

Interview mit Professor Christoph Meier, ärztlicher Direktor am Universitätsspital Basel und Erika Ziltener, Präsidentin des Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen

# Eine Medizin «reduce to the max»

Interview: Bernhard Stricker

**Wie interpretieren Sie das Konzept smarter medicine vor dem Hintergrund, dass bisher in der Medizin das ungeschriebene Gesetz galt «immer mehr = immer besser»? Jetzt heisst es: «less is more». Ist das ein medizinischer Strategiewechsel? Oder Ausdruck eines gesundheitspolitischen Wertewandels?**

Erika Ziltener (EZ): Aus meiner Sicht ist das Konzept smarter medicine eher ein Besinnen auf den Kern der Medizin. Das Problem dabei ist, dass sich zunehmend wirtschaftliche Interessen zwischen die Leistungserbringer und die Behandlung stellen, und das System das auch begünstigt. Das führt zu Fehlversorgung. Wenn es sich nicht um einen gravierenden Behandlungsfehler handelt, hat die Fehlversorgung auch beim einzelnen Leistungserbringer kaum Folgen. Der ökonomische Druck führt nicht nur zu Diskussionen, sondern zeigt auch den Handlungsbedarf auf, etwa in der Qualität der medizinischen Behandlungen.

**Es geht nicht darum, nicht mehr alles zu erhalten, was möglich wäre, sondern um eine nutzenorientierte Behandlung.**

Christoph Meier (CAM): Das Ziel der klinischen Medizin ist immer gewesen, den Patienten zu einer besseren Gesundheit und Lebensqualität zu verhelfen. Während vieler Jahrhunderte war diese Bestrebung allerdings durch fehlende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten limitiert. Somit wurde jede medizinisch-technologische Neuheit mit Enthusiasmus in das Armamentarium der klinischen Medizin aufgenommen. Erst in der letzten Dekade ist das Problem aufgetreten, dass diagnostische und therapeutische Verfahren zur Verfügung stehen, die nur marginalen oder keinen Nutzen stiften.

**Welche Auswirkungen hat smarter medicine Ihrer Meinung nach auf die Glaubwürdigkeit und das Ansehen der Medizin und der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit? Ist das Eingeständnis, dass es bisher Therapien gab, die keinen Nutzen hatten oder gar schädlich waren, ein Zeichen der Stärke oder der Schwäche?**

CAM: Bei smarter medicine geht es darum, wann ein diagnostisches oder therapeutisches Verfahren einen Mehrwert für den Patienten generiert. Es geht meist

nicht darum, dass eine bisher durchgeführte Therapie wirkungslos ist, sondern viel mehr, dass diese in einem bestimmten Kontext nur einen sehr beschränkten klinischen Nutzen bietet. Ein gutes Beispiel hierfür sind die Protonenpumpenhemmer, welche die Behandlung der Magengeschwüre revolutioniert haben, waren doch hierfür früher grosse Magenoperationen notwendig. Diese Medikamente sind somit hoch wirksam, weisen aber nur einen marginalen oder keinen Nutzen auf, wenn sie chronisch bei Patienten mit minimalen Beschwerden eingesetzt werden.

EZ: Ich halte das Konzept smarter medicine für einen wichtigen Schritt hin zu mehr Glaubwürdigkeit. Das Thema Fehl- bzw. Überversorgung ist auch in der Öffentlichkeit angekommen. Meiner Ansicht nach erhoben die betroffenen Berufsverbände und Fachleute, auch Ärztinnen und Ärzte, die Stimme zu wenig, um Gegensteuer zu geben. Jetzt – endlich, erlaube ich mir zu sagen – nimmt die SGAIM die Angelegenheit in die Hand.

**Was bedeutet smarter medicine für die Einstellung der Patienten zur Medizin? Müssen sie sich auf einen Mentalitätswechsel einstellen, nicht mehr alles zu erhalten, was möglich wäre?**

EZ: Leistungen, die der Patientin keinen Nutzen bringen, sollte sie nicht erhalten. Insofern geht es nicht darum, nicht mehr alles zu erhalten, was möglich wäre, sondern um eine nutzenorientierte Behandlung bzw. um ein nutzenorientiertes Gesundheitswesen. Für das stehen wir dezidiert ein, ebenso wie wir Rationierung ablehnen. Zudem kann die Haltung «alles was möglich ist» auch Schaden anrichten.

**Die Haltung «alles was möglich ist» kann auch Schaden anrichten.**

CAM: Ich glaube nicht, dass die Patienten im Allgemeinen der Meinung sind, dass mehr immer besser sei. Es geht vielmehr darum, dass die Patienten noch besser verstehen, welche Vor- oder eben Nachteile zum Beispiel Antibiotika bei Infektionen der oberen Atemwege aufweisen, oder welche Vor- und Nachteile mit der chronischen Verwendung von Protonenpumpenhemmern ohne klare Indikation verbunden sind etc.

