

Daten zur Überwachung des Gesundheitssystems

Zu viele oder zu wenig Ärzte? Für zu viel Medizin?

**Prof. Arnaud Chiolero, Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) und
«Laboratoire de santé des populations», Universität Freiburg**

**Prof. Nicolas Rodondi, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM),
Universität Bern**

5. Tagung des WGO, 14.11.2019

Daten zur Überwachung des Gesundheitssystems

Zu viele oder zu wenig Ärzte? Für zu viel Medizin?

**Prof. Arnaud Chiolero, Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) und
«Laboratoire de santé des populations», Universität Freiburg**

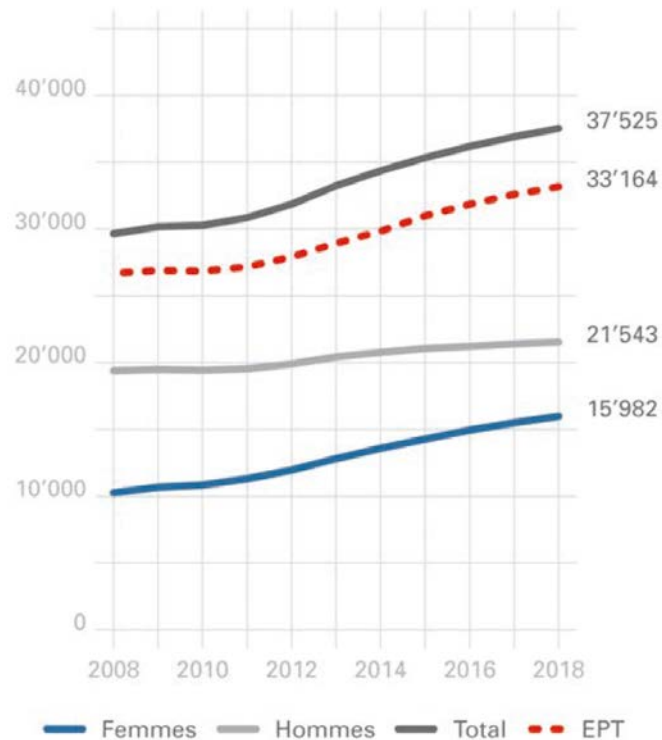
**Prof. Nicolas Rodondi, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM),
Universität Bern**

5. Tagung des WGO, 14.11.2019

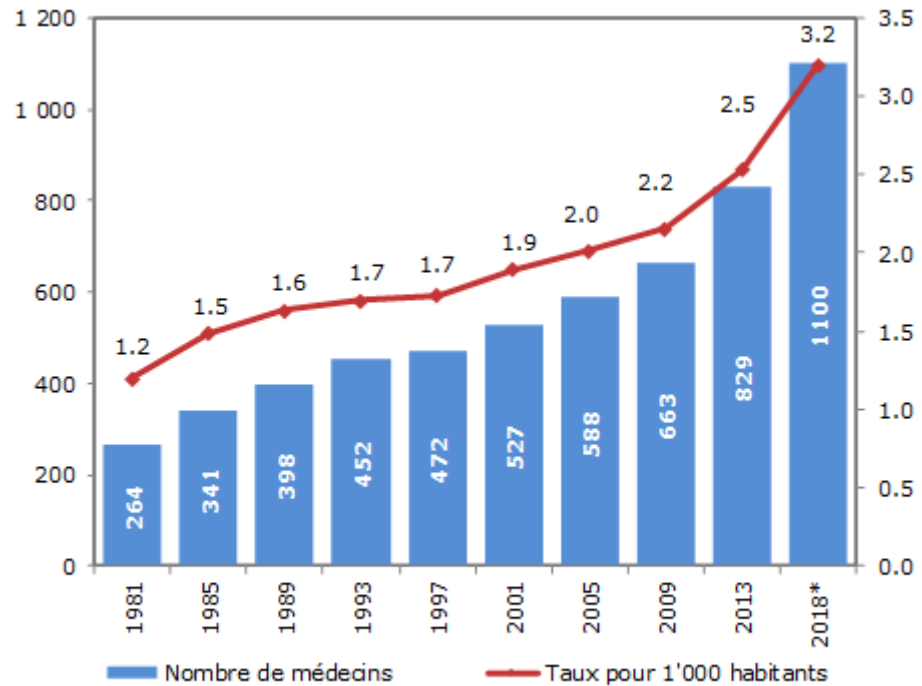
- **Hintergrund**
- **Zu viele oder zu wenig Hausärzte und Spezialisten?**
- **Platz der übrigen Gesundheitsfachleute?**
- **Bedarf decken oder Angebot und Nachfrage managen?**
- **Ausblick**

■ Allgemein mehr Ärzte, mehr Frauen im Arztberuf

Nombre de médecins
d'après l'année et le genre 2008-2018



Schweiz (Quelle: FMH)

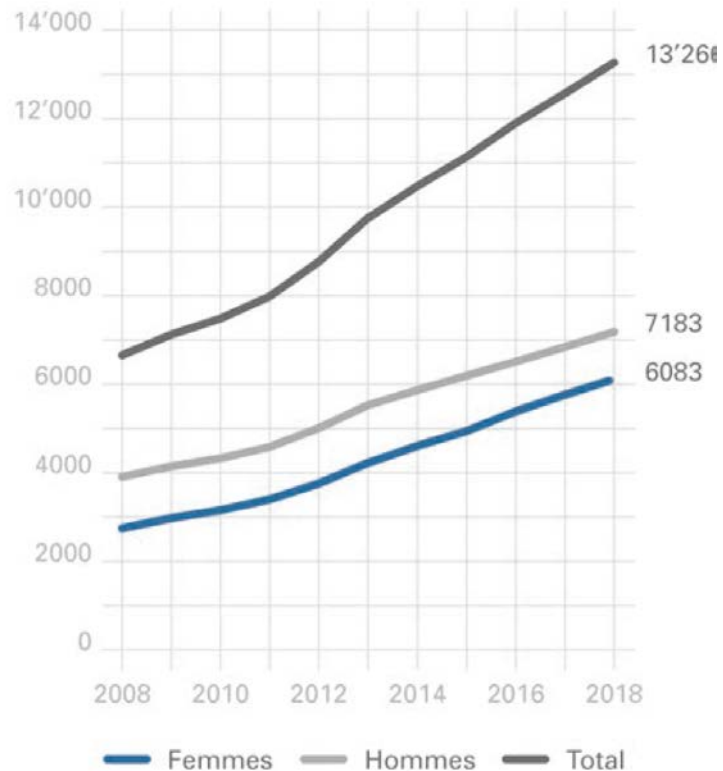


* La population 2018 est estimée sur la base des données 2017

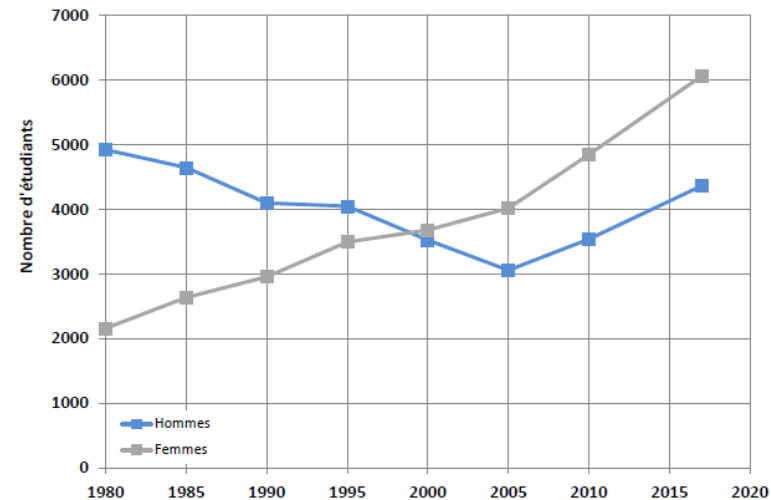
Wallis (Quelle: WGO)

■ Mehr Ausländer, mehr Ärzte in der Ausbildung

Évolution du nombre de médecins au bénéfice d'un diplôme de médecin étranger qui exercent en Suisse 2008-2018



