

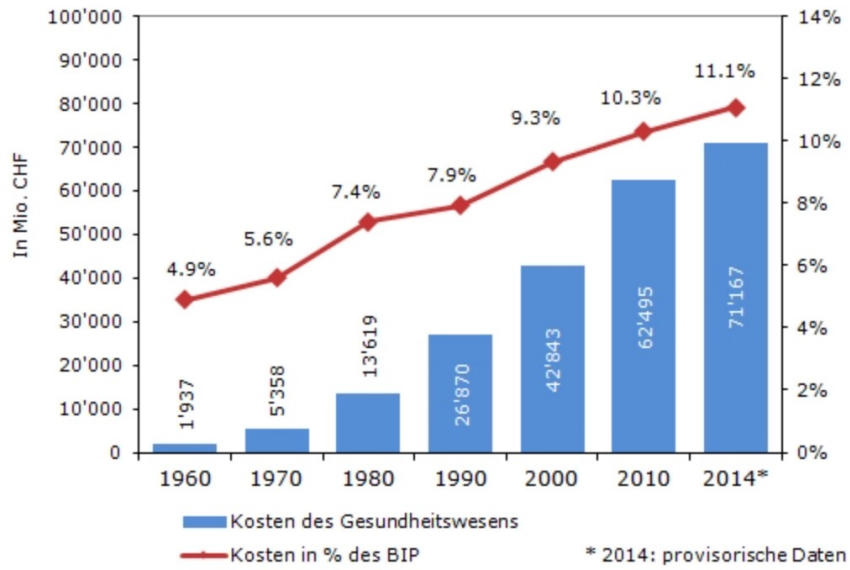
## Überversorgung in der Medizin – Was ist zu tun?

Prof. Dr. med. Christoph A. Meier  
Ärztlicher Direktor & Stv. Spitaldirektor, Universitätsspital Basel

## Überversorgung in der Medizin – Was ist zu tun?

- **Das Problem**
- **Mögliche Ansätze**

**Kosten des Gesundheitswesens (in Mio. CHF) und Anteil der Gesundheitskosten in Prozent des BIP, Schweiz, seit 1960**



Quelle: BFS

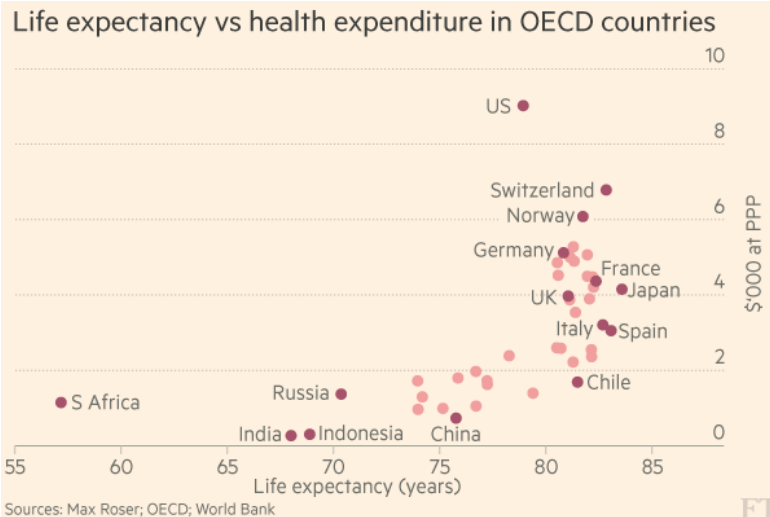
## Kosten im Gesundheitswesen

$$\text{KOSTEN} = \text{MENGE} \times \text{PREIS}$$

Wieviel  
Medizin  
braucht der  
Mensch?

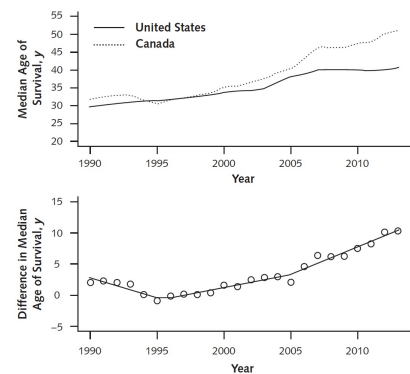
Effizienz,  
Löhne,  
Ansprüche &  
Standards  
(inkl.  
Infrastruktur)

Politisch-ökonomisch-sozialer Konsens



### Survival of CF in USA vs CAN (Ann Int Med 2017)

Figure 1. Median age of survival over time.



