

Foto: Fotolia



Ohne Durchblick

Was nutzt eine Behandlung genau? Wie wahrscheinlich richtet sie Schaden an? Kaum eine Information ist in der Medizin wichtiger. Viele Ärzte verstehen sie nicht.

Von Dr. Katja Flieger

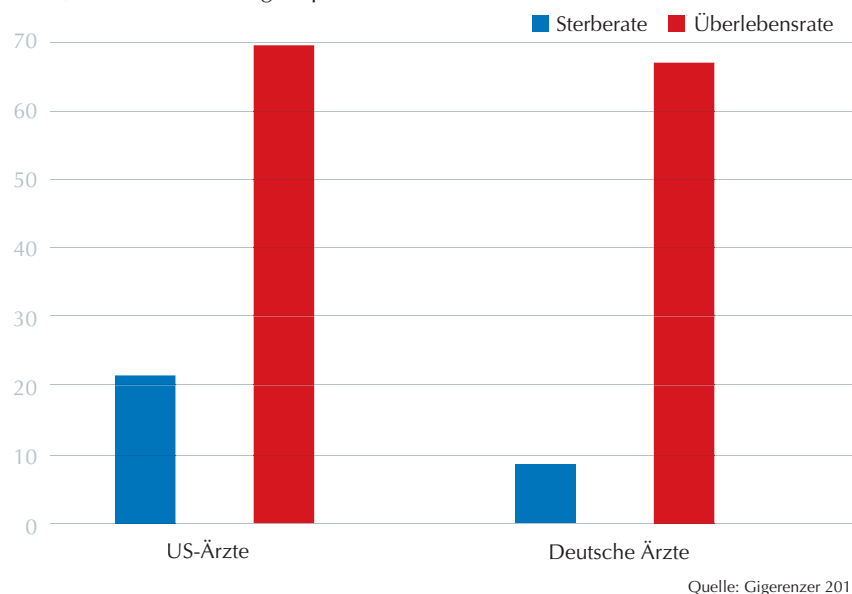
Sollte man eine Anti-Baby-Pille einnehmen, die das Thromboserisiko massiv erhöht? Nein, entschieden 1995 viele britische Frauen. Das britische Komitee für Medikamentensicherheit hatte bekannt gegeben, dass die neue Pillengeneration doppelt so häufig Thrombosen

verursacht wie ihr Vorgänger. Aufgrund der lupenreinen Statistiken setzten viele Frauen die Pille sofort ab. In Großbritannien gab es daraufhin mehr Schwangerschaften und Abtreibungen. Die Kommunikation des Risikos war freilich fragwürdig: Die neue Pille hatte die Throm-

bosen zwar verdoppelt, allerdings nur von einem Fall auf zwei Fälle pro 7 000 Frauen. Das Thromboserisiko durch Schwangerschaft oder Abtreibung lag höher als durch die neue Pille. Richtig informiert waren die Britinnen trotz exakter Zahlen nicht.

Ärzte verstehen 5-Jahres-Überlebensrate nicht

Ärzte, die Früherkennung empfahlen in Prozent



Viele Ärzte verstehen die Fünf-Jahres-Überlebensraten nicht, kritisiert der Psychologe Gerd Gigerenzer in seinem Buch „Risiko“. Grundlage für diese These ist eine von ihm vorgenommene Umfrage unter einer repräsentativen Stichprobe von 412 US-Ärzten und 65 deutschen Ärzten. Diese wurden zuerst gefragt, ob sie einem 55-jährigen gesunden Patienten ein Screening für Krebs X empfehlen würden, und zwar anhand der Daten einer großen medizinischen Studie (Fünf-Jahres-Überlebensrate ohne Screening: 68 Prozent; mit Screening: 99 Prozent). Fast 70 Prozent der amerikanischen Ärzte gaben an, die Früherkennung zu empfehlen. Später stellte Gigerenzer den Ärzten die selbe Frage zum Screening auf Krebs Z, bei dem es sich um Krebs X handelte. Diesmal präsentierte er den Nutzen als Sterberate (ohne Screening: 2 Tote pro 1 000 Personen; mit Screening: 1,6 Tote pro 1 000 Personen). Diesmal sagten nur 23 Prozent der Befragten, dass sie den Test empfehlen würden. Gigerenzer: „Es war bestürzend, wie leicht die Mehrheit dieser amerikanischen Ärzte durch Überlebensraten zu beeindruckt war.“

Beispiele für Fehler der Vermittlung medizinischer Risiken finden sich zuhauf. Eines hat Jacqueline Hollada gerade erst auf dem Kongress der amerikanischen Röntgengesellschaft ARRS vorgestellt. Hollada, die am Brustzentrum der University of California (UCLA) in Los Angeles forscht, fragte gut 1 300 Frauen, wie sie die Strahlenbelastung einer Screening-Mammographie im Vergleich zu anderen Strahlenquellen wie Nahrungsmitteln einschätzen. Die Befragten wussten auch, dass sie die Untersuchung mit 0,4 Millisievert belastet. Sie schätzten die Strahlenbelastung durch die Mammographie aber weit höher ein, als sie in Wahrheit war. „Millisievert sind in diesem Zu-

sammenhang nicht gerade nützlich“, sagt Hollada. Sie empfiehlt eine weniger exakte, aber lebensnahe Einordnung – etwa zu sagen, die Strahlendosis liege zwischen der, die die Frauen pro Jahr über Nahrungsmittel aufnehmen, und der natürlichen Hintergrundstrahlung.

