

# Primary **Care** and Hospital

Allgemeine Innere Medizin

**Supplementum 8**  
ad Primary and Hospital Care  
2017;17: Heft 11  
14. Juni 2017

**Sonderausgabe**  
*smarter medicine* / Qualität

**smarter medicine**

Choosing Wisely Switzerland



 SGAIM SSMIG SSGIM

 FÉDÉRATION ROMANDE  
DES CONSOMMATEURS  
LE POUVOIR D'AGIR

 SAMWASSM  
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Accademia Svizzera dei Scienze Mediche  
Accademici Società della Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

 acsi  
associazione consumatori  
e consumatori  
della Svizzera italiana

 DACHVERBAND  
SCHWEIZERISCHER PATIENTENSTELLEN

 svbg fsas

 EMH Media  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES

**Redaktion dieser Sonderausgabe**

Bernadette Häfliger Berger, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM

Bruno Schmucki, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM

Dr. med. Nadja Pecinska, EMH Schweizerischer Ärzteverlag

**Editorial**

Regula Capaul

3 S **Was hat *smarter medicine* mit Qualität zu tun?****Standpunkte**

Bernadette Häfliger Berger

4 S **Vom Kopf auf den Fuss gestellt**

Bernhard Stricker

5 S **«Die Wucht der Diagnose»**

Hermann Amstad

6 S **Weitere Fachgesellschaften geben Top-5-Listen heraus**

André Bürki

8 S **Frühzeitige Behandlungsplanung und interprofessionelle Absprachen**

Konsumentenschutz-Organisationen (ACSI, FRC, SKS)

9 S **Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in ist entscheidend****Hintergrund**

Interview mit Professor Christoph Meier und Erika Ziltener

10 S **Eine Medizin «reduce to the max»**

Jean-Michel Gaspoz

12 S **Es braucht ein breites Expertennetz**

Stefan Neuner-Jehle

14 S **Choosing Wisely und smarter medicine aus hausärztlicher Sicht**

Johannes Brühwiler

16 S **Von der Standardisierung zur patientenorientierten Medizin**

Jacques Donzé

18 S **Entwurf neuer Leitlinien**

Rosaria Del Giorno, Angela Greco, Luca Gabutti

20 S **Eine positive Entwicklung, die auf Transparenz gründet****Impressum****Primary and Hospital Care**

Offizielles Organ von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM, der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie SGP, des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM, der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM sowie der Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz JHaS.

**Redaktionsadresse:** Eveline Maegli, Redaktionsassistentin, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 58, Fax +41 (0)61 467 85 56, office@primary-care.ch, www.primary-hospital-care.ch  
**Manuskriptreichung online:** <http://www.edmgr.com/primarycare>

**Verlag:** EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56, www.emh.ch

**Marketing EMH / Inserate:**

Dr. phil. II Karin Würz, Leiterin Marketing und Kommunikation, Tel. +41 (0)61 467 85 49, Fax +41 (0)61 467 85 56, kwuerz@emh.ch

**Abonnementspreise:** Für Mitglieder der Herausgebergesellschaften gelten spezielle Konditionen, die im Detail unter <http://www.primary-care.ch/fuer-leser/abonnement/> zu finden sind.

Abonnemente für Nichtmitglieder: CHF 125.–, Studentenabonnement CHF 63.–, jeweils zuzüglich Porto.

ISSN: Printversion: 2297-7155 / elektronische Ausgabe: 2297-7163  
 Erscheinungsweise: 23 Ausgaben pro Jahr.

© EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG (EMH), 2017. «Primary and Hospital Care» ist eine Open-Access-Publikation von EMH. Entsprechend gewährt EMH allen Nutzern auf der Basis der Creative-Commons-Lizenz «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International» das zeitlich unbeschränkte Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen unter den Bedingungen, dass (1) der Name des Autors genannt wird, (2) das Werk nicht für kommerzielle Zwecke verwendet wird und (3) das Werk in keiner Weise bearbeitet oder in anderer Weise verändert wird. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

**Hinweis:** Alle in dieser Zeitschrift publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die mit Verfasseramen gezeichneten Veröffentlichungen geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht zwangsläufig die Meinung der Redaktion von PrimaryCare wieder. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

Herstellung: Schwabe AG, MuttENZ, [www.schwabe.ch](http://www.schwabe.ch)

printed in  
switzerland

Titelbild  
© Choneschones | Dreamstime.com

## Sicherstellung einer hochwertigen und bezahlbaren Medizin

# Was hat *smarter medicine* mit Qualität zu tun?

### Regula Capaul

Mitglied Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM, Präsidentin Vereinigung allgemeiner und spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich VZI



Regula Capaul

Das Ihnen hier vorliegende Supplement des *Primary and Hospital Care* verbindet zwei zentrale Themen der *Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)*: Qualität und die Kampagne *smarter medicine*.

Die damalige SGIM hat 2014 in Genf als Pionierin für die Schweiz eine Kampagne zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung im Schweizer Gesundheitswesen lanciert. Die SGAIM hat 2016 diese Kampagne mit der

**Patienten müssen nicht nur nach Richtlinien, sondern jederzeit auch nach ihren individuellen Bedürfnissen behandelt werden.**

Veröffentlichung einer ersten Top-5-Liste unnötiger Behandlungen und Diagnosemethoden im stationären Bereich ergänzt. Dabei wurde sie von Anfang an von der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* unterstützt. Nun soll die Kampagne *smarter medicine* mit der Gründung eines Trägervereins auf eine breitere Basis gestellt werden.

Wenn dank der *smarter medicine*-Kampagne medizinische Interventionen kritisch hinterfragt werden, erfüllt sie eine zentrale Qualitätsaufgabe. Der Hippokratische Eid verpflichtet Ärztinnen und Ärzte Verord-

**Es geht um optimale, nicht um maximale Medizin!**

nungen «zu Nutz und Frommen der Kranken nach bestem Vermögen und Urteil auszuführen und die Patienten vor Schaden und willkürlichem Unrecht zu bewahren». Die Herausforderung der ärztlichen Kunst ist, die richtige Dosis nicht nur in der Therapie, sondern auch bei der Diagnostik zu finden und jede Patientin, jeden Patienten trotz bestehender Richtlinien immer auch nach den individuellen Bedürfnissen zu behandeln.

So sind denn Top-5-Listen auch keine Schablonen, die unkritisch in jeder Situation angewendet werden dürfen, sondern Leitlinien, die das kritische Hinterfragen des ärztlichen Handelns begünstigen. Voraussetzung für die sinnvolle Anwendung der Top-5-Listen ist ein sorgfältiges Abwägen individueller Besonderheiten. Dies muss im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten geschehen: Bei der Anamnese sowie bei der Durchführung einer körperlichen Untersuchung, bei der Reflexion über die Verdachtsdiagnosen, bei der Berücksichtigung relevanter Differenzialdiagnosen und auch bei der Planung von nötigen Zusatzuntersuchungen. Nur wenn Patienten die Überlegung der Behandelnden verstehen, können sie nachvollziehen, wieso nicht jede mögliche Massnahme im konkreten Fall auch angezeigt ist. Dabei geht es um optimale, nicht

**Bei *smarter medicine* geht es nicht um Rationalisierung, sondern um kluge Entscheidungen.**

um maximale Medizin! An diesen Grundsatz knüpft auch das neue Konzept der Qualitätskommission SGAIM an, das in diesem Heft von Johannes Brühwiler und Jacques Donzé erläutert wird.

Mit der Gründung des Trägervereins werden die Patientinnen und Konsumenten stark in die weitere Entwicklung dieser Diskussion einbezogen. Sie stellen im Heft ihre Sicht der Kampagne *smarter medicine* denn auch erstmals dar. Da die Qualität von Behandlungen ganz zentral von der guten Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen abhängt, war es der SGAIM ein wichtiges Anliegen, dass diese im neuen Trägerverein vertreten sind und die zukünftige Kampagne mitprägen können.

Bei *smarter medicine* geht es nicht um Rationalisierung, sondern um kluge Entscheidungen zum Wohl der Patienten und zur Sicherstellung einer hochwertigen und bezahlbaren Medizin – auch in Zukunft.

Korrespondenz:  
Dr. med. Regula Capaul  
Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin  
Franklinstrasse 1  
8050 Zürich  
regula.capaul[at]hinmail.ch

## Kampagne *smarter medicine*: Gründung eines Trägervereins

# Vom Kopf auf den Fuss gestellt

**Bernadette Häfliger Berger**

Generalsekretärin Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM

Mit der Gründung des Trägervereins *smarter medicine*, an dem sowohl die *Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin* (SGAIM) und die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* (SAMW), aber auch Patient/-innen, Konsument/-innen und andere Gesundheitsberufe beteiligt sind, soll die Kampagne neuen Schwung gewinnen. Ziele des Trägervereins sind neben der Veröffentlichung weiterer Listen insbesondere die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema der Überversorgung.

Nachdem die SGAIM (bzw. ihre Vorgängerorganisation die SGIM) im Jahr 2014 und 2016 je eine Top-5-Liste unnötiger Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich erarbeitet und veröffentlicht hat, wurde das Thema sowohl in medizinischen Kreisen als auch in der (Fach-)Presse breit aufgenommen und fand sogar den Weg auf die politische Bühne. Auf Initiative der SAMW haben weitere medizinische Fachgesellschaften für die Schweiz Empfehlungen geprüft und beschlossen. Im Januar wurde von der *Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin* eine vielbeachtete Liste veröffentlicht. Im Tessin entstand zudem die Initiative *Choosing Wisely Switzerland*.

### Fehlende Breitenwirkung

Trotzdem hat die *smarter medicine*-Kampagne in der Schweiz im Gegensatz zu anderen Ländern noch nicht so recht Fuss gefasst. Zudem gilt auch heute noch oft der vom griechischen Philosophen und Arzt Epiktet beschriebene Umstand, dass die Kranken einem Arzt zürnen, der ihnen nichts verschreibt. Sie glauben, sie seien von ihm aufgeben. Gerade angesichts des rasanten Fortschritts der modernen Medizin herrscht bei Betroffenen die Überzeugung vor, dass sämtliche verfügbare Diagnostik- und Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen müssen. Die Frage, ob diese auch tatsächlich angezeigt sind und der Heilung dienen, wird dabei viel zu selten gestellt.

Diese Erkenntnisse waren der Grund, dass die SGAIM zusammen mit der SAMW im Herbst 2016 die Initiative ergriff, einen Trägerverein zu gründen, bei dem so-

wohl die Patient/-innen, Konsument/-innen und andere Gesundheitsberufe direkt in die Kampagne eingebunden werden.

