



Liebe Leserinnen und Leser,

Es hat sich einiges getan im deutschen Gesundheitswesen. Trotzdem sind wir weit davon entfernt, die Prinzipien einer streng wissenschaftlich orientierten und Evidenz-basierten Gesundheitsversorgung umfassend im Alltag umzusetzen. Wie der Beitrag über das Kursseminar für niedergelassene Ärzte im aktuellen Rundbrief zeigt, empfinden einige Kollegen die Evidenz-basierte Medizin (EBM) immer noch als „irrelevant und unpraktikabel“. Diese Kritik muß ernst genommen werden, auch wenn sie sicherlich nicht die generelle Einstellung der deutschen Ärzteschaft widerspiegelt.

Die Kluft zwischen dem ärztlichem Alltag einerseits und dem Anspruch einer umfassenden Evidenz-basierten Gesundheitsversorgung andererseits kann sicherlich nicht von heute auf morgen überwunden werden. Entscheidende Ansatzpunkte auf dem Weg zu einer an der klinischen Epidemiologie ausgerichteten Medizin stellen für zukünftige Ärztegenerationen die medizinische Ausbildung (1) und für die derzeit praktizierende Ärzteschaft die klinische Praxis (2) und die ärztliche Fortbildung (3) dar.

(1) Während in Deutschland in der bisherigen Medizinerbildung die Schwerpunkte im Grundlagenbereich und weniger im problemorientierten Anwendungsbereich liegen, zeichnen sich erste Bestrebungen ab, dieses Ungleichgewicht zu beheben. An der Universität Freiburg wird beispielsweise seit zwei Semestern im Rahmen des Ökologiekurses eine Unterrichtseinheit „Evidenz-basierte Medizin“ angeboten. Es sind außerdem erste interdisziplinäre fallorientierte Seminare nach dem Vorbild des „Problem-orientierten Lernens“ (POL) in Vorbereitung. In Köln wurden im Frühjahr dieses Jahres auf dem Symposium „Medizinische Ausbildung 2000: Ziele-Qualität-Kosten“ Konzepte für eine reformierte und den aktuellen Anforderungen

angepaßte Ausbildung vorgestellt. Bundesweit wird die Bedeutung einzelner Universitäten im Zusammenhang mit einer Reform des Medizinstudiums hervorgehoben. Auch wenn eine Umverteilung der Lerninhalte bei gleichbleibender

## **Inhalt**

### **Neues aus der Cochrane Collaboration (international)**

- Feierliche Eröffnung des Centro Cochrane Iberoamericano 3
- Symposium "Non-randomised studies in the assessment of health care interventions", in Kopenhagen 3
- 3rd Symposium on Systematic Reviews: Beyond the Basics, in Oxford 4

### **Aus Gruppen und Projekten (deutschsprachig)**

- Ist Reviewarbeit Forschung ? 4
- Die geplante Cochrane Haematological Malignancies Review Group (CHMRG) 5
- Neues aus der Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders (CMED) Review Group 6
- Das Cochrane Child Health Field unterstützt Aktivitäten in Deutschland 7
- Erfahrungen aus EBM-Workshops für Allgemeinmediziner 8
- EBM in Bremen 8
- Die internationalen und nationalen Webseiten der Cochrane Collaboration 12
- Handsearching medizinischer Fachzeitschriften – Abschluß des zweiten Jahres des Biomed II - Projekts 13
- Tagungsbericht: 16. Jahrestagung der International Society of Technology Assessment in Health Care 13
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment 14
- Recherchebeispiele aus der Praxis 15

### **Bücher und Literatur 17**

### **Termine 17**

Studiendauer zwangsläufig zu einer Beschränkung in anderen Bereichen führt, darf man die Augen nicht davor verschließen, daß die derzeitige Ausbildungsstruktur nicht geeignet ist, den zukünftigen Arzt mit dem Handwerkszeug für eine dauerhafte selbstständige Fortbildung auszustatten.