Kritisches Lesen lässt sich lernen

Vor der Übersetzung von Daten in Alltagssprache steht ein wichtiger Schritt: Man muss sie wirklich verstehen. An der Stelle bescheinigt der Berliner Bildungsforscher Prof. Dr. Gerd Gigerenzer der Ärzteschaft Nachholbedarf. Den Vorwurf

statistischen Analphabetentums unterfüttert er – natürlich – mit Daten. Er fragte zum Beispiel 150 Gynäkologinnen und Gynäkologen, wie sie die Brustkrebsfrüherkennung einschätzen. Die Fakten kannten sie: Wenn 1 000 Frauen über zehn Jahre zur Früherkennung durch Mammographie gehen, verringert sich ihr Risiko an Brustkrebs zu sterben um 25 Prozent. Wie viele der 1 000 Frauen sterben weniger an Brustkrebs? Eine pro 1 000 war die richtige Antwort – mit Screening sterben drei, ohne Screening vier. Ein Drittel der Befragten lag falsch. Studien mit anderen Fachrichtungen bestätigen Gigerenzers Ergebnis. Er fordert, dass medizinische Fakultäten lehren sollten, wie man Statistik – anders ausgedrückt medizinische Evidenz – interpretiert und vermittelt.

„Weder Ärzte noch Patienten verstehen oft, worüber sie entscheiden“, sagt auch Prof. Dr. Ingrid Mühlhäuser. Die Internistin und Lehrstuhlinhaberin für Gesundheit an der Universität Hamburg fordert seit Jahren, dass Medizinstudierende ab Ausbildungsjahr eins lernen sollen, wissenschaftliche Arbeiten und klinische Studien kritisch zu lesen und verständlich zu kommunizieren. „Das ist immer noch nicht der Fall“, konstatiert Mühlhäuser. Seit 15 Jahren versucht zwar das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, das Methodenwissen in die Ausbildung und Praxis der Gesundheitsberufe zu überführen – doch letztlich bleibt dem einzelnen Mediziner überlassen, wie viel Wissen er sich aneignen will. Mühlhäuser fordert ein System, das die statistischen Fakten verstehbar aufbereitet und an einer Stelle sammelt – für Patienten und für Ärzte. Wie die Aufbereitung aussehen sollte, sei klar. „Wir wissen, wie man das macht“, sagt Mühlhäuser, „aber keiner setzt es um“. Eigentlich wären die Fachgesellschaften dafür zuständig, denn es würde auch Ärzten die Arbeit deutlich erleichtern, wenn sie sich die Vor- und Nachteile einer Therapie nicht mühsam zusammenklauben müssten. Doch der Umsetzungswille scheint zu fehlen.

Wie gute Medikamenten-Information aussehen könnte, haben unter anderem Prof. Dr. Lisa Schwartz und Prof. Dr. Steven Woloshin ausgearbeitet. Die beiden Forscher lehren am Dartmouth College in Lebanon, New Hampshire, USA, und betreiben in ihrem Land seit Jahren erfolgreich Lobbying für bessere medizinische Information. Ihr Konzept der „Drug Facts Box“ fordert für jedes Medikament eine einseitige Zusammenfassung mit den wichtigsten Informationen, die Ärzte und Patienten brauchen, um sich für oder gegen das Präparat zu entscheiden. Ein entscheidender Punkt ist der Vergleich zu Placebo: Wie viel besser ist die Tablette mit Wirkstoff als eine ohne Wirkstoff?

Das Gleiche gilt auch für Krebsbehandlungen, sagt Mühlhäuser, „manchmal ist der Nutzen gering im Vergleich zum Schaden.“ Die Wirkung und die Nebenwirkungen verschiedener Behandlungen denen

keiner Therapie gegenüberzustellen, würde die Entscheidung für oder gegen eine Therapie erleichtern.

In einigen größeren Fachzeitschriften wie dem renommierten US-amerikanischen JAMA werden derartige Produktinformationen abgedruckt. Auch ein Komitee der US-Arzneimittelbehörde FDA hat sich für die Drug Facts Box ausgesprochen, selbst Obamacare fordert diese Art der Information. Die FDA spricht allerdings davon, noch drei bis fünf Jahre zu brauchen, um zu einer Entscheidung zu gelangen.

Marketing per Information

In Deutschland steckt der Ansatz in den Kinderschuhen. Immerhin wünscht sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem 2014er Gutachten ein

„Wissensinstitut“, das unter anderem Daten zur Nutzenbewertung von Medikamenten zusammenführt. Bei der Ausgestaltung des Instituts hält er sich aber bedeckt. „Wir brauchen einen politischen Rahmen – das heißt ein unabhängiges Institut, das nach wirklich wissenschaftlichen Kriterien arbeitet“, sagt Mühlhäuser.

Profitieren würden gut aufbereiteten Daten nicht nur Ärzte und Patienten – auch Kliniken könnten ihr Profil schärfen. Sie könnten sich als Partner für Patienten aufstellen, die sich gut und objektiv informiert für oder gegen eine Therapie entscheiden wollen. Beispielsweise könnten Patientenberater der Klinik mit dem Patienten gemeinsam bei seriösen Quellen googeln, sagt Mühlhäuser. Zukunftsmusik ist all das nicht. Das Beispiel der Patientenberater stammt aus einer Klinik in den USA – die Informationsslotsen gibt es dort seit Jahren. ■