Die Gründung des Trägervereins *smarter medicine* hat am 12. Juni 2017 in Bern stattgefunden. Neben SGAIM und SAMW wird dieser Verein getragen vom *Schweizerischen Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen* (SVBG), vom *Dachverband der Schweizer Patientenstellen* (DVSP), und der *Associazione Consumatrici et Consumatori della Svizzera italiana* (acsi), der *Fédération Romande des Consommateurs* (FRC) sowie voraussichtlich von der *Stiftung für Konsumentenschutz* (SKS) (Entscheid der SKS bis zum Redaktionsschluss noch nicht definitiv gefällt.)

### Ziele des Trägervereins

Der Trägerverein will einen starken Fokus auf die Sicht von Patient/-innen richten. Sie sollen für das Thema der Über- aber auch Unterversorgung sensibilisiert werden, damit sie mit den Behandelnden ein Gespräch über Behandlungsqualität auf Augenhöhe führen können. Da Überlegungen zur Qualität sinnvoller medizinischer Massnahmen einfacher fallen, wenn man noch gesund ist, werden dabei die Konsumentenverbände ebenso eine wichtige Rolle spielen. Nur das gemeinsame Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe garantiert die Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Patient/innen. Deshalb ist es zentral, dass sich nicht nur weitere medizinische Fachgesellschaften, sondern alle Gesundheitsberufe dieser Kampagne anschliessen und diese aktiv mitgestalten (Abb. 1).

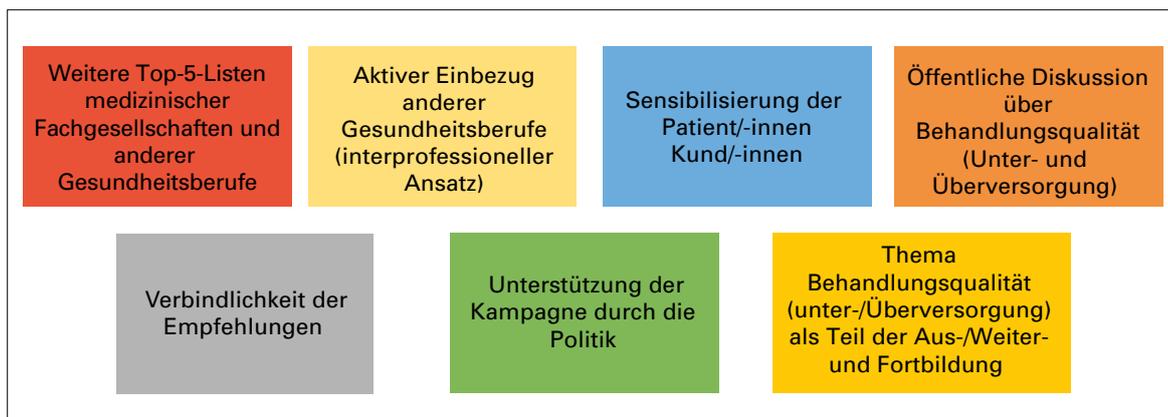


Abbildung 1: Das sind die Schwerpunkte, in denen sich der Trägerverein *smarter medicine* weiterentwickeln möchte.



Korrespondenz:  
Bernadette Häfliger Berger  
Generalsekretärin  
Schweizerische Gesellschaft  
für Allgemeine Innere  
Medizin SGAIM  
Monbijoustrasse 43  
Postfach  
CH-3001 Bern  
bernadette.haefli[at]  
sgaim.ch

Die Gründungsmitglieder des Trägervereins stehen dafür ein, 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. Dass dabei unter Umständen auch Kosten eingespart werden können, ist ein positiver Nebeneffekt, nicht aber das Ziel der Kampagne.

**Weitere Informationen zum Trägerverein finden Sie unter [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)**

Die politische Dimension der Arbeit einer Patientenstelle

### «Die Wucht der Diagnose»

Bis in die 1960er Jahre galten die Ärzte als Götter in Weiss, und das Verhältnis zwischen Arzt und Patient war geprägt durch ein traditionelles, paternalistisches Beziehungsmodell: Der Arzt bestimmte die Therapie, der Patient gehorchte. Seither hat sich viel verändert, vor allem, seit sich die Patienten zu organisieren begannen und Rechte einforderten. Nachdem 1979 in Zürich die erste Patientenstelle der Schweiz gegründet wurde, entstand ein neuer Dialog zwischen Ärzten und Patienten, der unter anderem zur Folge hatte, dass die Patienten immer stärker in den Entscheidungsprozess eingebunden wurden. Dazu gehörten etwa die «informierte Einwilligung» (*informed consent*) oder die sogenannte «partizipative Entscheidungsfindung» (*shared decision making*). Beides gehört heute zum Standard einer aufgeklärten, gleichberechtigten Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Vor dem Hintergrund dieses ebenso politischen wie individuellen Prozesses der Annäherung zwischen Arzt und Patient hat die Patientenstelle Zürich ein Buch herausgegeben mit dem Titel «Die Wucht der Diagnose – Aus dem Alltag der Patientenstelle». Es ist einerseits an Patienten gerichtet (als Orientierungshilfe und Unterstützung), andererseits an das Gesundheitspersonal (als Denkanregung, wo überall Handlungsbedarf besteht), aber ebenso an Politiker (welche Lösungen im Interesse der Patienten liegen).

Den beiden Autoren Erika Ziltener und Ruedi Spöndlin ist ein spannendes Werk gelungen, das sich – nicht zuletzt dank den zahlreichen Fallbeispielen – leicht liest und gut verständlich daherkommt.

Inhaltlich wird eine breite Palette von Themen besprochen. Dazu gehören unter anderem die Gefahr von Spitalinfektionen, die Genforschung, das Humanforschungsgesetz, die Durchsetzung



Erika Ziltener, Ruedi Spöndlin:  
«Die Wucht der Diagnose,  
Aus dem Alltag der Patientenstelle»  
Broschüre  
Fr. 24.00, Euro: 19.00  
edition 8  
Zürich, 2015  
ISBN: 978-3-85990-263-3

von Schadenersatzansprüchen, das Impfblogatorium, die Antibiotikaresistenz, die Betreuung im Pflegefall, die Tätigkeit der KESB (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden), die Organtransplantationen etc.

Die Autoren haben nicht nur den Anspruch, jeden Fall individuell zu bearbeiten und zu lösen, sondern ebenso, jeden Einzelfall auch auf der kollektiven Ebene so zu nutzen, dass er zur Verbesserung der Gesamtsituation der Patienten beiträgt. Damit ist explizit die politische Dimension der Arbeit einer Patientenstelle gemeint, vor allem die (Weiter-)Entwicklung der Patientenrechte, die nach Ansicht der Autoren parallel mit der persönlichen Beratung einhergehen und auf einer guten Information basieren muss. Denn nur gut informierte Patienten sind in der Lage, auf Augenhöhe mit dem Arzt zu kommunizieren und die eigene Situation richtig zu beurteilen. Gleichzeitig ist eine gute Information aber auch unverzichtbare Voraussetzung für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient.

Bernhard Stricker



Korrespondenz:  
Dachverband  
Schweizerischer  
Patientenstellen DVSP  
Hofwiesenstrasse 3  
8042 Zürich  
dvsp[at]patientenstelle.ch  
www.patientenstelle.ch

Endlich geht es voran

# Weitere Fachgesellschaften geben Top-5-Listen heraus

**Hermann Amstad**

Generalsekretär Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

Die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* hat 2011 das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» lanciert. Mit diesem Projekt sollten breite Kreise der Bevölkerung und der Ärzteschaft für die Thematik sensibilisiert, mögliche Lösungsansätze aufgezeigt und gleichzeitig die Diskussion angestossen werden.

Im Hinblick darauf hat die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* (SAMW) 2013 die Roadmap «Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz» veröffentlicht. Diese schlägt unter Ziel 5 («Medizinische Leistungen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation werden nur vergütet, wenn sie den WZW-Kriterien genügen») folgende Massnahme vor: «Nach dem Beispiel des Projektes *Choosing Wisely*’ des *American Board of Internal Medicine* erstellen die Fachgesellschaften eine Liste mit 10 Interventionen, welche unnötig sind und daher nicht mehr durchgeführt und nicht mehr vergütet werden sollen.»

Die Roadmap wurde damals den Präsidenten und Sekretariaten aller Fachgesellschaften zugestellt. Mit Ausnahme der *Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin* (welche in der Folge selbst Empfehlungen ausarbeitete) und der *Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie* (welche die US-amerikanischen Empfehlungen übernahm) setzten die Fachgesellschaften die vorgeschlagene Massnahme nicht um.

Dies veranlasste die SAMW, im Herbst 2014 bei den Fachgesellschaften eine Online-Umfrage durchzuführen, bei der unter anderem nach dem Vorhandensein von *Choosing-Wisely*-Listen bzw. nach Problemen bei deren Erstellung gefragt wurde. Tatsächlich hatten zu diesem Zeitpunkt weiterhin nur diese 2 der 26 antwortenden Fachgesellschaften entsprechende Empfehlungen ausgearbeitet; als Grund dafür wurden namentlich die fehlenden personellen, fachlichen und finanziellen Ressourcen genannt.

## **Nicht jede/r muss das Rad neu erfinden**

Die vom Ente Ospedaliero Cantonale Ende September 2015 in Lugano durchgeführte Tagung «*Choosing Wi-*

*sely*» hat zwei wichtige Erkenntnisse gebracht: Erstens sind andere Länder bei der Umsetzung dieser Initiative zum Teil wesentlich weiter; zweitens besteht eine grosse Übereinstimmung zwischen den fachspezifischen Top-5-Listen der verschiedenen Länder. Vor diesem Hintergrund hat die SAMW im November 2015 zahlreichen Fachgesellschaften die *Choosing-Wisely*-Liste der US-amerikanischen Schwestergesellschaft zukommen lassen, dies verbunden mit der Bitte, deren Übertragbarkeit auf die Schweiz zu prüfen. Von den 23 kontaktierten Fachgesellschaften haben 16 reagiert; 12 davon haben die amerikanischen Empfehlungen übernommen (teilweise modifiziert), 4 haben eine Übernahme (in der Regel gut begründet) abgelehnt.

Im Hinblick auf die Veröffentlichung dieser Empfehlungen ist das SAMW-Generalsekretariat an die SGAIM gelangt mit der Anfrage, ob es denkbar wäre, diese Empfehlungen unter dem Label *smarter medicine* zu veröffentlichen. Aus dieser Anfrage entstand relativ rasch die Idee, die Aktivitäten im Bereich *Choosing Wisely/smarter medicine* auf eine breitere Basis zu stellen; damit sollten einerseits eine bessere Sichtbarkeit der Initiative und andererseits eine gewisse Kontinuität erzielt werden. Zeitgleich mit der Gründung der Trägerschaft *smarter medicine* werden nun die nächsten Empfehlungen veröffentlicht, nämlich jene der *Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin* (SGI) und jene der *Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie* (SFGG).

