

Decision making: Verständliche Zahlen als Entscheidungsgrundlage

Wissen Sie, was die Spezifität eines Tests bedeutet? – Medizinische Informationen richtig zu interpretieren, ist schwierig. Durch eine dem menschlichen Gehirn angepasste Darstellung von statistischen Angaben und von Risiken werden medizinische Informationen für ÄrztInnen und PatientInnen verständlicher gemacht.

Brigitte Casanova

Im Rahmen des Fortbildungsprojekts «Decision making: von der Theorie zur Praxis» (siehe Kasten) fand am 14. November 2002 in Bern ein Vortragsnachmittag statt, der unter dem Titel «Medizinische Unsicherheit – wie damit umgehen?» stand. Der folgende Bericht fokussiert auf den Umgang mit Informationen, den verschiedene Referenten angesprochen haben, insbesondere auf die Frage, wie Zahlen und Risiken richtig verstanden werden.

«Informationsparadox»

Johann Steurer, Leiter des Horten-Zentrums Zürich, formulierte das Informationsproblem in Anlehnung an Muir Gray folgendermassen: Unsere Zeit leide an einem «Informationsparadox»: ÄrztInnen würden zwar mit Informationen überschwemmt, aber wenn eine bestimmte Information gesucht werde, sei sie, wenn überhaupt, nur mit grossem Zeitaufwand zu finden.

Wenn nun aber eine richtige Information gefunden werde, so stellten sich die nächsten Probleme: Ist die Information verlässlich? Und wie interpretiere ich sie richtig?

Dem Problem der richtigen Interpretation hat sich Gerd Gigerenzer, Direktor des Max-Planck-Instituts Berlin, angenommen. Er hat untersucht, wie ÄrztInnen Wahrscheinlichkeiten und Risiken verstehen, und bei ihnen nachgefragt, was genau Spezifität

und Sensitivität eines Tests bedeuten. Die Antworten der ÄrztInnen waren sehr breit gestreut. Offenbar sind ÄrztInnen ziemlich «zahlenblind». Aber nicht nur sie: Ähnliche Resultate erzielten Untersuchungen bei Richtern, beispielsweise über ihr Verständnis von Aussagen zur Verlässlichkeit von DNA-Untersuchungen, oder auch bei StudentInnen. Ebenso verstehen PatientInnen oft nicht richtig, was es bedeutet, wenn ein Arzt ihnen beispielsweise sagt, die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen betrage 30 bis 50 Prozent. Viele der untersuchten PatientInnen interpretierten diese Aussage dahin gehend, dass in 30 bis 50 Prozent der Zeit bei ihnen Nebenwirkungen auftreten würden.

Abstrakte Zahlen verwirren

Offenbar habe das menschliche Gehirn Mühe, mit abstrakten Zahlen umzugehen. Da aber gerade solche Zahlen als Grundlage für wichtige Entscheide dienen, beispielsweise darüber, welche Behandlung gewählt werden solle, sei es äusserst wichtig, diese verständlicher zu machen.

Laut Gigerenzer geht es als Erstes darum, Zahlen so zu kommunizieren, dass der Arzt oder die Ärztin und der Patient oder die Patientin ihre Bedeutung verstehen. Zweitens sei es wichtig, die emotionale Unsicherheit bei Risikoabschätzungen zu akzeptieren. Denn das menschliche Gehirn habe die Tendenz, aus Unsicherheiten Sicherheiten zu kreieren. Beispielsweise werde den ÄrztInnen im Handbuch für HIV-Tests gesagt, dass die Möglichkeit von falschpositiven Resultaten bestehe (Angabe über die Spezifität des Tests). Dennoch verneinten 17 von 20 ÄrztInnen die Frage eines HIV-Test-Positiven, ob es sein könne, dass er trotz positivem Testergebnis keine HIV-Infektion habe. Mit solchen Aussagen verliere die Medizin an Glaubwürdigkeit.

Gigerenzers These lautet nun, dass Fachleute und PatientInnen nicht in Statistik geschult werden müssen, sondern dass die Form der Information so sein sollte, dass das mensch-

liche Gehirn sie leichter versteht. Verwirrend für das menschliche Gehirn seien Einzelfall-Wahrscheinlichkeiten, bedingte Wahrscheinlichkeiten und relative Risiken. Dies seien aber zugleich die am häufigsten verwendeten Formen.

