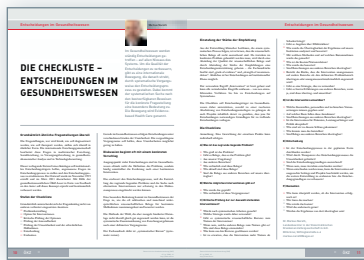


Zuerst die richtigen Fragen stellen



Warum ist es so schwer, Evidenzbasierung in die Gesundheitspolitik und ins Management einzubringen? Warum kommt das Wissen der klugen Leute in den Institutionen nicht „oben“ an? Könnte man das ändern, wenn Entscheidungsträger lernen, besser zu fragen?

Markus Narath

1999 – vor 15 Jahren – wurde die „Die Checkliste – Entscheidungen im Gesundheitswesen“ erstmals präsentiert, am damaligen Institut für Technologiefolgenabschätzung in Wien, später auch bei anderen Gelegenheiten. 2004 – vor zehn Jahren – hat der damalige Chefredakteur Patrick Schöggel die Checkliste für diese Zeitschrift zusammengefasst und beschrieben.¹ Die Checkliste war einfach aufgebaut:

- :: Was ist das zugrundeliegende Problem?
- :: Welche möglichen Interventionen gibt es?
- :: Wurden die Interventionen kritisch geprüft?
- :: Ist die Intervention umsetzbar?
- :: Wie ist der Entscheidungsprozess?
- :: Wie kann man evaluieren?

Zu jeder dieser Fragen gab es weitere Fragestellungen zur Präzisierung: Woher weiß man das? Wie wurde recherchiert und geprüft? etc. Ausgangspunkt war die Beobachtung gewesen, dass im Gesundheitswesen häufig gute und plausible Ideen, Praktiken aus anderen Ländern oder Moden in die Diskussion eingebracht und zum Teil umgesetzt werden. Das geschieht oft ohne Prüfung dessen, was über die Wirksamkeit der Intervention in besonderen Settings (Efficacy) bekannt ist, was man über die Nutzen bei breiter Anwendung (Effectiveness) weiß und ob die Maßnahme ihr Geld wert sein könnte (Cost-Effectiveness). Das verfügbare Wissen wird für Entscheidungen häufig nicht genutzt. „Es ist unglaublich, was wir nicht wissen, aber unglaublich ist auch die Menge der Information, die wir haben und nicht nutzen“, sagt Robert G. Evans, Professor am Centre for Health Services and Policy Research der kanadischen University of British Columbia.² So bleiben Chancen auf bessere Entscheidungen ungenutzt.

Wie man Entscheidungsträger informieren kann, darüber gibt es umfangreiche Literatur aus Politikberatung, HTA, Wissenstransfer und Implementation Science.³ Das ist aber nur eine Seite der Medaille. Wenn Entscheidungsträger ihre guten Ideen schon verkündet haben, dann bleibt die Stimme der Evidenz leise. Ein Weg wäre daher, es eben anzustreben, die kritischen Fragen rechtzeitig zu stellen, ehe Aktionen angekündigt werden.

1999 war es noch aufwendiger, an gute Informationen zu kommen. Das ist inzwischen viel einfacher geworden: dank des Internets, dank mächtiger Suchmaschinen, dank Suchstrategien und dank der Vielzahl an systematischen Reviews und Reports, die seither zur Verfügung stehen. Es gibt auch genügend gute Leute, die das Fragen und Suchen und kritische Bewerten beherrschen: im Hauptverband, in den Krankenversicherungen, in den Behörden, in den Universitäten und in wissenschaftlichen Institutionen. Nicht zuletzt gibt es diese Personen dank der Public-Health-Ausbildungen und dank der Weiterbildungsmöglichkeiten.

Eine Lehmschicht zwischen jenen, die entscheiden, und jenen, die wissen?

