

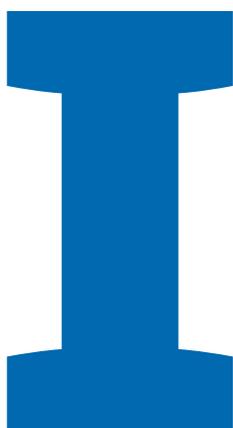


 AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen

Qualität erkennen – Entscheidungen verbessern

VON ANKE STECKELBERG, JULIA LÜHNEN UND MARTINA ALBRECHT IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM-WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Irreführende Darstellungen und fehlende Evidenzbasierung in Gesundheitsinformationen sind keine Seltenheit. Auch Ärztinnen und Ärzte werden so in die Irre geführt. Mit der Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation soll die Qualität von Gesundheitsinformationen verbessert werden (1) (siehe Kasten rechte Seite).

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (EBGI) werden zu gesundheitsbezogenen Entscheidungen erstellt. Ihr Ziel ist, den Nutzerinnen und Nutzern informierte Entscheidungen für oder gegen eine Maßnahme zu ermöglichen.

Das Thema Qualität von Gesundheitsinformationen ist auch für die Gespräche mit Patientinnen und Patienten relevant. Dieser Beitrag möchte für das Thema sensibilisieren und die Frage beantworten: „Woran

können evidenzbasierte Gesundheitsinformationen erkannt werden?“

INHALTLICHE ANFORDERUNGEN

Die inhaltlichen Anforderungen an EBGI legitimieren sich aus einem ethischen Anspruch (2). In Deutschland wurde dieser Anspruch im Patientenrechtegesetz verankert (3).

Vor medizinischen Maßnahmen muss informiert werden über (2):

Ziel der Maßnahme

- Diagnose, Erkrankungsrisiko und Prognose bei Nichtintervention
- Behandlungsoptionen (inkl. Nichtbehandlung)
- objektive Daten bezüglich patientenorientierter Ergebnisse sowie Informationen zu Unsicherheiten und zu fehlender Evidenz
- Wahrscheinlichkeiten für Erfolg, Misserfolg und Nebenwirkungen aller Optionen
- Wahrscheinlichkeiten für falsch negative/falsch positive Ergebnisse
- weiteres Vorgehen und medizinische, psychosoziale oder finanzielle Folgen

Zusätzlich sollte der Erstellungsprozess der Gesundheitsinformation transparent gemacht werden. Folgende Metainformationen sollten in einer EBGI kommuniziert werden (1):

- Angaben zu Verfassern, Sponsoren, Zielen der Information und Offenlegung von Interessen
- verwendete Informationsquellen und Aktualität der Information
- Hinweise auf Adressen für weitere Informationen und Unterstützungsangebote

DARSTELLUNG VON HÄUFIGKEITEN

Um diese Informationen, wie zum Beispiel Nutzen und Schaden von Maßnahmen, korrekt einschätzen zu können, müssen die statistischen Informationen klar und effektiv vermittelt werden.

VERBALE DESKRIPTOREN VS. KONKRETE ZAHLEN

Verbale Deskriptoren wie beispielsweise „selten“, „häufig“, „sicher“ werden gern eingesetzt. Untersuchungen haben allerdings gezeigt, dass sich die Interpretationen sprachlicher Beschreibungen und die daraus resultierende Wahrnehmung von Risiken individuell stark unterscheiden.

Verbale Angaben zu Nebenwirkungen führen zum Beispiel eher zu einer Überschätzung der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens. Daher sollen numerische Darstellungen (konkrete Zahlen) genutzt werden, die eine realistischere Risikoabschätzung und ein besseres Verstehen der Informationen ermöglichen (1).

Ungeeignete Darstellung

In der Hand eines erfahrenen Arztes ist die Darmspiegelung eine sehr sichere und schonende Untersuchungsmethode. Komplikationen können aber in Ausnahmefällen auftreten (4).

Geeignete Darstellung

Koloskopieteilnehmer: 10.000 davon erleiden etwa...

- 2 eine Blutung
- 3 einen Darmdurchbruch
- 6 schwere Störungen von Herz und Atmung (5).

ABSOLUTE VS. RELATIVE RISIKOREDUKTION

Häufigkeiten in Gesundheitsinformationen werden auf unterschiedliche Art und Weise numerisch dargestellt. In der Leitlinie wird empfohlen, Nutzen und Schaden von Maßnahmen durch absolute Risikomaße darzustellen, da diese Darstellung eine realistische Risiko-

Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation

Die Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie ist ein Projekt des Fachbereiches Patienteninformation und –beteiligung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM). Der methodischen Planung lagen unter anderem die Methodik der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zur Erstellung von S3 Leitlinien und das Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Verfahren zur Grunde. Anhand von Schlüsselfragen wurden systematische Evidenzsynthesen erstellt und 21 Empfehlungen konsentiert. Die Leitlinien Entwicklungsgruppe setzte sich aus einer heterogenen Gruppe von Erstellerinnen und Erstellern von Gesundheitsinformationen, Methodikerinnen und Methodikern aus dem Bereich der evidenzbasierten Medizin sowie Patienten- und Verbrauchervertreterinnen und Vertretern zusammen. Die Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation adressiert die Erstellerinnen und Ersteller von Gesundheitsinformationen (1).

einschätzung erleichtert. Die Angabe einer alleinigen relativen Risikoreduktion kann dagegen zu einer Überschätzung des Nutzens einer Maßnahme führen (1).

