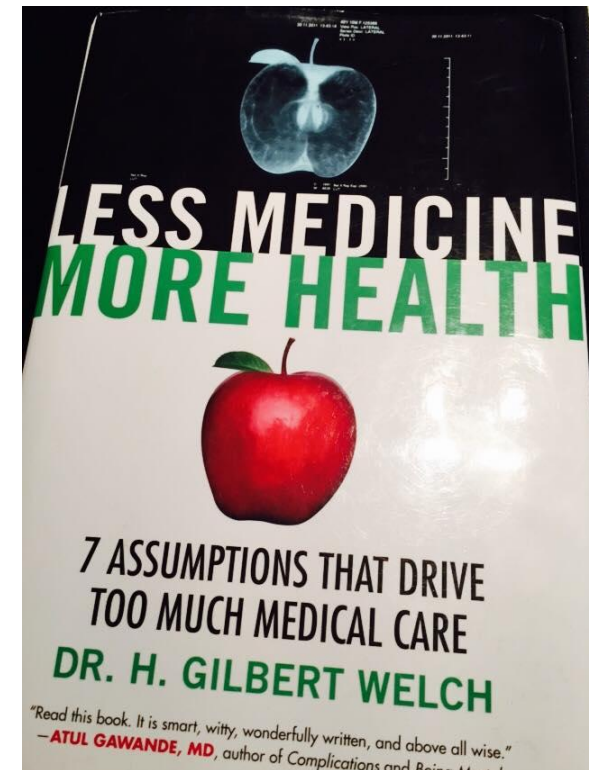


Gründe für eine medizinische Überversorgung

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

- **Risiken können immer verringert werden**
 - Statine in der Primärprävention
- **Es ist immer vorzuziehen, das Problem zu beheben**
 - Angiographie bei stabiler KHK
- **Je früher, desto besser**
 - Screening mittels CT-Scan
- **Mehr Informationen sind immer besser**
 - Kolonoskopie bei den >80-Jährigen mit Anämie
 - Jährliches «Check-up»
- **Besser handeln als untätig bleiben**
 - Diskushernie-Operation
- **Neuerungen sind immer besser**
 - COX-2-Hemmer
- **Oberstes Anliegen: Tod verhindern**
 - Chemotherapie am Lebensende



Choosing Wisely ist eine internationale Bewegung mit den Zielen:

- Ärzten und Patienten zu helfen, über unnötige Untersuchungen, Behandlungen und Interventionen in den Dialog zu treten;
- Die Ärzte dahingehend zu unterstützen, dass sie ihren Patienten dabei helfen, eine sinnvolle und effiziente Wahl zu treffen, um eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

«Choosing Wisely» international



«Smarter Medicine» – SGAIM: 5 medizinische Massnahmen, die es in der ambulanten Allgemeinen Inneren Medizin zu vermeiden gilt

- Durchführen einer **bildgebenden Diagnostik** in den ersten sechs Wochen bei Patienten mit **unspezifischen Lumbalgien**
- Messung des **Prostata-spezifischen Antigens (PSA)** zwecks Prostatakrebs-Screening ohne eine Besprechung von Risiko und Nutzen mit dem Patienten
- Verschreiben von **Antibiotika** gegen unkomplizierte **Infekte der oberen Atemwege**
- Durchführen eines **präoperativen Thorax-Röntgenbilds**, ausser bei Verdacht auf eine intrathorakale Pathologie
- Weiterführen einer Langzeit-Pharmakotherapie bei gastrointestinalen Symptomen mit Protonenpumpenhemmern ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis

1. Keine umfangreichen **Blut- oder Röntgenuntersuchungen** in regelmässigen Abständen (z.B. täglich) ohne klinisch spezifische Fragestellung verordnen.
2. Keine **Dauerkatheter** legen oder liegen lassen, wenn dies nur dem Komfort dient (Inkontinenz, Überwachung des Urinvolumens).
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
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.
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.

Bedeutung der Schulung der Ärzte

- Komplexe und individuelle Entscheide
- Die Ärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Reduzierung des Überkonsums an medizinischen Leistungen, um die Versorgungsqualität zu verbessern:
 - Kampagne «Smarter Medicine», SGAIM
 - Schweizerische Ärztezeitung (FMH)¹, die jede Woche 39'000 Schweizer Ärzten zugestellt wird
- Die Schweizer Fachleute sollten auch «Top 5»-Listen ausarbeiten:
 - > 60 Fachgesellschaften in den USA

Patienteninformation: weshalb?