## **Die SGI-Empfehlungen sind keine «schwarze Liste»**

Die *Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin* (SGI) ist eine multiprofessionelle Gesellschaft mit über 1000 Mitgliedern aus Ärzteschaft und Pflege; sie hat sich

zum Ziel gesetzt, eine qualitativ hochstehende, umfassende und effiziente Betreuung aller Patienten mit akut lebensbedrohlicher Erkrankung oder Verletzung zu gewährleisten. Der Ansatz *smarter medicine* steht im perfekten Einklang mit diesem Ziel. Dies hat die SGI dazu veranlasst, auf die Anfrage der SAMW positiv zu reagieren. Die SGI hat sich jedoch nicht darauf beschränkt, die amerikanischen Massnahmen *telquel* zu übernehmen. Eine Arbeitsgruppe hat in der Literatur intensivtherapeutische Massnahmen ermittelt, die nach den Kriterien des *American Board of Internal Medicine* potenziell ungeeignet sind. Danach wurden die Mitglieder der SGI befragt, welche dieser Massnahmen am ehesten einer Verbesserung zugänglich wären. Aufgrund dieser Umfrage wurde die endgültige Liste mit neun Massnahmen erstellt und diese anlässlich der Hauptversammlung der SGI im Jahr 2016 diskutiert und verabschiedet. Diese Liste umfasst folgende Bereiche:

1. Sedierung
2. Transfusion
3. Geeignete Pflegemassnahmen
4. Gezielte Antibiotikabehandlung
5. Ergänzende Untersuchungen
6. Parenterale Ernährung
7. Flüssigkeitszufuhr
8. Prophylaxe
9. Einsatz invasiver Instrumente

Die SGI legt Wert darauf, dass es sich bei diesen Empfehlungen nicht um eine schwarze Liste handle. Die Empfehlungen sollen vielmehr eine Grundlage sein zur weiteren Reflexion, «*a cooking book for thinking cooks*». Nicht Rationierung ist das Ziel, sondern Rationalisierung, also die gezielte Verbesserung von Prozessen.

nerabilität auf und leiden an multiplen Krankheiten. Sie sind deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen.

Als Fachdisziplin befasst sich die Geriatrie mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen. Doch auch in anderen Fachdisziplinen, namentlich der Hausarztmedizin, werden zahlreiche ältere Patientinnen und Patienten behandelt. Wenn die *Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie* (SFGG) im Rahmen von *smarter medicine* nun fünf Empfehlungen veröffentlicht, so richtet sie sich damit explizit an die gesamte Ärzteschaft. Es geht letztlich darum, grundlegende Erkenntnisse der geriatrischen Medizin auch in jenen Settings umzusetzen, welche (noch) nicht direkten Zugang zu geriatrischen Fachpersonen haben.

Die Top-5-Liste der Geriatrie spricht folgende Bereiche an:

1. Ernährung von Demenzkranken
2. Einsatz von Antipsychotika bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen
3. Behandlung des Diabetes mellitus
4. Behandlung von Schlafstörungen
5. Behandlung von asymptomatischen Bakteriurien

Der SFGG-Vorstand hat die Empfehlungen der amerikanischen Gesellschaft für Geriatrie im Rahmen einer Vorstandssitzung geprüft und ist dabei zum Schluss gekommen, dass diese auch für die Schweiz relevant und sinnvoll sind. Aus Sicht der SFGG sollten sie in allen Institutionen beachtet werden, die Verantwortung tragen für die Betreuung alter Menschen.

## Ausblick

In den nächsten Monaten werden die Empfehlungen weiterer Fachgesellschaften veröffentlicht. Parallel dazu erscheinen zu ausgewählten Themen auch Patienteninformationen. Patienten und Ärzte sollen so in die Lage versetzt werden, gemeinsam über die adäquate Behandlung zu entscheiden und auf offensichtlich Unnötiges zu verzichten. Das Ziel: *a smarter medicine*.



Korrespondenz:  
Dr. med.  
Hermann Amstad, MPH  
Generalsekretär  
Schweizerische Akademie  
der Medizinischen Wissen-  
schaften SAMW  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7  
CH-3001 Bern  
h.amstad[at]samw.ch

## Die Betreuung alter Menschen ist eine Aufgabe der gesamten Medizin

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird in der Schweiz die Zahl betagter und hochbetagter Menschen in den nächsten Jahren markant zunehmen. Dies stellt auch die Medizin vor grosse Herausforderungen. Ältere Patienten weisen häufig eine hohe Vul-

# Frühzeitige Behandlungsplanung und interprofessionelle Absprachen

André Bürki

Geschäftsführer Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG

*smarter medicine* hat zum Ziel, Über- und Unterversorgung in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden. Sie will schlanke, auf die eng diagnosebezogene Behandlung fokussierte medizinische Dienstleistungen unterstützen. Gelingt dies, gewinnt das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit an Qualität und Kostenbewusstsein.

Dieser Ansatz schliesst nichtärztliche, über die Grundversicherung (KVG/KLV) gedeckte Gesundheitsberufe unbedingt mit ein. Die pflegerischen und therapeutischen Berufe leben von ihrem wirkungsvollen Beitrag zur Unterstützung der Patienten, ihr normales Leben möglichst rasch und umfassend wieder wahrnehmen zu können. *smarter medicine* unterstützt über seinen Ansatz die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen schon nur deshalb, weil das Erreichen der angestrebten Qualitätsdiskussion und eines gesteigerten Kostenbewusstseins dadurch viel effektiver erreicht werden kann.

## Ergotherapie als gutes Beispiel

Am Beispiel der Ergotherapie kann dies verdeutlicht werden: In der Handrehabilitation kann im Planungsgespräch zwischen dem Handchirurgen und der spezialisierten Ergotherapeutin die gleichzeitig zielführendste wie auch kostengünstigste Behandlung nach einer Operation besprochen werden. Die Behandlung erfolgt dort, wo der rascheste Erfolg und das Vermeiden einer Nachoperation am ehesten erzielt werden können.

Die in der psychiatrischen Behandlung spezialisierte Ergotherapeutin kann die Psychiaterin mit ihrem Fachwissen unterstützen, einen optimalen Prozess aller behandelnden Fachpersonen abzustimmen. Ziel ist dabei, eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben den realen Möglichkeiten des Patienten anzupassen, diese mit dem geringstmöglichen Aufwand zu erzielen und

gleichzeitig den Anforderungen der Inklusion gerecht zu werden. Damit kann auch sichergestellt werden, dass in der Wiedereingliederung keine Chancen verpasst werden. Ähnliche Beispiele gibt es ebenfalls in auf Pädiatrie, Geriatrie und Neurologie spezialisierter Ergotherapie.

## Effizienter Behandlungsmix führt zum Ziel

*smarter medicine* ist weit mehr als nur die Veröffentlichung von Listen unnötiger Behandlungen: Frühzeitige Behandlungsplanung und interprofessionelle Absprachen zwischen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungserbringern können eine wirkungsvolle Unterstützung zur Vermeidung unnötiger oder zu aufwendiger Behandlungen, aber auch zur Vermeidung von Unterversorgung sein – im Interesse aller Beteiligten. Für den Patienten kann es den effizientesten und damit am wenigsten zeitaufwendigen Behandlungsmix bedeuten, der geradlinig ans Behandlungsziel führt. Für Therapeutinnen und Therapeuten bedeutet es ein sinnvolles Einbetten in eine interprofessionelle Behandlungskette und damit die Möglichkeit, einen wesentlichen Beitrag zur integrierten Versorgung zu leisten. Für Ärztinnen und Ärzte kann es eine höhere Patientenzufriedenheit und eine langfristig hochwirksame Anerkennung der Krankenversicherungen bedeuten. Und für alle zusammen ist ihr Beitrag zu einer «smarteren Medizin» ein sicherer Reputationsgewinn in der Politik, bei Patientinnen und Patienten und in der breiten Öffentlichkeit.



Korrespondenz:  
André Bürki  
Geschäftsführer  
Schweizerischer Verband der  
Berufsorganisationen im  
Gesundheitswesen SVBG  
Altenbergstrasse 29  
Postfach 686  
CH-3000 Bern  
andre.buerki[at]svbg-fsas.ch

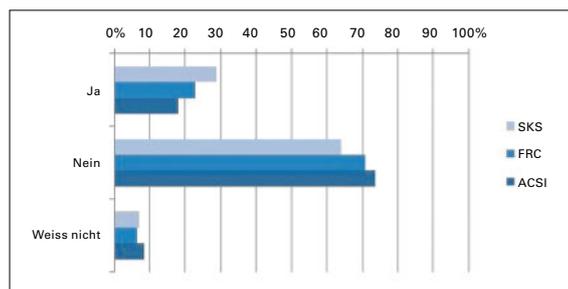
Umfrage zur Überbehandlung

# Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in ist entscheidend

Konsumentenschutz-Organisationen (ACSI, FRC, SKS)

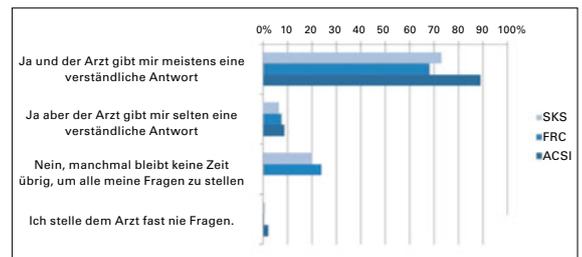
Die detaillierten Resultate der Umfrage sind unter folgenden Links abrufbar: <http://bit.ly/umfrage-ueberbehandlung> <http://bit.ly/sondage-surmedicalisation> <http://bit.ly/sondaggio-sovramedicalizzazione>

Da das Schweizer Gesundheitswesen wenig transparent ist, lässt sich nicht feststellen, wie viele der vorgenommenen medizinischen Massnahmen eigentlich unnötig wären. Das *Bundesamt für Gesundheit* (BAG) vermutet einen Anteil von 20%, unabhängige Experten gehen von 30% oder mehr aus. Durch diese ungerechtfertigten Massnahmen werden Gesundheitsschäden durch unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen sowie hohe zusätzliche Kosten in Kauf genommen. Die Allianz der Konsumentenschutzorganisationen (Associazione Consumatrici e consumatori della Svizzera italiana ACSI, Fédération Romande des Consommateurs FRC, Stiftung für Konsumentenschutz SKS) engagiert sich deshalb seit Jahren für die Vermeidung von unnötigen medizinischen Behandlungen. Im vergangenen Jahr hat sie eine Umfrage unter Konsument/-innen aller drei Sprachregionen durchgeführt. Die Antworten zeigen, dass sich viele der Gefahr unnötiger Behandlungen bewusst sind. Über 23% gaben sogar an, selber schon den Eindruck gehabt zu haben, dass unnötige Behandlungen oder Untersuchungen durchgeführt werden. (Abb. 1)



**Abbildung 1:** Falls Sie in den letzten 2 Jahren in ärztlicher Behandlung waren, hatten Sie den Eindruck, dass unnötige ärztlich verordnete Tests/Untersuchungen durchgeführt werden (z.B. unnötige Wiederholung von Untersuchungen)?