Nombre d'étudiants en médecine humaine 1980-2017

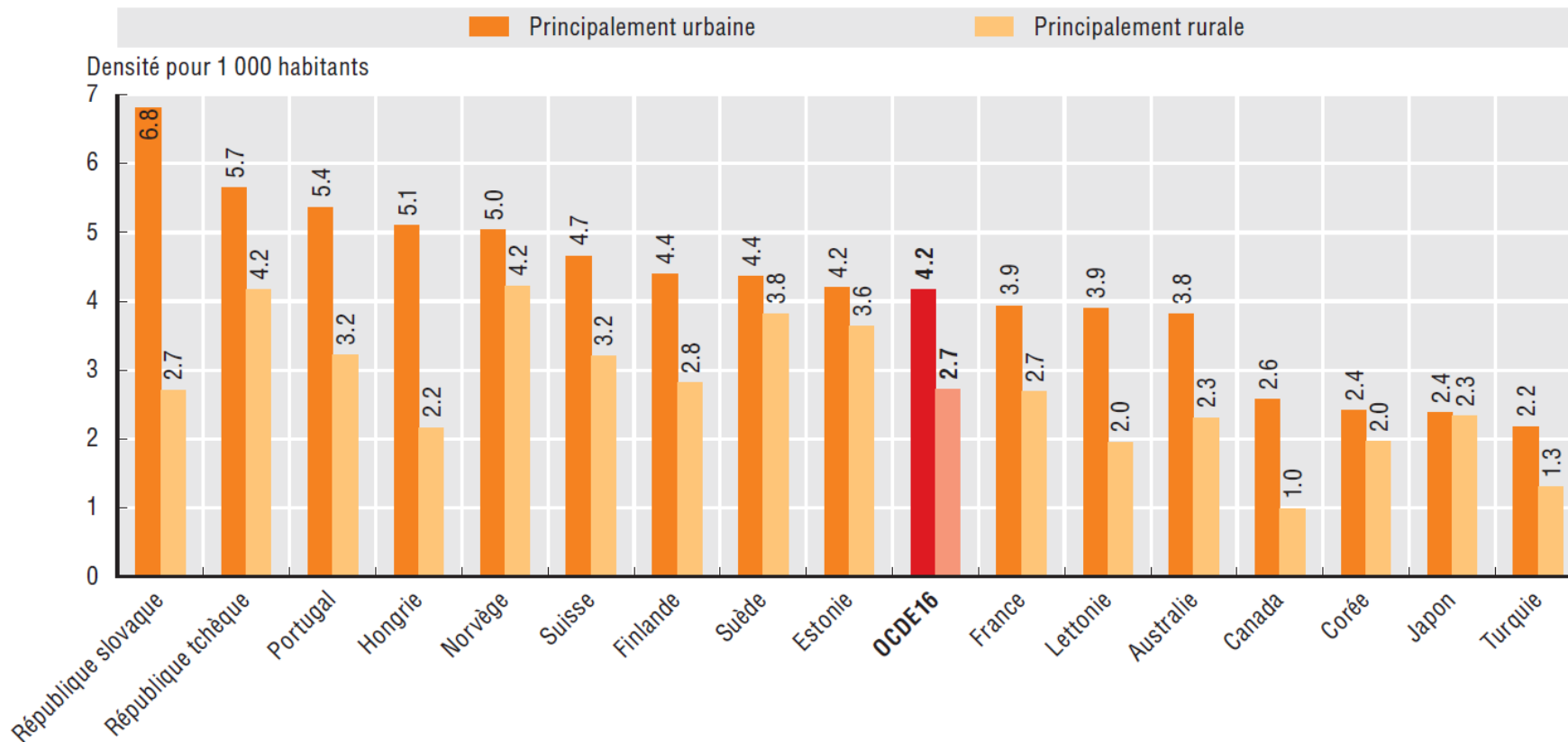


Quelle: FMH

2010: 8'382
2017: 10'421

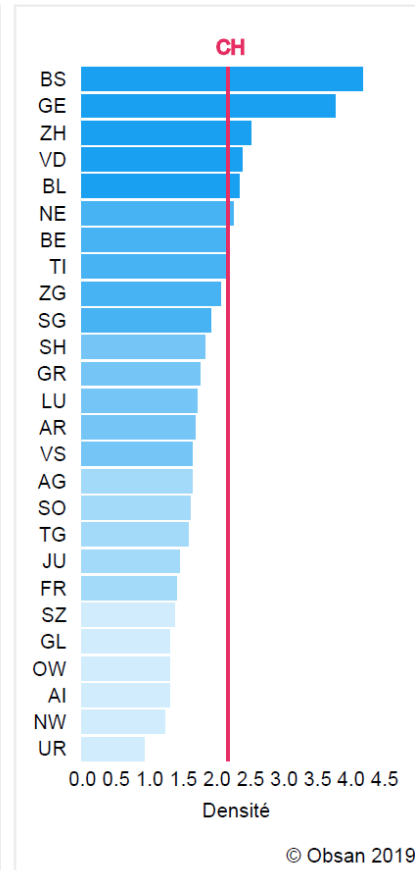
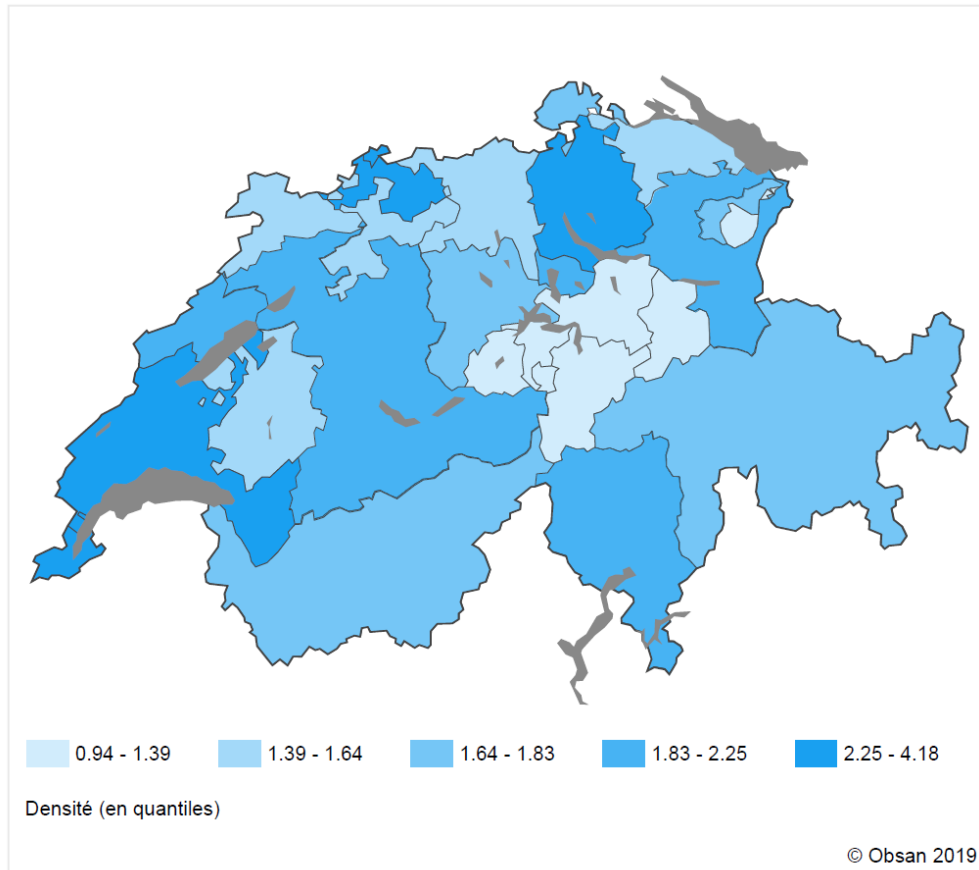
■ Nationale und regionale Kontraste

Graphique 5.10. Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales, 2015 (ou année la plus proche)