(2) Den zweiten Ansatzpunkt auf dem beschriebenen Weg bietet die klinische Praxis. Wesentliche Voraussetzung für das Praktizieren Evidenz-basierter Medizin sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist eine ausreichende technische Infrastruktur zusammen mit dem entsprechenden „know how“ für den gezielten Einsatz moderner Medien (Computer, Internet). Was die klinisch epidemiologischen Inhalte angeht, so stellen Kurse und Seminare sicherlich weiterhin eine wichtige Möglichkeit der Wissensvermittlung dar. Erstrebenswert im Sinne einer maximalen Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft sind Referenten, die neben der klinischen Epidemiologie auch den klinischen Alltag mit seinen Problemen und Herausforderungen aus eigener Erfahrung kennen. Eine solche „Zweigeleisigkeit“ stellt einerseits an die Referenten sehr hohe Ansprüche, andererseits sind im deutschen Medizinsystem nahezu keine Strukturen vorhanden, die eine interdisziplinäre Ausrichtung ermöglichen. Um das Sprachproblem und die Scheu vor dem Einsatz moderner Medien zu überbrücken, wurde mit den gedruckten Übersetzungen der strukturierten Zusammenfassungen der Cochrane Übersichtsarbeiten ein erster Schritt unternommen. Einen weiteren Schritt in diese Richtung stellen Evidenz-basierte Medizinlehrbücher dar. Damit sind nicht die klassischen und häufig veralteten Lehrbücher gemeint, sondern neue Buchkonzepte, die das Wissen fachspezifisch unter den Gesichtspunkten der EBM aufarbeiten und z.B. in Form von regelmäßig herausgegebenen Ergänzungslieferungen zusammenfassen. Erste Bücher dieser Generation entstehen und werden voraussichtlich in den nächsten Monaten auf dem deutschsprachigen Markt erscheinen.

(3) Einen weiteren Ansatzpunkt auf dem Weg zu einer Evidenz-basierten ärztlichen Gesundheitsversorgung stellen medizinische Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkel dar. Sie bieten das Forum für eine aktuelle und wissenschaftlich fundierte Weiterbildung, sofern

die Grundsätze der EBM und die systematischen Übersichtsarbeiten der CC als Grundlage übernommen werden. Nicht abschrecken lassen sollte man sich von denjenigen Fragestellungen, zu denen keine Evidenz in Form von strukturierten Reviews vorliegt. Gerade wenn nur wenig publizierte Evidenz zu einer Frage existiert, lohnt es sich, die Evidenz-Stärke dieser Quellen zu ermitteln und in die ärztlichen Überlegungen miteinzubeziehen.

In der Diskussion über die Umsetzung der EBM darf nicht vergessen werden, daß diese den deutschsprachigen Raum mit deutlicher Verzögerung erreicht hat und eine Änderung im ärztlichen Denken und Tun nicht von heute auf morgen zu erwarten ist. Wir stehen mit unseren Bemühungen noch am Anfang einer Entwicklung, die sowohl auf der individuellen ärztlichen Ebene als auch auf Systemebene ein hohes Maß an Flexibilität und Bereitschaft zu Innovationen und konstruktiver Mitarbeit erfordert. Der aktuelle Rundbrief belegt jedoch auch eindrucksvoll die Fortschritte, die in den letzten Monaten erzielt wurden.