Verständlich durch natürliche Form

Würden Wahrscheinlichkeiten und Risiken in natürlicher Form präsentiert, so würden ÄrztInnen und PatientInnen sie besser verstehen. Folgende konkrete Vorschläge machte Gigerenzer:

Zu jeder Wahrscheinlichkeit muss eine Referenzklasse (Bezugsgruppe) genannt werden, es soll also von natürlichen Häufigkeiten gesprochen werden und von absoluten statt relativen Risiken. Beim oben genannten Beispiel mit den Nebenwirkungen sollte der Arzt oder die Ärztin also sagen, dass bei 3 bis 5 von 10 seiner PatientInnen Nebenwirkungen auftreten. Sehr verständlich sei es auch, wenn «Numbers needed to treat (NNT)» (die Anzahl PatientInnen, die behandelt werden müssen, um einen Krankheitsfall zu verhindern) angegeben würden, um den Benefit eines Medikaments zu beschreiben.

ÄrztInnen bräuchten eine Schulung in so genannter Risikokommunika-

Fortbildungsprojekt «Decision making»

Das Fortbildungsprojekt «Decision making: von der Theorie zur Praxis» wurde von Sanofi-Synthelabo (Schweiz) AG in Zusammenarbeit mit mehreren medizinischen Experten aus Fortbildung, Universitäten, Fachgesellschaften und Fachzeitschriften entwickelt. Pädagogisches Ziel ist es, das Wissen über Entscheidungshilfen zu vergrössern. Die ÄrztInnen sollen in der Lage sein, die Resultate klinischer Studien in einen pragmatischen Zusammenhang zu stellen. Dazu sind drei halbtägige Workshops geplant, in denen niedergelassene ÄrztInnen praxisbezogen lernen, mit medizinischer Information und Unsicherheit umzugehen.

tion, um zu lernen, sowohl die eigene Unsicherheit auszudrücken als auch die Risiken verstehbar zu kommunizieren. Dies gebe der Medizin Glaubwürdigkeit und den PatientInnen die Chance, mündig mitzuentcheiden.

Entscheidungen basieren auf Informationen und individuellen Überzeugungen

In eine ähnliche Richtung gingen die Ausführungen von Arnaud Perrier, Oberarzt am Kantonsspital Genf, über die «Unsicherheiten in der Medizin».

Im Rahmen einer Arzt-Patient-Beziehung, die nicht auf dem paternalistischen Modell beruhe, sondern getragen sei von gemeinsamen Ent-

scheidungen (shared decision), sei es unabdingbar, dass der Arzt oder die Ärztin dem Patienten oder der Patientin die Informationen in verständlicher Form liefere. Grafische Informationen hätten sich als verständlicher erwiesen als numerische: Es sei einfacher, ein Risiko einzuschätzen, wenn beispielsweise hundert Strichmännchen zu sehen seien, sieben davon rot gefärbt, als wenn mit einer Zahl, wie bei diesem Beispiel 7,35 Prozent, das Risiko einer gravierenden Nebenwirkung ausgedrückt werde.

Eine gute Entscheidung beruht laut Perrier auf relevanten Informationen und individuellen Überzeugungen. Der Arzt oder die Ärztin könne eine

mathematische Entscheidungsanalyse durchführen und die Risiken gegeneinander abwägen. Um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen, sei es jedoch unabdingbar, dass der Patient oder die Patientin seine/ihre Präferenzen und Bewertungen einbringen könne. ■

Bericht:

BRIGITTE CASANOVA

REDAKTION «MANAGED CARE»

Buchhinweis: Gerd Gigerenzer (2002): Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin Verlag, Berlin. 22 Euro/37.10 Franken. ISBN 3-8270-0079-3.

Controlling im Spital – messen, kommunizieren und auch einmal «lästig sein»

Durch die Einführung von DRG-Systemen für die Spitalentschädigung steigt der Druck auf die Spitäler, ihre medizinischen Prozesse zu überprüfen und zu steuern. Dazu braucht es ein Medizincontrolling. An der dritten Internationalen Controller-Gesundheits-tagung wurde unter anderem gefragt, wie es Medizincontrollern gelingen kann, sich bei Ärzten Gehör zu verschaffen.