Ungeeignete Darstellung:

Mehrere große Studien haben übereinstimmend zeigen können, dass durch diesen Test [Okkultbluttest] bei regelmäßiger Teilnahme die Sterblichkeit durch Darmkrebs um ca. 30 % reduziert werden kann (6).

Geeignete Darstellung

Früherkennung mit dem Okkultbluttest vermindert die Darmkrebssterblichkeit um etwa 0,1 % (5).

Wie kann es zu unterschiedlichen Zahlen kommen? Ein fiktives Rechenbeispiel (7):

- Von 1000 Personen, die eine wirksame Behandlung erhalten, versterben innerhalb von 5 Jahren 2.
- Von 1000 Personen ohne diese Behandlung versterben im gleichen Zeitraum 3.

Vergleicht man die Zahlen der Verstorbenen in den beiden Gruppen, so ist es in der Gruppe mit Behandlung eine Person weniger, also gerundet etwa 30 % weniger. Bezieht man aber diese Zahl von einer Person auf die gesamte Gruppe von 1000 Personen, so stellt man fest, dass es eigentlich nur 0,1 % sind. →



NATÜRLICHE HÄUFIGKEITEN UND PROZENTANGABEN

Die Darstellung in Prozent, insbesondere bei Wahrscheinlichkeiten größer 1 %, und die Darstellung als natürliche Häufigkeiten sind gleichwertig (1).

WAHRSCHEINLICHKEITEN MIT UND OHNE BEZUGSGRÖSSE

Die Angaben zu Prävalenzen in Gesundheitsinformationen erfolgen häufig ohne die Angabe der Bezugsgröße. Der alleinige Hinweis beispielsweise auf „in Deutschland“ reicht nicht aus, um das Risiko zu erfassen.

Ungeeignete Darstellung

Denn weltweit erkranken jedes Jahr 1,4 Millionen Menschen neu an Darmkrebs, allein in Deutschland sind es jährlich mehr als 60.000 (4).

Geeignete Darstellung

Für Frauen, die gerade das 60. Lebensjahr erreicht haben, gilt, dass in den nächsten 10 Jahren bei 15 von 1000 die Diagnose Darmkrebs gestellt wird (5).

Werden Wahrscheinlichkeiten als natürliche Häufigkeiten dargestellt, sollten gleiche Bezugsgrößen verwendet werden, also beispielsweise immer x von 1000, auch wenn an anderer Stelle eine Darstellung in x von 100 möglich wäre. Ein Problem bei unterschiedlichen Bezugsgrößen ist, dass der Fokus von Leserinnen und Lesern häufig auf der Zahl von beobachteten Ereignissen (Zähler) und nicht auf der Bezugsgröße (Nenner) liegt (1).

VERWENDUNG VON ERFAHRUNGSBERICHTEN

Individuelle Erfahrungsberichte sind im Journalismus weit verbreitet, zunehmend auch in Gesundheitsinformationen. Sie gelten vielfach als leichter verständlich, besser erinnerbar und ansprechender als statistische Informationen. Sie sollen Interesse wecken, Sachinformationen vermitteln, die mit einer Erkrankung verbundenen Emotionen und sozialen Belastungen beschreiben und Betroffenen so einen Abgleich mit ihren eigenen Erfahrungen ermöglichen. Sie werden auch gezielt in Kampagnen eingesetzt, um Risikowahrnehmung und Motivation zu beeinflussen (1).

In Studien konnte bisher nicht eindeutig gezeigt werden, dass Erfahrungsberichte dazu beitragen, dass Informationen besser verstanden werden. Dagegen zeigte sich deutlich, dass sie eine überredende Wirkung haben können und somit auf die Entscheidung von Leserinnen und Lesern einwirken. Da eine Beeinflussung der Nutzerinnen und Nutzer mit dem Anspruch von EBGi auf objektive Informationen nicht vereinbar ist, wird derzeit der Einsatz in EPGi nicht empfohlen (1). Derzeit sind keine differenzierteren Aussagen möglich, es besteht Forschungsbedarf.

Erfüllen die Gesundheitsinformationen in Ihrer Praxis diese Kriterien? ■

Prof. Dr. phil. Anke Steckelberg,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Julia Lühnen, Universität Hamburg
Dr. phil. Martina Albrecht, Stiftung Gesundheitswissen
Kontakt: anke.steckelberg@medizin.uni-halle.de

- Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg 2017; <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/> (Zugriff am 11.01.2018).
- General Medical Council. Consent: patients and doctors making decisions together. 2008; http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_contents.asp (Zugriff am 11.01.2018).
- Bundesgesetzblatt online. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. 2013; http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl113s0277.pdf (Zugriff am 11.01.2018).
- Felix Burda Stiftung. Darmkrebsvorsorge. <https://www.felix-burda-stiftung.de/darmkrebsvorsorge> (Zugriff 31.01.2018).
- Steckelberg A, Mühlhauser I. Darmkrebsfrüherkennung. 2011: online Version; <https://www.gesundheit.uni-hamburg.de/pdfs/neu-broschuere-darmkrebs2011.pdf> (Zugriff am 11.01.2018).
- Jaschke F. Darmkrebsvorsorge Check in unserer Praxis. <http://dr-jaschke.de/darmkrebsvorsorge/> (Zugriff am 11.01.2018).
- Universität Hamburg, Gesundheitswissenschaften, Wissensseite. <https://www.gesundheit.uni-hamburg.de/wissen/grundwissen/risikoreduktion.html> (Zugriff am 11.01.2018).

