

Evidenzbasierte Medizin und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen: Erfahrungen und Einschätzungen der Bürger

David Klemperer, Marie-Luise Dierks

Einleitung

Nicht nur der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR), sondern zahlreiche andere Akteure sehen die Nutzer des Gesundheitswesens, also die Bürger, Versicherten und Patienten, als ein mögliches Gegengewicht zur derzeitigen Dominanz der Anbieterinteressen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene des Versorgungssystems. Die Beteiligung der informierten Nutzer könne, so die Annahme, die bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Versorgung verbessern und die Über-, Unter- und Fehlversorgung zurückdrängen (SVR 2002). Dem liegt die plausible und empirisch belegte Annahme zugrunde, dass informierte Patientinnen und Patienten auf überflüssige und schädliche Leistungen eher verzichten (O'Connor et al. 2009). Dieses Konzept kann allerdings nur dann wirksam sein, wenn Menschen über ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen (Nutbeam 2000; Kickbusch und Marstedt 2008; Dierks und Seidel 2009). Das bedeutet unter anderem, dass sie in der Lage sein müssen, Informationen zu finden und zu verstehen, über ein hinreichendes Verständnis von Evidenzbasierter Medizin (EbM) verfügen, etwas über Leitlinien wissen und sich gegenüber Professionellen im Gesundheitswesen entsprechend artikulieren.

Diverse Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ungleich verteilt ist (Berkman et al. 2011), das Wissen über Gesundheit und Krankheit nur rudimentär vorhanden ist (Bachmann et al. 2007; Braun und Marstedt 2010; Fagerlin et al. 2010) und Menschen ihre Rechte im Gesundheitswesen oft nicht kennen (Dierks et al. 2006; Horch et al. 2011). Auch das Konzept und die grundlegenden Annahmen der Evidenzbasierten Medizin, so die Ergebnisse einer amerikanischen Studie, kennen und verstehen bislang nur wenige

Bürger (Carman et al. 2010); entsprechende Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum liegen bislang nicht vor. Deshalb wurde das Thema in der Befragung des Gesundheitsmonitors aufgegriffen. Der Fokus der Befragung liegt in den folgenden Bereichen:

- Welche Kenntnisse hat die Bevölkerung von zentralen Merkmalen und Aussagen einer wissenschaftlich orientierten Medizin?
- Wie gut sind Menschen in der Lage, Risiken einzuschätzen, die mit numerischen Werten angegeben werden?
- Was weiß und denkt die Bevölkerung über medizinische Leitlinien?
- Was sind ihre Vermutungen bezüglich der Entscheidungsfindung von Ärzten und wie beurteilen sie diverse Maßnahmen zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen?
- Inwieweit sind von der EbM bereits falsifizierte Aussagen wie »Viel hilft viel« oder »Teures ist besser« bei der Bevölkerung präsent und wie weit sind diese Annahmen für Patienten handlungsleitend?
- Wie schätzen sie das Ausmaß von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der ambulanten und stationären Versorgung ein?

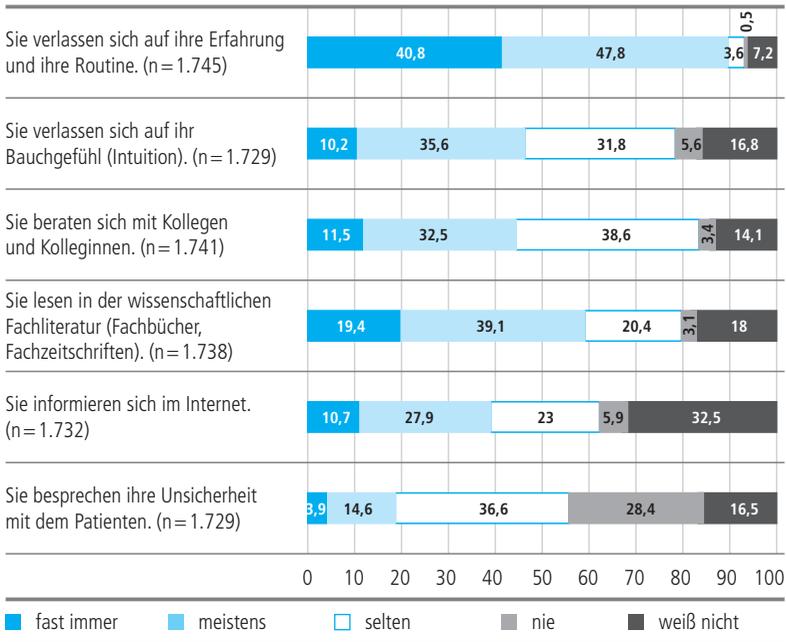
Einbezogen in die Auswertungen wurden Antworten von 1.778 Befragten im Alter von 18 bis 79 Jahren; 52 Prozent davon sind Frauen. Die Daten wurden gewichtet nach Alter, Geschlecht und Region; für die Unterscheidung der sozialen Schicht wurde eine Einteilung in Unter-, Mittel- und Oberschicht vorgenommen (zur Konstruktion des Schichtenindex siehe auch den Anhang dieser Publikation). Einflussfaktoren auf die erfragten Aspekte (Alter, Geschlecht, Sozialschicht, Gesundheitszustand, Krankenversicherung) wurden bivariat auf der Basis von Kreuztabellen betrachtet und mithilfe des Chi²-Tests geprüft, als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ festgelegt.

Evidenzbasierte Medizin – was meinen die Bürger?

Evidenzbasierte Medizin dient der Verbesserung von medizinischen Entscheidungen durch Anwendung des vorhandenen empirisch gesicherten Wissens über Behandlungsergebnisse (BMJ 2008; Daly 2005). Der im Jahr 1990 geprägte Begriff »evidence-based medicine« (Guyatt et al. 2008) steht inzwischen für eine dynamische Entwicklung in der Medizin mit Auswirkungen auf die Forschung, das Publikationswesen und die ärztliche Praxis (Kunz et al. 2007).

Der Versorgungsalltag zeigt jedoch, dass der Weg der Evidenz in die Praxis nicht geradlinig verläuft. Diagnostische und therapeutische Leistungen, die für die Patienten keinen Nutzen beinhalten, sind Teil des medizinischen Alltags. Als Beispiele für solche Befunde seien genannt: die Dehnung verengter Herzkranzgefäße bei beschwerdefreien Patienten (Boden et al. 2007), die Anfertigung von Röntgenaufnahmen bei Patienten mit unkompliziertem Kreuzschmerz (Chenot, Kochen und Schmidt 2009) oder die Verschreibung von blutzuckersenkenden Medikamenten, die das Mortalitätsrisiko erhöhen (Nissen 2010). Wie die Bürgerinnen und Bürger in der Befragung des Gesundheitsmonitors diese Situation einschätzen, zeigt Abbildung 1.

Abbildung 1: »Was glauben Sie, wie häufig Ärzte heutzutage in den genannten Weisen vorgehen, wenn sie sich über die beste Behandlung für ihre Patienten nicht ganz sicher sind?«



Angaben in Prozent der Befragten

Rund 60 Prozent der Befragten nehmen an, dass sich Ärzte meistens oder fast immer über die Fachliteratur informieren. Erfahrung und Routine werden mit knapp 90 Prozent häufiger, das Bauchgefühl und die Beratung mit Kollegen zu jeweils knapp 50 Prozent genannt. Eine Kontrolle des Einflusses diverser Nutzermerkmale auf diese Einstellung zeigt in Bezug auf das Alter, das Geschlecht, die Sozialschicht (zur Konstruktion des Schichtindex siehe auch den Anhang dieser Publikation), den aktuellen Gesundheitszustand und die Zahl der Arztkontakte im vergangenen Jahr keine deutlichen Unterschiede.