- Umfrage bei 1500 Patienten (USA) und «Focus Groups»
- Meinung der Mehrheit:
 - mehr Versorgung entspricht einer besseren Versorgungsqualität
 - Die neuen Versorgungsmassnahmen sind effizienter
 - Die teuren Versorgungsmassnahmen sind effizienter

Patienteninformation



About
Learn More about
Choosing Wisely

- Beispiel PSA

www.choosingwisely.org

«Smarter Medicine»: Etappen

**Information an die
Schweizer Ärzte über
die Fachzeitschriften**

**Ausbildung der
Assistenzärzte**

**Kampagne für die breite
Öffentlichkeit**



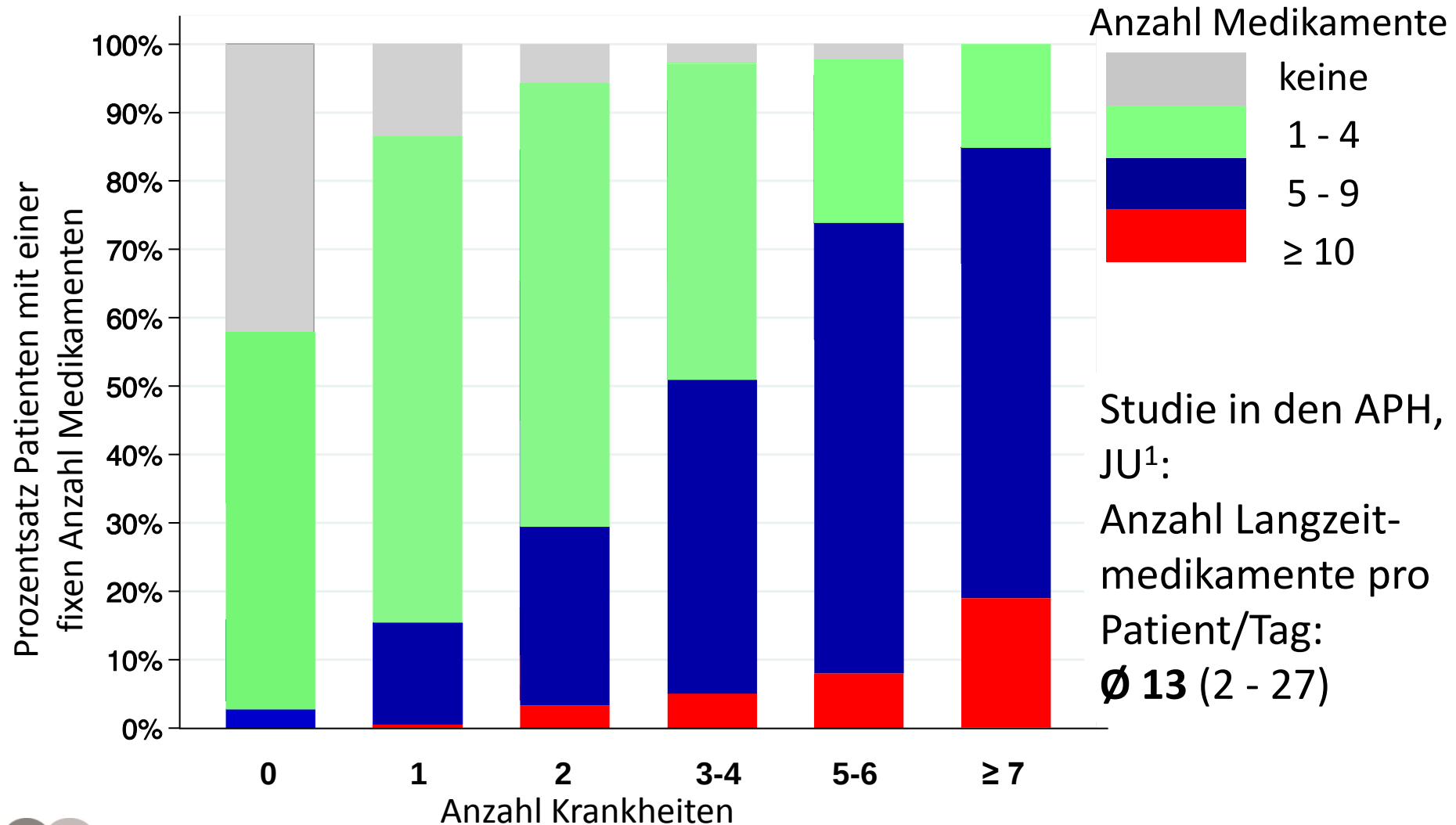
Grosse Informationslücken fördern die medizinische Überversorgung¹

- Die multimorbiden Patienten sind nicht ausreichend erforscht²:
 - 63% der Studien schliessen Patienten mit Multimorbidität aus (≥ 2 Krankheiten)
 - Bloss 2% sind explizit eingeschlossen
 - 60% der ≥ 65 -jährigen Bevölkerung leiden an ≥ 2 Krankheiten
- Empfehlungen («Guidelines») sind vor allem auf Patienten mit einer Krankheit anwendbar
- Eine Finanzierung von Studien zu multimorbiden Patienten ist vonnöten