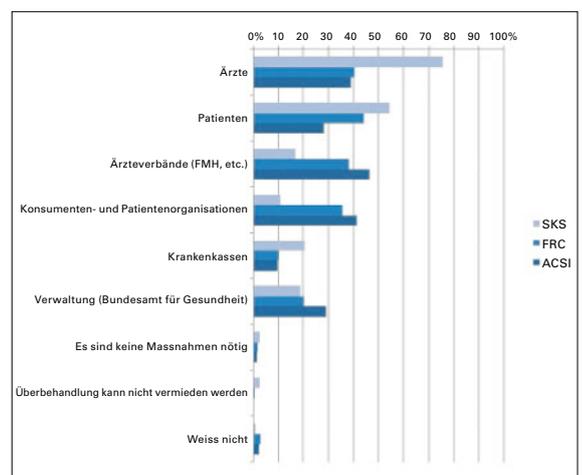
Um Überbehandlung zu vermeiden, ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient entscheidend. Ein Blick auf die Umfrageergebnisse zeigt aber für diesen Bereich noch viel Handlungsbedarf. Fast ein Viertel der Teilnehmer gaben an, dass bei Arztbesuchen nicht genügend Zeit bleibe, um offene Fragen zu klären oder die Ärztin diese nicht verständlich beantwortete. Es ist erfreulich, dass ein grosser Teil der Befragten nicht von solchen Problemen betroffen ist, Handlungsbedarf ist aber definitiv vorhanden (Abb. 2).



**Abbildung 2:** Haben Sie bei Arztbesuchen genügend Zeit, um alle Ihre Fragen zu stellen? (Bitte nur EINE Antwort angeben)

Es stellt sich also die Frage, wer gefordert ist, um an der aktuellen Situation etwas zu ändern. Die Verantwortung für die Vermeidung unnötiger medizinischer Massnahmen sehen die Befragten nicht nur bei Ärzten und Patienten. Auch Ärzteverbände, Patienten- und Konsumentenorganisationen und die Politik stehen demnach in der Verantwortung. Bei dieser Aussage bestehen jedoch gewisse Unterschiede zwischen den Landesteilen:

Während Deutschschweizer vor allem Ärzte und Patienten in der Verantwortung sehen, betonen Personen aus der Romandie und dem Tessin auch die Rolle von Ärzteverbänden, Konsumenten- und Patientenorganisationen und dem BAG (Abb. 3).



**Abbildung 3:** Auch in der Schweiz sind unnötige medizinische Massnahmen ein Thema. Wer muss Ihrer Meinung nach hauptsächlich dazu beitragen, dass solche Überbehandlungen vermieden werden können? (Bitte höchstens ZWEI Antworten angeben)?



Korrespondenz:  
Stiftung für  
Konsumentenschutz SKS  
Monbijoustrasse 61  
Postfach  
3001 Bern  
info[at]  
konsumentenschutz.ch

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 erheben 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 verharmlösen. Möglicherweise handelt es sich hier um Abwehr, aber auch um ein Wissensengstänndnis. 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 Stadtspital 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 Krankenpflegesschulen 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*

## Kein politischer, technokratischer oder administrativer Druck

# Es braucht ein breites Expertennetz

Jean-Michel Gaspoz

Co-Präsident Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM

In einem 2010 erschienenen Leitartikel reagierte der Ethiker Howard Brody heftig auf eine Erklärung der *American Medical Association*, wonach Ärzt/-innen keine weiteren finanziellen Anstrengungen zur Förderung der US-Gesundheitsreform («Obamacare») unternehmen könnten [1]. In diesem Zusammenhang schlug er vor, dass jedes medizinische Spezialgebiet eine Top-5-Liste der diagnostischen Tests oder Therapien aufstellt, die zwar weit verbreitet sind, aber laut neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen den meisten Patient/-innen keinen Nutzen bringen. Im Anschluss an diesen Leitartikel rief die *American Board of Internal Medicine Foundation* die *National Physicians Alliance* ins Leben und beauftragte sie mit der Aufstellung der ersten Top-5-Listen im Bereich der Inneren und der Hausarztmedizin. Diese Initiative wurde weitgehend begrüsst und schon bald vom *American College of Physicians* unter dem Namen «*Choosing Wisely*» übernommen. Seither haben über 70 medizinische Fachgesellschaften zu den Top-5-Listen auf der Website von *Choosing Wisely* ([www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)) beigetragen. Das vorrangige Ziel dieser Website ist die Förderung des Austauschs zwischen Ärzt/-innen und den Patient/-innen, die nun über die wissenschaftlichen Grundlagen der erteilten Empfehlungen informiert sind.

### Zeigen Empfehlungslisten konkrete Auswirkungen?

Im Jahr 2014 veröffentlichte die damalige *Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin* (SGIM) unter der Überschrift *smarter medicine* die ersten schweizerischen «Top 5» im Bereich der ambulanten Medizin. 2016 setzte die neue *Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin* (SGAIM) diese Pionierarbeit fort, indem sie die erste Liste im Spitalbereich veröffentlichte.

Die Auswirkung der Top-5-Listen auf die Gesundheitskosten oder Verschreibungspraktiken ist bis auf bestimmte spezifische Tests nur schwer messbar. Neben der Finanzierung der *smarter medicine*-Kampagne investierte die SGAIM auch in ihre Evaluierung. Da es an Datenbanken mangelt, die Veränderungen der Verschreibungspraktiken in der Schweiz – insbesondere

aufgeschlüsselt nach medizinischen Fachrichtungen – verdeutlichen könnten, sind solche Analysen schwierig. Allerdings zeigt eine vorläufige Studie, die von der *Policlinique Universitaire Lausanne* mit Unterstützung der SGAIM durchgeführt worden ist, dass 58% der Befragten die *smarter medicine*-Kampagne kannten. In der Deutschschweiz lag der Anteil sogar bei 70% [2]. Aus einer Studie mit grösserem Erhebungsumfang ergeben sich noch höhere Bekanntheitswerte der *smarter medicine* in der Schweiz: Durchschnittlich 69% schweizweit, darunter 81% in der Deutschschweiz, aber nur 49% in der Romandie [3]. Die Zustimmung zu den Empfehlungen der Top-5-Liste von *smarter medicine* in der ambulanten Medizin lag zwischen 8,5 und 9,0 von 10. Der Anteil der Ärzt/-innen, die angaben, dass sie in der Praxis selten von den Empfehlungen der SGAIM abweichen, lag bei 67 bis 74%, was die Nichtverschreibung anbelangt von Antibiotika gegen Infekte der oberen Luftwege, den Verzicht auf systematisches präoperatives Thoraxröntgen, die Vermeidung einer bildgebenden Diagnostik der Lendenwirbelsäule bei Patienten mit akuten Lumbalgien ohne Alarmzeichen oder den Verzicht auf die Messung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA), wenn zuvor nicht die Risiken und der Nutzen dieses Tests zusammen mit dem Patienten abgewogen wurden. In Bezug auf den Punkt «Weiterführen einer Langzeit-Pharmakotherapie bei gastrointestinalen Symptomen mit Protonen-Pumpenblockern ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis» fiel dieser Anteil jedoch auf 33%. Als Gründe für die Nichteinhaltung der Empfehlungen wurden in diesem Fall vor allem die Wünsche der Patienten oder die Erwartung, dass ein anderer Kollege diese Therapie ohnehin verschreiben würde, angeführt. In den USA wurden die gleichen Gründe sowie die Angst vor einer Klage wegen eines Kunstfehlers genannt.

### Restriktiver Druck führt zur Verweigerung

Die Kampagne *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) in Grossbritannien steht symbolhaft für ein Scheitern wegen sehr restriktiver Kriterien und übermässigem Druck [4]. Liam Donaldson, der 2005 als

britischer *Chief Medical Officer* fungierte, entschied, dass die NICE-Empfehlungen als Kriterien des *National Health Service* herangezogen würden, um Interventionen auslaufen zu lassen, die nicht mehr als angemessen oder wirksam gelten oder angesichts ihrer Kosten keinen Mehrwert bringen. Andy Burnham, der damalige Gesundheitsminister, zog nach und beauftragte NICE, 2006 ein Projekt namens «*Pilot Ineffective Treatments Program*» auf die Beine zu stellen. Zahlreiche Probleme traten auf: Die Gegner von NICE warnten vor den Verzerrungen, die entstehen, wenn der Wert einer Intervention im Verhältnis zum Bevölkerungsdurchschnitt beurteilt wird, während diese Intervention einem Einzelpatienten nützen könnte. Die betroffenen Ärzt/-innen monierten, dass eine Intervention schon darunter leiden würde, wenn sie potenziell eingestellt werden könnte, obwohl dies noch nicht definitiv ist. Volkswirtschaftler/-innen führten an, dass die Aufgabe einer Intervention höhere Kosten nach sich ziehen könnte, wenn sie durch eine teurere Alternative ersetzt werden müsste. NICE kam daher zu dem Schluss, dass die Ausarbeitung von Leitlinien die beste Lösung wäre, um mögliche Ausstiegsszenarien zu finden, und beauftragte die *Cochrane Collaboration* mit der Aufstellung von Empfehlungen darüber, was vermieden werden sollte.

Die Lehren, die man aus NICE ziehen kann, zeigen wie ähnliche Erfahrungen in anderen Ländern, dass zu viel politischer, technokratischer oder administrativer Druck Strategien zur Reduzierung unnötiger Tests oder medizinischer Verfahren gefährden können. Solche Regeln oder zu strenge Regulierungsaufgaben

stets beträchtliche Kontroversen und Widerstände hervor, womit es eher unwahrscheinlich wird, dass sie akzeptiert werden und eine wesentliche Senkung der Gesundheitskosten bewirken. Im Gegensatz dazu können Meinungsführende – ob Ärzt/-innen, Spitzenforscher/-innen oder Ethiker/-innen – einen Unterschied ausmachen. Howard Brodys Leitartikel im *New England Journal of Medicine* bleiben unvergessen [1]. Letztendlich wird nur ein breites Expertennetz unter Einbeziehung aller betroffenen Akteure in der Lage sein, die Nachricht zu verbreiten, dass Tests oder medizinische Verfahren, die keinen Mehrwert für Patient/-innen haben und mehr Risiken als Vorteile sowie ungerechtfertigte Kosten nach sich ziehen können, aufgegeben werden sollten, wobei der Leitgedanke gilt, dass die Patient/-innen «*the right care, at the right time, in the right way*» erhalten.