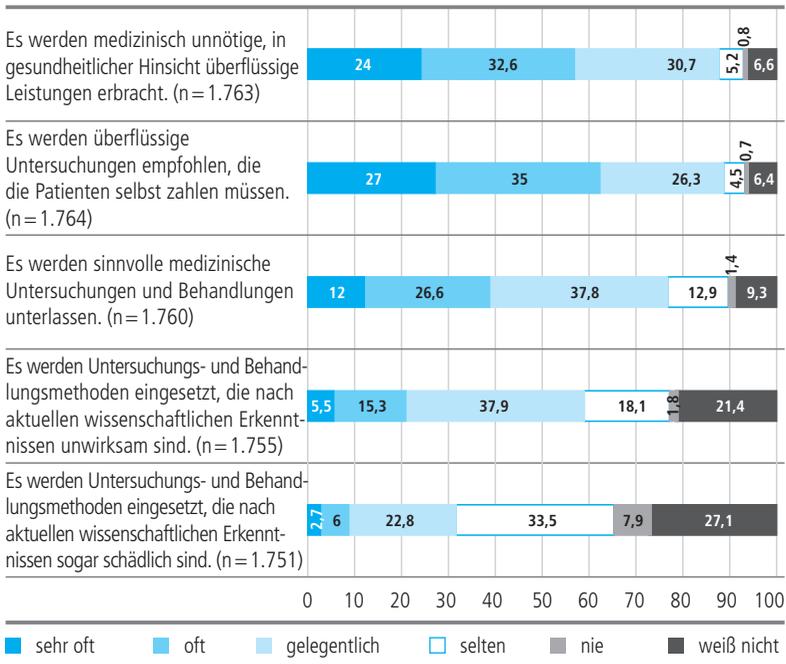
Für allzu internetaffin werden die Ärzte offenbar nicht gehalten: Nur knapp 40 Prozent der Befragten vermuten, dass sich Ärzte »meistens« oder »fast immer« dort informieren. Eher an eigene Wahrnehmungen knüpft die Einschätzung an, ob Ärzte ihre Unsicherheit mit Patienten besprechen. Fast 80 Prozent der Befragten, die sich zu diesem Thema eine Meinung zutrauen, glauben, dass Ärzte dies nie oder nur selten tun; dabei sind Frauen noch etwas skeptischer (82 %) als Männer (73 %; $p < 0,000$). Ein Teilen der Unsicherheit als Ausdruck partnerschaftlichen Umgangs mit den Patienten erwarten die meisten Befragten offenbar eher selten.

Die Einschätzung der Bevölkerung, ob sich Ärzte in ihrer Leistungserbringung allein vom Wohl der Patienten oder auch von Eigeninteressen leiten lassen und überflüssige, unwirksame und sogar schädliche Leistungen erbringen, fasst Abbildung 2 zusammen.

Etwa 90 Prozent der Befragten vermuten, dass ambulant tätige Ärzte unnötige und überflüssige Leistungen erbringen, und bejahen dies auch für sogenannte Selbstzahlerleistungen. Betrachtet man hier nur die Personen, die sich tatsächlich ein Urteil zutrauen ($n = 1.650$), so haben etwa 65 Prozent der Befragten den Eindruck, dass überflüssige Leistungen, die Patienten selbst bezahlen müssen, oft und sehr oft erbracht werden; signifikant häufiger meinen das die Frauen (71 %) als die Männer (61 %; $p < 0,000$). Bei dieser Einschätzung ist es unerheblich, ob die Befragten in den letzten zwölf Monaten tatsächlich eine Selbstzahlerleistung wahrgenommen haben oder nicht.

Die Frage nach Erbringung unwirksamer und sogar schädlicher Leistungen zu beantworten, trauen sich zwischen 21 und 27 Prozent der Befragten nicht zu. Knapp die Hälfte (46 %) derjenigen, die auf die Frage antworteten, glauben allerdings, dass dies oft beziehungsweise sehr oft geschieht. Wieder sind die Frauen hier skeptischer als die Männer: 47 Prozent der Frauen gegenüber 38 Prozent der Männer

Abbildung 2: »Was vermuten Sie, wie oft kommen folgende Situationen in Arztpraxen in Deutschland vor?«



Angaben in Prozent der Befragten

vermuten, dass unwirksame Leistungen erbracht werden; der Unterschied ist statistisch signifikant ($p = 0,03$). Das Vertrauen der Befragten darin, dass die Ärzte ihrer höchsten Berufspflicht nachkommen, nämlich den Patientinnen und Patienten nicht zu schaden und die eigenen Interessen hintanzustellen, erscheint somit erschreckend gering.

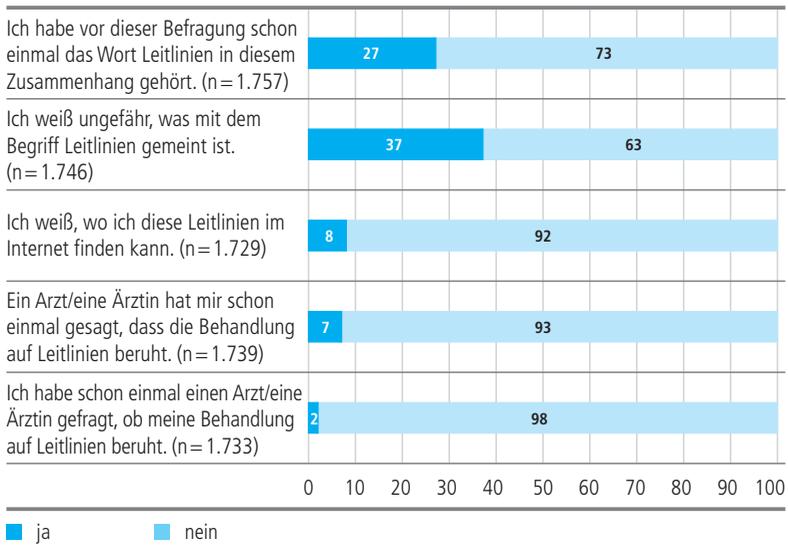
Medizinische Leitlinien – Kenntnisstand und Erfahrungen

In Leitlinien wird wissenschaftliche Evidenz für die Umsetzung im ärztlichen Alltag aufgearbeitet. Ziel ist die Verbesserung der Ergebnisse ärztlichen Handelns (Wennberg 2011). Der Anteil der Leistungen im deutschen Gesundheitswesen, der sich auf Leitlinien stützt, ist zwar aufgrund methodischer Schwierigkeiten nicht sicher bestimm-

bar, gilt allerdings als verbesserungswürdig (Kopp 2011). Studien zur Nutzung von Leitlinien-Empfehlungen durch Ärzte bei der Behandlung chronischer Erkrankungen kommen auf Werte von elf bis 82 Prozent (Chan et al. 2011; Chenot, Kochen und Schmidt 2009; Neises und Windeler 2001). Ob und inwieweit die Bevölkerung mit dem Begriff »Leitlinien« vertraut ist beziehungsweise wie sie die Bedeutung von Leitlinien einschätzt, zeigt Abbildung 3.