Multimorbidität und Polypharmazie

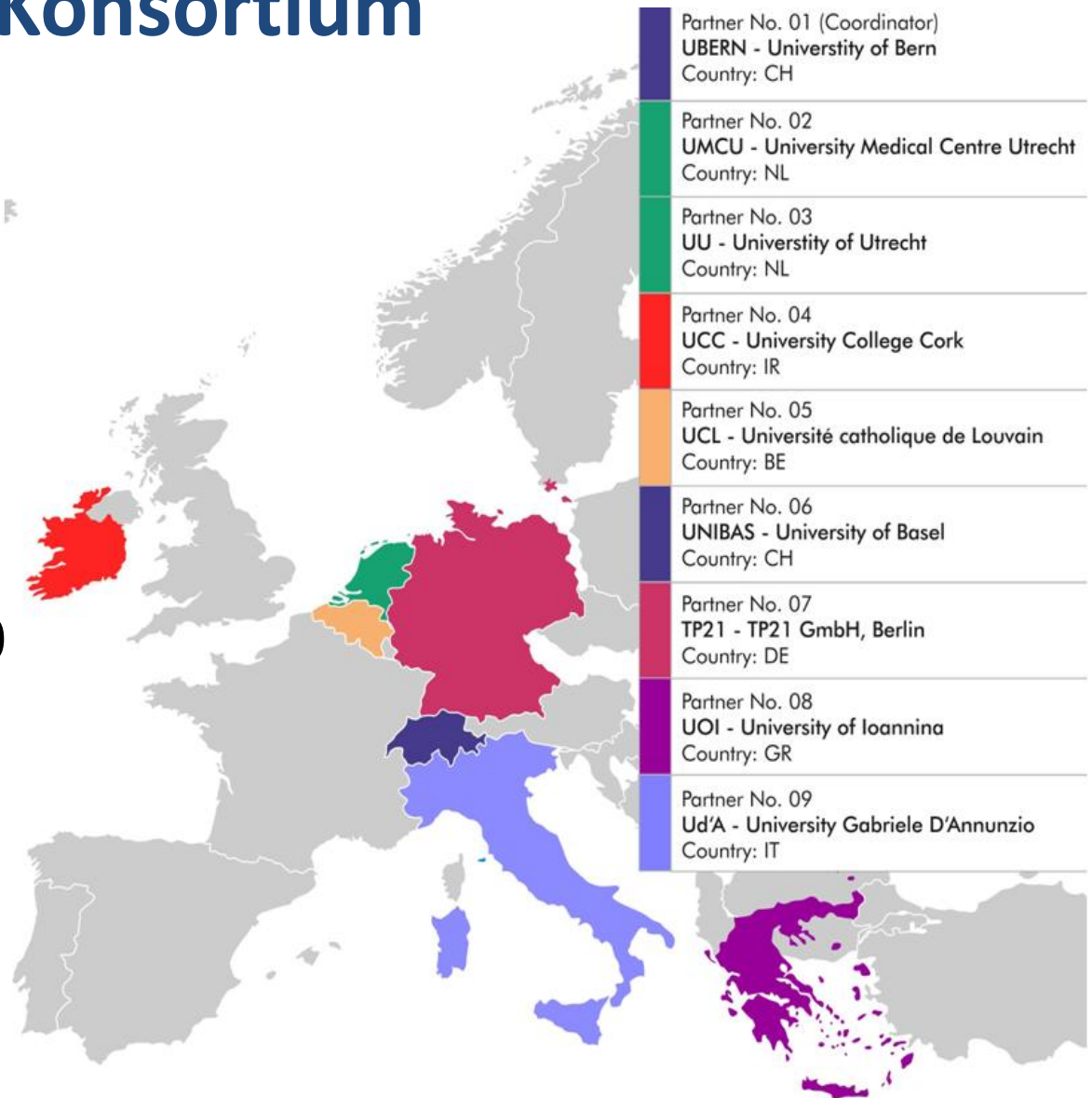
u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Europäisches Konsortium OPERAM¹

- 40 Forschende verschiedener Disziplinen
- CHF 8 Millionen des Programms EU Horizon 2020 und des Bundes
- Koordination: Prof. N. Rodondi



¹ OPTimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multimorbid elderly

Erwartete Outcomes von OPERAM

- Optimierung der Behandlungen und ↓ unnötige Interventionen:
 - ↓ Hospitalisationen und ↑ Lebensqualität
 - ↓ Versorgungskosten: mehrere Millionen/Land/Jahr
- Evaluation der Perspektiven und Präferenzen der Patienten und Ärzte in Bezug auf die medizinische Überversorgung
- Beteiligung der Schweiz an «Horizon 2020» der EU:
 - Umfang der Studien und Mittel (3-12 Mio./Projekt)
 - Internationale Zusammenarbeit:
 - «Networking» mit den besten Fachleuten der EU
 - Synergien und Vermeidung von doppelten Studien
 - In verschiedenen Gesundheitssystemen bestätigte Ergebnisse

