



Evidenz in der Gesundheitsversorgung / Evidence in Health Care

Zwischen Evidenz und Praxis: Wie bewerten Hausärzte Früherkennungsmaßnahmen? Eine Fragebogenstudie

Evidence and practice: How do primary care physicians evaluate screening interventions? A questionnaire study

Luca Frank*, Susann Hueber, Thomas Kühlein, Angela Schedlbauer, Marco Roos

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen, Germany



ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 24. Januar 2018
 Revision eingegangen: 21. Mai 2018
 Akzeptiert: 15. Juni 2018
 Online gestellt: 9. Juli 2018

Schlüsselwörter:

Hausärzte
 Früherkennung
 Empfehlung
 Entscheidungsfindung
 Evidenzbasierte Medizin

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: PatientInnen müssen vor Früherkennungsmaßnahmen über deren Nutzen und Risiken aufgeklärt werden. Diese Aufklärung stützt sich auf vorhandene Evidenz und verlangt von Ärztinnen und Ärzten Kompetenz im Umgang mit epidemiologischen Zahlen.

Fragestellung: Geben Hausärztinnen und Hausärzte anhand epidemiologischer Zahlen andere Empfehlungen zu Früherkennungsmaßnahmen, als sie es üblicherweise im Praxisalltag tun? Wie weit folgen diese Einschätzungen der Zahlen und das Vorgehen im Praxisalltag offiziellen Empfehlungen? Verändert sich die Einschätzung der Zahlen, wenn diese als Tabelle versus Piktogramm präsentiert werden?

Methoden: Onlinebefragung bayerischer Hausärztinnen und Hausärzte. Den Befragten wurden drei unterschiedliche Früherkennungs-Szenarien zur Einschätzung vorgelegt. Die Szenarien enthielten ausschließlich epidemiologische Zahlen aus Studien zu existierenden Früherkennungsmaßnahmen. Um vorgefasste Meinungen zu umgehen, wurden weder die Erkrankungen noch die Maßnahmen namentlich erwähnt. Die Darstellung erfolgte als Tabelle oder als Piktogramm. Anschließend wurde das Vorgehen zu denselben Früherkennungsmaßnahmen im Praxisalltag erfragt.

Ergebnisse: Antworten von 43 Hausärztinnen und Hausärzten wurden ausgewertet. Die Befragten würden die Früherkennungsmaßnahmen anhand der Zahlen in den Szenarien seltener empfehlen als im Praxisalltag ($F(1, 3) = 104,83; p = 0,002; \eta^2_{\text{partial}} = 0,97$). Im Praxisalltag folgten sie dabei überwiegend offiziellen Empfehlungen, während sie in den Szenarien eher von diesen abwichen. (Praxisalltag: $M = 1,79; SD = 0,77$; Szenarien: $M = 1,44; SD = 0,80; t(42) = -2,29; p = 0,03$). Die Darstellung hatte keinen Einfluss ($t(127) = -1,83; p = 0,07$).

Schlussfolgerung: Im Praxisalltag scheinen Zahlen aus der Evidenz zu Früherkennungsmaßnahmen nur wenig Bedeutung in der Entscheidungsfindung zu haben. Vermutlich würden sich die Hausärztinnen und Hausärzte bei Kenntnis der Zahlen häufiger gegen Früherkennungsmaßnahmen aussprechen.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 24 January 2018
 Received in revised form: 21 May 2018
 Accepted: 15 June 2018
 Available online: 9 July 2018

ABSTRACT

Background: Patients receiving a screening intervention have to be informed about risks and benefits. On the part of the physician, it requires the understanding of statistical evidence and statistical literacy.

Objectives: Do general practitioners (GPs) make different recommendations on screening interventions if they only rely on statistics compared to their decisions in everyday practice? Are the decisions relying on statistics and the decisions made in everyday practice consistent with official recommendations? Does the way of presenting the numbers (table versus pictogram) affect the decision?