Quelle: OECD

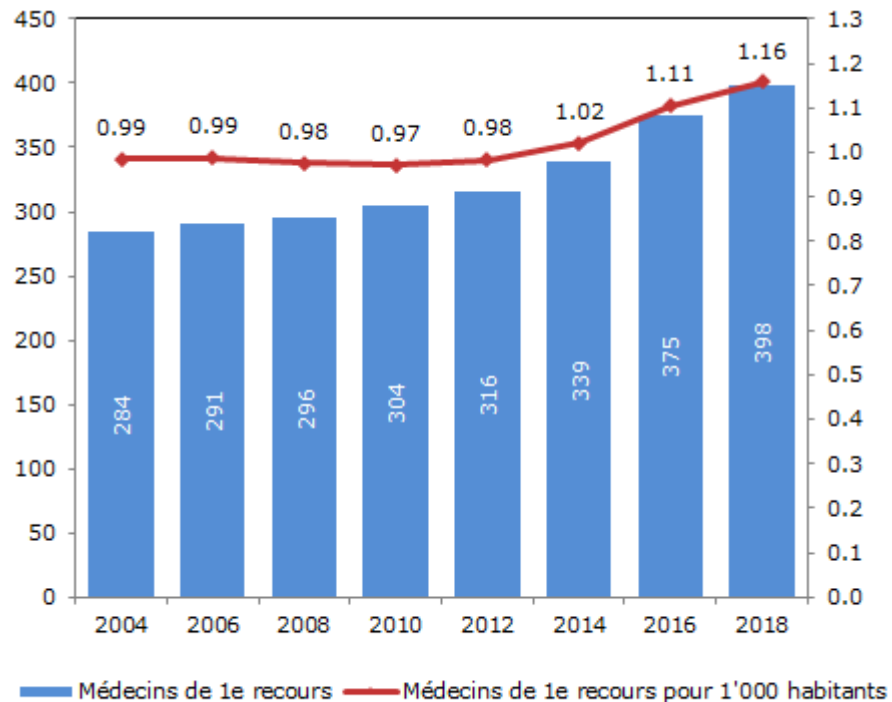
■ Nationale und regionale Kontraste



**Ärztendichte, frei
praktizierende Ärzte pro
1'000 Einwohner (2017)**

Quelle: OBSAN, FMH

■ Welches Verhältnis ist ideal?



* La population 2018 est estimée sur la base des données 2017

Wallis (Quelle: WGO)

Médecin de famille / Spécialistes en exercice en secteur ambulatoire 2011-2018

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Médecine interne générale | 5800 | 5869 | 5929 | 5945 | 5950 | 5921 | 5918 | 5911 |
| Pédiatrie | 877 | 909 | 962 | 985 | 1003 | 1060 | 1090 | 1141 |
| Médecin praticien | 648 | 743 | 835 | 902 | 979 | 1028 | 1074 | 1123 |
| Médecin de famille | 7325 | 7521 | 7726 | 7832 | 7932 | 8009 | 8082 | 8175 |
| Spécialistes | 8690 | 9172 | 9627 | 9772 | 10014 | 10285 | 10586 | 10965 |

Source: FMH-Statistique médicale

■ Nationale und regionale Kontraste

Tableau 3: Densités médicales des médecins de soins primaires et de médecins spécialistes par catégories de communes en 2017.*

| | Secteur ambulatoire | |
|-------------------------|---------------------|--------------|
| | soins primaires | spécialistes |
| ≥100 000 habitants | 1,48 | 3,49 |
| 50 000–99 999 habitants | 1,48 | 2,57 |
| 20 000–49 999 habitants | 1,18 | 1,91 |
| 10 000–19 999 habitants | 1,04 | 1,54 |
| 5 000–9 999 habitants | 0,91 | 0,61 |
| 2 000–4 999 habitants | 0,72 | 0,26 |
| 1 000–1 999 habitants | 0,50 | 0,17 |
| <1 000 habitants | 0,23 | 0,11 |
| Total | 0,95 | 1,26 |

Quelle: FMH


* Chiffres de l'OFS; ceux de 2018 ne sont pas encore disponibles.

Welchen Platz haben die übrigen Gesundheitsfachleute?

- Apotheker immer stärker in die Gesundheitsversorgung involviert
- Prävention, Früherkennung, Impfungen
- Versorgung chronischer Krankheiten im Team
 - Zusammenarbeit mit **Apothekern, Pflegefachpersonen ...**
 - Auf die Patientenbedürfnisse ausgerichtet

Team-based care for improving hypertension management among outpatients (TBC-HTA): study protocol for a pragmatic randomized controlled trial



Valérie Santschi^{1,2*} , Grégoire Wuerzner², Arnaud Chiolero³, Bernard Burnand³, Philippe Schaller⁴, Lyne Cloutier⁵, Gilles Paradis⁶ and Michel Burnier²

Pénurie de médecins en Suisse: mythe ou réalité?

Prs LAURENT BERNHEIM et JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

Rev Med Suisse 2016; 12: 280-1

Bedarf decken oder Angebot und Nachfrage managen?

- **Mangel: Fehlen von etwas, was vorhanden sein sollte, was gebraucht wird (Duden)**
- **Mangel bezeichnet in der Ökonomie eine Situation, in welcher der Preis unter dem Markträumenden Preis (Gleichgewichtspreis) liegt. Ist der Preis tiefer als der Markträumende Preis, nimmt die Nachfrage zu und das Angebot ab – die Nachfrage übersteigt folglich das Angebot.**
- **Bedarf > Angebot?**

Bedarf decken oder Angebot und Nachfrage managen?

- **Bedarf nicht klar definiert**
 - **Da keine klare Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit**
 - **Patient/Bürger entscheidet**
 - **Technologie eröffnet neue Möglichkeiten, schafft Angebot und Nachfrage**
- **Einzigste Möglichkeit: Angebot und Nachfrage im Rahmen dessen, was das System finanzieren kann, managen**
- **Einzigster Ausweg: evidenzbasierte Medizin, um hochwertige und qualitativ hochstehende Medizin zu erbringen**

- **Es braucht mehr Daten**
 - zum **Beschäftigungsgrad**, um das tatsächliche **medizinische Angebot** zu eruieren
 - zur **Art von Tätigkeit**, insbesondere zur **hausärztlichen Tätigkeit / ärztlichen Grundversorgung**
 - zur **Tätigkeit der anderen Gesundheitsfachpersonen**
 - **Analysen nach Region (Stadt vs. Land)**
- **Erhebungen notwendig**

Comment évaluer l'offre médicale?

Valérie Gloor^a, Christian Ambord^b, Monique Lehky Hagen^c, Luc Fornerod^a, Arnaud Chiolero^a

^a Observatoire valaisan de la santé (OVS), Sion; ^b Service de la santé publique du Valais, Sion; ^c Société médicale du Valais (SMVS), Sion

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES – SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG – BOLLETTINO DEI MEDICI SVIZZERI 2016;97(12–13):456–459

- **Benachteiligung beim Zugang** zur Gesundheitsversorgung verhindern
 - Stadt vs. Land – Unterversorgung verhindern
 - Planung und Anreizmassnahmen
- Förderung der **evidenzbasierten Medizin**
 - Mehr **hochwertige Versorgung**, weniger minderwertige Versorgung
 - Smarter medicine, choosing wisely
 - **Monitoring** der Versorgungsqualität
 - Bezahlen für Qualität, nicht bloss für Quantität

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

VIEWPOINT

Toward a Safer Health Care System
The Critical Need to Improve Measurement

Daten zur Überwachung des Gesundheitssystems

Zu viele oder zu wenig Ärzte?

Für zu viel Medizin?

**Prof. Arnaud Chiolero, Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) und
«Laboratoire de santé des populations», Universität Freiburg**

