

smarter medicine – eine Kampagne mit breiter Abstützung

Der Trägerverein smarter medicine ist gegründet worden, um der Kampagne in der Schweiz mehr Schub zu verleihen. Nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen unterstützen auch Verbände, welche die Interessen der Patient/-innen und Konsument/-innen vertreten, die Stossrichtung. Sie möchten gemeinsam die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren, dass bei gewissen Behandlungen manchmal weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten kann.

Vor einigen Jahren wurden in den USA Stimmen laut, welche vor den Auswirkungen der medizinischen Überversorgung («Overuse») warnten. 2011 lancierten Ärztinnen und Ärzte die *Choosing Wisely*-Initiative. Ziel dieser Initiative ist es, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern.

Kernstück von *Choosing Wisely* sind sogenannte «Top-5-Listen» aus jeder klinischen Fachdisziplin. Diese Top-5-Listen enthalten je fünf medizinische Massnahmen, die in der Regel unnötig sind. Das heisst: Ärzte und Patienten sollten miteinander darüber reden, ob nicht besser auf eine Behandlung verzichtet werden kann, weil die damit verbundenen Risiken potentiell grösser sind als der Nutzen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat die *Choosing Wisely*-Initiative in ihrer Roadmap «Nachhaltiges Gesundheitssystem» (2012) propagiert. Bei der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) stiess dieses Anliegen ebenfalls auf grosses Interesse. Eine Kommission machte sich in der Folge daran, eine eigene Top-5-Liste für den ambulanten Bereich in der Schweiz auszuarbeiten und stellte diese 2014 unter dem Namen *smarter medicine* der Öffentlichkeit vor. Zwei Jahre später erfolgte die Publikation einer Top-5-Liste für den stationären Bereich.

Trotzdem konnte die *smarter medicine*-Kampagne in der Schweiz – im Gegensatz zu anderen Ländern – noch nicht so recht Fuss fassen und wurde von anderen medizinischen Fachgesellschaften kaum mitgetragen.

Deshalb ergriffen SGAIM und SAMW die Initiative, um eine grössere Trägerschaft

für die Kampagne in der Schweiz zu bilden. Dabei sollten bewusst auch die Interessen der Patient/-innen und Konsument/-innen sowie die anderen Gesundheitsberufe eingebunden werden.

Der Trägerverein, der im Juni 2017 gegründet wurde, verfolgt folgende Ziele:

- Ausarbeitung und Publikation weiterer Top-5-Listen durch medizinische Fachgesellschaften etc. fördern;
- Die Verbindlichkeit der Empfehlungen erhöhen;
- Andere Gesundheitsberufe (interprofessioneller Ansatz) aktiv einbeziehen;
- Patient/-innen und Versicherte für das Anliegen sensibilisieren;
- Öffentliche Diskussion über Behandlungsqualität (Über- resp. Unterversorgung) anstossen;
- Thema Behandlungsqualität als Teil der medizinischen Weiter- und Fortbildung etablieren und verankern;
- Unterstützung der Kampagne durch Politik und Behörden erreichen.

Den Gründungsmitgliedern des Trägervereins ist es sehr wichtig, dass die Kampagne *smarter medicine* nicht von der Gesundheitsökonomie vereinnahmt wird. Es geht in erster Linie darum, die Behandlungsqualität nach dem Motto «Weniger Medizin kann mehr sein» zu verbessern.



Kontakt – Impressum

Trägerverein **smarter medicine**
c/o Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43, Postfach
3001 Bern
Tel. 031 370 40 00
www.smartermedicine.ch
smartermedicine@sgaim.ch

Folgende Organisationen bilden den Trägerverein smarter medicine



Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
www.sgaim.ch



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
www.samw.ch



Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
www.patientenstelle.ch



Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz
www.spo.ch



Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG)
www.svbg-fsas.ch



Schweizer Physiotherapie Verband
www.physioswiss.ch



Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)
www.konsumentenschutz.ch



Fédération Romande des Consommateurs (FRC)
www.frc.ch



Associazione Consumatrici e Consumatori della Svizzera Italiana (acsi)
www.acsi.ch

Empfehlungen für
Ärztinnen und Ärzte
Februar 2020

Wie kann smarter medicine in der Rheumatologie umgesetzt werden?

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Prävalenz von rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen (RMDs) liegt in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 30 Prozent, [1] und weltweit sind Erkrankungen dieser Form die Hauptursache für Invalidität. [2] In der Schweiz sind RMDs zudem die häufigste Ursache für eine Hospitalisierung und chirurgische Eingriffe. [3] Daher ist es wichtig, Untersuchungen und Behandlungen, deren Nutzen nicht erwiesen ist, möglichst zu vermeiden. Paradoxerweise kommt ausgerechnet aus den Vereinigten Staaten, dem Land mit dem höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, die Initiative «Choosing Wisely». Mehr als 17 Prozent des BIP fliessen dort in das Gesundheitswesen, rund 5 Prozent mehr als in der Schweiz. Dennoch steht die Schweiz in diesem Ranking gleich hinter den Vereinigten Staaten auf dem zweiten Platz. [4] Seit rund zehn Jahren werden in den USA Stimmen laut, die vor überflüssigen Behandlungen warnen, woraus die Initiative «Choosing Wisely» entstanden ist, die zum Ziel hat, mindestens fünf gängige medizinische

Massnahmen aus den verschiedenen Fachbereichen aufzulisten, die als kontraproduktiv oder unnötig eingestuft werden (sog. Top-5-Listen).

immer viel Kritik am Diagnose- und Behandlungseifer der Ärzte.