**Die Massnahmen der beiden Top-5-Listen der SGAIM im ambulanten und im stationären Bereich sind als «Empfehlungen» deklariert. Warum unverbindliche «Empfehlungen» und nicht beispielweise verbindliche «Vorschriften»?**

EZ: Ja, das frage ich mich auch, mir geht das viel zu wenig weit. Leider sind es nur Empfehlungen, das ist die Schwachstelle im ganzen Konzept. Sie sollten verbindlich flächendeckend umgesetzt werden. Es handelt sich ja um unnötige Leistungen, die unbestritten und eigentlich längst bekannt sind. So habe ich von Ärztinnen und Ärzten gehört, es handle sich nicht um neue Leistungen oder Erkenntnisse, womit sie die Liste ver harmlosen. Möglicherweise handelt es sich hier um Abwehr, aber auch um ein Wissensengstännis. Umso mehr sollten die Kritiker für die Verbindlichkeit eintreten.

CAM: Vorschriften wäre der absolut falsche Terminus, handelt es sich doch bei diesen Empfehlungen um Hilfsmittel für das bessere Navigieren in medizinischen Grauzonen. Wann genau diese oder jene Bildgebung oder Therapie eingesetzt wird, ist leider nur sehr selten eine binäre Entscheidung, vielmehr geht es um das Abwägen von Wahrscheinlichkeiten und die Beurteilung von Nutzen und Risiken für den betroffenen Patienten als Individuum.

**Die beiden Top-5-Listen sind primär ärztliche Papiere und Sichtweisen. Inwiefern waren Patientenorganisationen daran beteiligt? Und wie war bisher ganz grundsätzlich die Zusammenarbeit zwischen Patienten- und Ärzteorganisationen?**

**Professor Dr. med. Christoph A. Meier** ist seit 2016 Ärztlicher Direktor (*Chief Medical Officer*) am Universitätsspital Basel. Vorher war er zehn Jahre als Departementsleiter und Chefarzt der Inneren Medizin am Stadtpital Triemli in Zürich tätig und hat eine Professur an der Universität Genf inne. Neben seiner Tätigkeit als CMO ist er Mitglied verschiedener nationaler und internationaler Gremien, u.a. der Arbeitsgruppe *smarter medicine* der SGAIM und dem *Swiss Medical Board*.



**Erika Ziltener** (Historikerin, lic.phil. und dipl. Pflegefachfrau) leitet seit 2001 die Patientenstelle Zürich und ist seit 2001 Präsidentin des *Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen* (DVSP). Sie gehörte von 1998 bis 2015 dem Zürcher Kantonsrat an, unterrichtet an verschiedenen Gesundheits- und Krankenpflegeschoolen und arbeitet in verschiedenen kantonalen und nationalen Gremien mit.



CAM: Bis jetzt habe ich von Seiten der Patienten und Patientenorganisationen nur positive Echos erhalten. Die *smarter medicine*-Bewegung wird zunehmend auch von Patientenorganisationen aufgegriffen, vor allem auch im Sinne einer aktiveren Partizipation der Patienten bei schwierigen Entscheidungen, wie zum Beispiel Mammographie oder PSA-Screening.

EZ: Die Zusammenarbeit war sehr gut. Der *Dachverband der schweizerischen Patientenstellen* (DVSP) wurde sehr früh angefragt und hat sich bereits bei der Kampagne für die erste Liste beteiligen und einbringen können. Wir hatten Mitsprache beim Werbematerial und kamen bei der Kampagne zu Wort. Wir engagieren uns sehr dafür, dass nur nutzenorientierte Leistungen erbracht werden. Differenzen hätten wir dann, wenn die Listen für Rationierungsmassnahmen eingesetzt, oder wenn ökonomische Argumente eingeführt würden. Zu Beginn der Kampagne war deshalb die Klärung des Begriffs «Rationierung» zwingend.

**shared decision making bedeutet das Einbinden des Patienten mit all seinen Wünschen, Werten und Präferenzen in die Entscheidungsfindung.**

**Was bedeutet smarter medicine im Hinblick auf das Prinzip shared decision making? Was ist zu tun, wenn sich Arzt und Patient nicht einig sind?**

EZ: *shared decision making* ist aus meiner Sicht das Aufklärungsmodell der Zukunft schlechthin, weil es auf einem Vertrauensverhältnis basiert. Die Patientin und die Ärztin entscheiden gemeinsam über die Behandlung. Wenn sie sich uneinig sind, können ein weiteres Gespräch in einem anderen Rahmen, eine Zweitmeinung oder Rückfragen weiterführen. Die Verantwortung für die medizinische Behandlung trägt aber in jedem Fall der Arzt oder die Ärztin, denn sie haben das Wissen.

CAM: *shared decision making* bedeutet das Einbinden des Patienten mit all seinen Wünschen, Werten und Präferenzen in die Entscheidungsfindung; dies ist für jede medizinische Tätigkeit essentiell und implizit auch Teil von *smarter medicine*. Wie der Name ausdrückt, geht es nicht darum, dass sich Arzt und Patient einig sind, sondern dass der Arzt dem Patienten verhilft, die für ihn und seine Werte richtigen Entscheidungen zu finden.

**Kann man in der Schweiz von «medizinischer Überversorgung» reden?**

CAM: Als generelle Aussage ist dies falsch, weisen wir doch im Bereich der Hausarztmedizin vor allem in nicht-städtischen Gegenden eine Unterversorgung

*Fortsetzung auf Seite 13*