**Prof. Nicolas Rodondi, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM),
Universität Bern**

5. Tagung des WGO, 14.11.2019



Eindämmung der medizinischen Überversorgung via Hausarztmedizin

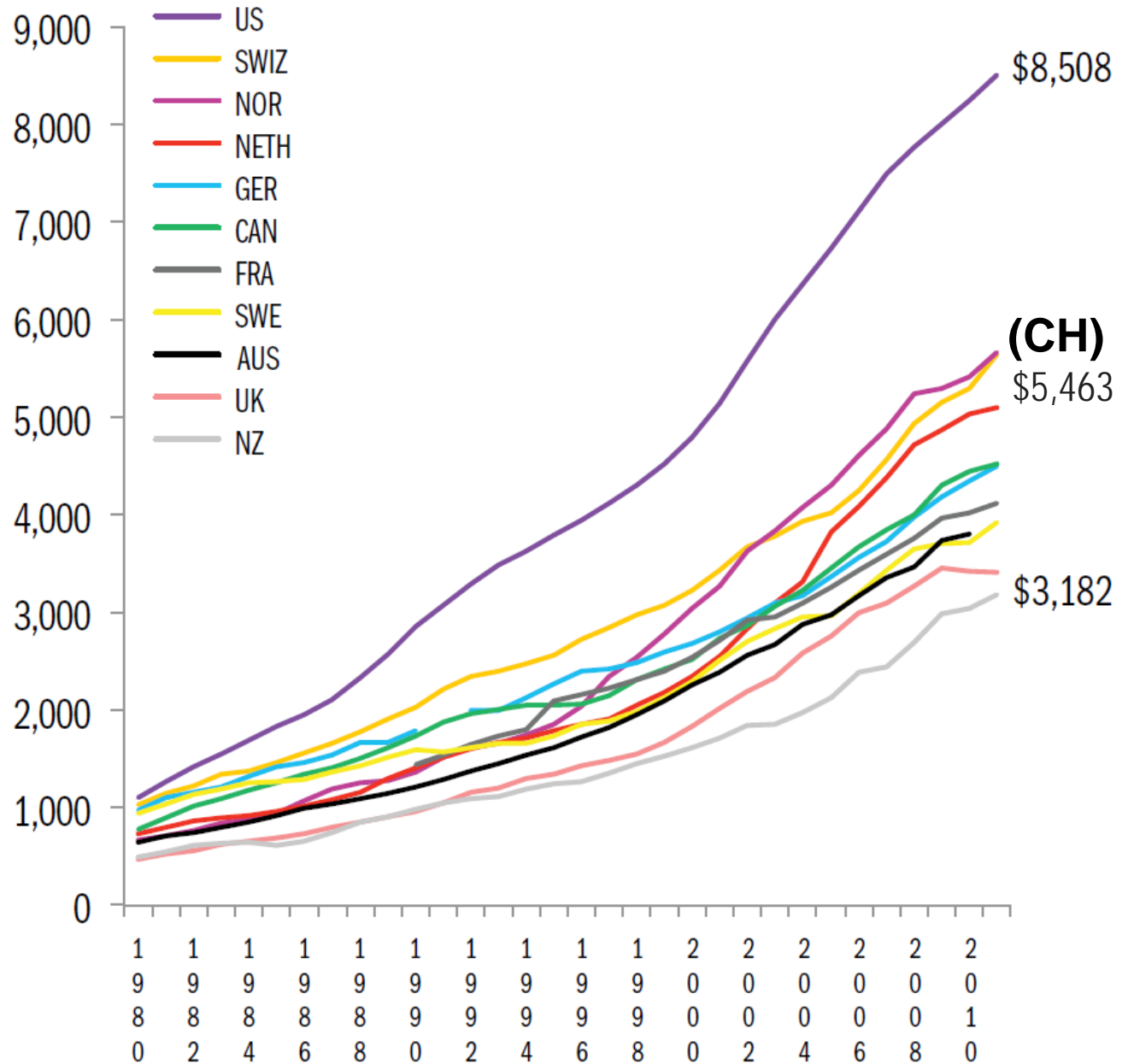
Prof. Nicolas Rodondi
Chefarzt/Leiter der Poliklinik
& Direktor des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM)
Universität Bern

- Die drei zentralen Herausforderungen für das Gesundheitssystem:
 - zunehmend multimorbide Patienten
 - medizinische Überversorgung und steigende Kosten
 - Hausärztemangel
- Medizinische Überversorgung: einige Schweizer Beispiele
- Multimorbidität und Polypharmazie
- Gesundheitssysteme und Rolle der Hausarztmedizin
- Medizinische Überversorgung reduzieren – aber wie?

Steigende Gesundheitskosten

Gesundheitsausgaben pro Einwohner (US\$)

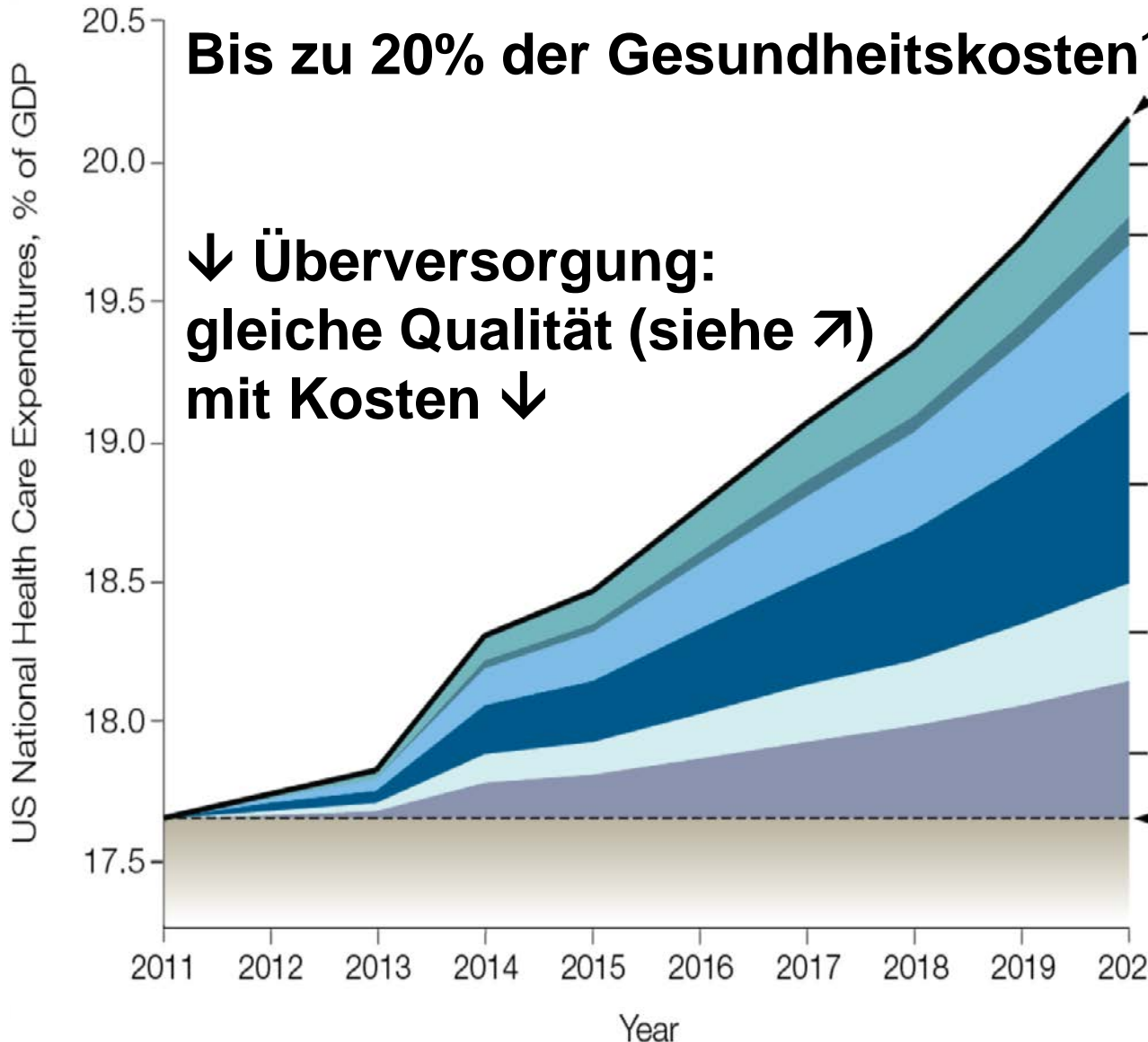
**Gesundheitsausgaben total
1995: 37.8 Mrd.
2017: 82 Mrd.**



Verschwendete Gesundheitsausgaben

Bis zu 20% der Gesundheitskosten¹

**↓ Überversorgung:
gleiche Qualität (siehe ↗)
mit Kosten ↓**



Mängel im Erbringen von Versorgungsleistungen
Mangelnde Koordination der Versorgung