Top. Median survival age obtained by using a 5-year rolling window, Canada versus the United States, 1990-2013. Bottom. Difference in median age of survival between Canada and the United States, 1990-2013. Circles represent the point estimates for the difference.

## Wieviel Medizin braucht der Mensch? Wer kann/soll dies beurteilen?



Neue Zürcher Zeitung vom 21.05.2014, Seite 9:

### Autogewerbe sieht Sicherheit gefährdet

#### Das Bundesamt für Strassen möchte die Frist für die erste Fahrzeugkontrolle verlängern

Künftig sollen Autos nach sechs statt vier Jahren erstmals auf ihre Fahrtüchtigkeit überprüft werden. Der Verband der Garagisten hält einen solchen Schritt für verantwortungslos.

# Wieviel Medizin braucht der Mensch?

## Die einfache & die komplexe Medizin

z.B. Beinbruch



Mark Rothko

z.B. Statine, Mammographie, PSA,  
n.-Linien Chemotherapie, Hüftprothesen...



Mark Rothko: The Seagram murals

7

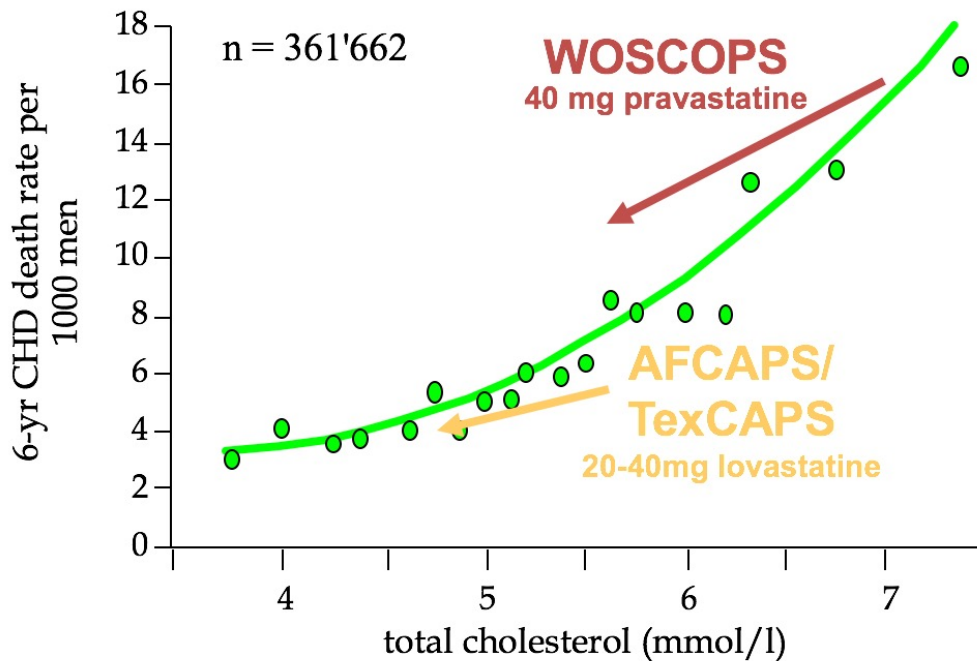
## Preference-sensitive Care

### Weitere Beispiele

- Statine in der Primärprevention
- Stabile Angina pectoris
- ICDs, CRTs
- Mammographie & PSA-Screening
- Diskushernie
- Prostata: Hyperplasie, frühes Karzinom
- Gallensteine
- Onkologie
- n. Linien Chemotherapie

8

## Statins in primary prevention



[Replik zum vorangegangenen Artikel «Ökonomie erhebt sich über Medizin»](#)