«Auch in der Rheumatologie wurde in den letzten Jahren vor der Gefahr der Überdiagnostik und Übertherapie gewarnt.»

Auch in der Rheumatologie wurde in den letzten Jahren vor der Gefahr der Überdiagnostik und Übertherapie gewarnt. [5] Vor allem auf dem Gebiet der entzündlichen rheumatischen Krankheiten sei es einem einflussreichen Rheumatologen zufolge so, dass «die Rheumatologie nach einer langen Zeit des therapeutischen Nihilismus und der Schicksalsergebung von der Pflege behinderter Menschen zur aktiven Suche nach nicht diagnostizierten Fällen übergegangen ist, von einer Politik des Abwartens zu einer Frühintervention und von einer vorsichtigen adjuvanten Therapie mit wenig wirksamen, aber toxischen Medikamenten zu einer Sofortintervention mit neuen wirkungsvollen Medikamentenkombinationen.» [5] Erst seit kurzem beginnt man, die Möglichkeit der Therapiereduktion bei Patienten, die ihr Behandlungsziel erreicht haben, zu erforschen und zu diskutieren, vor allem in Hinblick auf die kostenintensiven Biologika-Behandlungen. Über die Kosten hinaus sind die negativen Folgen zu betonen, die eine Überdiagnostik für jeden Einzelnen bedeuten kann, etwa die psychische Belastung oder Übertherapie. Nichtsdestotrotz sei daran erinnert, dass das Problem der Überdiagnostik und der Übertherapie zwar als neu gilt, aber eigentlich so alt ist wie die Medizin selbst. Ob es um Blutegel oder Purgieren, Statine oder Biotherapien für Rheumapatienten geht, in der Medizingeschichte gab es schon

Nach dem Modell des American College of Rheumatology hat die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie eine Liste mit fünf Interventionen aufgestellt, die nach unserem aktuellen Kenntnisstand als sinnlos erachtet werden.



Prof. Axel Finckh
Vorsitzender der Kommission «Clinical Affairs» der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie



Prof. Dr. med. Diego Kyburz
Präsident Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie



Die **Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie SGR** vertritt die Träger des Weiterbildungstitels für Rheumatologie in bildungs- und berufspolitischen Belangen und ist eine Fachgesellschaft der FMH.

Weitere Informationen finden Sie unter www.rheuma-net.ch

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie 

Top-5-Liste

Die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie empfiehlt, von folgenden Tests und Therapien abzusehen:



1 Keine Bestimmung von spezifischen Anti-Nukleären Antikörpern (ANA) ohne vorherigen positiven Screeningtest für ANA und ohne klinischen Verdacht auf eine immunvermittelte Erkrankung.

Tests auf spezifische antinukleäre Antikörper (AK) – einschliesslich der gegen ds-DNA, Smith, RNP, SSA, SSB, Scl-70 oder gegen Centromere gerichteten Antikörper – sind in der Regel negativ, wenn der ANA-Test negativ ist. Zu den Ausnahmen gehören Anti-Jo-1 AK, die bei manchen Formen von Myositis positiv sein können oder manchmal die SSA-AK im Rahmen von Lupus oder dem Sjögren-Syndrom. Es ist zu vermeiden, ein Panel von Autoantikörpern zu bestimmen ohne gut begründeten klinischen Verdacht; die Wahl der Autoantikörper sollte sich vielmehr nach der in Betracht kommenden spezifischen Krankheit richten. [6–8]

2 Keine Untersuchung auf Borreliose als Ursache unspezifischer muskuloskelettaler Symptome.

Zu den muskuloskelettalen Beschwerden der Borreliose gehören kurze Arthralgien oder intermittierende oder persistierende Arthritis in einem oder mehreren grösseren Gelenken, meist dem Kniegelenk. Ohne diese klinischen Merkmale Tests auf Borreliose durchzuführen, erhöht die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Ergebnisse, was unnötige Behandlungen nach sich ziehen kann. Diffuse Gelenk- oder Muskelschmerzen oder eine isolierte Fibromyalgie sind keine Kriterien, die auf eine Borreliose mit muskuloskelettalen Beschwerden hinweisen. [9–12]

