

Ethische Überlegungen und Evidenz sollen das professionelle Handeln anleiten

Choosing Wisely und smarter medicine aus hausärztlicher Sicht

Stefan Neuner-Jehle

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Choosing Wisely, weise auswählen aus möglichen Abklärungswegen oder Therapieoptionen – wir alle möchten gerne klug und umsichtig entscheiden, gemeinsam mit unseren Patienten¹. Die erfolgreiche Umsetzung dieses Prinzips kann aber nur gelingen, wenn die Empfehlungen erstens nahe am Praxisalltag formuliert und zweitens gut mit dem Patienten abgestimmt sind.

Ausgangspunkte der *Choosing Wisely*-Bewegung in den USA (www.choosingwisely.org) waren unerklärliche regionale Variationen von medizinischer Versorgung, die den Verdacht auf Ressourcenverschwendung und Überversorgung weckten – und dies im teuersten Gesundheitssystem der Welt! Zu diesem ökonomischen Aspekt kam bald einmal der Aspekt des Schadens hinzu, der den möglichen Nutzen einer medizinischen Intervention übersteigen kann: *Why too much medicine is making us sicker and poorer* [1]. Die Forderung, eine bessere Versorgungsqualität anzubieten – besser im Hinblick auf Effizienz, Kosten und Schadenspotenzial – wurde 2014 von der SGAIM in Form der *smarter medicine*-Kampagne (www.smartermedicine.ch) aufgenommen. Nach Empfehlungen für die ambulante Allgemeine Innere Medizin (AIM), auf welche Interventionen besser zu verzichten sei, folgten 2016 solche für die stationäre AIM. Beide Listen wurden von Fachexperten in mehrstufigen Verfahren entwickelt.

Kommen die *smarter medicine*-Empfehlungen beim Hausarzt an?

Wie steht es nun mit der Wahrnehmung der *smarter medicine* unter Schweizer Hausärzten? Unter einer Auswahl von 143 Hausärzten kannten rund zwei Drittel die Empfehlungen für die ambulante AIM, und rund 90% stimmten den Vorschlägen inhaltlich zu. Bei der Umset-

Nehmen wir *Choosing Wisely* als Grundhaltung ernst, so entscheiden wir uns damit weise für unsere Profession!

zung der fünf Empfehlungen sah es – je nach Thema – mit einem Drittel bis drei Viertel weniger günstig aus [2]. Dies lässt aufhorchen, ebenso wie die Empfehlungen von 109 Hausärzten zu Interventionen, die zu vermeiden seien (2015 am Davoser Kongress der Lunge Zürich erhoben): Zwischen den häufigsten Nennungen (Tab. 1) und denjenigen der *smarter medicine*-Liste gab es kei-

¹ In gleichwertiger Bedeutung ist immer auch die weibliche Form mitgemeint.

Tabelle 1: Die fünf häufigsten von praktizierenden Ärzten vorgeschlagenen Interventionen, die in der ambulanten Allgemeinmedizin zu vermeiden seien, nach Häufigkeit der Nennungen geordnet, mit dem korrespondierenden Thema von internationalen *Choosing Wisely*-Listen [3].

Fr*	Vorgeschlagene Interventionen, auf die besser zu verzichten sei	Entsprechende Empfehlung einer <i>Choosing Wisely</i> -Liste (Gesellschaft, Land, Jahr der Publikation)
5	Check-up-Untersuchung, vor allem bei jüngeren / asymptomatischen Individuen	American Society of General Internal Medicine (2013), The College of Family Physicians of Canada (2014)
5	Ruhe- oder Belastungs-EKG bei asymptomatischen Individuen	American Society of Family Physicians (2012), American Society of Cardiology (2012), Canadian Cardiovascular Society (2014), NICE (2015)
5	Cholesterin-Analyse bei Individuen älter als 75 oder Statintherapie in der Primärprävention und/oder bei hohem Alter	Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine (2013)
4	Arthroskopie oder MRI des Kniegelenks nach Distorsion, ohne Instabilität oder Blockade	American Medical Society for Sports Medicine (2014)
3	Bildgebende Diagnostik bei Kopfweh ohne Alarmzeichen	American College of Radiology (2012), American Headache Society (2013), Canadian Association of Radiologists (2014), NICE (2015)

* Fr = Frequenz: Anzahl Gruppen, die das Thema parallel vorgeschlagen haben (alle Gruppen: n=18), NICE = National Institute for Health and Care Excellence, United Kingdom.

nerlei Übereinstimmungen [3]. Dies soll nicht etwa die Relevanz der *smarter medicine*-Empfehlungen in Frage stellen, sondern neue Perspektiven aufzeigen, wie die Akzeptanz und damit die Umsetzung der Empfehlungen verbessert werden könnte: So ist bekannt, dass

Für die Entwicklung weiterer *Choosing Wisely*-Empfehlungen ist es sehr sinnvoll, dass Hausärzte mit Praxiserfahrung stark involviert werden.