## Das Statin-Conundrum (zum Zweiten)

Nikola Biller-Andorno<sup>a</sup>, Stefan Felder<sup>a</sup>, Christoph A. Meier<sup>b</sup>, Urs Metzger<sup>a</sup>, Brigitte Tag<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Für den Expertenrat des Swiss Medical Board (SMB)

<sup>b</sup> Fachspezialist für den SMB-Bericht über «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» vom 30.11.2013

**Eine unnötige Verschreibung ist unethisch,  
weil die dafür aufgewendeten Ressourcen  
anderen Patienten zugutekommen könnten.**

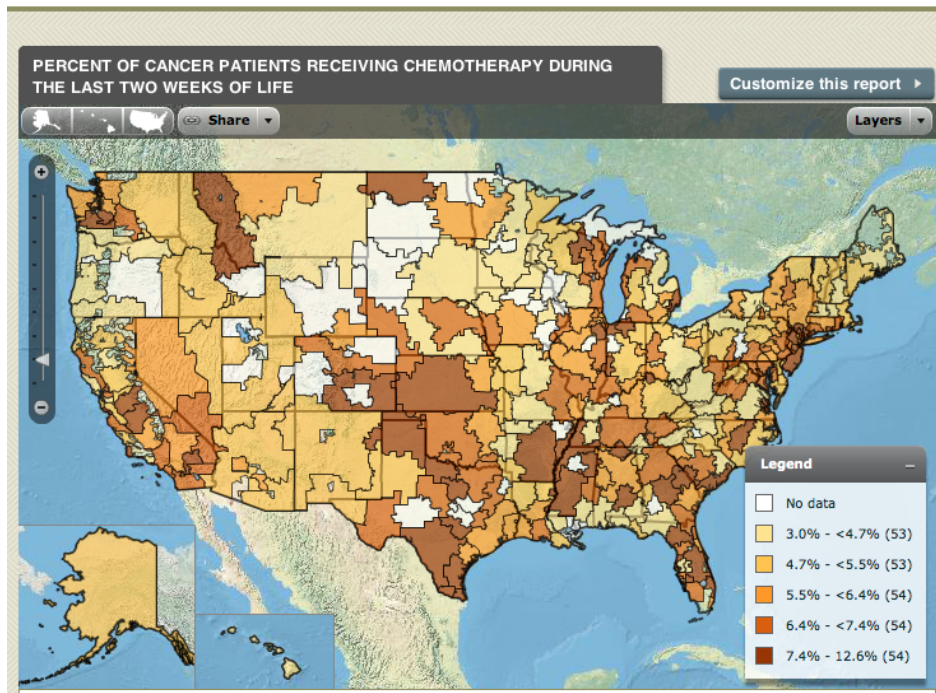
**Europ. Soc. Cardiol.: Statin, wenn Mortalität >5% / 10y**

Unter Statin RRR 22%, d.h. ARR 1% / 10y = NNT 90 / 10 y

**CHF 210'000.- / QALY**

# Gray-zone Medicine

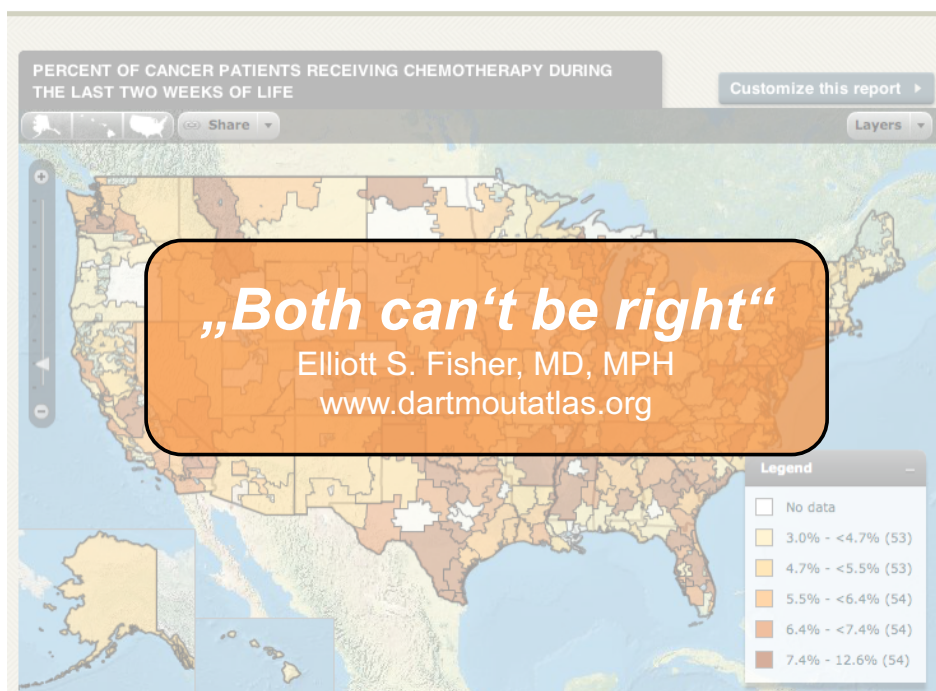
## Wie kann man sich orientieren?