Abbildung 3: Kenntnis von Leitlinien

»Für die beste Behandlung von Patienten haben die Fachgesellschaften der Ärzte »Leitlinien« veröffentlicht. Darin wird genau beschrieben, welche Untersuchungen bei einzelnen Beschwerden am sinnvollsten sind und welche Behandlungsmethoden aufgrund aktueller wissenschaftlicher Untersuchungen den größten Erfolg versprechen. Was wissen Sie über diese medizinischen Leitlinien?«



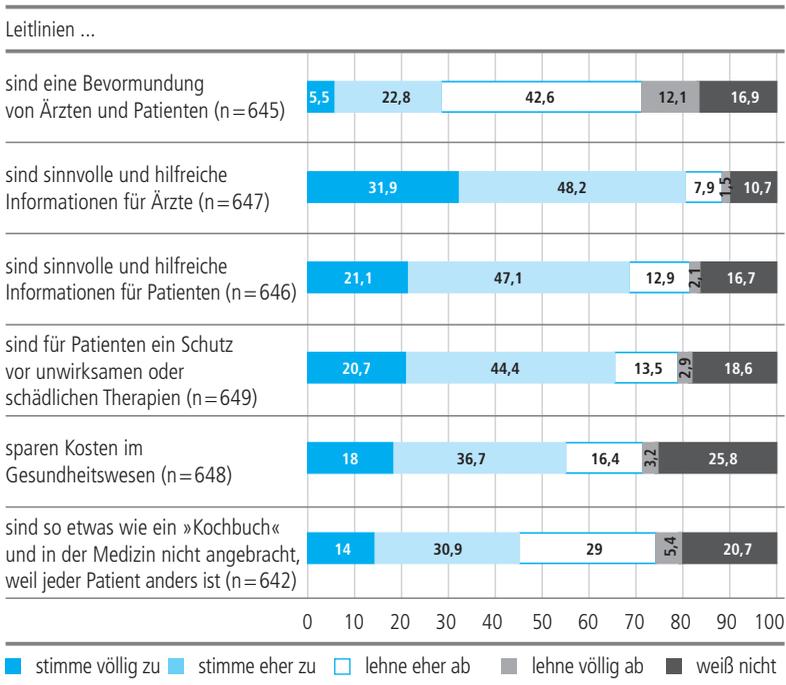
Angaben in Prozent der Befragten

Den Begriff »Leitlinie« kannte vor der Befragung nach eigenen Angaben gerade einmal jeder Vierte. Ein gutes Drittel gibt an, eine Vorstellung davon zu haben, worum es sich handelt, hier vor allem die Personen unter 45 Jahren. Diese wissen auch eher als die älteren Personen, wo sie Leitlinien im Internet finden können. Der Kenntnisstand steigt erwartungsgemäß mit der Sozialschicht signifikant an (niedrige Sozialschicht 27 %, mittlere Sozialschicht 38 %, hohe Sozialschicht 41 %;

$p < 0,000$). Allerdings hätte man erwartet, dass chronisch kranke Menschen über Leitlinien besser informiert sind als aktuell gesunde Personen; dieser Zusammenhang bildet sich nicht ab, ebenso wenig ein Einfluss der Häufigkeit von Arztbesuchen in den letzten zwölf Monaten. Sieben Prozent aller Befragten ist schon einmal mitgeteilt worden, dass die Behandlung auf einer Leitlinie beruht; selbst nachgefragt hat kaum einer der Befragten.

Betrachtet man in einem nächsten Schritt nur die Personen, die sagen, dass sie ungefähr wissen, was mit dem Begriff »Leitlinie« gemeint ist ($n = 653$), so wissen 18 Prozent auch entsprechende Hinweise im Internet zu finden. Vier Prozent haben von sich aus bereits einmal einen Arzt danach gefragt, ob die Behandlung auf einer Leitlinie beruht, 16 Prozent wurden von einem Arzt oder einer Ärztin darüber informiert, dass eine Behandlung auf Leitlinien beruhte. Die Einstellung dieser Teilgruppe der Befragten zu Leitlinien ist überwiegend, wenn auch nicht durchgehend, positiv (Abbildung 4).

Abbildung 4: Einstellungen zu Leitlinien



Angaben in Prozent der Befragten

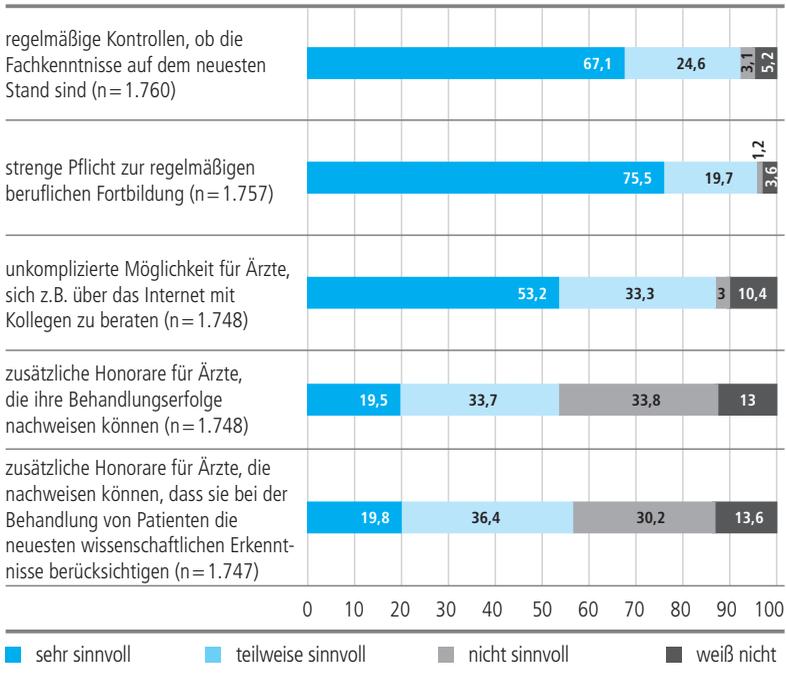
Die Aussage, Leitlinien (LL) würden Ärzte und Patienten bevormunden, teilen knapp 60 Prozent der Befragten nicht. Die Menschen über 45 Jahre stimmen der Aussage allerdings häufiger zu als die jüngeren (41% gegenüber 27%; $p < 0,000$). Die meisten halten Leitlinien offenbar für sinnvolle und hilfreiche Informationen sowohl für Ärzte als auch für Patienten sowie für einen Schutz der Patienten vor unwirksamen oder schädlichen Therapien. Mit steigender Sozialschicht wird im Übrigen die Gefahr einer Bevormundung der Ärzte signifikant seltener gesehen (48% der Befragten aus der Unterschicht gegenüber 28% aus der Oberschicht; $p = 0,03$).

Allerdings zeigen die Aussagen der Befragten auch, dass der Stellenwert der Leitlinien (wenn die Menschen denn wirklich genau wissen, um was es sich handelt) durchaus nicht eindeutig ist. Von den 365 Befragten, die Leitlinien als Schutz vor unwirksamen oder schädlichen Therapien betrachten und die gleichzeitig eine Aussage zu »Leitlinien als Kochbuchmedizin« gemacht haben, formulieren knapp 50 Prozent ihre Zustimmung dazu, dass Leitlinien in der Medizin nicht angebracht seien, weil jeder Patient anders sei. Betrachtet man vergleichend die beiden Gruppen – konsistente Beantworter (LL bieten Schutz vor unwirksamen Therapien und LL sind angebracht) und inkonsistente Beantworter (LL bieten Schutz vor unwirksamen Therapien und LL sind als »Kochbuchmedizin« nicht angebracht) –, so unterscheidet diese Gruppen nur ein Merkmal signifikant, nämlich die Sozialschicht: Während 61 Prozent der Befragten mit hoher Sozialschicht konsistent antworten, sind es in der Mittelschicht 51 Prozent, in der Unterschicht 33 Prozent ($p = 0,007$).

Qualitätssicherung von Ärzten aus Sicht der Bürger

Von der Notwendigkeit verbindlicher Lernprozesse, kontinuierlicher professioneller Entwicklung, einer verbindlichen Qualitätsdarlegung inklusive einer Rezertifizierung konnte die deutsche Ärzteschaft noch nicht überzeugt werden (Schlette und Klemperer 2009). Fragt man jedoch die Bevölkerung zu möglichen Strategien zur Qualitätssicherung, so halten mehr als 90 Prozent der Befragten sowohl regelmäßige Kontrollen der ärztlichen Fachkenntnisse für sinnvoll als auch die strenge Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung. Finanzielle Anreize für die Erbringung hoher Qualität werden von gut der Hälfte der Befragten für sinnvoll erachtet, ein Drittel lehnt dies jedoch ab (Abbildung 5).