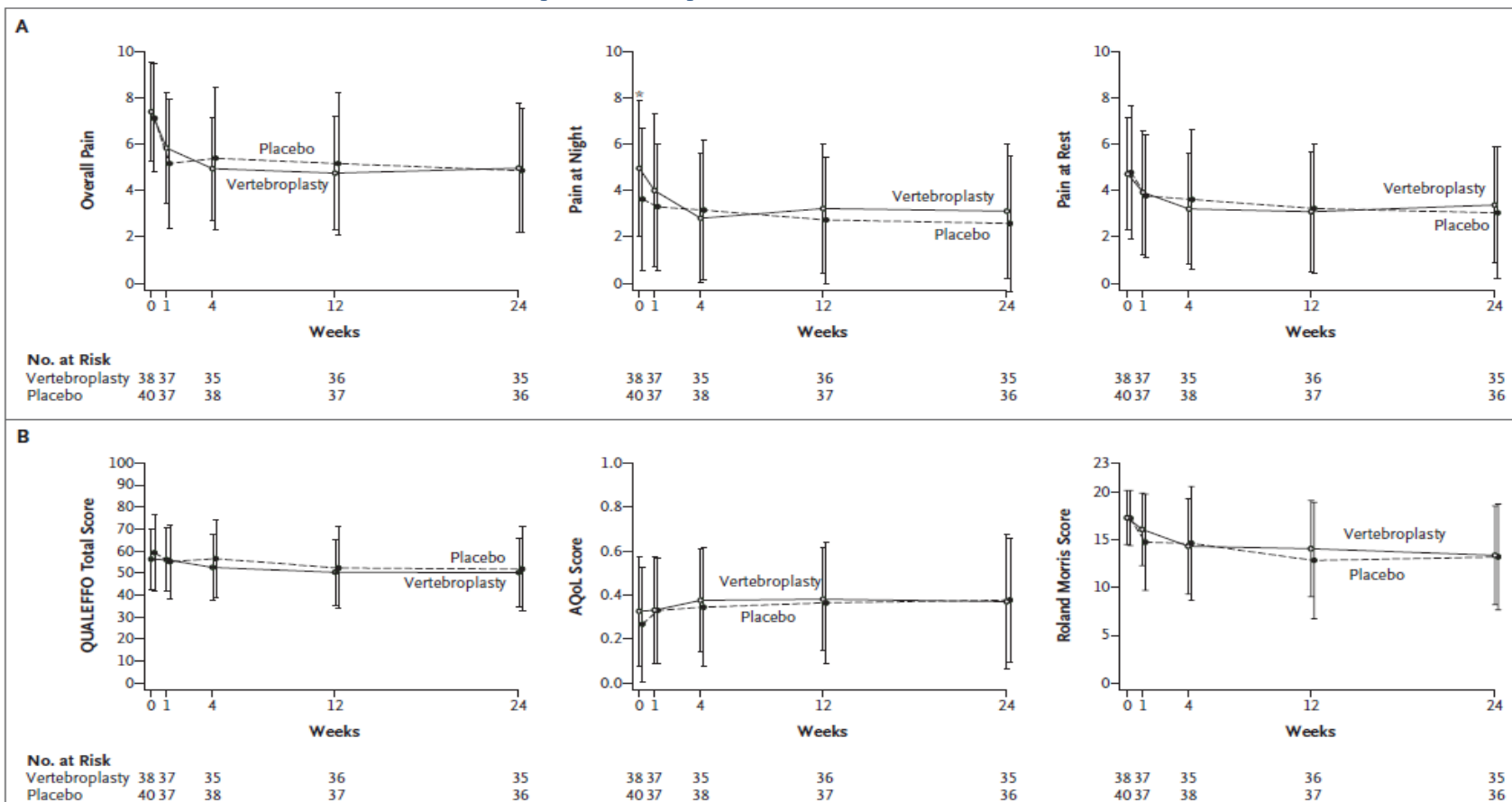
Teure, erwiesen unnötige Interventionen (Prof. A. Perrier)

- Vertebroplastie bei ostoeporotischen Frakturen
- Verschluss des Foramen ovale
- Verschluss des Vorhofohres bei Vorhofflimmern
- Wirbelsäulenchirurgie bei Arthrose
- Koronare Revaskularisation bei Patienten ohne Angina pectoris oder akutes Koronarsyndrom:
 - 80% der Stent-Implantationen in den USA