*Dirk Bassler, Freiburg*

## Neues aus der Cochrane Collaboration (international)

### Feierliche Eröffnung des Centro Cochrane Iberoamericano

Vom 29.-30. Juni 2000 fand in Barcelona ein Workshop über EBM statt, in dessen Rahmen nicht nur gearbeitet, sondern auch kräftig gefeiert wurde. Gründe dafür gab es gleich zwei: der erste war der Umzug des (bis vor kurzem noch spanischen) Cochrane Zentrums im Laufe des ersten Halbjahres 2000 von Sabadell, einer Kleinstadt außerhalb Barcelonas, in die wunderschönen Gebäude des Hospital de Sant Pau quasi im Herzen der Großstadt. Dort teilt sich das Cochrane Zentrum nun ein halbes Stockwerk der Casa de Convalescència („Haus der Genesung“) mit der Abteilung für Epidemiologie des Krankenhauses. Der Umzug bringt Bequemlichkeiten nicht nur für die Mitarbeiter des Cochrane Zentrums mit sich, da viele von ihnen in Barcelona selber wohnen und nun einen wesentlich kürzeren Arbeitsweg haben, sondern durchaus auch für dessen Gäste, da die schönsten Sehenswürdigkeiten der Stadt – zu denen Sant Pau übrigens ebenfalls gehört – nur einen Katzensprung entfernt sind.

Der zweite und bedeutendere Grund für die Feierlichkeiten jedoch war der Zusammenschluß des Spanischen Cochrane Zentrums mit 4 spanischsprachigen südamerikanischen Ländern – Chile, Kolumbien, Mexiko und Argentinien – zum Centro Cochrane Iberoamericano. Laut Xavier Bonfill, dem Direktor des Cochrane Zentrums, sei der Zusammenschluß mit Südamerika für alle Beteiligten ein großer Vorteil: man habe nicht nur eine gleiche Sprache, sondern auch gleiche Interessen und ähnliche medizinische Grundlagen - und daher auch die gleichen Probleme, die man nun gemeinsam angehen wolle. Dies wurde auch von den Kontaktpersonen in den live per Videokonferenz zugeschalteten südamerikanischen Ländern bekräftigt.

Eine der ersten Aufgaben, mit denen sich das Ibero-Amerikanische Cochrane Zentrum nun beschäftigen möchte, sind Übersetzungsarbeiten: In den südamerikanischen Ländern ist die englische Sprache in der Wissenschaft nicht so

stark vertreten wie in Europa üblich, und so stellen auf Englisch verfaßte Artikel und Übersichtsarbeiten dort teilweise große sprachliche Hindernisse dar. Ziel ist es daher, eine Version der Cochrane Library herzustellen, in der alle systematischen Reviews und andere wichtige Daten nicht nur auf Englisch, sondern auch vollständig auf Spanisch enthalten sind: die Cochrane Library Plus.

Daß dies ein hochgestecktes Ziel ist, steht außer Frage, aber das es für die Entwicklung und Förderung der EBM in Südamerika lohnenswert, ja unerlässlich ist, ist ebenso klar.

Wir wünschen dem neuen Iberomerikanischen Cochrane Zentrum auf alle Fälle viel Glück in seinem neuen Heim und Erfolg bei seiner Arbeit!

*Christine Scholtyssek, Freiburg*

### Symposium "Non-randomised studies in the assessment of health care interventions" in Kopenhagen

Am 7. Juni 2000 fand in Kopenhagen ein vom Nordischen Cochrane Zentrum organisiertes Symposium über den Einschluss von nicht-randomisierten Studien in systematischen Reviews zur Bewertung des Einflusses therapeutischer Massnahmen statt. Der Focus des Symposiums auf therapeutische Massnahmen entspricht dem Schwerpunkt der Cochrane Collaboration. Andere Bereiche, in denen nicht-randomisierte Studien eine wichtige Rolle spielen (z.B. Aetiologie, Prognose) wurde nicht behandelt. In mehreren Vorträgen wurde empfohlen, für randomisierte und nicht-randomisierte Studien jeweils einen separaten Effektschätzer zu berechnen und diese Studientypen nicht zu vermischen. Das Programm des Symposiums sowie die Folien der meisten Vorträge findet man auf der WWW-Seite der Cochrane Non-Randomised Studies Methods Group (NRSMSG):

<http://www.cochrane.dk/nrsmsg/>

Im Anschluss an das Symposium fand ein zweitägiger geschlossener Workshop der NRSMSG statt. In diesem Workshop wurde der Entwurf einer Guideline zur Berücksichtigung von nicht-randomisierten Studien in Cochrane Reviews diskutiert. Die Guidelines sind als

Ergänzung zum Cochrane Reviewers' Handbook gedacht. Bis zum nächsten Treffen der NRSMG während des Cochrane Colloquiums in Cape Town wird der Entwurf überarbeitet und dort erneut diskutiert.