Rita Schnetzler

Am 25. Oktober 2002 fand in Zürich die dritte Internationale Controller-Gesundheitstagung statt. Organisiert wurde diese Tagung vom «Internationalen Controller Verein» (siehe *Kasten*) beziehungsweise, genauer, von den Arbeitskreisen Gesundheitswesen dieses Vereins aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Controlling im Spital

Was ist unter einem Controller zu

verstehen? Ein Controller ist, wie Thomas Szucs (Chief Medical Officer, Hirslanden Holding) es ausdrückte, der «Transparenzverantwortliche im Betrieb». Der Controller (beziehungsweise die Controlling-Abteilung) sammelt und analysiert Daten, die für das Management des Unternehmens von Bedeutung sind. Oft handelt es sich um eine Stabstelle, die direkt der Unternehmensleitung untersteht.

Im Gesundheitswesen ist das Controlling heute vor allem in den Spitälern üblich. Bisher konzentrierte sich das Controlling im Spital auf finanzielle und auf verwaltungstechnische Kennzahlen. In grösseren Spitälern gibt es ein Finanzcontrolling und ein Personalcontrolling. Dagegen findet bisher noch kaum ein eigentliches medizinisches Controlling statt. Zwar gehört es zum täglichen Handwerk des Arztes, Daten zu erheben und zu analysieren, daraus neue operationale Ziele abzuleiten und entsprechende Massnahmen einzuleiten. Doch dies geschieht auf der Ebene des Einzelfalls, das heisst des individuellen Patienten. Das Medizincontrolling dagegen interessiert sich für die medizinische Strategie einer Abteilung, einer Klinik oder des

gesamten Spitals im Umgang mit bestimmten Patientengruppen.

Der Internationale Controller Verein

Der Internationale Controller Verein e.V. wurde 1975 gegründet, um die im praktischen Controlling tätigen Personen des deutschsprachigen Raumes zusammenzuführen, die Philosophie und die Anwendung des Controllings zu verbreiten und den fachlichen Erfahrungsaustausch und das fachliche Qualitätsniveau von Controlling in der Praxis zu heben. Der wichtigste Teil der Vereinsarbeit findet in regionalen Arbeitskreisen oder Erfahrungsgruppen statt. Neben branchenübergreifenden gibt es branchenspezifische Veranstaltungen. Eine davon ist die jährliche Internationale Gesundheitstagung, die dieses Jahr in Zürich stattfand. Die nächste Internationale Controller-Gesundheitstagung wird im Oktober 2003 in Wien stattfinden. Die Daten und Themen der nächsten Arbeitskreistagungen «Gesundheitswesen» werden auf der Website des Internationalen Controller Vereins, www.controllerverein.de, publiziert. Vereinsmitglieder haben kostenlosen Zugang zu diesen Veranstaltungen.



Ziel ist letztlich eine Verschmelzung von Betriebswirtschaft und Medizin, meint Rainer Stelzer (Leiter des Arbeitskreises Gesundheitswesen Schweiz des Internationalen Controlling Vereins).



Eugen Hauke (Generaldirektor, Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien) warnte davor, das traditionelle «Säulenmodell», das die Zusammenarbeit im Spital erschwert, im Controlling-Bereich weiterzuführen.

Warum ein Medizincontrolling?

Die Einführung von neuen Tarifsystemen, insbesondere die Einführung von DRG-Systemen (Diagnosis Related Groups) und die Entschädigung der Spitäler über DRG-Fallpauschalen, führt dazu, dass das Interesse des Spitals und seiner Partner an den medizinischen Prozessen und deren Ergebnissen zunimmt. Einerseits geben die Fallpauschalen für das Spital Sollkosten vor; diese Kosten können nur eingehalten werden, wenn die medizinische Behandlung effizient erfolgt. Andererseits erhält das Spital, wie Max Lenz (Geschäftsführer LENZ-Schweiz) erläuterte, durch Fallpauschalen den Anreiz, seinen medizinischen Aufwand (Behandlungsdauer und -kosten) zu minimieren. Die Leistungseinkäufer (Staat, Versicherer) stellen deshalb bestimmte Mindestanforderungen an die Qualität der Spitalbehandlung und verlangen von

den Spitalern einen entsprechenden Nachweis. Um diesen Nachweis zu erbringen, ist wiederum ein medizinisches Controlling notwendig.