#### Hinweis

Der ganze Text von Prof. Dr. Jean-Michel Gaspoz wurde im Themenheft «Medizin und Ökonomie», *Therapeutische Umschau*, 1/2017, publiziert.

#### Literatur

- 1 Brody H. Medicine's ethical responsibility for Health Care Reform – The Top Five List. *N Engl J Med*. 2010;362:283–5.
- 2 Selby K, Cornuz J, Cohidon C, Gaspoz JM, Senn N. Acceptability and self-reported adherence to the Smarter Medicine «Top 5» list among family physicians of the SPAM network. *Forum Medical Suisse, supplément pour abstracts*, 2016.
- 3 Cohidon Christine, Selby Kevin, Cornuz Jacques, Gaspoz Jean-Michel, Senn Nicolas. «Smarter Medicine» dans le domaine ambulatoire: opinions et pratiques des médecins de famille et formation des futurs praticiens. *Rev Med Suisse*. 2017;13:285–7.
- 4 NICE Disinvestment project plan, 20 February 2006: [http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare//seniormanagementteam//meetings/2006/21february2006/disinvestment\\_project\\_plan\\_20february2006\\_version1.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare//seniormanagementteam//meetings/2006/21february2006/disinvestment_project_plan_20february2006_version1.jsp).

#### Korrespondenz:

Prof. Jean-Michel Gaspoz  
Médecin-chef de service  
Hôpitaux universitaires de  
Genève HUG  
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4  
1205 Genève  
Jean-Michel.Gaspoz[at]  
hcuge.ch

#### Fortsetzung von Seite 11

aus. In gewissen Spezialitäten und Regionen der Schweiz gibt es aber tatsächlich Hinweise, dass eine Über- oder Fehlversorgung bestehen könnte, wobei deren Definition nicht ganz einfach ist. Ein Hinweis hierfür sind *variations of care* zwischen verschiedenen geographischen Regionen, die sich nicht einfach durch demografische Unterschiede erklären lassen.

EZ: Ich halte den Begriff der «Überversorgung» ebenfalls für falsch. Bei einer unnötigen Leistung, die sogar schaden kann, handelt es sich nicht um eine Überversorgung, sondern schlicht und einfach um eine Fehlversorgung, die leider ausgewiesen ist.

#### Was bedeuten die zehn Massnahmen der beiden Top-5-Listen für die Krankenkassen? Besteht die

#### Gefahr, dass diese bestimmte Leistungen nicht mehr abgelten?

CAM: Diese Empfehlungen haben a priori mit den Krankenkassen nichts zu tun. Allerdings ist es die Pflicht und Verantwortung derjenigen, die unser Gesundheitssystem finanzieren, sicherzustellen, dass das viele in unser Gesundheitssystem investierte Geld auch für den Patienten optimal und zielführend eingesetzt wird. Hierfür gibt es international etablierte Vorgehensweisen wie zum Beispiel das *Health Technology Assessment*, das in der Schweiz vom *Swiss Medical Board* und bald auch vom *Bundesamt für Gesundheit* (BAG) vertreten werden wird, um hierauf Einfluss zu nehmen.

EZ: Das sehe ich gleich: Für die Krankenversicherungen haben diese Listen keine direkte Bedeutung.

#### Korrespondenz:

Bruno Schmucki  
Verantwortlicher Bereich  
Administration und  
Kommunikation  
Schweizerische Gesellschaft  
für Allgemeine Innere  
Medizin SGAIM  
Monbijoustrasse 43  
Postfach  
CH-3001 Bern  
bruno.schmucki[at]sgaim.ch

## 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 Patienten<sup>1</sup>. 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](http://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](http://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-

<sup>1</sup> 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 «Missstände» 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 Gelesen.

#### 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 (ZEFO)* 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

## Wie lässt sich die Qualität verbessern?

# Von der Standardisierung zur patientenorientierten Medizin

Johannes Brühwiler

Präsident der Arbeitsgruppe Qualität der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM

Die Arbeitsgruppe Qualität der SGAIM hat in einem intensiven Prozess analysiert, was die Besonderheiten und Herausforderungen der Allgemeinen Inneren Medizin ausmacht. Schnell wurde klar, dass Multimorbidität, chronische Erkrankungen und hochbetagte Patienten eine eigenständige Betrachtungsweise erfordern.

Das enorme Wissen über Krankheiten, das einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen ist, steht der individuellen Situation des Patienten gegenüber. Aus vielen Publikationen und unserer eigenen Erfahrung wissen wir, dass Qualität nicht eine statische Grösse ist, sondern ein dynamischer Entwicklungsprozess, der laufend überprüft werden muss. Aus diesen Gegebenheiten hat die Arbeitsgruppe Qualität der SGAIM einen Prozess entwickelt, der einerseits das vorhandene Wissen über Krankheiten einbringt, dann aber den Patienten ins Zentrum stellt und eine systematische und zielorientierte Qualitätsentwicklung ermöglicht.

### Guidelines individuell anpassen

Guidelines stehen seit vielen Jahren im Fokus der Qualitätsdiskussion. Sie stellen das gegenwärtig verfügbare Wissen über Krankheiten zur Verfügung. Guidelines beziehen sich auf Krankheiten. Die Erkenntnisse werden mittels statistischer Verfahren anhand von Untersuchungen grösserer und häufig auch selektiver Patientenkollektive gewonnen. Die Statistik hilft, vom Einzelfall zu allgemeineren Aussagen zu kommen. Die Situation des individuellen Patienten wird abstrahiert. Die Problematik der Erstellung von Guidelines wurde bereits vielfach diskutiert und soll hier nicht weiter abgehandelt werden.

In der Praxis sitzt uns jedoch ein individueller Patient gegenüber, mit seinen spezifischen Voraussetzungen, welche die Optionen zur Krankheitsbehandlung modifizieren. Ein Beispiel mag die Problematik verdeutlichen: Der Patient hat Diabetes mellitus Typ II, eine Krankheit, die im Fokus vieler Qualitätsbemühungen steht. Entsprechend existieren klare Anweisungen (*standard operation procedures*), wie diese Krankheit zu

behandeln ist. Unser spezifischer Patient Herr Muster ist stark übergewichtig, deshalb hat sich bei ihm der Diabetes entwickelt. Übergewichtig ist er, weil er ein starker Trinker ist. Das macht es ihm auch schwer, Vereinbarungen und Termine einzuhalten. Für den Arzt stellt sich nun die Frage, wo in der langfristigen Behandlung anzusetzen ist. Es ist klar, dass eine strukturierte Behandlung – wie in den Leitlinien Diabetes vorgesehen – nicht umzusetzen ist. Die Behandlung muss die Alkoholabhängigkeit priorisieren, um eine Chance auf eine Verbesserung zu bieten. Entsprechend wird der Arzt die Leitlinien im Hinblick auf die Situation des Patienten modifizieren.

Ebenfalls vielfach diskutiert ist das Problem multipler Guidelines, die beim gleichen multimorbiden Patienten zur Anwendung gelangen sollten. Multiple Guidelines beim gleichen Patienten können zu einer erheblichen Gefährdung führen, wenn sie nicht konsequent auf die spezifische Situation des Patienten adaptiert werden.

### Shared decision making: Ziele des Patienten beeinflussen Behandlung

Die Leitlinien müssen dem individuellen Patienten angepasst werden. Dies erfolgt in einem gemeinsamen Prozess, der die individuelle Situation des Patienten einbezieht. Insbesondere bei chronisch Erkrankten und Hochbetagten muss eruiert werden, was eigentlich die Ziele und Vorstellungen des Patienten sind. Die Antwort von Herrn Muster auf die Frage, was seine Ziele sind, wird sein: «ich möchte ohne Chemie leben und eine Spritze kommt schon gar nicht in Frage». Das heisst wir müssen mit dem Patienten seine Situation realistisch klären. Diskussionen über Chancen und Risiken sind mit möglichst neutraler Information

zu unterstützen. Gerade zur Risikokommunikation gibt es viele Untersuchungen, die zeigen, dass das Ausmass selten richtig eingeschätzt wird [1]. Wenn es uns gelingt, die Erwartungen des Patienten und seine Lebensziele mit den Risiken und Chancen einer Behandlung in Übereinstimmung zu bringen, dann haben wir eine gute Basis für eine Begleitung des Patienten; sei es mit einer konsequenten Behandlung oder allenfalls auch mit einem Verzicht auf darauf. Die Entscheidungen werden geteilt, immer im Hinblick auf die individuellen Ziele des Patienten. Die Leitlinien liefern lediglich die Grundlagen, was bei einer entsprechenden Krankheit möglich und zu erwarten ist.

Der beschriebene Prozess kann sehr aufwendig und manchmal für Patient und Arzt belastend sein. Er kann nicht in jeder Situation gleich geführt werden. Es gibt immer wieder sprachliche und auch kulturelle Hindernisse. Immerhin gibt es in der Schweiz für viele Sprachen und Kulturen Informationsmaterial, auch sind Anlaufstellen für transkulturelle Schwierigkeiten vorhanden. In einfachen und eindeutigen Situationen wird der Arzt einen Behandlungsvorschlag machen, der ja meist akzeptiert wird.

### Zieldefinition und Therapieplanung

Wenn nun im gemeinsamen Entscheidungsprozess geklärt wurde, was die Erwartungen und die Möglichkeiten des Patienten sind und was realistischerweise von der Medizin und vom Arzt bzw. den betreuenden Personen angeboten werden kann, dann wird im nächsten Schritt ein Therapieplan erstellt. Dabei wird festgehalten, welches Ziel in welcher Zeit erreicht werden kann. Allzu oft hören wir zum Beispiel: «Ich werde in 4 Wochen 20 kg abnehmen». Realistischer wären 4 kg in 6 Monaten. Ziele sollten erreichbar und eindeutig messbar sein, Zwischenziele sind oft hilfreich. Im bes-

ten Fall vermag der Patient sein Ziel selbst zu formulieren, vielleicht braucht er etwas Unterstützung dazu.

### Zielerreichung und Qualitätsverbesserung

Wir haben nun ein gemeinsam erarbeitetes Ziel mit einem Zeithorizont. Dann lässt sich zu diesem Zeitpunkt eruieren, wie weit das Ziel erreicht wurde. Wenn es erreicht wurde, wird über ein neues Ziel diskutiert, oder aber das Aufrechterhalten des bisherigen Zustandes mag bereits ein Erfolg sein. Wenn wir nicht am Ziel sind, haben wir eine optimale Gelegenheit, die Ursache zu diskutieren. Allenfalls haben sich die Ziele des Patienten geändert oder wir sollten Änderungen an der Behandlung vornehmen. Damit sind wir in einem klassischen Qualitätsverbesserungszyklus. Die Ausgangslage für diese Verbesserung ist sehr gut, weil der Patient von vornherein in den Prozess einbezogen wurde. Die Messung der Zielerreichung in diesem Prozess liefert ein realistisches Mass der erreichten Qualität, weil die Sicht des Patienten und seine Situation massgeblich eingeflossen sind.