Ärzte, die sich mit einer Empfehlung identifizieren können, sich auch eher «Guideline-adhärenz» verhalten [4]. Mit anderen Worten: Für die Entwicklung weiterer *Choosing Wisely*-Empfehlungen ist es sehr sinnvoll, dass die Basis, sprich Hausärzte mit Praxiserfahrung, stark involviert werden.

Wie kommen Empfehlungen zum Verzicht beim Patienten an?

Unbedingt zu beachten ist, dass der Verzicht auf eine Intervention bei Patienten Bedenken auslösen können: Einerseits befürchten einige, dass der Beweggrund für den Verzicht ein ökonomischer sein könnte, im Sinne der Rationierung medizinischer Leistungen [5]. Damit fühlen sie sich als Patienten entwertet («*man spart auf meinem Buckel*»). Ein Widerstand kann auch entstehen, wenn Patienten in einer «*mehr ist immer besser*»-Haltung sind. Eine sorgfältige Kommunikation von Nutzen und Schaden zwischen Patienten und Ärzten und eine vertrauenswürdige Quelle solcher Empfehlungen ist also entscheidend für den Erfolg [6]. Die Erfahrung zeigt, dass es beim Patienten gut ankommt, wenn wir argumentieren, dass wir ihn mit dem Verzicht auf eine Intervention möglichst vor Schaden bewahren wollen. Tatsächlich, alter Wein: Das proklamierten mit *Primum nil nocere* schon die antiken Ärzte...!

Was trägt die Forschung dazu bei ...

An den Schweizer Instituten für Hausarztmedizin sind einige Forschungsprojekte unterwegs, die sich um Über- und Fehlversorgung kümmern. Am *Institut für Hausarztmedizin Zürich* ist dieser Themenbereich ein Forschungsschwerpunkt innerhalb des Bereichs «*Chronic Care*». Beispiele: Wann sind Screeningmethoden wie PSA oder Knochendichtemessungen unpassend?; wie umgehen mit Polypharmazie?; Protonenpumpenblocker im unpassenden Langzeiteinsatz; Schilddrüsen-Hormonsubstitution ohne valide Indikation; ungeeignete chirurgische Eingriffe wie die arthroskopische

Menispektomie bei Gonarthrosepatienten oder unnötige Koronarografien bei Niedrigrisikopatienten. Idealerweise werden so identifizierte «Misstände» dann von unabhängigen Fachgremien aufgegriffen und einer systematischen Prüfung, im Fachjargon *Health Technology Assessment (HTA)*, unterzogen. In der Schweiz nehmen das *Swiss Medical Board*, die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, medizinische Fachgesellschaften wie die SGAIM und das *Bundesamt für Gesundheit* solche Aufgaben wahr.

... und wo bleibt die Politik?

Ein Ziel solcher Prüfverfahren, und auch ein Ziel von *Choosing Wisely*-Kampagnen, ist das Anstossen der öffentlichen Diskussion über die Wertigkeit bestimmter medizinischer Interventionen. Von grosser Bedeutung für die Umsetzung der Empfehlungen wird sein, wie weit sich aus einem solchen öffentlichen Diskurs Allianzen zwischen Anbietern, Ärzten, Konsumenten und Politikern schmieden lassen – oder ob am Ende regulatorische Massnahmen zielführender sind [7]. Denn solange in unserem Gesundheitssystem der (Fehl-)Anreiz «*Je mehr Interventionen, deso mehr Verdienst*» gilt, wird sich das Verzicht nur schwer etablieren. Nehmen wir *Choosing Wisely* als Grundhaltung ernst – sowohl in der Begegnung mit den Patienten als auch in der Organisation des Gesundheitswesens – so entscheiden wir uns damit *weise für unsere Profession*, nämlich dafür, dass ethische Überlegungen und Evidenz unser professionelles Handeln anleitet (und nicht etwa andere Anreize).

Verdankung

Ich danke Prof. Thomas Rosemann und Prof. Oliver Senn herzlich fürs kritische Gegenlesen.

Referenzen

- 1 Brownlee S. *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*, Bloomsbury USA, 1st edition, 2008
- 2 Selby K et al. Acceptability and Self-Reported Adherence to the Smarter Medicine «Top 5 List» Among Family Physicians of the SPAM Practice-Based Research Network. Presentation at the North American Primary Care Research Group Annual Meeting, 2016
- 3 Neuner-Jehle S et al. Neue „Choosing wisely“ Empfehlungen zu unangemessenen medizinischen Interventionen: Sicht von Schweizer Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen (ZEFQ)* 2016;118/119: 82-86.
- 4 Cabana MD et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65
- 5 Schuling J et al. Deprescribing Medication in Very Elderly Patients with Multimorbidity: The View of Dutch GPs. A Qualitative Study. *BMC Fam Pract* 2012;13:56
- 6 Santa J. Communicating information about "what not to do" to consumers *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2013;13(Suppl 3):S2
- 7 Gaspoz JM. Smarter Medicine: Do Physicians Need Political Pressure to Eliminate Useless Interventions? *Swiss Med Wkly* 2015;145:w14125.

Korrespondenz:
Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
Institut für Hausarztmedizin Zürich
Pestalozzistr. 24
CH-8091 Zürich
stefan.neuner-jehle[at]usz.ch