**Überbehandlung = 30%
der Kosten ohne
Mehrwert**

Administrative Komplexität

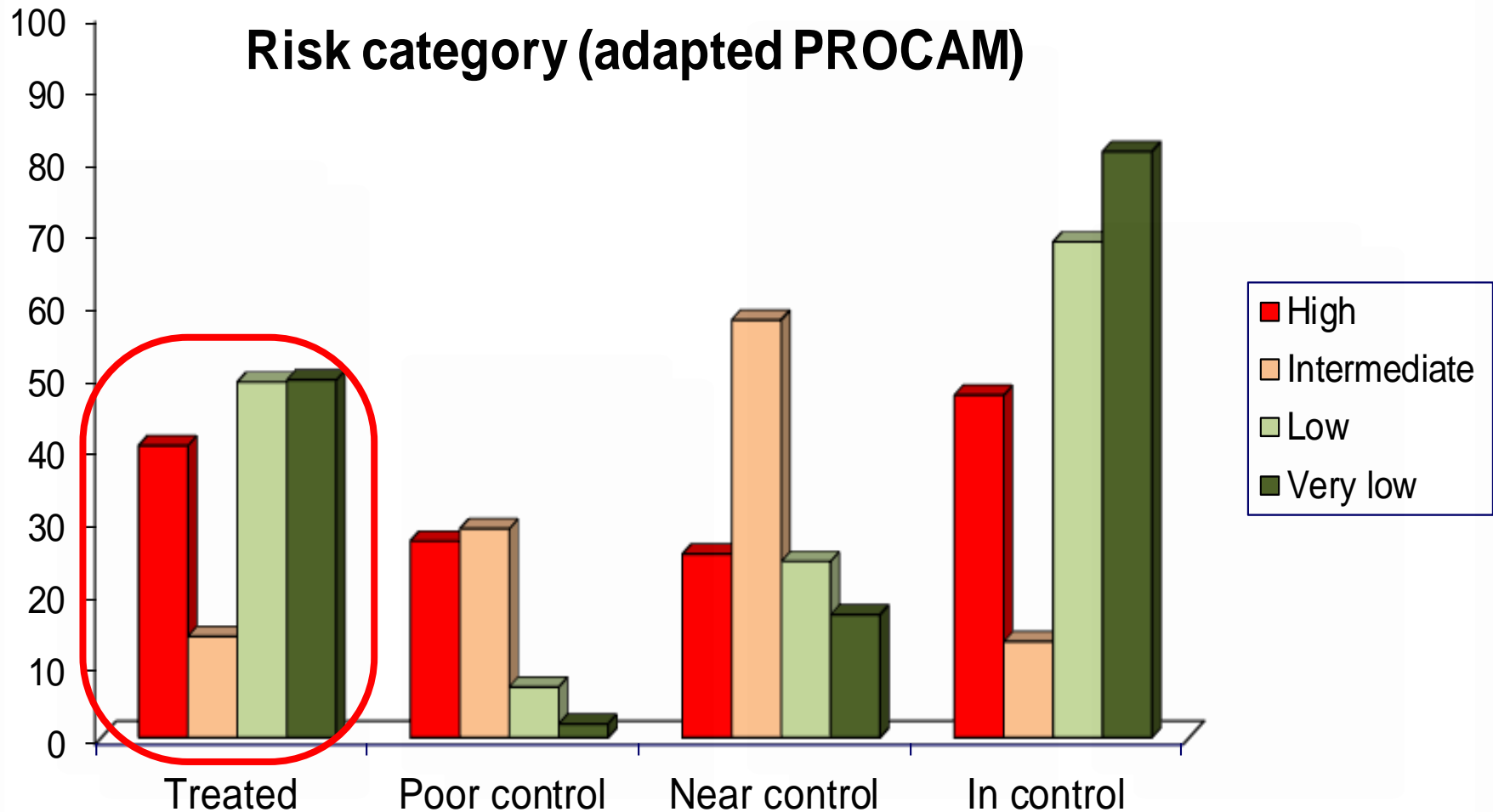
Unzulänglichkeiten bei den Preisen

Betrug und Missbrauch

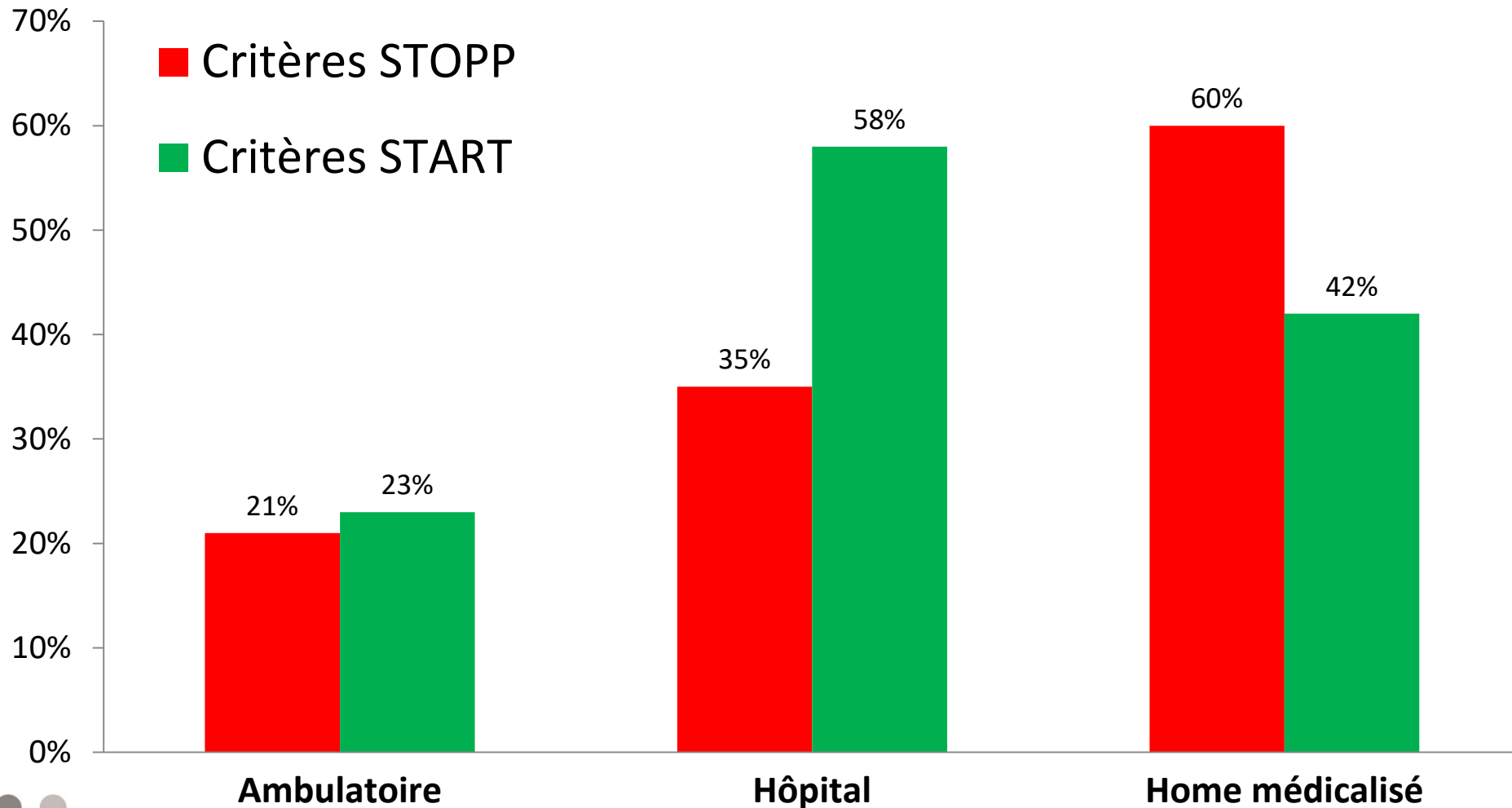
(Wachstum der nationalen Ausgaben im Gesundheitswesen entspricht dem BIP-Wachstum)

MEDIZINISCHE ÜBERVERSORGUNG: EINIGE SCHWEIZER BEISPIELE

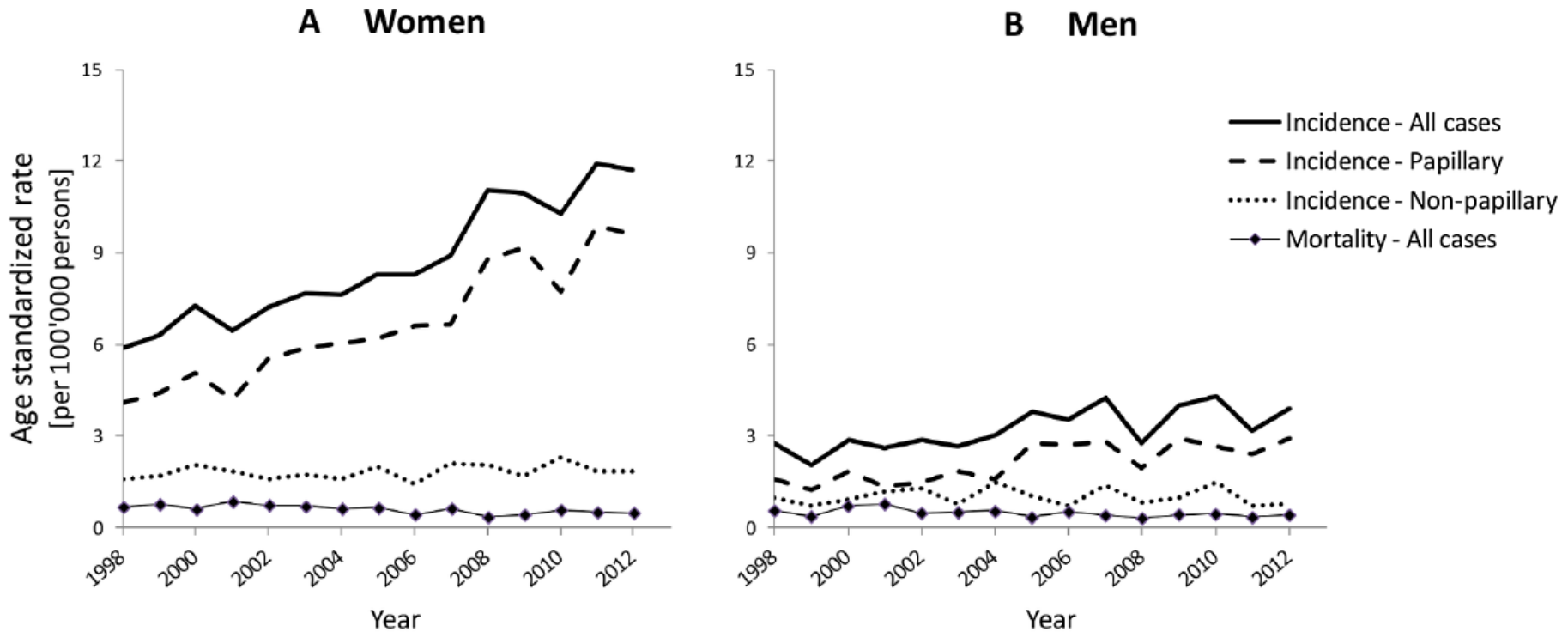
Angemessenheit der Behandlung und Kontrolle^u von LDL-Cholesterol in Lausanne (Studie CoLaus, N=2111 mit Dyslipidämie)