RCT von schmerzhaften osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen, die mittels Vertebroplastie behandelt wurden (n=78)

u^b

^b UNIVERSITÄT
BERN

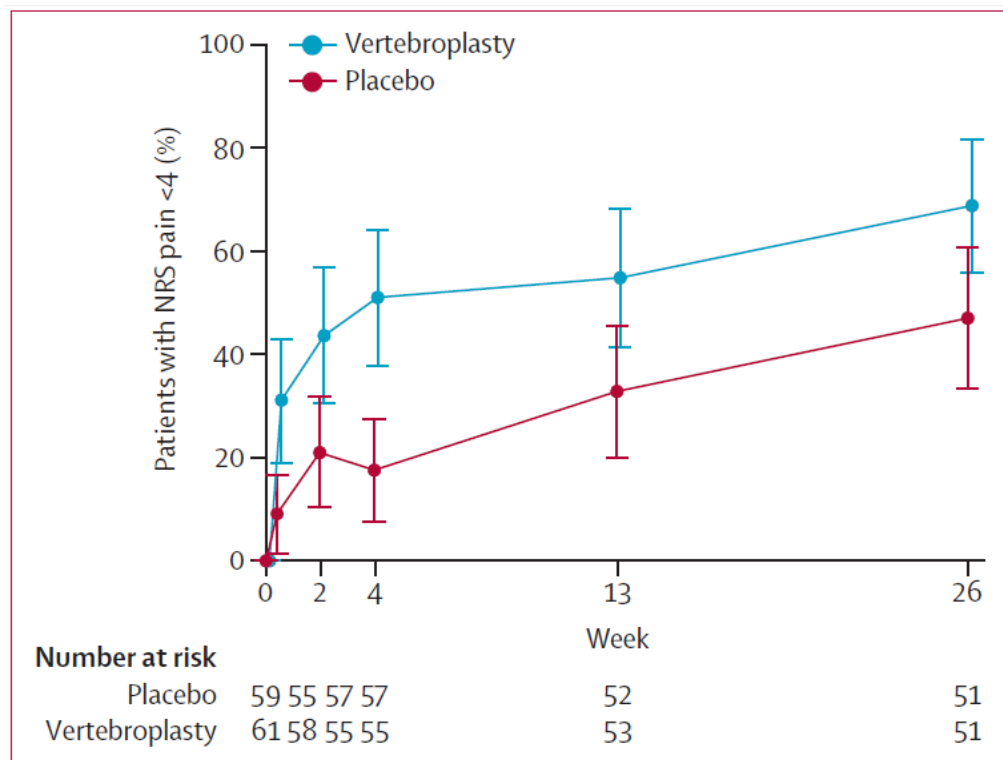


Vertebroplastie

- Trotz zwei randomisierten Studien mit «Scheineingriffen» (Sham)^{1,2} gab es nach diesen Veröffentlichungen keinen oder nur einen geringen Rückgang der Vertebroplastien³...
- Und in der Schweiz?
 - Laufende Studien (Bern) zu unnötigen invasiven Eingriffen:
 - 1. Ergebnisse: in den letzten Jahren in der Schweiz stark zugenommen...