* Korrespondenzadresse: Luca Frank, Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsstr. 29, 91054 Erlangen, Germany.
 E-mail: luca.frank@uk-erlangen.de (L. Frank).

Keywords:

general practitioners
cancer screening
recommendation
decision making
evidence-based medicine

Methods: Online survey among German GPs. The GPs were asked to make recommendations for three different screening scenarios which were based on statistical evidence of existing screening interventions. To avoid bias, statistics were not presented in relation to the actual diseases. The numbers were presented in either a table or a pictogram. Afterwards, the GPs were asked for their recommendations on the same screening interventions in everyday practice.

Results: Forty-three GPs were surveyed. Compared to everyday medical practice, participants were less likely to recommend a screening intervention when being confronted with the underlying statistical evidence ($F(1, 3) = 104.83, p = .002, \eta^2_{\text{partial}} = .97$). Most of the decisions in everyday practice were consistent with official recommendations, while their decisions relying on statistics were more likely to deviate from them (everyday practice, $M = 1.79, SD = 0.77$; scenario, $M = 1.44, SD = 0.80$; $t(42) = -2.29, p = .03$). The way the numbers were presented did not affect the decision ($t(127) = -1.83, p = .07$).

Conclusions: In everyday practice, GPs' screening recommendations do not seem to be based on statistical evidence. Presumably they would be more reluctant to recommend screening interventions if they knew the statistical evidence.

Einleitung

Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung sind Grundelemente der medizinischen Versorgung gemäß §73 SGB V und des ärztlichen Handelns entsprechend §1 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer [1]. Die Beratung zur Früherkennung von Krankheiten gehört zu den Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzte. Oft fordern PatientInnen von ihnen, persönlich eine Empfehlung für oder gegen eine Früherkennungsmaßnahme auszusprechen. Hierfür müssen Ärztinnen und Ärzte die Ergebnisse von Studien bewerten und die Erkenntnisse in den Praxisalltag übertragen. Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) definiert dies als „Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung (modifiziert nach [2])“ im Sinne einer evidenzbasierten Medizin (EbM) [3]. In einer qualitativen Erhebung unter deutschen Hausärztinnen und Hausärzten zeigte sich allerdings, dass diese Schwierigkeiten bei der Umsetzung von EbM im Alltag haben, obwohl sie ihr eigentlich positiv gegenüberstehen [4]. Besonders der hohe Zeitaufwand bei der Recherche und Bewertung von Evidenz ist dabei eine Barriere. In einer weiteren Studie an deutschen Hausärztinnen und Hausärzten sahen einige gar ihre persönliche Berufserfahrung, im Sinne einer „internen Evidenz“, als ausreichend zur Beratung von PatientInnen an [5]. In diesem Kontext stellt sich die Frage, ob Hausärztinnen und Hausärzte im Alltag eigentlich die Evidenz heranziehen, um eine Empfehlung für oder gegen eine Früherkennungsmaßnahme auszusprechen?

Die Entscheidung für oder gegen eine Früherkennungsmaßnahme ist eine komplexe Aufgabe. Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten von Fachgesellschaften und wissenschaftlichen Organisationen können hier Hilfestellung geben. Auf Basis des in Studien gefundenen Nutzens und Schadens von Früherkennungsmaßnahmen werden offizielle Empfehlungen für oder gegen eine bestimmte Methode ausgesprochen. So gibt es eine offizielle Empfehlung zur Durchführung der Endoskopie zur Darmkrebsfrüherkennung. Sie stellt damit ein Verfahren mit anerkanntem Nutzen dar [6,7]. Das PSA-Screening hingegen gilt als ein Verfahren mit ungünstigem Nutzen-Schaden-Verhältnis [8,9], weshalb sich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) gegen ein PSA-Screening zur Früherkennung von Prostatakrebs ausspricht [10,11]. Bei der Mammografie herrscht Uneinigkeit: Sie gilt als Früherkennungsmaßnahme mit noch nicht eindeutiger Datenlage [12–14]. Während das Mammografiescreening in Deutschland als nationales Früherkennungsprogramm durchgeführt wird, rät das Swiss Medical Board von solchen Programmen ab [15]. Über die genannten Hilfestellungen hinaus benötigen Ärztinnen und Ärzte aber selbst ein ausreichendes Verständnis der zugrunde liegenden Zahlen aus Studien. Dies ist bei der Aufklärung von PatientInnen im Sinne einer informierten