### Ausblick

Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualität ist bewusst, dass wir einen idealisierten Prozess beschreiben. Wir haben deshalb in diesem Artikel ein konkretes Beispiel durchgearbeitet. Das Modell ist nicht an ein spezifisches Fachgebiet gebunden und lässt sich ambulant und stationär anwenden.

### Literatur

- 1 Gigerenzer G. Risiko, wie man die richtigen Entscheidungen fällt. C. Berthelsmann Verlag, München 2013.

---

Korrespondenz:  
Dr. med. Johannes Brühwiler  
Facharzt FMH  
für Innere Medizin  
Klosbachstrasse 123  
8032 Zürich  
johannes.bruehwiler[at]  
hin.ch

## Multimorbide Patienten in der AIM: Leitlinien anpassen und umsetzen

# Entwurf neuer Leitlinien

Jacques Donzé

Leitender Arzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Bern

Die Behandlung multimorbider Patienten ist ohne Zweifel eine der grossen Aufgaben, vor denen die Medizin heute steht. In den letzten 45 Jahren ist die Lebenserwartung um über zehn Jahre gestiegen und liegt in der Schweiz nunmehr bei durchschnittlich knapp 83 Jahren. Die 65-Jährigen haben also eine Lebenserwartung von fast 20 Jahren, die Hälfte davon bei guter Gesundheit [1]. Daraus folgt, dass ältere Menschen immer mehr Zeit haben, nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten zu entwickeln. Schätzungen zufolge leiden in der Schweiz mehr als drei Viertel der über 75-Jährigen an mindestens zwei chronischen Krankheiten [2].

Besonders spürbar wirkt sich die Multimorbidität älterer Patienten in der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) aus: Auf diesem Fachgebiet, sei es bei Patienten in der Arztpraxis oder im Spital, sind beinahe 90% der Patienten multimorbid [3, 4]. Die Multimorbidität geht mit vielfältigen unerwünschten Ereignissen einher, etwa mit Behandlungskomplikationen (bedingt durch die gleichzeitige Einnahme zahlreicher Medikamente), der Abnahme der funktionellen Unabhängigkeit, psychischem Stress, dem Anstieg vermeidbarer Hospitalisierungen und anderer Gesundheitsleistungen, der Verringerung der Lebensqualität und auch mit einem Anstieg der Mortalität [5–10]. Für einen Patienten mit vier chronischen Krankheiten besteht gegenüber einem Menschen ohne chronische Krankheit ein hundertmal höheres Risiko, hospitalisiert zu werden [7].

Das Gesundheitswesen ist jedoch auf ein «monopathologisches» Modell ausgerichtet, in dem der Multimorbidität wenig oder unangemessen Rechnung getragen wird. Auch die Empfehlungen für die klinische Praxis sind beinahe ausnahmslos auf monopathologische Patienten ausgelegt. Diese evidenzbasierten Empfehlungen werden immer öfters von Spezialisten oder «Hyperspezialisten» verfasst und spiegeln darum immer weniger den Alltag der Allgemeininternisten in der Arztpraxis oder im Spital wider. Die Allgemeininternisten behandeln also einerseits Patienten mit verschiedenen chronischen Krankheiten und Behandlungspräferenzen, andererseits stehen ihnen Empfehlungen für monopathologische Patienten zur Verfügung, welche die Komorbiditäten nicht berücksichtigen und somit oftmals schwer umsetzbar sind. Diese Vorbehalte hat C. Boyd mithilfe des Falles einer 79-jährigen, multimor-

biden Patientin anschaulich illustriert: Wenn man die Leitlinien für jede ihrer Krankheiten befolgt, müsste sie zwölf Medikamente in 19 Dosierungen sowie eine komplexe nichtmedikamentöse Therapie erhalten [11]. Je komplizierter und massiver allerdings die Behandlung, desto mehr steigt das Risiko mangelnder Compliance und unerwünschter Ereignisse (Stürze, Kognitionsstörungen, Nebenwirkungen der Medikamente).

### Wie können Allgemeinmediziner bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden?

Wie kann man also – angesichts der unüberschaubaren Zahl möglicher Kombinationen chronischer Krankheiten – die Allgemeinmediziner dabei unterstützen, ihre Entscheidungen zu treffen und die empirisch erbrachten Nachweise der Wirksamkeit bestmöglich in die Therapie multimorbider Patienten einzubeziehen?

Betrachten wir das Beispiel eines Patienten, der im Zusammenhang mit einem metabolischen Syndrom an Gicht leidet. Zusätzlich zum Diabetes wurden eine chronische Niereninsuffizienz und eine postischämische Herzinsuffizienz festgestellt. Üblicherweise richten die Studien und Leitlinien das Hauptaugenmerk auf die optimale Behandlung einer Patientengruppe, ungeachtet ihrer Begleitkrankheiten, und betrachten die «weniger guten» Therapien bestenfalls als zweitrangig. Im Falle der Gicht liegen zudem nur sehr wenige Vergleichsstudien vor, wodurch die Entscheidungen noch schwieriger sind. Die Leitlinien legen ihrerseits den Schwerpunkt auf jene Therapie, die am besten geeignet scheint, um einen ausschliesslich an Gicht leidenden Patienten wirksam zu behandeln: Manche empfehlen nichtsteroidale Antiphlogistika, andere eher Kortikoide. Angesichts der Komorbiditäten sollte jedoch die Verschreibung dieser beiden Wirkstoffklassen bei unserem hypothetischen Patienten Fragen hinsichtlich des Risikos von Komplikationen aufwerfen: Aufgrund des Vorliegens von Bluthochdruck, Diabetes, Herz- und Niereninsuffizienz sind nichtsteroidale Antiphlogistika und Kortikoide zumindest teilweise kontraindiziert. Die Guidelines geben jedoch keine Auskunft über die Entscheidungen, die im Falle multimorbider Patienten zu treffen sind, und lassen die Ärztinnen und Ärzte im Endeffekt al-

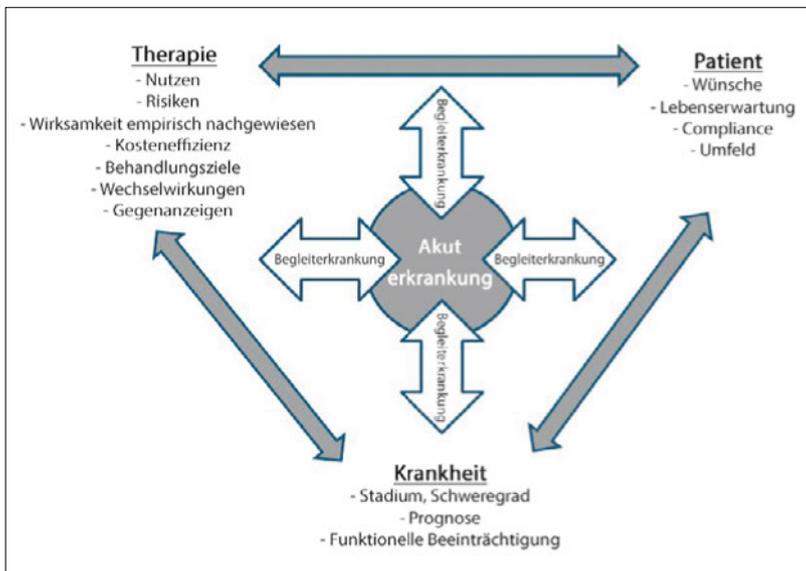


Abbildung 1: Probleme der Entscheidungsfindung beim multimorbiden Patienten.

lein, ohne eine echte Entscheidungshilfe zu geben. Diese Probleme bei der Entscheidungsfindung beim multimorbiden Patienten sind in Abbildung 1 dargestellt.

### Die vorliegenden Guidelines sind für den Grossteil alter, multimorbider Patienten nicht anwendbar

Angesichts dieser Herausforderung und im Hinblick auf die Verbesserung der Behandlungsqualität hat sich die Kommission Qualität der SGAIM dieses Problems angenommen. Um die Qualität der Behandlung in der AIM zu verbessern, musste unserer Ansicht nach zuerst gewährleistet sein, dass passende Leitlinien zur Verfügung stehen. Bald wurde jedoch klar, dass bis zu diesem Ziel noch Mängel zu beheben sind: Erstens ist keine Organisation für die Erstellung von Guidelines speziell für die Schweiz zuständig. Auch wenn oftmals die amerikanischen oder europäischen Leitlinien angewandt werden, scheint in manchen Fällen eine Anpassung an Schweizer Verhältnisse nötig. Zweitens sind die verfügbaren Leitlinien für die grosse Mehrheit der multimorbiden, älteren Patienten in der AIM nicht anwendbar. Diese Mängel müssen also behoben werden, wenn man die Qualität der internistischen Behandlung in der Schweiz anheben möchte.

Es wäre folglich ebenso innovativ wie sinnvoll für die tägliche Praxis, über Guidelines zu verfügen, welche die Multimorbidität berücksichtigen. Wir haben uns also konkret mit den Strategien beschäftigt, mithilfe derer man solche Leitlinien ausarbeiten kann. Da die Zahl möglicher Krankheitskombinationen schier un-

endlich ist, kann nicht für jede dieser Kombinationen eine Entscheidungshilfe geboten werden, vielmehr muss das Augenmerk auf jenen Kombinationen liegen, die am häufigsten vorkommen. Van den Bussche hat beispielsweise herausgefunden, dass über 50% der multimorbiden, älteren Patienten an mindestens drei der folgenden Krankheiten leiden: Diabetes, Bluthochdruck, Hyperlipidämie, koronare Herzkrankheit, chronische Lumbalgie, Arthrose [12]. Leitlinien auszuarbeiten, die ausschliesslich diese häufigen Komorbiditäten in Betracht ziehen, ist jedoch nicht in allen Fällen sinnvoll. Vielmehr scheint es zweckmässig, für jede Krankheit jene Komorbiditäten zu berücksichtigen, die meist mit ihr einhergehen und/oder die grössten Schwierigkeiten bei der Entscheidung verursachen. Ausserdem müssen die Kontraindikationen jeder Behandlungsmöglichkeit eindeutig genannt werden, damit die Ärztinnen und Ärzte jene Therapie auswählen können, die sich am besten unter den gegebenen Umständen eignet.