*Guido Schwarzer, Freiburg*

### **3rd Symposium on Systematic Reviews: Beyond the Basics, in Oxford**

Zum dritten Mal fand in Oxford ein Symposium über die Methodik systematischer Reviews statt. Themenschwerpunkte waren die Verbesserung der Qualität und der Bedeutung systematischer Reviews. Des weiteren gab es Sitzungen zu nicht-randomisierten Studien, diagnostischen Studien und Heterogenität in Meta-Analysen. Das Programm des Symposiums findet man auf den WWW-Seiten des Centre for Statistics in Medicine:

<http://www.ihc.ox.ac.uk/csm/symp2000.html>

Das nächste Symposium ist für Juli 2002 geplant.

*Guido Schwarzer, Freiburg*

## **Aus Gruppen und Projekten (deutschsprachig)**

### **Ist Reviewarbeit Forschung ?**

Während einerseits der Ruf nach Bewertungen medizinischer Interventionen weltweit immer lauter wird, gehen andererseits die Meinungen über die Einstufung dieser Arbeit und die dafür notwendigen Ressourcen weit auseinander. Das Spektrum erstreckt sich von Regierungsausschüssen, die die Antworten nach einem *rapid assessment* am liebsten gestern hätten, bis hin zu der puristischen statistischen Sichtweise, die am liebsten Bewertungen nur nach Meta-Analysen auf der Basis der Originaldaten der einzelnen einbezogenen Studien hätten (*original patient data analysis*; Dauer meistens über 3 Jahre). Im Zentrum der gegenwärtigen methodischen Arbeit und Diskussion steht die Frage, wo der richtige Kompromiß liegt im Spannungsfeld zwischen dem oft enormen Aufwand einerseits und der erzielbaren Validität der Aussagen andererseits.

Im unmittelbar von dieser Diskussion betroffenen medizinischen Bereich wird die Thematik jedoch nur wenig wahrgenommen und aufgegriffen. Die Asymmetrie in der wissenschaftlichen Anerkennung und der Ressourcenverteilung zwischen Grundlagenforschung und patientenorientierter Erforschung der Auswirkung von Interventionen ist eine Erklärung dafür. Manche Kritiker sehen in den Reviews nur eine Form der Qualitätssicherung der wahren (Grundlagen-) Forschung und fordern eine Finanzierung von Seiten der Krankenkassen. In den letzten Jahren zeichnet sich hier jedoch eine Entwicklung ab, die das Zusammenspiel von Innovation durch Grundlagenforschung und Evaluation durch patienten-orientierte klinische Forschung auch aus wissenschaftlicher Sicht als notwendige und produktive Partnerschaft ansieht.

So sind in den deutschsprachigen Ländern (bzw. dem deutschsprachigen Teil) von eher grundlagenorientierten Forschungsförderinstitutionen erstmalig systematische Reviews in die Förderung aufgenommen worden:

1. Primäre versus sekundäre definitiv-osteosynthetische Versorgung von Femurfrakturen beim polytraumatisierten Patienten -

eine systematische Übersichtsarbeit nach Cochrane.