Vertebroplastie: eine mögliche Ausnahme

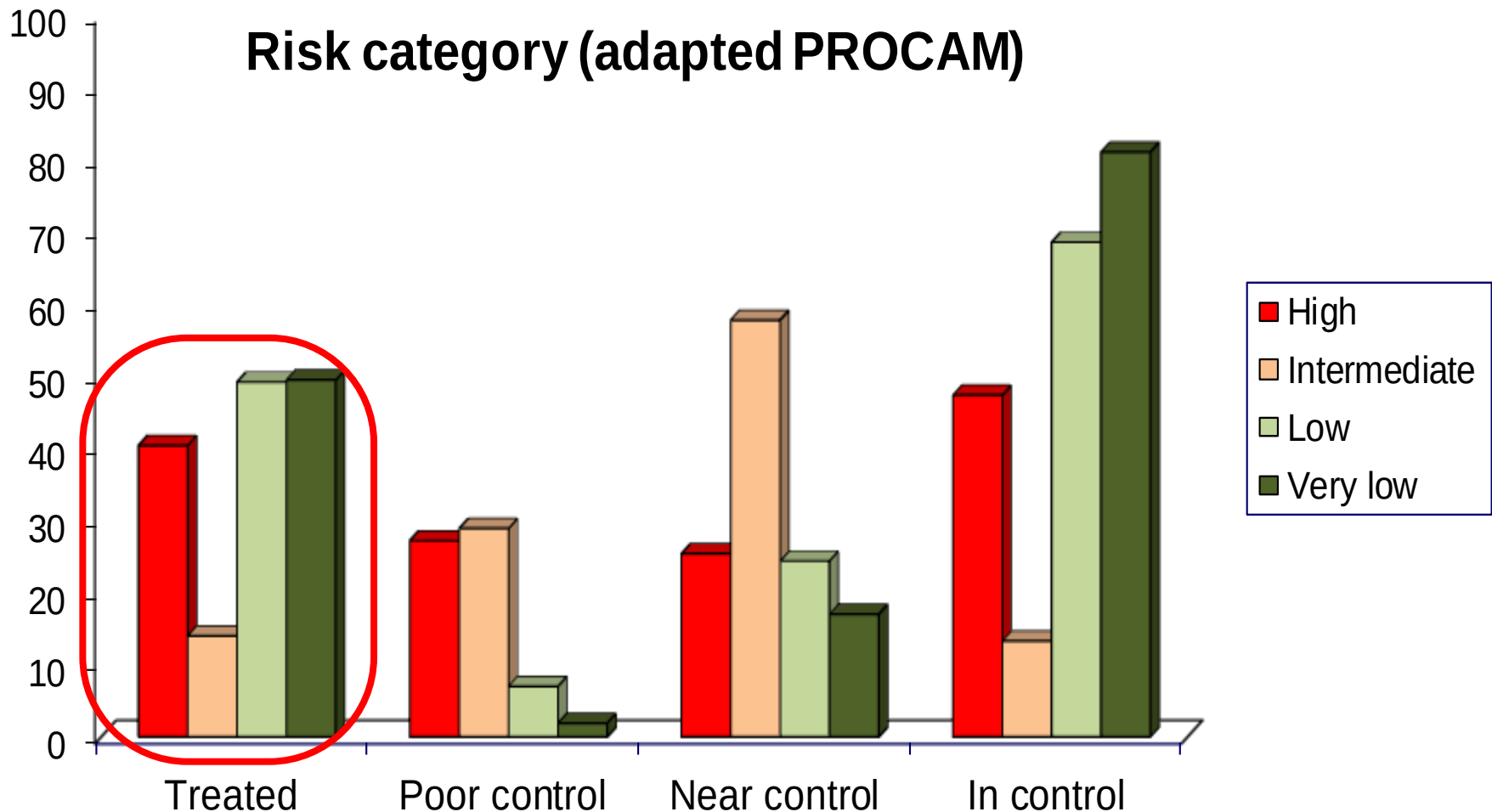
- Schwere Wirbelkörperfraktur < 6 s. mit unkontrollierten Schmerzen



- RCT mit 120 Patienten
- Placebo-Intervention mit Schein-Vertebroplastie:
 - Lidocain subkutan, ohne das Periost zu berühren (kein «Masking»)
- Einschränkung: 80% der Vertebroplastie-Gruppe haben herausgefunden, dass sie einer Vertebroplastie unterzogen wurden

Ein häufiges Beispiel: Behandlung von Dyslipidämie

Angemessenheit der Behandlung und Kontrolle u^b von LDL-Cholesterol in Lausanne (Studie CoLaus, N=2111 mit Dyslipidämie)



Amerikanische Empfehlungen

- Statinmedikation mit hoher Intensität: Erreichen einer LDL-Reduktion von $\geq 50\%$ bei Erwachsenen mit:
 1. Kardiovaskulärer Krankheit < 76 Jahre
 2. LDL $\geq 4,9$ mmol/l ohne sekundäre Ursache
 3. Diabetes zwischen 40 und 75 Jahren, mit Komplikationen oder anderen Risikofaktoren
 4. Erwachsene zwischen 40 und 75 Jahren mit Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis in 10 Jahren $\geq 7,5\%$:
 - gemäss einem neuen amerikanischen Score

Amerikanische Empfehlungen: Stellungnahme der AGLA^{1,2}

- Überschätzung des Risikos für ein kardiovaskuläres Ereignis mit diesem Score und den amerikanischen Scores für die Schweiz:
 - Risiko im Vergleich zum aktuellen Risiko in den USA verdoppelt³
- Sehr aggressiver Ansatz mit systematischer Statintherapie ab dem Alter von 12 Jahren bei familiärer Hypercholesterinämie
- Schränkt die Wahl der Statine ein
- Hohe Statindosen:
 - Risiko von Nebenwirkungen

Empfehlungen der AGLA/GSLA¹ für die Behandlung von Dyslipidämien

- Hochrisikopatienten: LDL > 2,6 mmol/l
 - Koronarerkrankungen oder ähnliche Krankheiten (CVA, periphere arterielle Verschlusskrankheit)
 - Diabetes
 - 10-Jahres-Risiko $\geq$ 20% (PROCAM-AGLA)

Viele Daten
- Mittelrisikopatienten: LDL > 3,4 mmol/l
 - 10-Jahres-Risiko bei 10 bis 20%

Einige Studien
- Niedrigrisikopatienten: ~~LDL > 4,1 mmol/l~~
 - 10-Jahres-Risiko < 10%

Sehr wenige Daten
- Patienten ohne Risikofaktoren: ~~LDL > 4,9 mmol/l~~

Keine Daten

AGLA 2014: niedriges Risiko: Lebensstil-Massnahmen

Für die Primärprävention: Immer mehrwöchige oder -monatige Lebensstil-Massnahmen empfehlen!