Aufgrund dieser Entwicklung ist in den letzten Jahren ein neues Berufsbild aufgetaucht: jenes des Medizincontrollers. Im Unterschied zum «herkömmlichen» Controller befasst sich der Medizincontroller nicht mit administrativen, sondern mit medizinischen Prozessen und ihrem Ergebnis; im Unterschied zum Arzt befasst sich der Medizincontroller nicht mit dem Einzelfall, sondern mit der Gesamtzahl der Fälle einer Abteilung beziehungsweise des Gesamspitals.¹

Die Rolle der Ärzte im Medizincontrolling

In einem Punkt waren sich die Referenten einig: Der Medizincontroller hat keine einfache Aufgabe. Denn ein medizinisches Controlling kann nur Wirkung zeigen, wenn es in Zusammenarbeit mit den Ärzten durchgeführt wird. Viele Ärzte stehen dem Controlling aber misstrauisch oder gar ablehnend gegenüber. Es genügt deshalb nicht, dass der Controller Daten erhebt und analysiert. Mindestens ebenso wichtig ist es, dass er den Ärzten die Ergebnisse kompetent und glaubwürdig präsentiert und ihnen gegebenenfalls konkrete Massnahmen zur Kurskorrektur vor-

schlägt. Guido Schüpfer (Leitender Arzt Anästhesie, Stabschef des Ärztlichen Direktors, Kantonsspital Luzern) rät davon ab, Datenerhebungen und -auswertungen hinter dem Rücken der Betroffenen durchzuführen. Um die Akzeptanz der Ärzte sicherzustellen, würden im Kantonsspital Luzern die zuständigen «Prozessherren» (Chefärzte) frühzeitig informiert und in die Datenerhebungen und -analysen einbezogen. Zudem muss der Controller, wie Eugen Hauke (Generaldirektor, Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien) es ausdrückte, «lästig sein» können: Oft gelingt es nur durch «permanentes Drängen», die Ärzte zum Handeln zu bewegen. Der Medizincontroller muss also nicht nur ein guter Analytiker, sondern vor allem auch ein guter Kommunikator sein.

Das «Säulenmodell» überwinden

Über die Frage, ob Ärzte einen Nichtmediziner in der Funktion des Medizincontrollers akzeptieren würden, waren sich die Referenten uneinig. Die Ärzte unter ihnen waren eher skeptisch. Doch Eugen Hauke warnte davor, das traditionelle «Säulenmodell», das die Zusammenarbeit im Spital erschwere, im Controlling-Bereich weiterzuführen. Es brauche kein berufsgruppenorientiertes Controlling (Finanzcontrolling, Medizincontrolling, Pflegecontrolling usw.), sondern ein funktionsorientiertes Controlling. Das Controlling solle berufsgruppenübergreifend beziehungsweise «berufsgruppenfrei» organisiert werden. Nicht die unterschiedlichen Quellberufe der Controlling-Mitarbeiter sollten im Zentrum stehen, sondern die gemeinsame Aufgabe: das umfassende Controlling im Spital.

Wichtig sei aber, dass die Controlling-Mitarbeitenden die spezifischen «Fettnäpfchen im Gesundheitswesen» kennen und mit dem Kernprozess des Spitals – dem Geschehen am Bett des Patienten – vertraut seien. Quereinsteiger aus anderen Branchen sollten, so schlägt Hauke vor, zuerst einige Tage als «Schüler» im weissen Kittel den Spitalalltag kennenlernen. ■

Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER
REDAKTION «MANAGED CARE»

¹ Während die einen (am Kongress war dies zum Beispiel Sascha Baller von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling) dem Medizincontroller ein umfassendes Aufgabenspektrum, vom Projektmanagement über das DRG-Berichtswesen und das EDV-Schnittstellenmanagement bis hin zum Informations-, Qualitäts- und ärztlichen Erlösmanagement, zuweisen, möchten andere (am Kongress war dies zum Beispiel Sebastian Lorenz vom Medical Departement der Hirslanden Holding) den Beruf des Medizincontrollers klar von anderen Berufsgruppen (z.B. Medizinökonom, Qualitätsbeauftragte, Medizinische Dokumentatoren, Medizininformatiker, Codierer usw.) abgrenzen.