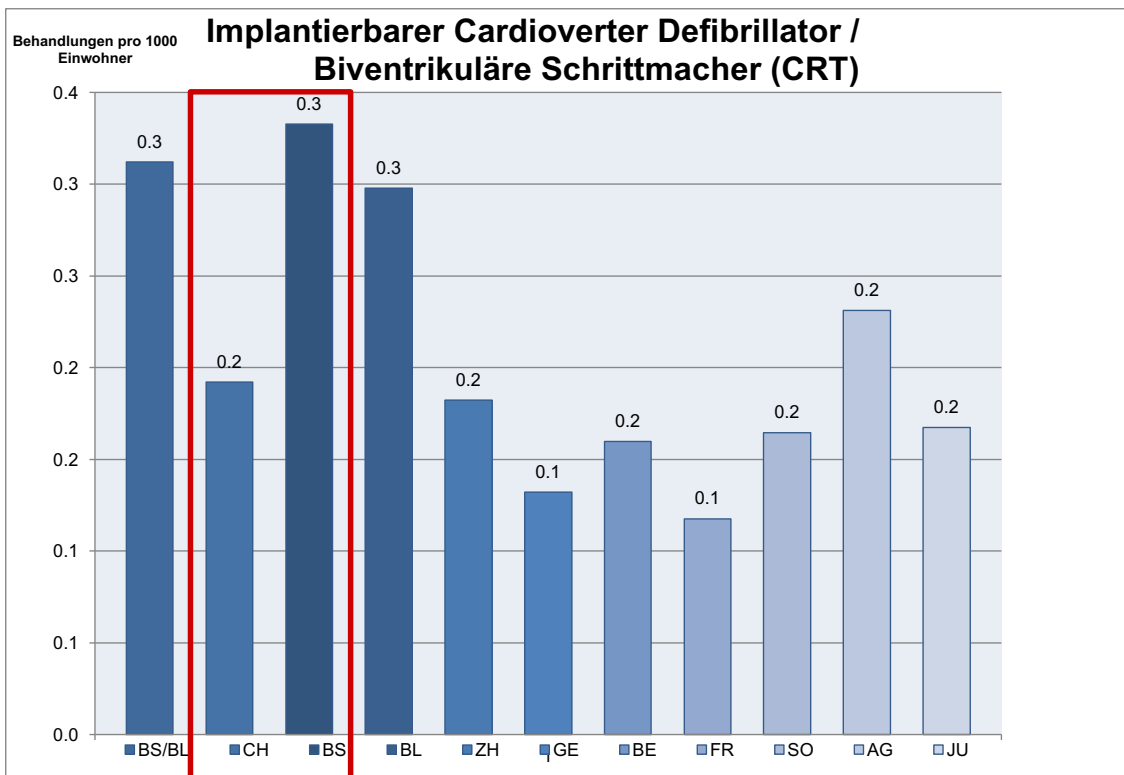
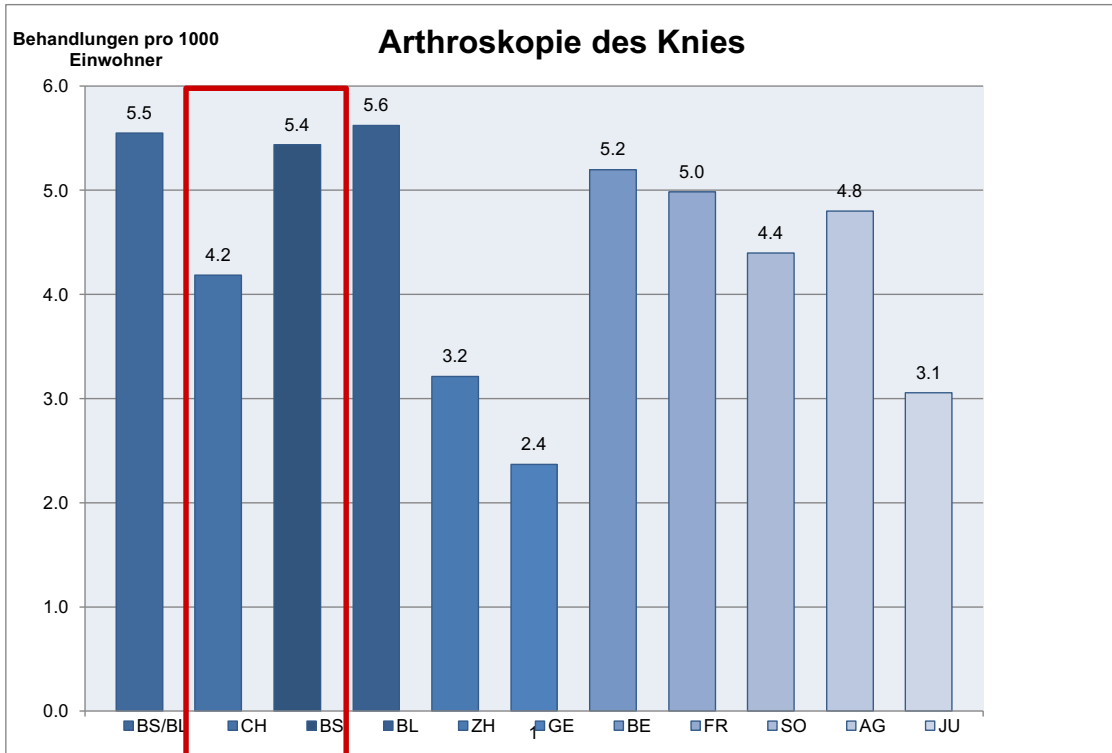
11