Abbildung 5: »Auch Ärzte können in ihrem Beruf Fehler machen. Wie sinnvoll wären aus Ihrer Sicht folgende Maßnahmen, um diese Fehler zu verhindern?«



Angaben in Prozent der Befragten

Interessant ist, dass die Zustimmung zu regelmäßigen Kontrollen der Fachkenntnisse mit der Höhe des Sozialstatus abnimmt: Menschen aus niedriger Sozialschicht stimmen zu 76 Prozent zu, Menschen aus der Oberschicht zu 58 Prozent ($p < 0,000$). Einen ähnlichen Trend sieht man bei der Bewertung der Möglichkeit, zusätzliche Honorare für Ärzte vorzusehen, die ihre Behandlungserfolge nachweisen können: Dies halten 29 Prozent der Menschen aus der unteren sozialen Schicht für sehr sinnvoll, dagegen nur 19 Prozent der Oberschicht ($p < 0,000$). Privat versicherte Personen bevorzugen zudem signifikant seltener zusätzliche Vergütungen für gute Behandlungserfolge als GKV-Versicherte (PKV-Versicherte mit 16% volle Zustimmung zu GKV-Versicherten mit 24%; $p < 0,000$).

Die Forderungen nach zusätzlichen Honoraren für Ärzte, die den Einsatz geprüfter wissenschaftlicher Verfahren nachweisen können, werden von Personen mit chronischen Erkrankungen deutlich häufi-

ger als sehr sinnvoll betrachtet als von gesunden Befragten (33 % gegenüber 18 %, $p < 0,000$). Auffällig ist auch der Befund, dass Menschen, die in der DDR aufgewachsen sind, hier stärker zustimmen als Menschen aus der alten BRD (28 % gegenüber 21 %; $p < 0,001$).

Gesundheitskompetenz und Risikokommunikation

Die Evidenzbasierte Medizin stützt sich auf Studienwissen. Studien ergeben meist, dass Behandlungen nicht bei jedem Patienten und jeder Patientin wirken. Vielmehr sind erwünschte und unerwünschte Effekte mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Die Erfolgs- oder Misserfolgswahrscheinlichkeit kann in einer Zahl ausgedrückt werden, die beispielsweise angibt, wie viele Patienten mit einem blutdrucksenkenden Mittel behandelt werden müssen, damit bei einem der Patienten ein Schlaganfall oder Herzinfarkt verhindert wird – die sogenannte »number needed to treat«. Patienten sollten daher in der Lage sein, den häufig in Zahlen ausgedrückten Effekt einer Behandlung richtig einzuschätzen. Dafür benötigen sie ein Grundverständnis von Wahrscheinlichkeiten. Dass dies bei Patienten (Schwartz, Woloshin und Welch 2005; Fagerlin, Zikmund-Fisher und Ubel 2007) und selbst bei Professionellen im Gesundheitswesen nicht immer vorhanden ist, haben diverse Studien gezeigt (Wegwarth und Gigerenzer 2010).

Dieses Verständnis sollte in dieser Untersuchung mit der Frage erfasst werden, welches Zahlenverhältnis eine hohe beziehungsweise niedrige Wahrscheinlichkeit angibt: »Stellen Sie sich bitte vor, Ihnen würde vor einer Untersuchung anhand eines Zahlenverhältnisses mitgeteilt, wie hoch das Risiko ist, nach dieser Untersuchung eine schwere Blutung zu erleiden. Welche der folgenden Zahlen drückt aus Ihrer Sicht dann das höchste Risiko aus, die Blutung zu erleiden (bitte nur eine Angabe)?«

71 Prozent der Befragten geben zutreffend an, dass 1:10 das höchste Risiko darstellt. 17 Prozent jedoch entscheiden sich für 1:100 und zwölf Prozent halten das geringste Risiko für das höchste. Die Antworten zeigen, dass man in der Kommunikation von Wahrscheinlichkeiten bei einem nicht geringen Anteil der Patienten von einem niedrigen Zahlenverständnis ausgehen muss. Personen unter 45 Jahren haben einen deutlichen Vorsprung gegenüber den Älteren (81 % ge-

genüber 64 %) und erwartungsgemäß steigt die Richtigkeit der Angaben mit der Sozialschicht deutlich an.

Gesundheitskompetenz und Annahmen über medizinische Sachverhalte

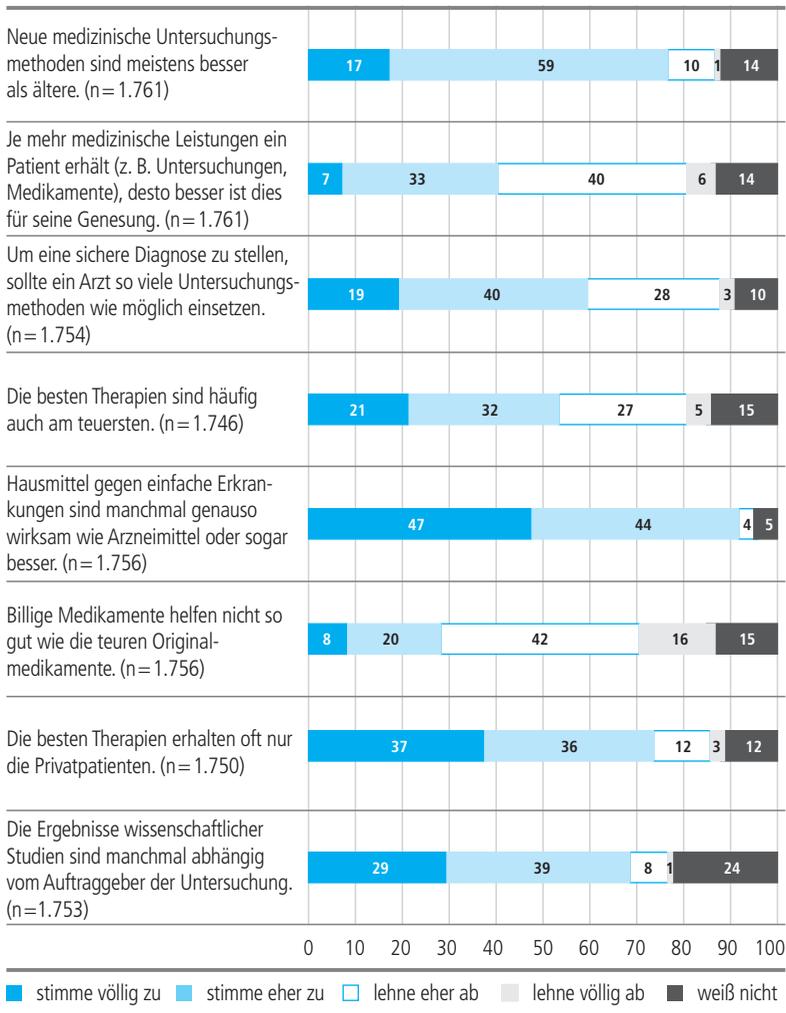
Zur Gesundheitskompetenz gehört auch, dass Menschen in der Lage sind, einige Annahmen über Behandlungsverläufe zu verstehen, um kritisch mit Gesundheitsangeboten umgehen zu können (Nutbeam 2000; Feufel et al. 2011). Allerdings zeigen die Befragungsdaten, dass diverse falsche Vorstellungen weit verbreitet sind (Abbildung 6).