Prävalenz unangemessener Verschreibungen



Zunahme der Überdiagnostik und Überbehandlung: Beispiel von Schilddrüsenkrebs in der Schweiz



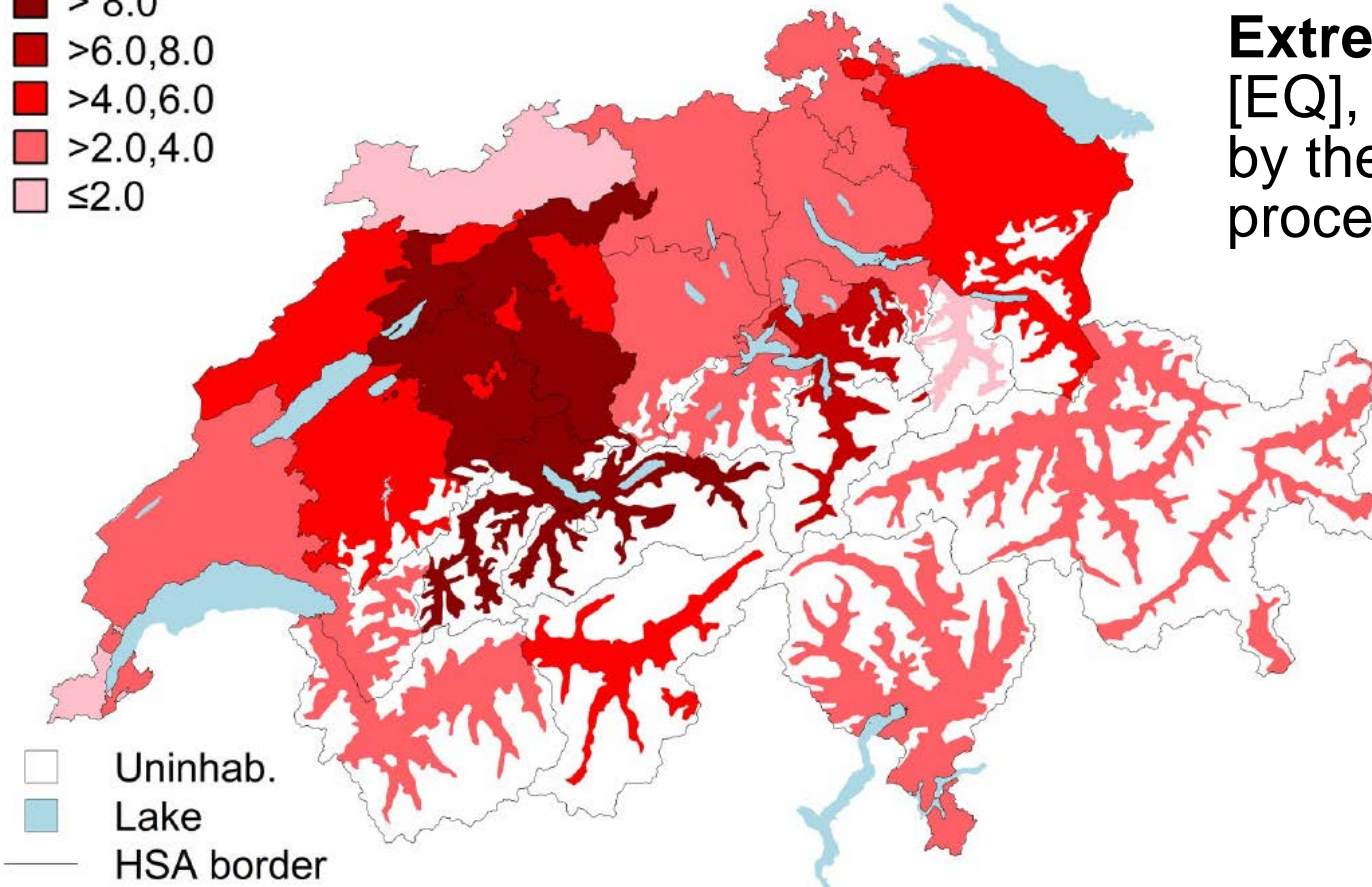
Nach Alter adjustierte Inzidenz- und Mortalitätsraten:

- Zunahme der Anzahl Thyreoidektomien um das Drei- bis Vierfache

Regionale Schwankungen von Vertebroplastien in der Schweiz



Extremal quotient [EQ], highest divided by the lowest procedure rate: 10.2



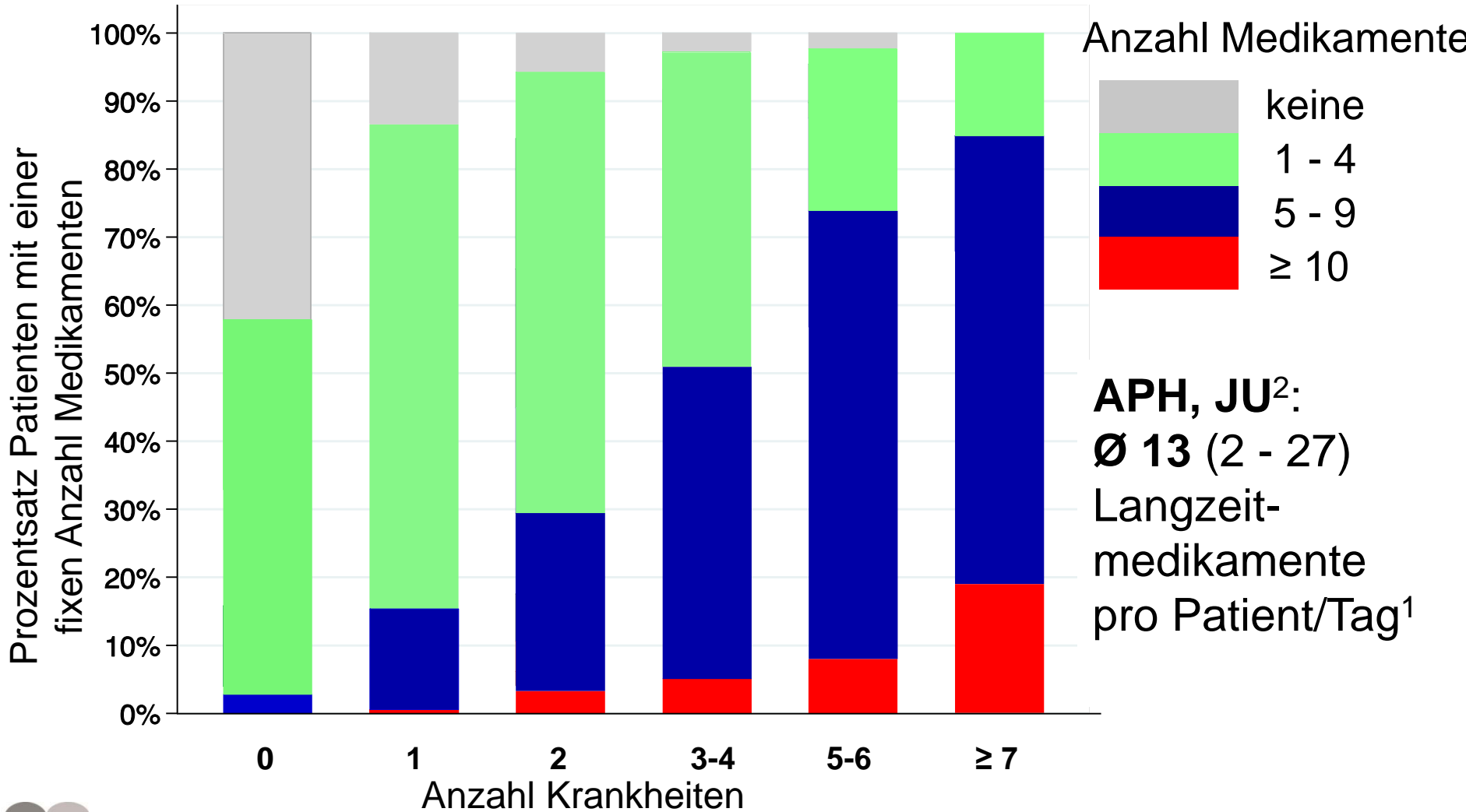
□ Uninhab.
■ Lake
— HSA border

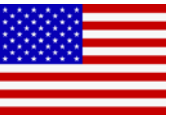
Age- and sex-standardized vertebroplasty/kyphoplasty procedure rates per 10,000 persons across procedure specific hospital service areas.

Multimorbidität fördert medizinische Überversorgung¹

- 60% der ≥ 65 -jährigen Bevölkerung leiden an Multimorbidität (≥ 2 Krankheiten)
- Multimorbide Patienten werden vom Grossteil der Studien über Behandlungen ausgeschlossen²
- Empfehlungen («Guidelines») sind vor allem auf Patienten mit einer Krankheit anwendbar

Multimorbidität und Polypharmazie





Risiko bei einer schwachen Hausarztmedizin: Beispiel USA



Ø Anzahl Ärzte pro Jahr, die bei einem Medicare-Patienten involviert sind¹:

1 chronische Krankheit → 4 Ärzte

≥ 5 chronische Krankheiten → 14 Ärzte

US-Staaten: + Hausärzte

→ ↗ Qualität, ↘ Hospitalisationen, ↘ Notfall, ↘ Kosten^{2,3}

→ FRAGMENTIERUNG DER BETREUUNG und ↗ Kosten
durch eine unkoordinierte Behandlung

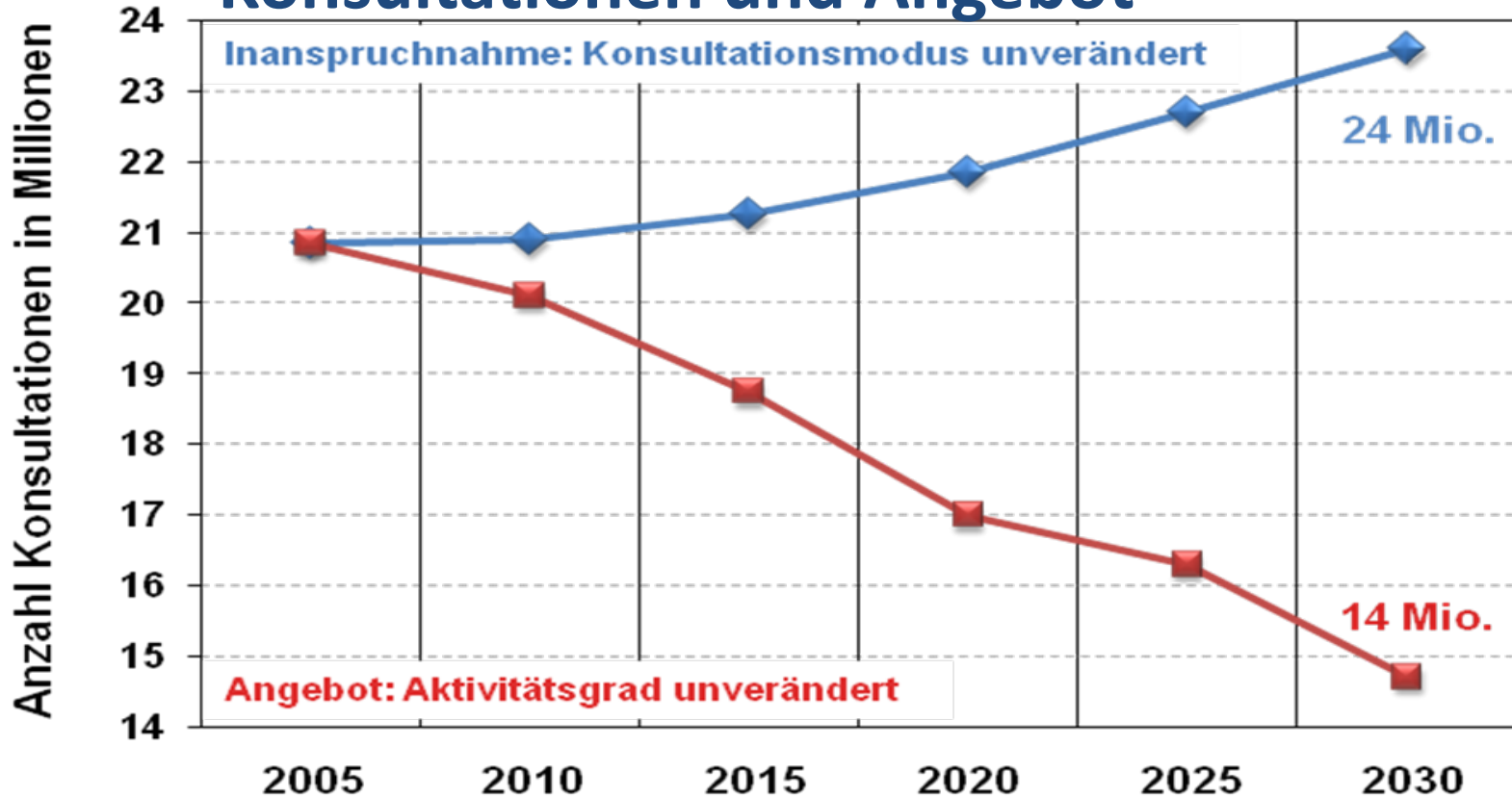
¹ Vogeli C et al., *J Gen Intern Med* 2007; ² Baicker K et al., *Health Affairs* 2017; ³ L Shi, *Scientifica* 2012



Herausforderung: Hausärztebedarf in der Schweiz:



Konsultationen und Angebot¹









Alter der Hausärzte²: 30% > 60 Jahre, 20% < 45 Jahre

40% der absehbaren Konsultationen werden nicht mehr garantierbar sein!

¹ Obsan 2008; ² Commonwealth Fund 2015

Gesundheitssysteme und Versorgungsqualität ^b1

^b
UNIVERSITÄT
BERN

| |  UK |  AUS |  NETH |  SWIZ |  FRA |  US |
|--|---|---|---|---|--|---|
| OVERALL RANKING | 1 | 2 | 3 | 6 | 10 | 11 |
| Care Process | 1 | 2 | 4 | 7 | 9 | 5 |
| Access | 3 | 4 | 1 | 8 | 9 | 11 |
| Administrative Efficiency | 3 | 1 | 9 | 8 | 11 | 10 |
| Equity | 1 | 7 | 2 | 4 | 10 | 11 |
| Health Care Outcomes | 10 | 1 | 6 | 4 | 5 | 11 |
| Health Expenditures/ Capita, 2016 | \$4 192 | \$4 708 | \$5 385 | \$7 919 | \$4 600 | \$9 892 |



BIHAM

¹ The Commonwealth Fund, 2017

Medizinische Überversorgung (1): Vorschläge der OECD

- ↗ Daten:
 - Schwankung bei den Eingriffen (10/35 Länder)
 - Versorgung mit geringem Mehrwert (0/35!)
- ↘ Kosten:
 - Health Technology Assessment (**HTA**, 19/35):
 - Wert der neuen Behandlungen?
 - wissenschaftliche Qualität, Unabhängigkeit
 - ↗ **Generika** (17/35)
- ↘ Überversorgung:
 - Verstärkung der **Hausarztmedizin** (14/35)
 - «Top 5»-Listen von *Choosing Wisely* (1/3)
 - Rückvergütung der geeigneten Versorgung statt des Volumens
 - **E-Health** für den Informationsaustausch (↓ Wiederholungen)