Einwilligung (informed consent) von besonderer Bedeutung. Nur bei eigener Kenntnis der Evidenz ist eine individualisierte Beratung möglich. Auch Hausärztinnen und Hausärzte betonten in einer qualitativen Studie aus Deutschland die Bedeutung einer individuellen Prävention [16]. Ob aktuelle Leitlinien diesem Anspruch gerecht werden, ist fraglich. In einer Erhebung unter Hausärztinnen und Hausärzten warfen diese Leitlinien eine mangelnde Hausarztzentrierung und Übertragbarkeit auf die Praxis vor [4]. Dies wirft die Frage auf, wieweit Hausärztinnen und Hausärzte im Alltag offiziellen Empfehlungen zu Früherkennungsmaßnahmen folgen und welche Rolle ihre eigene Einschätzung der Evidenz spielt?

Um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu gelangen, müssen PatientInnen und Ärztinnen und Ärzte Nutzen und Risiken einer Früherkennungsmaßnahme kennen, verstehen und gegeneinander abwägen können. Dabei geben epidemiologische Zahlen Informationen zu Nutzen und Risiken von Früherkennungsmaßnahmen. Die Fähigkeit zur Interpretation epidemiologischer Zahlen wie Mortalität, Morbidität und Number-Needed-to-Screen (NNS) wird als statistische Kompetenz (englisch: statistical literacy) bezeichnet. Diese Kompetenz haben Ärztinnen und Ärzte selten in der Ausbildung vermittelt bekommen. Auch heute ist sie kaum Gegenstand von Lehre und Prüfung. Im Rahmen einer repräsentativen Befragung von bayerischen Absolventen der Humanmedizin gaben nur 30,4% der Befragten an, nötige Kompetenz zum wissenschaftlichen Handeln, wie beispielsweise zur Bewertung von Studien, im Studium erworben zu haben [17]. Deshalb ist es kein Wunder, dass Studien zur statistischen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten auf Defizite in diesem Bereich hinweisen. So wurden beispielsweise deutsche GynäkologInnen zu einer typischen Problemstellung aus ihrem Berufsalltag befragt [18]. Sie sollten den positiven prädiktiven Wert einer Mammografie aus epidemiologischen Zahlen errechnen. Die Mehrheit der Befragten scheiterte an dieser Aufgabe. Eine Befragung von US-amerikanischen Primärmedizinerinnen und -medizinern anhand hypothetischer Früherkennungsszenarien ergab zudem, dass es ihnen schwerfällt, relevante von irrelevanten Zahlen zu unterscheiden [19].

Ein wichtiger Aspekt beim Umgang mit Zahlen aus der Evidenz ist darüber hinaus die Darstellung dieser Zahlen. So kann eine transparente Darstellung der Zahlen diese auch Lesern mit geringer statistischer Kompetenz verständlich nahe bringen [20]. Eine aktuelle Leitlinie des DNEbM setzt hier Standards für die evidenzbasierte Gesundheitsinformation für PatientInnen [21]. In ihr wird betont, dass Nutzen und Schaden durch absolute Risikomaße dargestellt werden sollen [21]. Eine Darstellung in relativen Risikomaßen hingegen führt häufig zu einer Fehleinschätzung von Nutzen und Schaden, sowohl bei PatientInnen als auch Ärztinnen und Ärzten [18,22]. Für bestmögliche Verständlichkeit muss dabei jedoch auf die Verwendung gleicher Bezugsgrößen geachtet werden [21,23]. Zudem ist die Darstellung als absolute Risikoreduktion

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8961016>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8961016>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)