Medizinische Überversorgung: kritische Punkte in der Schweiz

- Bessere Gesundheitsdaten:
 - Nationales Forschungsprogramm 74 (NFP)
 - «Health Technology Assessment» / Swiss Medical Board: Überprüfung umstrittener Praktiken
- Bessere Koordination der Gesundheitsversorgung:
 - Verstärkung der Hausarztmedizin (Spitäler/Praxen)
- Gemeinsame Arbeit und öffentliche Mittel für:
 - Evaluation der Auswirkungen der «Smarter Medicine»
 - Studien zur Reduzierung der medizinischen Überversorgung
 - + Unterstützung für die patientenorientierte Forschung und + auf das Gesundheitssystem ausgerichtet, um Unklarheiten zu beseitigen

Miteinzubeziehende Akteure zur Reduzierung u^b der medizinischen Überversorgung

Ärzte

- Entwicklung von Listen / Forschungs- und Evaluationsprojekten
- Unterstützung der Ärztesgesellschaften und der Spitäler

Patienten

- Infomaterial für die Patienten
- Unterstützung der Patientenverbände / Konsumenten

Medien

- Information der Öffentlichkeit
- Mehrere Stimmen – eine Botschaft

Stakeholders

- Unterstützung der verschiedenen Akteure (Politik, Versicherungen, H+, SAMW, BAG, SNF...) für die finanzielle Unterstützung und die Förderung der Annahme

Zentrale Rolle der Hausärzte bei der Wahl von Tests/Interventionen und Behandlungen

- Wurden beim Patienten schon vorher Tests durchgeführt?
 - Falls ja: Ist es gerechtfertigt, denselben Test nochmals durchzuführen?
- Welche Wahrscheinlichkeit besteht für einen falsch-positiven Befund und welche potenziellen negativen Folgen kann das haben?
- Wird das Testergebnis die Behandlung meines Patienten beeinflussen?
- Kann die Prognose oder Lebensqualität meines Patienten mit einem zusätzlichen Medikament verbessert werden (und nicht die biologischen Marker)?

COUNTRY RANKINGS

Top 2*
Middle
Bottom 2*

Gesundheitssysteme und Versorgungsqualität¹

OVERALL RANKING (2013)

Quality Care

Effective Care

Safe Care

Coordinated Care

Patient-Centered Care

Access

Cost-Related Problem

Timeliness of Care

Efficiency

Equity

Healthy Lives

Health Expenditures/Capita, 2011**

				
UK	AUS	SWIZ	FRA	US
1	4	2	9	11
1	2	3	8	5
1	4	8	9	3
1	4	4	2	7
1	4	3	9	6
1	4	3	10	4
1	8	2	11	9
1	9	7	10	11
3	6	1	10	5
1	4	6	8	11
2	5	2	7	11
10	4	3	1	11
\$3,405	\$3,800	\$5,643	\$4,118	\$8,508