Werden die Leute gefragt? Kommt deren Wissen an? Liest man die Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens der letzten Jahre, den Zielsteuerungsvertrag oder andere Dokumente, so zweifelt man daran. Offensichtlich wurden etliche Punkte nicht kritisch geprüft und sind eher in gruppendynamischen Prozessen während Verhandlungen entstanden. Daraus folgen bisweilen sowohl unrealistische Versprechungen als auch unrealistische Fristen zu Umsetzungen.

Einige Beispiele:

- :: „Die ‚best points of service‘ sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen“, meint die 15a-Vereinbarung und der Zielsteuerungsvertrag präzisiert, das müsse bis Mitte 2015 definiert sein. Was müsste da alles berücksichtigt werden? Symptome, Krankheiten, Schweregrade, Nebenerkrankungen, Leistungen und Nebenleistungen, Angebotsstrukturen, Geographie, Patientencharakteristika usw. wären das wohl, von eventuellen Patientenpräferenzen ganz zu schweigen. Ist das schon jemandem gelungen? Kann man so etwas überhaupt versprechen?
- :: Die Artikel-15a-Vereinbarungen schreiben seit Jahren über Fallpauschalen für den ambulanten Bereich. Da könnte man erst

prüfen, wo es solche schon gibt und ob sie sich bewährt haben.

- :: Der Zielsteuerungsvertrag beschreibt als Maßnahme „eine mit A-IQI vergleichbare Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich primär aus vorhandenen Routinedaten bis Ende 2014 entwickeln und in der Folge pilotieren und umsetzen“. A-IQI besteht überwiegend aus Indikatoren von Mortalitätsdaten und nimmt an, dass neben der Qualität der Leistung nur Alter und Geschlecht den Outcome beeinflussen können. Nur dank einer umsichtigen Abteilungsleiterin im Gesundheitsministerium ist A-IQI nicht explodiert. Man hätte doch googlen können, wie es um die Ergebnismessung außerhalb des Krankenhauses steht, und der zitierte Satz wäre nie geschrieben worden.
- :: Die Artikel-15a-Vereinbarung fordert „insbesondere transparente Informationen über ... Ergebnisse von Gesundheitsdiensteanbietern“ und der Rechnungshof legt drauf, transparente Vergleiche zwischen den Krankenanstalten seien „nach Auffassung des RH unverzichtbar“⁴. Das sind methodische Minenfelder, und ob die „Transparenz“ – vulgo „Public Reporting“ – verglichen mit systeminternen Maßnahmen einen messbaren und ausreichend relevanten Mehrnutzen bringt, das weiß man auch nach bald 30 Jahren Anwendung nicht.⁵ Wenn die Berichte halbwegs gut gemacht sind, dann verstehen sie die Patienten nicht und die Zuweiser haben in der Regel auch keine Lust sie durchzuackern.⁶ Der Pranger ist kein besonders bewährtes Instrument, und was machen die, welche die „Besten“ sind: Dürfen die dann die Preise erhöhen oder müssen sie ihre Wartelisten publizieren?
- :: Änderungen der Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich sind angenehm, so wie Telefonservices auch, aber dass dadurch, wie die Proponenten meinen, die Notfallaufnahmen in anständigem Ausmaß entlastet werden, darauf gibt es kaum Hinweise^{7,8,9,10,11,12}. Abgesehen davon gehen die erweiterten Öffnungszeiten da, wo man sie versucht hat, anständig ins Geld.

Die Liste der Beispiele ließe sich fortsetzen, gemeinsam ist ihnen, dass eine sorgfältige Recherche vor der Ankündigung vieles relativiert hätte und die Zahl der Versprechungen deutlich geringer geworden wäre. Natürlich kann man neue Dinge versuchen, aber eher kontrolliert und mit wenig Lärm. Nun soll nicht der Eindruck entstehen, das Problem des unzureichenden Fragens und der mangelnden Recherchen bestünde nur auf Bundesebene, nein es zieht sich durchs ganze Gesundheitssystem.