(Antragsteller: S Sauerland, E Neugebauer; Köln)

Gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) für 18 Monate

2. Intervention for Normal Tension Glaucoma.

(Antragsteller: HG Eichler, T Sycha; Wien)

Gefördert durch den Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) für mindestens 12 Monate

3. Antibiotic regimens and dosages for appendectomy

(Antragsteller: JP Bleuer, M Toenz, C Aebi, N Peters, CE Minder, M Schoep, F Grossenbacher, M Egger)

Gefördert durch den Schweizerischen Nationalfond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung für 24 Monate

Diese ersten Schritte stehen in Einklang mit der Entwicklung in den anglo-amerikanischen Ländern und zeigen, daß systematische Übersichtsarbeiten als Forschungsarbeiten im eigentlichen Sinn auch in unserem Sprachraum zunehmend ernster genommen werden.

*Gerd Antes, Freiburg*

## **Die geplante Cochrane Haematological Malignancies Review Group (CHMRG)**

Die Etablierung der geplanten Cochrane Haematological Malignancies Review Group (CHMRG) geht zügig voran. Am 17. und 18. Februar 2000 trafen sich 53 Wissenschaftler, Kliniker und andere Gesundheitsexperten aus 9 Ländern zu einem Exploratory Meeting (EM) in Köln, um den Aufbau der CHMRG detailliert zu besprechen.

Das Exploratory Meeting wurde von Dr. Gerd Antes moderiert; Co-Moderatoren waren Professor Dr. Volker Diehl und PD Dr. Andreas Engert. Tagesordnungspunkte des ersten Tages waren Referate zur Arbeit und Methodik der Cochrane Collaboration, Vorstellung des Kompetenznetzwerkes Maligne Lymphome und das Angebot aus Köln, die nötigen Infrastrukturen einer Editorial Base zu schaffen und zu unterhalten. Themen des zweiten Tages waren die

Bestimmung des Editorial Teams sowie die Formulierung klarer Ziele der Gruppe für die nächsten zwei Jahre.

Die Review-Aktivitäten der geplanten CHMRG konzentrierten sich auf folgende Krankheiten: Akute lymphoblastische Leukämie (ALL), Akute myeloische Leukämie (AML), Chronisch Myeloische Leukämie (CML), Chronisch Lymphatische Leukämie (CLL), Hodgkin Lymphom (HD), Non-Hodgkin Lymphom (NHL), Multiples myelom (MM), Myelodysplastisches Syndrom (MDS) und die Aplastische Anämie (AA).

Nach Abstimmung aller EM Teilnehmer setzt sich das Editorial Team z.Zt. wie folgt zusammen:

**Co-ordinating Editor:** PD Dr. Andreas Engert, Leitender Oberarzt, Klinik I für Innere Medizin, Universität zu Köln.

### **Editoren:**

Professor Dr. Arnold Ganser, Direktor, Hämatologie und Onkologie, Medizinische Hochschule Hannover; Dr. Nicola Gökbüget, Onkologin, Abteilung Hämatologie und Onkologie, Johann Wolfgang Universität Frankfurt/Main; Professor Ralph Meyer, Onkologe, Hamilton Regional Cancer Centre, Ontario, Kanada und Dr. Lena Specht, Leitende Onkologin, Herlev Hospital der Universität Kopenhagen.

**Criticism Editor:** Professor Dr. Volker Diehl, Sprecher, Kompetenznetzwerk Maligne Lymphome und Direktor, Klinik I für Innere Medizin, Universität zu Köln.

Der CHMRG-Antrag zur Anerkennung als Cochrane Entität wurde am 25. Mai 2000 beim Sekretariat der Cochrane Steering Group in Oxford eingereicht. Mit einer positiven Entscheidung wird Anfang August 2000 gerechnet.