3 Keine Durchführung von MRT der peripheren Gelenke, in der Verlaufsbeobachtung einer entzündlichen Arthritis.

Die Forschungsdaten über die Verwendung von MRT zur Diagnose und Prognose der Rheumatoiden Arthritis reichen derzeit nicht aus, um eine breite Verwendung der Methode in der klinischen Praxis zu rechtfertigen. Auch wenn das Vorliegen eines im MRT festgestellten Knochenödems ein Vorzeichen für die Entwicklung von strukturellen Gelenkschäden in einigen RA-Populationen sein könnte, ist der systematische MRT-Einsatz nicht gerechtfertigt, im Gegensatz zur üblichen klinischen Überwachung, zu der eine Beurteilung der klinischen Krankheitsaktivität und konventionelle Röntgenaufnahmen gehören. [13–15]



4 Keine systematische Wiederholung densitometrischer (DXA-)Analysen öfter als einmal alle zwei Jahre.

Das Osteoporose-Screening ist nach den Vorgaben der jeweiligen klinischen Leitlinien durchzuführen. Das optimale Intervall für die Wiederholung der Densitometrie (DXA) ist zwar unklar, aber da Knochendichteveränderungen in kürzeren Intervallen oft geringer ausfallen als die Messabweichung der meisten DXA-Scanner, sind häufigere Beurteilungen (Intervall < 2 Jahre) bei den meisten Patienten nicht nötig. Selbst bei Hochrisikopatienten, die eine medikamentöse Osteoporose-Behandlung erhalten, korrelieren Veränderungen der Knochendichte nicht immer mit der Knochenbruchwahrscheinlichkeit. Daher sollte die DXA erst wiederholt werden, wenn das Ergebnis sich auf die klinische Behandlung auswirkt oder wenn rasche Veränderungen der Knochendichte zu erwarten sind. Neue Daten legen ausserdem nahe, dass gesunde Frauen ab 67 mit einer primär normalen Knochenmasse in den folgenden zehn Jahren keiner weiteren DXA-Messung bedürfen, insofern sich die Osteoporose-Risiken nicht erheblich ändern. [16, 17]

5 Keine Verschreibung von Opioidanalgetika bei unspezifischen Rückenschmerzen.

Es gibt derzeit keine Evidenz für die Verschreibung von Opioidanalgetika bei Patienten, die an akuten unspezifischen Lumbalgien leiden. Bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen konnte lediglich eine leichte Schmerzlinderung durch Opioidanalgetika gezeigt werden. Zunehmend Sorge bereiten zudem die unerwünschten Wirkungen der Opioide, die von der Überdosierung bis hin zum Tod reichen können. Die Behandlung chronischer Lumbalgien sollte vorrangig durch nicht-pharmakologische Massnahmen erfolgen und, sofern diese nicht anschlagen, durch eine pharmakologische Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika erfolgen, während schwache Opioide auf Third-Line-Therapien zu begrenzen sind. [18–20]

Referenzen

Eine ausführliche Literaturliste ist unter www.smartermedicine.ch abrufbar.



Empfehlungen weiterer Fachgesellschaften

Im Moment liegen unter dem Dach von smarter medicine die Empfehlungen folgender Fachgesellschaften vor:

- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (Mai 2014 und Mai 2016)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (Juni 2017)
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (Juni 2017)
- Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (Oktober 2017)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (Dezember 2017)

- Schweizer Gesellschaft für Radio-Onkologie (März 2018)
- Schweizer Gesellschaft für Nephrologie (Juni 2018)
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft (Oktober 2018)
- Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (November 2018)
- Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (Juni 2019)
- Akademische Fachgesellschaft Gerontologische Pflege (Oktober 2019)
- Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (Februar 2020)



Zur Entstehung dieser Liste

Die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) hat eine ständige Kommission eingesetzt, die sich mit klinischen Fragestellungen auseinandersetzt («Clinical Affairs»). Sie gibt Stellungnahmen und Empfehlungen zu spezifischen Behandlungen auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Erkenntnisse, internationaler Empfehlungen und der Meinung renommierter Experten ab. Der US-Verband für Rheumatologie – das «American College of Rheumatology (ACR)» – hat bereits 2013 eine Arbeitsgruppe für die Erstellung einer Liste mit fünf Empfehlungen unter dem Titel «choosing wisely» gegründet. Die vom ACR verwendete Methode zur letztendlichen Zusammenstellung der fünf wichtigsten Punkte in der Rheumatologie wurde im Detail an anderer Stelle beschrieben [21]. Die amerikanische Empfehlungsliste diente als Basis

bei der Erarbeitung der Schweizer Empfehlungen. Die fünf amerikanischen Empfehlungen wurden mehrfach von der mit den Empfehlungen beauftragten Kommission der SGR diskutiert. Einige konnten übernommen und an den Schweizer Kontext angepasst werden, andere erschienen für die medizinische Praxis in der Schweiz nicht relevant und wurden ersetzt. Im Rahmen ihrer Arbeit wandte die «Clinical Affairs»-Kommission ein mehrstufiges Verfahren an, das mit einer Kombination aus konsensorientierter Methodik und der Analyse von Dokumenten zu den endgültigen Empfehlungen führte. Die in die Liste aufgenommenen fünf Empfehlungen wurden den Mitgliedern der SGR bei der Generalversammlung im Januar 2019 präsentiert, um ein Feedback zu ermöglichen, und schliesslich am 6. Juni 2019 vom SGR-Vorstand genehmigt.