Die Mehrheit der Befragten (75 %) ist der Ansicht, dass neue medizinische Untersuchungsmethoden meistens besser sind als ältere. Dabei finden sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern; auch die Sozialschicht und der Gesundheitszustand beeinflussen diesen Glauben an den Fortschritt nicht. »Mehr hilft mehr« – bei dieser Aussage ist die Meinung geteilt: Betrachtet man diverse Untergruppen und berücksichtigt nur die Menschen, die sich zu dem Thema eine Meinung zutrauen, so zeigt sich, dass Befragte aus der Oberschicht diese Aussage signifikant häufiger ablehnen (63 %) als Menschen aus der Unterschicht (46 %; $p < 0,000$). Dies gilt auch für den Einsatz möglichst vieler Untersuchungsmethoden zur Sicherung einer Diagnose. Dass aktuell oder chronisch Erkrankte häufiger zustimmen als gesunde Personen, verwundert nicht.

»Besser gleich teurer« – dieser Ansicht sind 53 Prozent der Befragten, häufiger die Menschen über 45 Jahre. Zugleich sind 73 Prozent der Ansicht, dass der Versicherungsstatus die Qualität der Behandlung beeinflusst: Privatpatienten erhalten, so die verbreitete Meinung, bessere Therapien als Patienten der GKV. Befragte aus der Unterschicht stimmen dieser Aussage signifikant häufiger zu als Personen aus der Oberschicht (89 % gegenüber 75 %; $p < 0,000$).

Über 90 Prozent aller Befragten sind der Ansicht, dass Hausmittel gegen einfache Erkrankungen genauso gut oder sogar besser wirken als Arzneimittel. Frauen stimmen hier statistisch signifikant mehr zu als Männer ($p = 0,007$). Die Aussage, dass billige Medikamente nicht so gut helfen wie teure Originalmedikamente, bejahen nur knapp 30 Prozent der Befragten. Offenbar ist bei der Bevölkerung die Botschaft angekommen, dass preiswerte Generika auch helfen. Skeptischer

Abbildung 6: Annahmen über medizinische Sachverhalte: »Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?«



Angaben in Prozent der Befragten

sind hier Menschen über 45 Jahre, Personen aus der Unterschicht und Menschen, die zum Befragungszeitpunkt akut oder chronisch erkrankt waren.

Zwei Drittel der Befragten gehen davon aus, dass Studienergebnisse davon abhängen können, wer sie in Auftrag gegeben hat; allerdings ist

hier der Anteil der »Weiß nicht«-Angaben mit 24 Prozent recht hoch. Betrachtet man nur die Befragten, die sich eindeutig positioniert haben, stimmen knapp 90 Prozent eher zu beziehungsweise völlig zu. Nur wenige meinen, dass dies nicht der Fall sei. Diese Personen gehören zur Altersgruppe unter 45 Jahren. Dies ist möglicherweise ein Ergebnis der auch in der Öffentlichkeit diskutierten Einflussnahme der pharmazeutischen Industrie auf die Ergebnisse von Arzneimittelstudien.

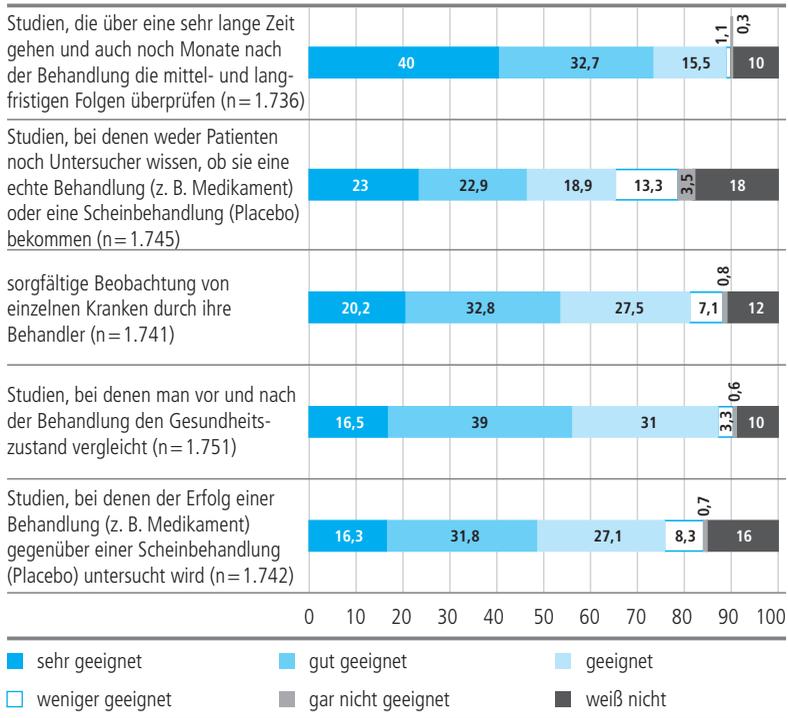
Kenntnisstand zur Gewinnung von Evidenz

Medizinisches Wissen wird durch Studien gewonnen. Unterschiedliche Studienformen sind je nach Fragestellung zu bevorzugen. Ein Verständnis der Methoden, mit denen Evidenz gewonnen wird, kann Patienten vor falschen und überhöhten Erwartungen schützen. So ist die Beobachtung einzelner Patienten, um den Einfluss einer Therapie auf den Verlauf zu beurteilen (Aussage: »sorgfältige Beobachtung von einzelnen Kranken durch ihre Behandler«), mit großer Unsicherheit behaftet, weil sich der Verlauf einer Krankheit nie präzise vorhersagen lässt. Die randomisierte kontrollierte Studie, also der faire Vergleich zweier homogener Gruppen von Patienten, von denen eine die zu prüfende Behandlung erhält und die andere ein Placebo oder eine andere Behandlung, ist die bestgeeignete Studienform, um Therapieeffekte zu beurteilen. Diese wissenschaftlichen Festlegungen sind aber längst noch nicht Bestandteil des Wissens der Bevölkerung, wie die Antworten auf folgende Aussagen zeigen (siehe Abbildung 7).

Hohe Zustimmung finden Studien, die die Behandlung über einen langen Zeitraum erfassen. Ebenfalls noch hoch ist die Zustimmung zu kontrollierten Studien mit doppelter Verblindung. Chronisch erkrankte Personen halten diese Form allerdings signifikant häufiger für weniger geeignet als gesunde (84 % gegenüber 74 %; $p < 0,000$).

Etwa 80 Prozent aller Befragten halten die Fallserien für geeignet, sind sich also nicht über die hohe Irrtumswahrscheinlichkeit dieser Studienform im Klaren. Betrachtet man nur die Personen, die zu dieser Aussage eine eindeutige Antwort gegeben haben, halten Befragte aus der Oberschicht die Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlung auf Basis dieser Beobachtungen zwar seltener für geeignet als Menschen aus der Unterschicht (86 % gegenüber 97 %; $p < 0,000$); allerdings ist die Zustimmung in beiden Gruppen immer noch hoch.