Vor diesem Hintergrund wurde eine erste Leitlinie ausgearbeitet. Als Pilotprojekt wurde die Gicht ausgewählt, da es auf diesem Gebiet an Guidelines mangelt und sie im ambulanten und stationären Bereich eine hohe Prävalenz aufweist. Diese Leitlinie umfasst folgende Rubriken: 1) Key Points; 2) Prävalenz und Symptome; 3) Diagnosemessungen und -kriterien; 4) Behandlungsalgorithmus; 5) Kurzfassung der wichtigsten Therapien einschliesslich deren Unterschiede und Kontraindikationen; 6) Indikationen und Kontraindikationen der Therapien in Abhängigkeit der häufig mit der Krankheit einhergehenden Begleitkrankheiten; 7) Literatur. Die Leitlinie soll auf wenigen Seiten die zentralen Informationen kurz zusammenfassen, über die der Allgemeininternist verfügen muss, um in Abhängigkeit von den besonderen Umständen jedes Patienten die bestmögliche Entscheidung zu treffen.

### Bis zu 90% der multimorbiden Patienten werden von Studien ausgeschlossen

Wodurch können wir insgesamt erreichen, dass die Guidelines in Zukunft besser für unsere multimorbiden Patienten anwendbar sind? Erstens müssen multimorbide Patienten in randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen werden, da bisher nur eine geringe Zahl in diese Studien, welche die Evidenz für die Guidelines liefern, eingeschlossen wird. In der Tat werden bis zu 90% der multimorbiden Patienten von den randomisierten kontrollierten Studien, die in den angesehenen Fachzeitschriften veröffentlicht werden, ausgeschlossen [13]. Die Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die Gruppe der multimorbiden, älteren Patienten

Fortsetzung auf Seite 22

## Die Tessiner *Choosing-Wisely-Initiative*

# Eine positive Entwicklung, die auf Transparenz gründet

Rosaria Del Giorno<sup>a</sup>, Angela Greco<sup>b</sup>, Luca Gabutti<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servizio di medicina interna, Ospedale Regionale di Bellinzona, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona

<sup>b</sup> Servizio qualità e sicurezza dei pazienti, Ospedale regionale di Locarno, Ente Ospedaliero Cantonale, Locarno

Wenn man in gesundheitspolitischen Fragen das Augenmerk auf Länder mit liberalem Wohlfahrtssystem und hohem Technologisierungsgrad lenkt, bemerkt man das wachsende Interesse in diesen Staaten an Strategien, die darauf abzielen, die Verschwendung im Gesundheitswesen und den unnötigen Einsatz diagnostischer und therapeutischer Massnahmen zu bekämpfen [1].

Die lange vom Gedanken «*More is better*» geleitete Philosophie der Sozialpolitik und des Gesundheitswesens wird zunehmend unter das Motto «*Less is more*» gestellt [2]. Die in dieser Hinsicht international erfolgreichste Initiative ist die Kampagne *Choosing Wisely*, die von der *American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation* gestartet wurde. Mithilfe von *Choosing Wisely* soll die angemessene und hochwertige medizinische Behandlung, in deren Mittelpunkt die Patienten und deren Bedürfnisse stehen, gefördert werden; das heisst eine Betreuung mit günstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis [3]. Das Hauptanliegen der Initiative ist die Förderung eines Gesundheitssystems, das für die Patienten sinnvoll und gewinnbringend ist, sie aber auch aktiv einbindet [4].

Die Schweiz hat sich an der *Choosing-Wisely-Initiative* mit zwei verschiedenen, doch sich ergänzenden Projekten beteiligt.

Das eine – *smarter medicine* – wurde von der *Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)* initiiert [5].

Das zweite Projekt wurde innerhalb des Verbunds öffentlicher Krankenhäuser im Tessin (*Ente Ospedaliero Cantonale, EOC*) umgesetzt. Im Juni 2013 wurde es in fünf Akutspitälern gestartet [6, 7].

Mit dieser Kampagne wurde es möglich, die Angemessenheit bestimmter Medikamentenverschreibungen sowie labormedizinischer und radiologischer Untersuchungen zu evaluieren. Die fünf Empfehlungen, die von den Mitgliedern des Verbunds vorgeschlagen wurden, stehen im Einklang mit der *Choosing-Wisely-Strategie*. Sie wurden veröffentlicht und den Mitarbeitern in Gesundheitsberufen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Qualitätsverantwortliche, Verwaltungsangestellte) übermittelt. Zudem wurde ihre Wirksam-

keit mithilfe einer innovativen Methode evaluiert, die auf drei Grundelementen baut: Kontinuierliches Monitoring, *Benchmarking* und Transparenz (alle betroffenen Mitarbeiter hatten uneingeschränkten Zugang zu Monitoringdaten und konnten Vergleiche mit anderen Spitälern des Verbunds anstellen).

Vor diesem Hintergrund konnten drei *Vorher-Nachher-Studien* umgesetzt werden, die sich mit medikamentösen Behandlungen (Benzodiazepine, atypische Neuroleptika, Protonenpumpenhemmer) und der Verschreibung von Laboruntersuchungen befassten.

## Die Umsetzung der Negativempfehlungen scheint noch unzureichend

Abseits der oben genannten Projekte scheint die Umsetzung der Negativempfehlungen (das heisst die Massnahmen, die nicht ergriffen werden sollten), die *Choosing Wisely* und vergleichbare Initiativen vorgeschlagen haben, noch unzureichend [8].

Die mangelhafte Umsetzung der Empfehlungen wird verdeutlicht, wenn man die finanziellen Ressourcen für überflüssige Behandlungen und die Bandbreite des Einsatzes diagnostischer und therapeutischer Ressourcen von verschiedenen Spitälern, Regionen und Gesundheitsdienstleistern, die dieselben Leistungen anbieten, analysiert; dies wurde schon mehrmals dokumentiert [9, 10]. Die Unterschiede, die durch diese Variabilitätsanalysen nachgewiesen wurden, sind in manchen Fällen extrem und können als indirekter Hinweis auf die mangelnde Eignung der Verschreibungspraxis gelten. Solche Analysen sind sehr wichtig und sinnvoll, um Bewusstsein zu schaffen, einen selbstkritischen Prozess in Gang zu bringen und dadurch schliesslich eine Veränderung der Verschreibungsstrategie und -praxis zu bewirken.

Der Verzicht auf ungeeignete Verschreibungsgewohnheiten geht im Idealfall mit einem bewussten Wachstumsprozess einher, einem positiven Verstärkungseffekt, der folgende Faktoren umfasst: Die gute Kenntnis der wissenschaftlichen Daten; das Bewusstsein, dass die Verschreibungsgewohnheiten dazu neigen, sich einzunisten; das Wissen um den potenziellen Einfluss,

der von vorgefassten Meinungen, therapeutischem Optimismus sowie von wirtschaftlichen, persönlichen und sozialen Interessenskonflikten ausgeht. Dieser Prozess soll schrittweise zur Optimierung der Patientenbetreuung führen (Abb. 1).

Die Strategie, die vom Tessiner EOC-Verbund angewandt wurde, zielte von Beginn an auf eine bessere Einhaltung der vorgeschlagenen Empfehlungen ab und basiert auf einem multimodalen Vorgehen:

- Schulungsmassnahmen;
- Einsatz eines speziell entworfenen Computerprogramms mit der Bezeichnung *Reporting Wisely*, das auf drei Hauptelementen gründet: Transparenz, kontinuierliches Monitoring und *Benchmarking*.

Grundlage der Schulungsmassnahmen waren regelmässige Treffen zwischen den betroffenen Mitarbeitern und den Initiatoren des Projekts. Die Treffen wurden gemäss dem Grundsatz *Audit and Feedback*

organisiert und zielten auf die Vermittlung dreier zentraler Elemente ab:

- Die Bedeutung einer von allen Akteuren getragenen Behandlungsentscheidung im Einklang mit den Grundsätzen und der Philosophie von *Choosing Wisely* und des *shared decision making* (das bedeutet, den Patienten alle nützlichen Informationen zur Verfügung zu stellen, um die bestmögliche Behandlungsstrategie zu finden, und das Verhältnis zwischen Risiko und Nutzen sowie die Werte, Wünsche und Überzeugungen der Patienten in Betracht zu ziehen);
- Die Vorteile, uneingeschränkt auf die Monitoringdaten zuzugreifen, und jederzeit das Aufkommen potenziell ungeeigneter Verschreibungspraktiken zu erkennen und folglich die passenden Gegenmassnahmen frühzeitig einzuleiten;
- Die Wichtigkeit der Einhaltung der Empfehlungen und Leitlinien.



Abbildung 1: Der positive Verstärkungsprozess, der von der Transparenz zur Veränderung führt: Die Tessiner Erfahrung.

### Verwendung des Computerprogramms *Reporting Wisely*

Mithilfe des Computerprogramms *reporting wisely* sollten die Unterschiede der medikamentösen Therapien zum Zeitpunkt der Hospitalisierung und der Entlassung der Patienten ebenso kontinuierlich und automatisch erfasst werden wie die Unterschiede in der Verschreibung von Laboruntersuchungen. *reporting wisely* zeichnet sich durch folgende Merkmale und Vorteile aus:

- Transparenz: Jeder vom Projekt betroffene Mitarbeiter hat uneingeschränkten Zugang zu den Rohdaten und zur Analyse der Verschreibungen von Medikamenten und Laboruntersuchungen in allen Abteilungen des Verbunds und kann die Entwicklungen im zeitlichen Verlauf mitverfolgen;
- Aktualität: Die Daten werden kontinuierlich eingegeben und analysiert und wöchentlich aktualisiert;
- Benchmarking: Die Verschreibungsdaten werden sowohl innerhalb der einzelnen Spitäler als auch zwischen ihnen verglichen. Auf die auffälligsten Unterschiede wird in einem Newsletter hingewiesen, der von der Abteilung für Qualität und Patientensicherheit veröffentlicht wird.