# Gray-zone Medicine

## Wie kann man sich orientieren?



12



Es besteht der Verdacht, dass auch in der Schweiz zum Teil unnötig operiert wird. Die Einführung der Fallpauschalen in den Spitälern dürfte das Problem verschärfen haben.

# «Nicht alle Operationen sind nötig»

Der oberste Orthopäde Bernhard Christen sorgt sich wegen Risiken und Kosten unnötiger Eingriffe. Jetzt möchte er weniger Spezialisten ausbilden

NZZ-S 25.8.2012, p.15

## Im Kampf gegen ein zu lockeres Skalpell

**GESUNDHEIT** Zwischen 20 und 30 Prozent der durchgeführten Operationen wären medizinisch nicht notwendig. Jürg Schmidli, Chefarzt am Inselspital, hat dieser Entwicklung den Kampf angesagt – mit einem Onlineportal.

BERNER ZEITUNG **BZ**

17.3.2017

---

 Universitätsspital  
Basel

## Überversorgung in der Medizin – Was ist zu tun?

- Das Problem
- **Mögliche Ansätze**



## Was ist zu tun?

- **Rationierung?**

Kriterien (NICE)?

Unpopulär bei allen stake holders

- **Guidelines, Leitlinien?**

Müssen unabhängig sein (z.B. Swiss Medical Board)

- **Interessen-freie Empfehlungen!**

unabhängige Guidelines & Empfehlungen



## Was ist zu tun?

- **Rationierung?**

- **Guidelines, Leitlinien?**

- **Interessen-freie Empfehlungen!**

- **... mit den Patienten reden:**

**Shared-decision making** & Value-based  
medicine!

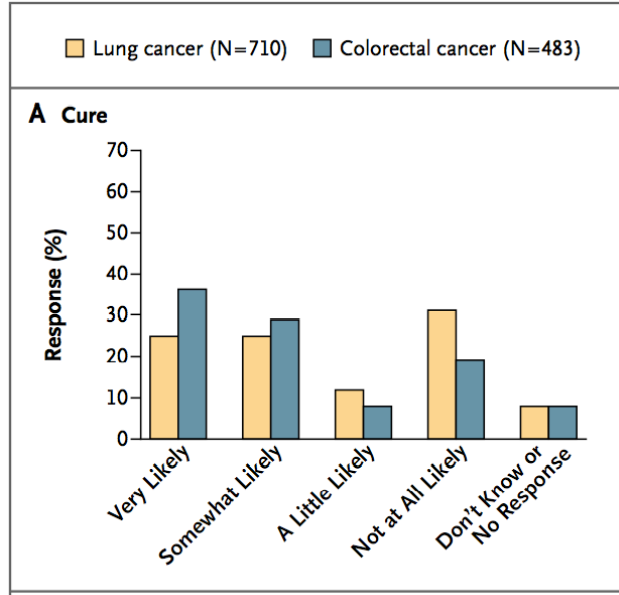
ORIGINAL ARTICLE

# Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer

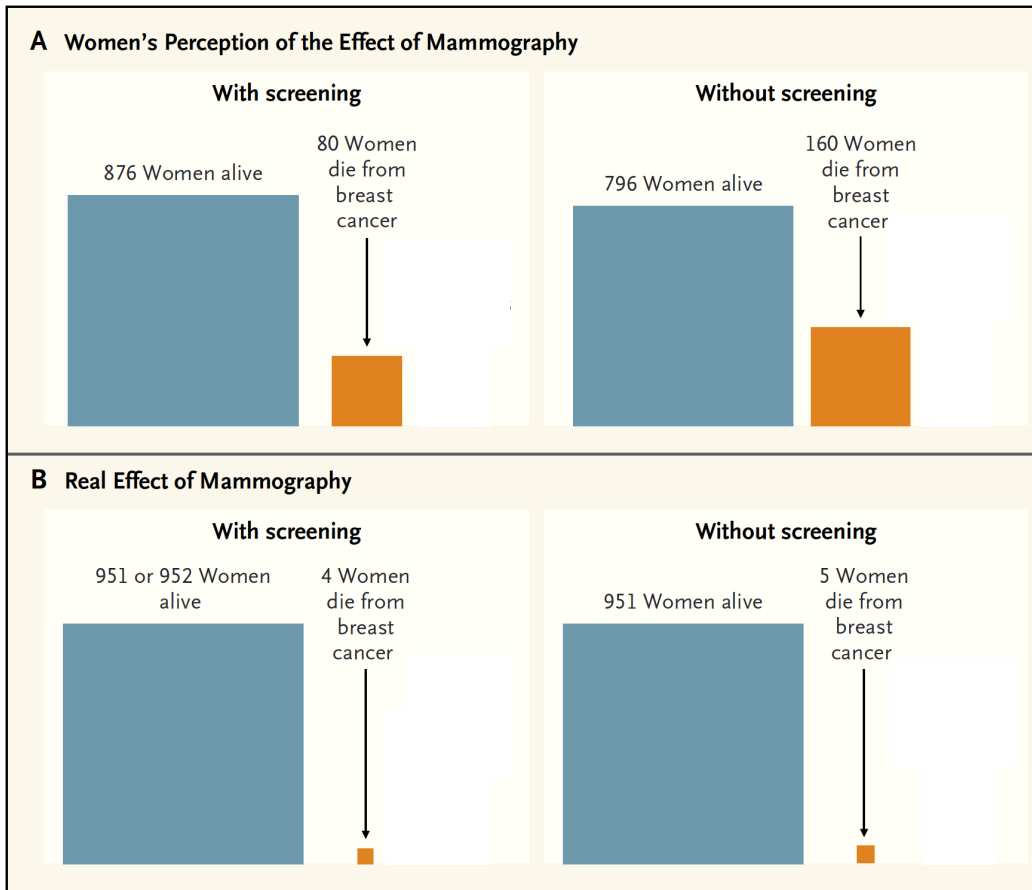
Jane C. Weeks, M.D., Paul J. Catalano, Sc.D., Angel Cronin, M.S., Matthew D. Finkelman, Ph.D., Jennifer W. Mack, M.D., M.P.H., Nancy L. Keating, M.D., M.P.H., and Deborah Schrag, M.D., M.P.H.