Abbildung 7: »Die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden wird in wissenschaftlichen Studien untersucht. Was glauben Sie, wie gut sind die hier genannten Studien geeignet, um die Wirksamkeit einer Behandlung zu beurteilen?«



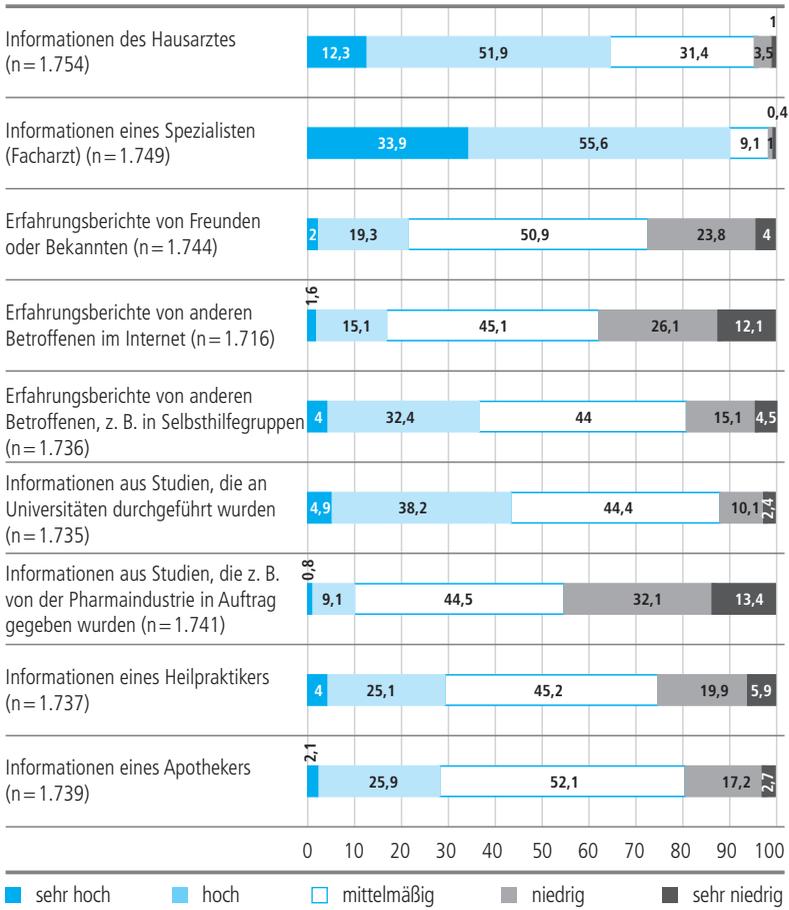
Angaben in Prozent der Befragten

Vertrauen in Informationsquellen

Um ihre Gesundheitskompetenz zu entwickeln und um Gesundheitsleistungen bedarfsgerecht in Anspruch nehmen zu können, benötigen Bürger und Patienten verlässliche, evidenzbasierte Informationen. Welchen Informationsquellen die Befragten vertrauen, ist daher von besonderer Bedeutung (Dierks et al. 2006). Der Informationsmarkt für Gesundheitsthemen ist mittlerweile unüberschaubar. Wie sehr die Befragten dabei den einzelnen Informationsquellen vertrauen, zeigt die Abbildung 8.

Abbildung 8: Vertrauen in Informationsquellen zu einem Gesundheitsproblem

»Stellen Sie sich vor, Sie leiden an einer immer wiederkehrenden Krankheit, etwa an Migräne. Wenn Sie sich über diese Krankheit und die besten Behandlungen informieren wollen – wie hoch ist dann Ihr Vertrauen in folgende Informationsquellen?«



Angaben in Prozent der Befragten

Fachärzte genießen bei knapp 90 Prozent und Hausärzte bei 64 Prozent hohes beziehungsweise sehr hohes Vertrauen für spezielle Gesundheitsprobleme (hier: Migräne). Etwas kritischer äußern sich Personen, die in den letzten zwölf Monaten keinen Arztkontakt hatten. Erfahrungsberichte von Freunden und Bekannten, aber auch von anderen Betroffenen im Internet werden vergleichsweise skeptisch

gesehen. Dagegen formulieren die Befragten ihre Wertschätzung für Erfahrungsberichte von anderen Betroffenen, beispielsweise aus Selbsthilfegruppen. In der Tendenz sind dies häufiger die Frauen. Mit steigender Sozialschicht sinkt das Vertrauen in diese Informationsquellen.

An dieser Stelle wird eine bemerkenswerte Diskrepanz deutlich: Die meisten Befragten gehen einerseits davon aus, dass Ärzte unnötige, überflüssige und sogar schädliche Leistungen erbringen; andererseits genießen Ärzte hohes Vertrauen, wenn es um Gesundheitsinformationen geht. Zu prüfen wäre, ob die Befragten hier zwischen den Ärzten insgesamt und ihrem persönlichen Arzt unterscheiden, also der Ärzteschaft allgemein misstrauen, aber ihrem eigenen Arzt Vertrauen schenken.

Fazit

Evidenzbasierte Medizin dient dazu, Behandlungsentscheidungen zwischen Arzt und Patient zu verbessern. Notwendige Voraussetzung hierfür auch aufseiten der Patienten sind ein Verständnis einiger grundlegender Annahmen der Evidenzbasierten Medizin und eine realistische Einschätzung, wie wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Ergebnisse zu interpretieren sind und wie diese in der Praxis umgesetzt werden.

Die Untersuchung zeigt, dass die Antworten der Bevölkerung auf Alltagstheorien gründen und dass die Menschen auch bei der Einschätzung ärztlichen Handelns davon ausgehen, dass Ärzte hauptsächlich vor dem Hintergrund ihrer Erfahrung und eines Bauchgefühls Entscheidungen für die Versorgung der Patienten treffen. Damit korrespondiert die hohe Zustimmung zu der Aussage, dass die Vorher-nachher-Beobachtung einzelner Patienten eine besonders geeignete Methode ist, Therapieeffekte zu untersuchen.

Das Vertrauen der Befragten darin, dass Ärzte ihre Entscheidungen auf rein rationaler Grundlage zum Wohle der Patienten treffen, erscheint gering. Knapp 90 Prozent gehen davon aus, dass Ärzte auch unnötige und überflüssige Leistungen erbringen, und ein nennenswerter Anteil der Befragten meint sogar, dass Ärzte Leistungen erbringen, die den Patienten schaden. Dieser so nicht erwartete Befund sollte sehr nachdenklich machen. Die Ergebnisse dokumentieren eine ins-

gesamt skeptische Haltung gegenüber medizinischer Versorgung, zu der die kritische Berichterstattung über die Medikalisierung (»Sinnlos unterm Messer«, »Die Krankheitserfinder«, »Überdosis Medizin«) und über die Beziehungen der Ärzteschaft zur Industrie beigetragen haben könnten.

Erwartungsgemäß ist das Wissen über die Bedeutung von Leitlinien für eine evidenzbasierte Behandlung beziehungsweise für den Transfer von neuen Erkenntnissen in die Praxis noch wenig entwickelt. Auch scheinen hochwertige Patientenleitlinien, wie sie etwa im Rahmen der Nationalen Versorgungsleitlinien erstellt werden, bisher wenig verbreitet.

Im Gegensatz zur Ärzteschaft selbst haben die befragten Bürgerinnen und Bürger wenig Probleme damit, weitergehende Regelungen für die ärztliche Qualitätssicherung zu fordern. Regelmäßige Kontrollen der Fachkenntnisse und eine strenge Pflicht zur Fortbildung unterstützen jeweils mehr als 90 Prozent. Eher zurückhaltend sind die Menschen bei Überlegungen zur zusätzlichen Vergütung qualitätsgesicherter Leistungen und bei zusätzlichen Vergütungen für gute Behandlungserfolge. Hier sind, wie oben dargelegt, Patienten mit höherer Bildung noch zurückhaltender als solche mit mittlerem und niedrigerem Bildungsstand.

Die Bürger dürften erwarten, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur dann in die Praxis eingeführt werden, wenn sie besser oder zumindest gleich gut sind wie die bisherigen Verfahren. So verwundert nicht die hohe Zustimmung zu der Annahme, dass neuere Methoden besser seien als alte und dass die besten Therapien auch die teuersten seien. Tatsache ist jedoch, dass die politisch Verantwortlichen entsprechende Regelungen bislang nicht getroffen haben und deshalb tatsächlich »neu« durchaus »weniger nützlich« oder »mehr unerwünschte Wirkungen« bedeuten kann, zumeist aber mit einem geringeren Wissen über die Nutzen-Schaden-Relation einhergeht. Bemerkenswert ist die ausgeprägte Zustimmung wie Skepsis gegenüber der Annahme »Je mehr Leistungen, desto besser«. Hier dürfte die oben bereits zitierte Meinung der Befragten zum Tragen kommen, dass Ärzte durchaus nutzlose oder gar schädliche Leistungen erbringen.