Miteinzubeziehende Akteure zur Reduzierung der Überversorgung

Ärzte

- «Top 5»-Listen
- Forschungs- und Evaluationsprojekte
- Unterstützung der Ärztesellschaften und Spitäler

Patienten

- **Irrglaube:** + Versorgung, neue Leistungen, teure Leistungen → effizienter ¹
- Unterstützung der Patienten- / Konsumentenvereinigungen

Medien

- Information der Öffentlichkeit
- ↗ Gesundheitskompetenzen

Stakeholders

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

Medizinische Überversorgung: kritische Punkte in der Schweiz

- Bessere Koordination der Gesundheitsversorgung:
 - Verstärkung der Hausarztmedizin (Spitäler/Praxen)
- Bessere Daten zum Gesundheitssystem:
 - Plan nach dem NFP 74 (SNF)
- Eine «Organisation für Versorgungsqualität»?
- Förderung einer «hochwertigen Versorgung»¹
(statt des Volumens oder einer Rationierung)
- Investition in die SNF-Forschung, um diese¹ zu identifizieren:
 - wenig Forschung zum Gesundheitssystem

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Einige Quellen:

- Wie steht es um die medizinische Überversorgung der Schweiz 2017?
Rodondi N & Gaspoz JM, *Swiss Med Forum* 2017
- OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017
- How to prevent overdiagnosis. A Chiolerio & N Rodondi;
Swiss Med Wkly 2015
- Right Care Series, *Lancet* 2016-17

Kontakt:

Prof. N. Rodondi

Direktor des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM)

& Chefarzt/Leiter der Poliklinik

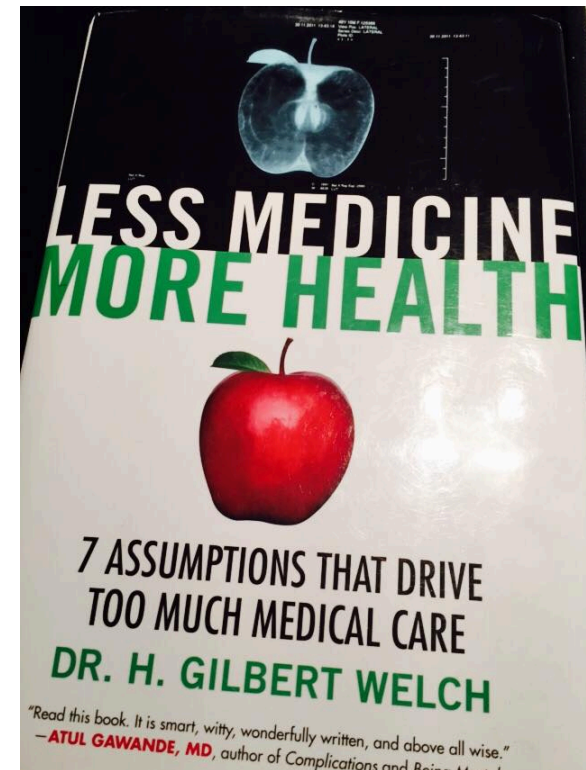
für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital

Universität Bern, E-Mail: Nicolas.Rodondi@insel.ch

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**
 - Koloskopie bei >80-Jährigen mit Anämie
 - Jährliches «Check-up»
- **Besser etwas tun statt untätig bleiben**
 - Diskushernie-Operation
- **Neuerungen sind immer besser**
 - COX-2-Hemmer
- **Oberstes Anliegen: Tod verhindern**
 - Chemotherapie am Lebensende



Anteil Generika OECD, 2005-2015

u^b

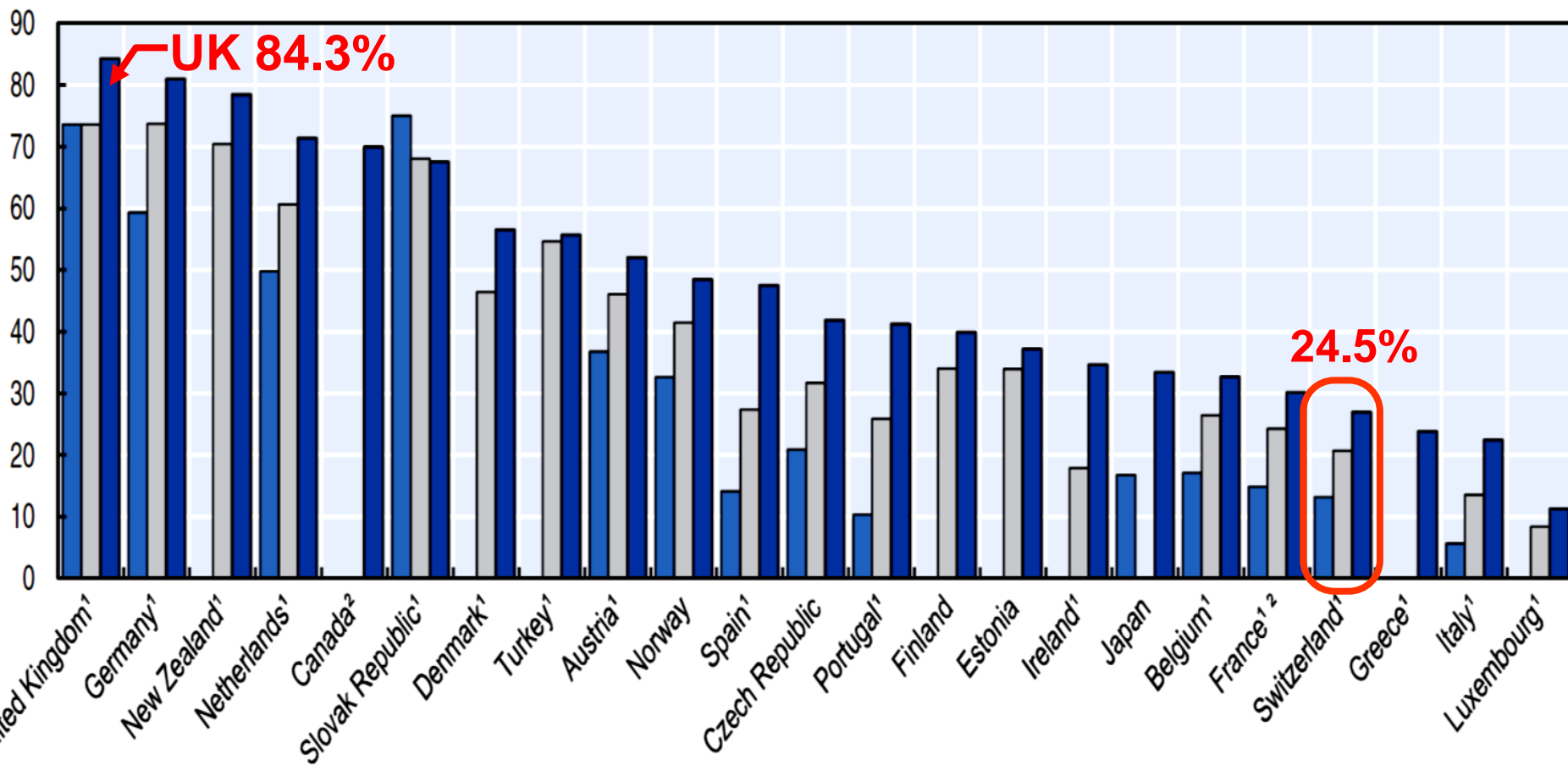
b

2005

2010

2015

% of generics (volume)



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

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

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)?

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 Miteinbezug 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.

Rückvergütung nach Qualität?

- UK: 25% des Lohns der Hausärzte seit 2004
- Folgen¹:
 - ↗ kurzfristige Qualität; etwas ↗ 1x Ziele erreicht
 - ↓ Versorgungsqualität für die anderen Bedingungen!
 - Schottland: «QOF» seit 2016 durch Qualitätszirkel ersetzt
- Komplexe Patienten «ausgeschlossen», wenn sie nicht unter die Zielvorgaben fallen (USA)
- Herausforderungen:
 - «Administrative» Belastung
 - Auswirkungen auf die Kosten?
1 Indikator bei hohem Herzrisiko: LDL-Cholesterol < 1.8 mmol/l? → Mehr PCSK9-Inhibitoren?
 - Indikatoren zum «Wert»

Patienteninformation



About
Learn More about
Choosing Wisely

- Beispiel PSA

www.choosingwisely.org