*„Will the chemotherapy cure my disease?“*

NEJM 367: 1616f



Universitätsspital Basel



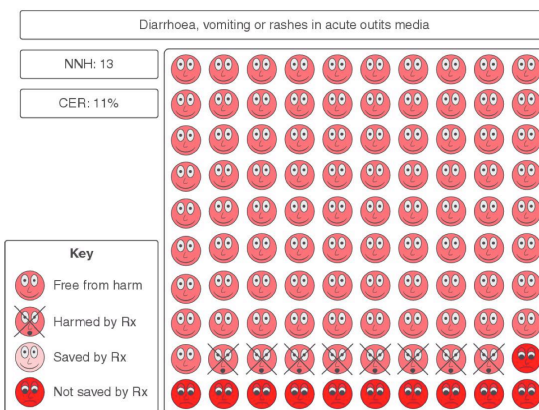
U.S. Women's Perceptions of the Effects of Mammography Screening on Breast-Cancer Mortality as Compared with the Actual Effects.

N. Biller-Andorno & P. Jüni, NEJM 2014

Please examine the following table or "balance sheet." Consider each feature below.  
Please select the option that you prefer the most at the bottom of the table.

Feature of Choice	No Screening	PSA Screening
Chance of being diagnosed with prostate cancer over 10 y	40 in 1000	80 in 1000
Chance of dying from prostate cancer over 10 y	4 in 1000	3 in 1000
Chance of having a prostate biopsy as a result of screening over 10 y	0	240 in 1000
Chance of becoming impotent or incontinent as a result of screening over 10 y	0	20 in 1000
<b>My Preference</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BMJ 346: f4147



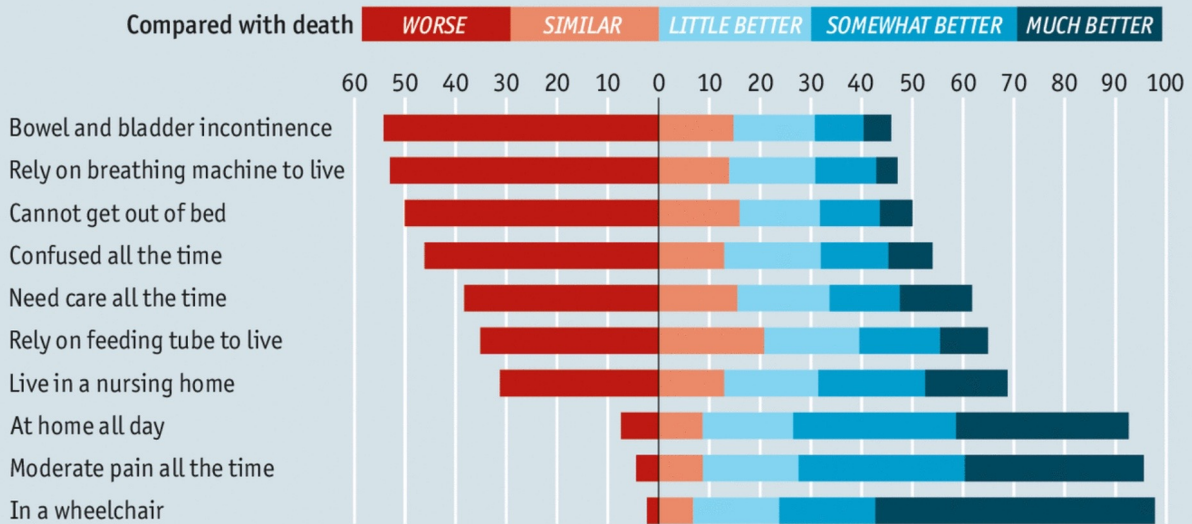
**Figure 1.** The balance sheet was based on modeling studies of outcomes related to prostate-specific antigen (PSA) screening.