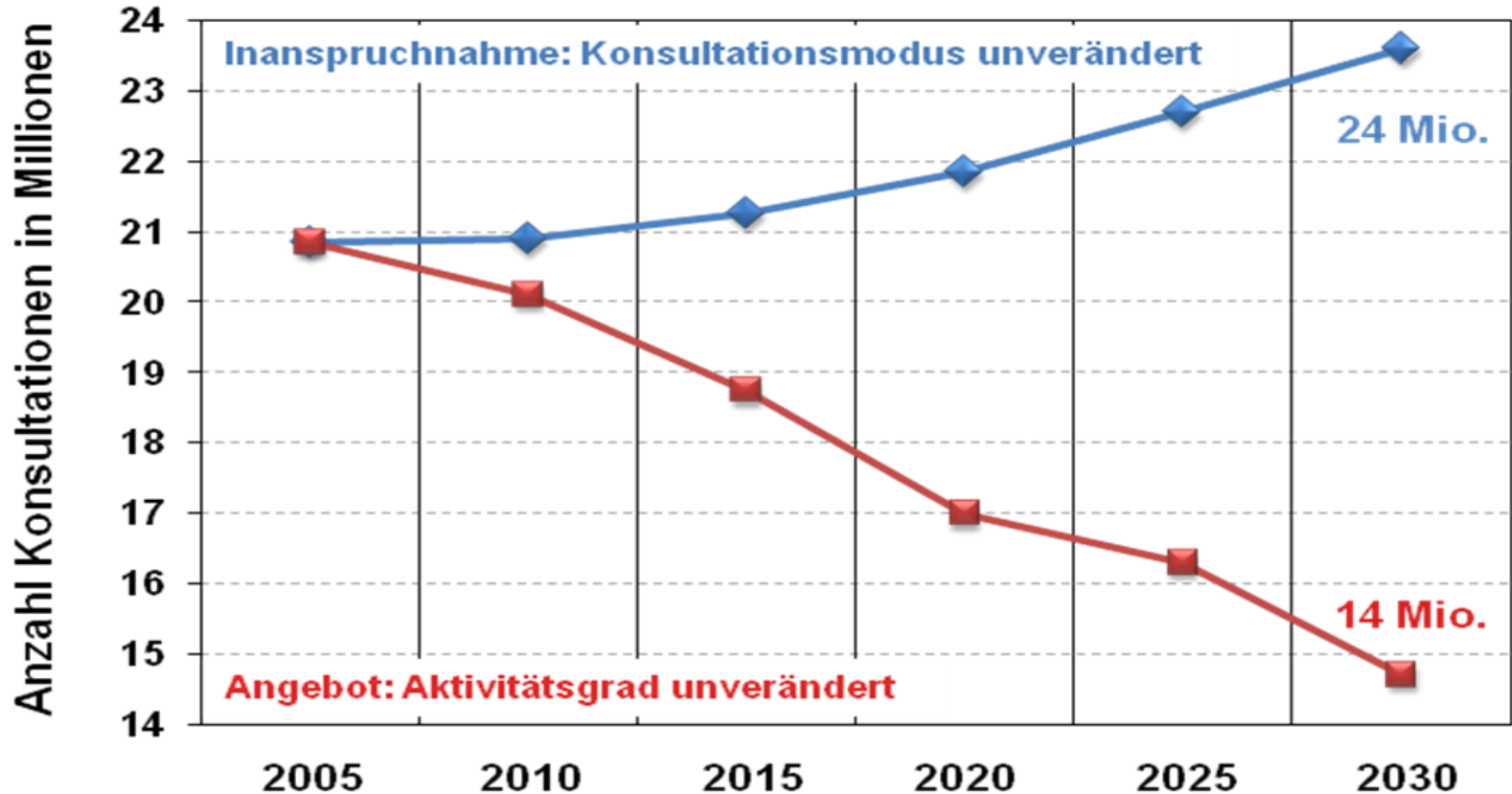
Starke
HausarztmedizinHausärzte in
der Schweiz:

- 50% finden, dass zu viele unnötige Leistungen erbracht werden²

¹ The Commonwealth Fund, 2014² The Commonwealth Fund, 2015



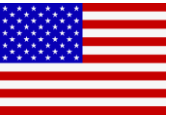
Herausforderung: Hausarztbedarf in der Schweiz: Konsultationen und Angebot



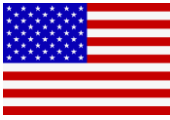
Alter der Hausärzte¹: 30% > 60 J., 20% < 45 J.

40% der vorhersehbaren Konsultationen werden nicht mehr gewährleistet werden können!

¹ Commonwealth Fund 2015



USA: Schwache Hausarztmedizin



Ø Anzahl Ärzte pro Jahr, die bei einem Medicare-Patienten involviert sind:

1 chronische Krankheit → 4 Ärzte

≥ 5 chronische Krankheiten → 14 Ärzte

→ FRAGMENTIERUNG DER BETREUUNG
durch eine unkoordinierte Betreuung

Konsequenzen dieser Fragmentierung

Je mehr verschiedene Ärzte involviert sind, desto:

- schwieriger ist es für die Patienten, den Behandlungsplan zu verstehen;
- mehr Information geht verloren;
 - unnötige, wiederholte Erklärungen
 - widersprüchliche Empfehlungen
- + Medikamente – Nebenwirkungen / Hospitalisationen / Kosten
- **Gegenbewegung in den USA:**
 - «Need for healthcare systems that promote continuity of care and integration of services» → Verstärkung der Hausarztmedizin
- **Gegenbewegung in der Schweiz: BAG 2016:** Arbeitsgruppe
«Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin & Fragmentierung»

Schlussfolgerungen

- Hausärzte spielen eine zentrale Rolle, um mit den Patienten über Tests / Behandlungen und deren Nutzen zu sprechen.
- Zusammenarbeit zwischen der akademischen Allgemeinen Inneren Medizin und der Hausarztmedizin, um den Nutzen von Untersuchungen und Behandlungen durch randomisierte Studien, unter Berücksichtigung der multimorbiden Patienten, zu klären
- Einzig durch gemeinsame Bemühungen der «Generalisten» in der Arztpraxis und im Spital wird es möglich sein, unnötige Interventionen zu vermeiden, um weiterhin eine qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung gewährleisten zu können

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

Prof. N. Rodondi

Direktor des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM)

& Chefarzt/Leiter der Poliklinik

Allgemeine Innere Medizin, Inselspital

Universität Bern

Tel.: 031 / 632 41 63

E-Mail: Nicolas.Rodondi@insel.ch