Gründe für die Wahl der Medikamente, deren bestehende und neue Verschreibungen analysiert wurden, waren deren Berücksichtigung in den früheren *Choosing-Wisely*-Empfehlungen sowie das hohe Risiko einer ungeeigneten Verschreibung: Benzodiazepine, atypische Neuroleptika, Protonenpumpenhemmer (Abb. 2). Die Auswertung der Daten nach drei Monitoringjahren zeigte eine stetige Verringerung der Zahl neuer Ver-

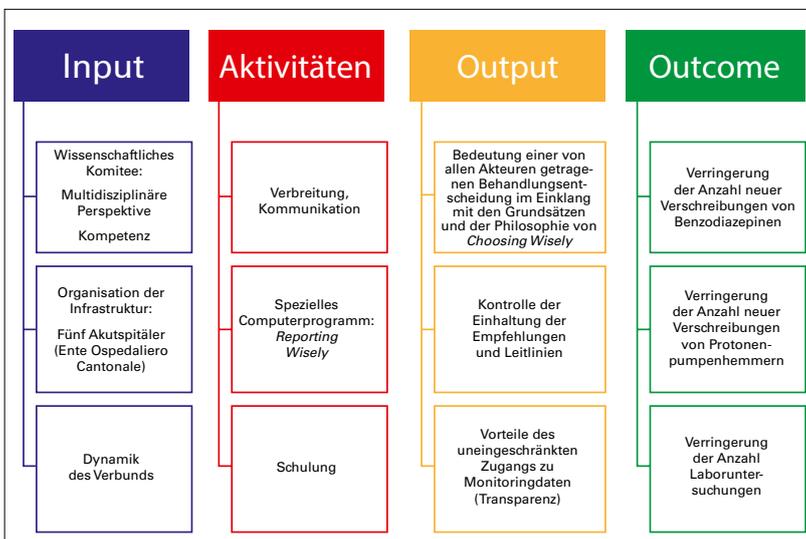


Abbildung 2: *Choosing Wisely* in den öffentlichen Spitälern im Tessin: Projektmodell.

schreibungen von Benzodiazepinen und Protonenpumpenhemmern sowie einen geringeren Aufwand von Ressourcen für Laboruntersuchungen. Die erzielten Ergebnisse geben zur Hoffnung Anlass, dass ein ähnliches Vorgehen auch in anderen Spitalverbänden erfolgreich wäre und *Reporting Wisely* ein nützliches Instrument sein könnte, das zur Schaffung eines neuen Bewusstseins bei den Mitarbeitern der Gesundheitsberufe beiträgt; dies ist die erste Etappe eines positiven Kreislaufs, der zur Veränderung und Optimierung der Verschreibungsstrategien führt.

Bis das Bewusstsein für ungeeignete Verschreibungen ein höheres Niveau erreicht und die Therapien sinnvoller und gezielter eingesetzt werden, ist es noch ein langer Weg, doch die Veränderung hat bereits begonnen. Wir sind davon überzeugt, dass uns dieser Weg bereichert, auch wenn wir uns dabei hinterfragen müssen. Mögen wir mithilfe dieses Prozesses erkennen, wie wichtig und vorteilhaft es sein kann, uns selbst mit anderen Augen zu sehen und uns mit anderen zu vergleichen.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med Luca Gabutti  
Centro di Medicina  
Ospedale Regionale di  
Bellinzona  
Ente Ospedaliero Cantonale  
CH-6500 Bellinzona  
luca.gabutti[at]eoc.ch

#### Fortsetzung von Seite 19

ist deshalb eher problematisch. Es besteht die Hoffnung, dass die seit 2011 von der Europäischen Arzneimittelagentur umgesetzten Strategien zur Förderung der Forschung über multimorbide, ältere Patienten Früchte tragen und dadurch die empirischen Nachweise besser auf diese Patienten übertragen werden können. Zweitens müssten die Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studien häufiger nach Alter und Gesundheitsfaktoren stratifiziert werden. Drittens ist es im Allgemeinen ein Hauptanliegen älterer Patienten, ihre Unabhängigkeit und Lebensqualität zu erhalten; diese Aspekte werden in den Studien jedoch oft vernachlässigt. Schliesslich wird man in Zukunft im Management der verschiedenen Leitlinien vielleicht auf die Unterstützung von künstlicher Intelligenz bauen; ein erster Schritt in diese Richtung wird derzeit in den Niederlanden bei Brustkrebs unternommen [14].

#### Fazit

Es besteht ein offensichtlicher Bedarf, die Guidelines an multimorbide Patienten anzupassen; die Vorgehensweise muss allerdings noch geklärt werden. Bis auf internationaler Ebene Massnahmen ergriffen werden, haben die SGAIM und ihre Kommission Qualität beschlossen, Leitlinien für die allgemeininternistische Behandlung multimorbider Patienten in der Schweiz zu erstellen. Die erste dieser Leitlinien befasst sich mit der Gicht und wird in naher Zukunft veröffentlicht.

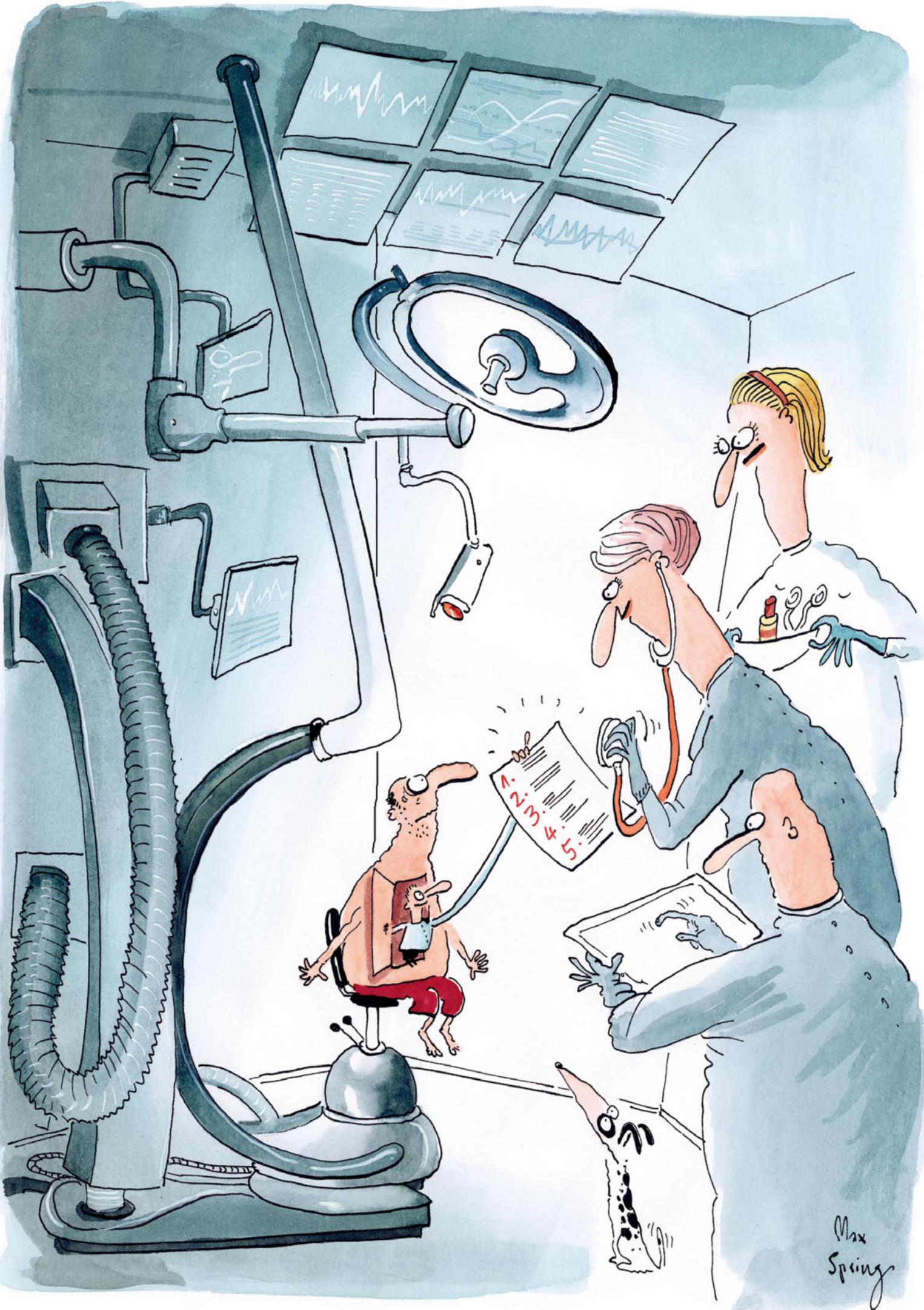
Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Jacques Donzé  
Leitender Arzt  
Universitätsklinik für  
Allgemeine Innere Medizin  
Inselspital  
Universitätsspital Bern  
CH-3010 Bern  
jacques.donz[at]insel.ch

#### Literatur

- Berwick DM, Andrew D, Hackbarth. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*. 2012; 307(14):1513–16.
- Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. Choosing Wisely: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2014;24(2):167–74.
- Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med*. 2014;89(7):990–5.
- Ferguson T. Improving health outcomes and promoting stewardship of resources: ABIM Foundation's Choosing Wisely campaign. *Virtual Mentor*. 2012;14(11):880–4.
- Bavarian S, Gabutti L, Kherad O, Rodondi N, Rutishauser J, Waeberf G, Meier C. A. Smarter Medicine: la liste «Top 5» pour le secteur hospitalier. *Swiss Medical Forum-Forum Médical Suisse* 2016;16(32):626–9.
- Gabutti L, Pironi M, Della Bruna R, Heinkel J, Clivio L, Greco A. L'expérience des hôpitaux publics tessinois «Choosing Wisely»: de la théorie à la pratique. *Revue Médicale Suisse*. 2015;11(491):1973–7.
- Del Giorno R, Ceschi A, Gabutti L. Benzodiazepine bei älteren Menschen. *Swiss Medical Forum- Schweizerisches Medizin Forum*. 2017;17(8):176–8.
- McCarthy M. US Choosing Wisely campaign has had only modest success, study finds. *BMJ*. 2015;12:351.
- Gaspoz JM. Smarter medicine: do physicians need political pressure to eliminate useless interventions? *Swiss Med Wkly*. 2015;26:145.
- Jagsi R, Griffith KA, Heimbürger D, Walker EM, Grills IS, Boike T, et al. Choosing wisely? Patterns and correlates of the use of hypofractionated whole-breast radiation therapy in the state of Michigan. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014;1:90(5):1010–6.

#### Literatur

- OECD. «Life expectancy at birth», in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. (2015):DOI: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-1786-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-1786-en).
- Bahler C, Huber CA, Brungger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:23.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005;3(3):223–8.
- Schneider F, Kaplan V, Rodak R, Battegay E, Holzer B. Prevalence of multimorbidity in medical inpatients. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13533.
- Aubert CE, Streit S, Da Costa BR, et al. Polypharmacy and specific comorbidities in university primary care settings. *Eur J Intern Med*. 2016;35:35–42.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*. 2006;15(1):83–91.
- Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269–76.
- Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(7):661–74.
- Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thume E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:130–8.
- Hopman P, Heins MJ, Korevaar JC, Rijken M, Schellevis FG. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in the Netherlands: Differences and underlying factors. *Eur J Intern Med*. 2016;35:44–50.
- Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716–24.
- van den Bussche H, Koller D, Kolonko T, et al. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*. 2011;11:101.
- Jadad AR, To MJ, Emara M, Jones J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. *JAMA*. 2011;306(24):2670–2.
- Zamborlini V, da Silveira M, Pruski C, et al. Analyzing interactions on combining multiple clinical guidelines. *Artif Intell Med*. 2017.



1. 2. 3. 4. 5.

Max  
Spring