## Wieviel Medizin braucht der Mensch? Wer kann/soll dies beurteilen?



## Where is thy sting?

Ratings of states of functional debility relative to death by patients in hospital with serious illnesses\*, %



Source: JAMA Internal Medicine

\*Survey conducted July 1st 2015 to March 7th 2016, Philadelphia, United States

JAMA Internal Medicine Rubin E et al (2016), in press)  
The Economist, August 6th, 2016

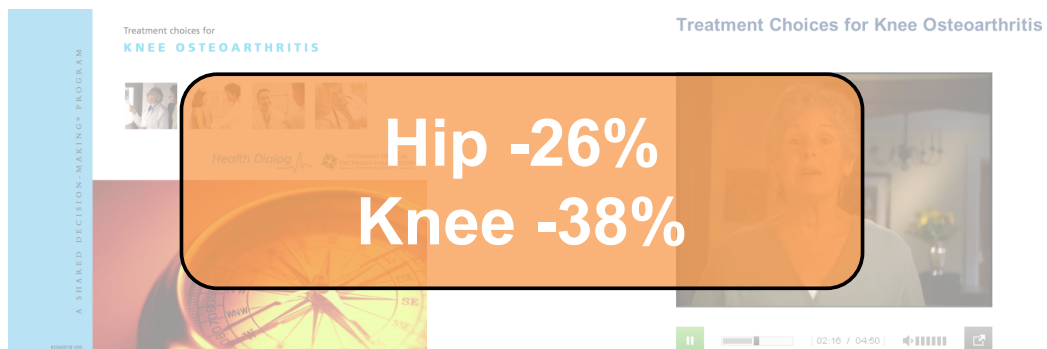
## Shared-decision Making: Hüft-, Knieprothesen

### SHARED DECISION MAKING

DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0686  
HEALTH AFFAIRS 31,  
NO. 9 (2012): 2094-2104  
©2012 Project HOPE—  
The People-to-People Health  
Foundation, Inc.

By David Arterburn, Robert Wellman, Emily Westbrook, Carolyn Rutter, Tyler Ross, David McCulloch, Matthew Handley, and Charles Jung

## Introducing Decision Aids At Group Health Was Linked To Sharply Lower Hip And Knee Surgery Rates And Costs



## Was ist zu tun?

- Rationierung?
- Guidelines, Leitlinien?
- **Interessen-freie Empfehlungen!**
- ... mit den Patienten reden:

Shared-decision making &  
**Value-based medicine** (value statt volume)!

Value =  $f$  (outcomes / cost)  
statt  $\Sigma$  (Menge)

## Standards-Sets – Beispiel «Knie- & Hüftarthrose»



## ICHOM: Hüft-, Kniearthrose

Patient Population	Measure	Supporting Information	Timing	Data Source
<b>Patient-Reported Health Status</b>				
All patients	Hip or knee functional status	Tracked via either the HOOS-PS or KOOS-PS	Baseline; Annually	Patient-reported
	Pain in the hips, knees, or lower back	Tracked via numeric or visual analog rating scales		
	Quality of life	Tracked via either the EQ-5D-3L, VR-12, or SF-12		
	Work status	Indication of patient's ability to work		
	Satisfaction with results	Patient's overall satisfaction with the results of their care		
<b>Patient-Reported Health Status</b>				
Surgical patients	Death	All cause 30-day mortality	Post-surgery	Administrative data
	Admissions	All cause 30-day readmissions		
	Reoperation	All reoperations	Continuous	Clinical or administrative data

## Was ist zu tun?

- **Rationierung?**
- **Guidelines, Leitlinien?**
- **Interessens-freie Empfehlungen (BAG? SMB?)!**
- **Shared-decision making**
- **Value-based medicine (value statt volume)!**
- **Daten für Benchmarking in der Schweiz**  
Systematische Daten zu 'Variations of care'

## Das absolut Entscheidende zum Schluss



**KEEP  
CALM  
AND  
MOVE THE  
CHEESE**