Das hohe Maß an Vertrauen, das den Ärzten als Informationsquelle entgegengebracht wird, steht dagegen in einem deutlichen Widerspruch zu den Vorbehalten gegenüber der ärztlichen Leistungserbringung. Diese Diskrepanz könnte dadurch bedingt sein, dass die

Befragten ihren eigenen Ärzten vertrauen, während sich ihre Vorbehalte gegen die Ärzteschaft im Allgemeinen richten. Diese Erklärung könnte auch als ein Lösungsversuch für den Umgang mit der kognitiven Dissonanz verstanden werden: Einerseits reflektieren die Befragten ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und den darin Handelnden kritisch, auf der anderen Seite sind sie im Krankheitsfall auf die professionellen Helfer angewiesen und von ihnen abhängig. Das Vertrauen in den eigenen Arzt dürfte hier für die Patienten eine (Überlebens-)Notwendigkeit darstellen. Hinweise auf Probleme werden in der konkreten Behandlungssituation deshalb möglicherweise beiseitegeschoben.

Dass das Wissen über Studienformen und Leitlinien gering ausgeprägt ist und dass eine relevante Minderheit der Befragten Schwierigkeiten im Verständnis von Wahrscheinlichkeiten hat, lässt sich als Hinweis darauf deuten, dass das Wissen der Bevölkerung um grundlegende Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin wenig entwickelt ist. In Anbetracht der Bedeutung der Patienten für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erscheint es daher dringend erforderlich, die Gesundheitskompetenz im Sinne einer kritischen Gesundheitsbildung zu erhöhen (Feufel et al. 2011).

Knapp drei Viertel der Befragten haben die einfachen Fragen bezüglich ihres Zahlenverständnisses zwar korrekt beantwortet, die Übrigen hatten jedoch fälschlicherweise den Eindruck, dass hohe Zahlen (1:100 oder 1:1.000) auch ein hohes Risiko bedeuten. In Anbetracht der Tatsache, dass sich der Nutzen einer Untersuchung oder Behandlung für den einzelnen Patienten immer nur als Wahrscheinlichkeit darstellt, ist hier noch einiges an Entwicklungsarbeit zu leisten (Gaissmaier und Gigerenzer 2011). Dies gilt im Übrigen nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Behandler selbst. Hier zeigen Studien zur Einschätzung des Nutzens von Screeningmaßnahmen in der Krebsfrüherkennung oder zum Umgang mit Risiken auch bei Ärzten durchaus Interpretationsdefizite (Wegwarth und Gigerenzer 2010; Wegwarth, Gaissmaier und Gigerenzer 2011).

Beide Seiten, Patienten wie Ärzte, sollten durch edukative Maßnahmen über die Möglichkeiten, aber auch über die offenen Fragen bei der Gewinnung evidenzbasierter Informationen und ihrer Umsetzung informiert werden (Feufel et al. 2011; Hirschberg 2010). Die Frage der wissenschaftlichen Methoden des Wissensgewinns sollte bereits in die Elementarbildung integriert werden. Hier liegen erste Konzepte vor,

die weiterzuverfolgen sind (Steckelberg et al. 2009; Berger, Skoetz und Weingart 2007; Dierks, Seidel und Schwartz 2011).

In der Erwachsenenbildung wurden spezifische Einrichtungen etabliert, wie etwa die Patientenuniversität, in der Bürger Gesundheitsbildung, Gesundheitssystemkompetenz und Bewältigungskompetenz erwerben können. Hier gelingt es, über das primäre Interesse der Teilnehmenden an krankheits- und körperbezogenen Fragen en passant weitere Aspekte der Gesundheitskompetenz erfolgreich zu vermitteln, nämlich Wissen über Evidenzbasierte Medizin, über Patientenrechte oder Qualitätsfragen der Gesundheitsversorgung – Bereiche, die von den Adressaten kaum nachgefragt würden, wenn sie als Hauptthema angekündigt würden (Dierks, Seidel und Schwartz 2011). Nach diesem Beispiel ließe sich auch über andere Institutionen des Bildungs- und Gesundheitssektors die kritische Gesundheitskompetenz der Bürger erhöhen.

Um die Nutzerorientierung zu stärken, sind bereits seitens der Politik einige Maßnahmen ergriffen und Strukturen geschaffen worden, wie das Angebot evidenzbasierter Gesundheitsinformationen über das Internet durch das IQWiG (www.gesundheitsinformation.de) (Bastian 2008). Bei der Rezeption dieser Gesundheitsinformationen durch die Nutzer zeigt sich, dass Menschen nicht nur die Grundlagen der evidenzbasierten Informationsgewinnung verstehen, sondern manchmal auch mit der Enttäuschung leben müssen, dass nicht alle Fragen eindeutig beantwortet werden können (Seidel et al. 2010; Hirschberg 2010). Bei schriftlichen Informationen oder Hinweisen im Internet kommt erschwerend hinzu, dass ohne Gesprächspartner keine sofortige Rückfrage bei Verständnisproblemen möglich ist, was zu Beunruhigung oder Verunsicherung führen kann.

Ein weiterer Aspekt ist in diesem Zusammenhang noch zu diskutieren: Mit Strategien, die allein einen kognitiven Ansatz verfolgen, also auf mehr Information und mehr Bildung setzen, ist das Ziel der Evidenzbasierten Medizin, nämlich Entscheidungen im Sinne der Patienten zu verbessern, nicht zu erreichen. Information und Bildung sind zwar notwendig, aber nicht hinreichend. Vielmehr müssen Rahmenbedingungen verändert und beispielsweise Entscheidungssituationen so gestaltet werden, dass bei sensiblen Entscheidungen die Präferenzen der Patienten und nicht die der Leistungserbringer den Ausschlag geben. Bei bestimmten kritischen Entscheidungen erscheint es notwendig und praktikierbar, die Entscheidung für oder gegen den Ein-

griff in einer neutralen – nicht von Anbieterinteressen geprägten – Umgebung vorzubereiten und eventuell auch zu treffen.

Generell gilt es, medizinische Entscheidungssituationen so zu gestalten, dass den Interessen und Präferenzen der Patienten das gebührende (Über-)Gewicht gegeben wird (Härter, Loh und Spies 2005; Edwards und Elwyn 2009; Légaré, Shemilt und Stacey 2011; O'Connor et al. 2009). Die dafür erforderliche partnerschaftliche Entscheidungsfindung prägt zwar noch nicht den medizinischen Alltag (Dierks und Seidel 2005); auf Dauer erscheint es jedoch weder ethisch noch ökonomisch haltbar, dass Patienten Leistungen erhalten, die sie gar nicht haben wollten, wenn sie nur ausreichend informiert wären.