Auf Evidenzberichte drängen

Alles schlimm? – Aber nein. Wie stets ist Gelassenheit angesagt. Erstens funktioniert unser Gesundheitssystem nicht schlecht, zweitens adaptieren sich jene, die tatsächlich am Patienten arbeiten, meist gut an verschiedene Moden. Drittens, das Problem der etwas vorschnellen Entscheidungen, der Ankündigungen und zu raschen Umsetzungen ist international. In Deutschland ist im Koalitionsvertrag jüngst die „gute“ Idee der qualitätsorientierten Vergütung vermerkt. In England bezeichnen die Konservativen ihre letzte Reform



Elisabeth Paulitsch

des Gesundheitswesens als größten Fehler ihrer Amtszeit.¹³ Die Liste kann fortgesetzt werden.

Es bedarf ständig neuer Anstöße: In Kanada publizierte letztes Jahr das Health Forum der McMaster Universität in Hamilton, das auch die „Health Systems Evidence“-Datenbank entwickelt hat, eine Checkliste mit dem Titel: „Wissenschaftliche Evidenz finden und verwenden“¹⁴ mit den drei Punkten „Clarifying a problem, Framing options, Identifying Implementation Considerations“ (Das Problem klären, die Optionen entwickeln, Erwägungen zur Umsetzung anstellen). Zu jeder Fragestellung gibt es fünf oder sechs Unterpunkte mit den entsprechenden Fragen.

Vielleicht kann man „Die Checkliste – Entscheidungen im Gesundheitswesen“ aktualisieren, und bei der nächsten 15a-Vereinbarung wird eingefügt, dass es bei vorgeschlagenen Interventionen im Gesundheitswesen jeweils einen Evidenzbericht geben muss, der im Sinne eines HTA die Evidenz zur Intervention auflistet. Dadurch würden besser informierte Entscheidungen wahrscheinlicher. ::

Literatur:

- ¹ Narath M (2004): Die Checkliste Entscheidungen im Gesundheitswesen. Österreichische Krankenhauszeitung (1):10-11.
- ² National Forum on Health: Canada Health Action: Building on the Legacy. Final Report Vol.II. Creating a culture of evidence based decision making. Ottawa 1997.
- ³ Murthy L et al (2012): Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system policy makers and clinicians. Cochrane Database Syst Rev. Sep 12;9:CD009401.
- ⁴ Rechnungshof (2013): Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg, in den Kranken- und Oberndorf sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg. Wien 2013
- ⁵ Berger ZD et al (2013): Can public reporting impact patient outcomes and disparities? A systematic review. Patient Educ Couns. 93(3):480-487.
- ⁶ Hussey PS et al (2014): Public reporting of provider performance at a crossroads in the United States: summary of current barriers and recommendations on how to move forward. Med Care Res Rev. 71(5 Suppl):5S-16S.
- ⁷ Bunn F et al (2004): Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database Syst Rev. Oct 18;4:CD004180
- ⁸ Campbell JL et al (2014): Telephone triage for management of general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. Lancet pii: S0140-6736(14)61058-8
- ⁹ Ismail SA et al (2013): Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. Br J Gen Pract. Dec;63(617):e813-20.
- ¹⁰ Morgan SR et al (2013): Non-emergency department interventions to reduce ED utilization: a systematic review. Acad Emerg Med. Oct;20(10):969-85.
- ¹¹ Rosen R (2014): Meeting need or fuelling demand? Improved access to primary care and supply-induced demand. Nuffield Trust. London.
- ¹² Tan S et al (2014): Impact of initiatives to improve access to, and choice of, primary and urgent care in the England: A systematic review. Health Policy. Jul 24; 10.1016/j.healthpol.2014.07.011. [Epub ahead of print].
- ¹³ Iacobucci G (2014): Senior Tories admit NHS reorganisation was worst mistake since 2014 Oct 14;349:g6221.
- ¹⁴ Health Systems Learning: Finding and Using Research Evidence. McMaster Health Forum; 2013. Zugang: www.mcmasterhealthforum.org/docs/default-source/Misc/finding-and-using-research-evidence.pdf?sfvrsn=2. Zugriff: 23.10.2014.

Dr. Markus Narath
Landesbeamter, Graz
markus.narath@chello.at