Literatur

- Bachmann, L. M., F. S. Gutzwiller, M. A. Puhon, J. Steurer, C. Steuerer-Stey und G. Gigerenzer. »Do citizens have minimum medical knowledge? A survey«. *BMC Medicine* (14) 5 2007. 1–6.
- Bastian, H. »Health literacy and patient information: developing the methodology for a national evidence-based health website«. *Patient Educ Couns* (3) 73 2008. 551–556.
- Berger, B., N. Skoetz und O. Weingart. »Projekte zur EbM-Laienschulung in Deutschland – mehr als ein theoretisches Modell«. *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Hrsg. R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz und N. Donner-Banzhoff. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln 2007. 429–432.
- Berkman, N. D., S. L. Sheridan, K. E. Donahue, D. J. Halpern und K. Crotty. »Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review«. *Ann Intern Med* 155 2011. 97–107.
- BMJ – British Medical Journal (Hrsg.). *Clinical Evidence Handbook*. 2008.
- Boden, W. E., R. A. O'Rourke, K. K. Teo, P. M. Hartigan, D. J. Maron, W. J. Kostuk, M. Knudtson, M. Dada, P. Casperson, C. L. Harris, B. R. Chaitman, L. Shaw, G. Gosselin, S. Nawaz, L. M. Title, G. Gau, A. S. Blaustein, D. C. Booth, E. R. Bates, J. A. Spertus, D. S. Berman, G. B. Mancini, W. S. Weintraub. »Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease«. *New England Journal Med* (15) 356 2007. 1503–1516.
- Braun, M., und G. Marstedt. »Mythen zur Gesundheitspolitik. Auch gebildete Bürger irren«. *Gesundheitsmonitor. Newsletter* 2 2010. 1–11.

- Carman, K. L., M. Maurer, J. M. Yegian, P. Dardess, J. McGee, M. Evers und K. O. Marlo. »Evidence That Consumers Are Skeptical About Evidence-Based Health Care«. *Health Affairs* (29) 7 2010. 1400–1406.
- Chan, P. S., M. R. Patel, L. W. Klein, R. J. Krone, G. J. Dehmer, K. Kennedy, B. K. Nallamothu, W. D. Weaver, F. A. Masoudi, J. S. Rumsfeld, R. G. Brindis und J. A. Spertus. »Appropriateness of Percutaneous Coronary Intervention«. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (1) 306 2011. 53–61.
- Chenot, J. F., M. M. Kochen und C. O. Schmidt. »Das Einhalten von Leitlinien und die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten«. *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Hrsg. J. Böcken, B. Braun und J. Landmann. Gütersloh 2009. 135–155.
- Daly, J. *Evidence-Based Medicine and the Search for a Science of Clinical Care*. Berkeley, CA., 2005.
- Dierks, M.-L., und G. Seidel. »Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – wollen Patienten wirklich Partner sein?« *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Hrsg. M. Härter, A. Loh, A. und C. Spies. Köln 2005. 35–44.
- Dierks, M.-L., und G. Seidel. »Angebot und Nachfrage nach kritischer Gesundheitsbildung – Erfahrungen aus der ersten Patientenuniversität in Deutschland«. *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Hrsg. N. Klusen, A. Fließgarten und T. Nebling. Baden-Baden 2009. 379–394.
- Dierks, M.-L., G. Seidel und F. W. Schwartz. »Nutzer des Gesundheitswesens zu Gesprächspartnern der Professionellen machen – das Konzept der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover«. *Public Health Forum* 70 2011. 17–18.
- Dierks, M.-L., G. Seidel, F. W. Schwartz und K. Horch. *Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Gesundheitsbericht für Deutschland*. Berlin 2006.
- Edwards, A., und G. Elwyn. »Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice«. *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. Hrsg. A. Edwards und G. Elwyn. 2. Auflage. Oxford 2009. 3–10.
- Fagerlin, A., B. J. Zikmund-Fisher und P. A. Ubel. »If I'm better than average, then I'm ok?«: Comparative information influences

- beliefs about risk and benefits«. *Patient Education and Counseling* (69) 1–3 2007. 140–144.
- Fagerlin, A., K. R. Sepucha, M. P. Couper, C. A. Levin, E. Singer und B. J. Zikmund-Fisher. »Patients' Knowledge about 9 Common Health Conditions: The DECISIONS Survey«. *Med Decis Making* (30) September/Oktober 2010. 35S–52S.
- Feufel, M. A., G. Antes, I. Steurer, G. Gigerenzer, J. A. M. Gray, M. Mäkelä, A. G. Mulley, D. E. Nelson, J. Schulkin, H. Schünemann, J. E. Wennberg und C. Wild. »What is needed for better health care: Better systems, better patients or both?«. *Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning Health Care 2020*. Hrsg. G. Gigerenzer und J. A. M. Gray. Cambridge, MA. 2011. 117–134.
- Gaissmaier, W., und G. Gigerenzer. »When Misinformed Patients Try to Make Informed Health Decisions«. *Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning Health Care 2020*. Hrsg. G. Gigerenzer und J. A. M. Gray. Cambridge, MA. 2011. 29–43.
- Guyatt, G., R. Drummond, M. O. Meade und D. J. Cook. *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-based Clinical Practice*. 2. Auflage. New York u. a. 2008.
- Härter, M., A. Loh und C. Spies (Hrsg.). *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Köln 2005. 35–44.
- Hirschberg, I. »Bewertung und Wirkung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen – die Perspektive der Nutzer«. Public-Health-Magisterarbeit. *Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz*. Hrsg. M.-L. Dierks und G. Seidel. Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover. Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Hannover 2010.
- Horch, K., L. Ryl, B. Hintzpeter und M.-L. Dierks. »Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive«. *GBE kompakt*. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. (2) 2 2011.
- Kickbusch, I., und G. Marstedt. »Gesundheitskompetenz: eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit«. *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Hrsg. J. Böcken, B. Braun und J. Landmann. Gütersloh 2008. 12–28.
- Kopp, I. B. »Kardiovaskuläre Leitlinien: Ver(w)irrt bei der Umsetzung?«. *Deutsches Ärzteblatt* (5) 108 2011. 59–60.

- Kunz, R., G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz und N. Donner-Banzhoff (Hrsg.). *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. 2. Auflage. Köln 2007.
- Légaré, F., M. Shemilt und D. Stacey. »Can shared decision making increase the uptake of evidence in clinical practice?«. *Frontline Gastroenterology* 2 2011. 176–181.
- Neises, G., und J. Windeler. »Wie viel ist ›evidenzbasiert‹? Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand«. *ZaeFQ* (2) 95 2001. 95–104.
- Nissen, S. E. »The rise and fall of rosiglitazone«. *European Heart Journal* (7) 31 2010. 773–776.
- Nutbeam, D. »Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century«. *Health Promotion international* (3) 15 2000. 259–267.
- O'Connor, A. M., C. L. Bennett, D. Stacey, M. Barry, N. F. Col, K. B. Eden, V. A. Entwistle, V. Fiset, M. Holmes-Rovner, S. Khangura, H. Llewellyn-Thomas, D. Rovner. »Decision aids for people facing health treatment or screening decisions«. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester 2009.
- Schlette, S., und D. Klemperer. »Revalidation of the medical profession in Germany«. *Euro Observer* (11) 2009. 5–8.
- Schwartz, L. M., S. Woloshin und G. Welch. »Can Patients Interpret Health Information? An Assessment of the Medical Data Interpretation Test«. *Med DecisMaking* 25 2005. 290–300.
- Seidel, G., I. Hirschberg, I. Kreusel und M.-L. Dierks. »Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). 2010«. Abschlussbericht Patientenuniversität. Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Medizinische Hochschule Hannover 2010.
- Steckelberg, A., C. Hülfenhaus, J. Kasper und I. Mühlhauser. »Ebm@school – a curriculum of critical health literacy for secondary school students: results of a pilot study«. *International Journal Public Health* 54 2009. 1–8.
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. »Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation«. *Gutachten 2000/2001*. Baden-Baden 2002.

- Wegwarth, O., und G. Gigerenzer. »There is nothing to worry about: Gynecologists' counseling on mammography«. *Patient Education and Counseling* 2010.
- Wegwarth, O., W. Gaissmaier und G. Gigerenzer. »Deceiving numbers: Survival rates and their impact on doctors' risk communication«. *Medical Decision Making* 31 2011. 386–394.
- Wennberg, J. E. »Time to tackle unwarranted variations in practice«. *BMJ* 342 2011. 687–690.