### **Kontakt:**

Thilo Kober

Editorial Base, Proposed Cochrane Haematological Malignancies Group  
Neubau, Ebene 01/B

Klinik I für Innere Medizin  
Universität zu Köln

Tel: +49 (0) 221 478 3995

Fax: +49 (0) 221 478 3991

Email: Thilo.Kober@medizin.uni-koeln.de

*Thilo Kober, Köln*

## Neues aus der Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders (CMED) Review Group

Nach einem erfolgreich verlaufenden *Exploratory Meeting* im November 1999 zwecks Formierung der Reviewgruppe, wurde diese bereits am 15. Februar 2000 offiziell registriert, was insbesondere der ausgezeichneten Vorbereitungsarbeit von Frau Dr. Christine Clar, unserem *Review Group Coordinator* zu verdanken war. Eine aus drei Primärmitarbeitern bestehende *Editorial Base* konnte sich fortan auf die Arbeit stürzen, wobei in dem hier zur Verfügung stehenden Raum nur auf einige Highlights eingegangen werden kann:

Zunächst wurde versucht, eine umfangreiche Standardisierung verschiedenster Instrumente zur Erstellung eines systematischen Reviews zu erzielen. Diese und weitere Hilfen können direkt auf unserer Webseite (s. unten) abgefragt werden. Ein solches Unterfangen ist natürlich ein kontinuierlicher Prozess, der einer permanenten Aktualisierung bedarf und vor allem durch den Feedback der verschiedenen Reviewer bereichert wird.

Als nächstes nahmen wir uns aller Protokolle und Reviews der alten *Cochrane Diabetes Group* an, deren Bereich ja übernommen und durch die Aufnahme aller metabolischen / endokrinologischen Erkrankungen erweitert wurde. Dabei mußten wir leider feststellen, daß, gemessen an unseren zuvor geschaffenen und im *Editorial Board* vereinbarten Qualitätsmaßstäben, die jeweiligen Publikationen doch insgesamt sehr an Qualität missen ließen. Dies führte konsequenterweise zu weitergehenden Diskussionen mit den Autoren der entsprechenden Protokolle/Reviews, die nicht selten daraufhin kein weiteres Engagement an ihren ehemaligen Verpflichtungen erkennen ließen. Ohnehin drängte sich der Eindruck auf, daß das eigentlich eherne Prinzip der Cochrane Collaboration für ein kontinuierliches *Up-date* des eigenen Reviews zu sorgen, auch von gut meinenten Autoren nicht gerade als verinnerlicht bezeichnet werden konnte. In Zukunft wird sehr ernsthaft zu diskutieren sein, mit welchem *Procedere* man für die doch eminent wichtige Aktualisierung eines Reviews sorgen kann. Weiterhin wird sicherlich in Zukunft eine Ausei-

nersetzung um die Qualität von Reviews zu führen sein, hierbei wird es in der CMED Gruppe jedoch keine Abstriche geben. Uns erscheint es erheblich sinnvoller, lieber weniger Reviews zu produzieren, die jedoch eine eindeutige patienten-orientierte Ausrichtung erkennen lassen und durch ihre Qualität einen eindeutigen Einfluß auf die Gesundheitsversorgung haben können, als zu einer Review-Produktionsmaschine zu mutieren, die letzten Endes den Anspruch der Cochrane Collaboration ("*best single source of reliable evidence about the effects of health care*") konterkariert.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist die Erstellung eines speziellen Studienregisters aller relevanten Arbeiten im Bereich der metabolischen und endokrinologischen Erkrankungen. Dabei wurden zunächst unter Leitung von Frau Karla Bergerhoff, unserem *Trials Search Coordinator*, via *Ulrich's International Periodicals* ein Überblick über alle für die CMED Gruppe relevanten Publikationsorgane erhoben (etwa 300 Journale). Diese wurden ob ihres Gehaltes an randomisierten und kontrollierten Studien (RCTs/CCTs) überprüft und priorisiert, so daß ein Handsearch adäquat organisiert werden kann. 13 der Primärzeitschriften werden von der *Editorial Base* per Hand durchsucht werden. Derzeit liegen alleine für den Diabetesbereich etwa 9.000-10.000 Publikationen an. Um mittel- und langfristig die Datenberge annähernd bewältigen zu können, wurde damit begonnen, ein elektronisches Archiv dieser Publikationen zu erstellen. Dabei werden nicht nur die eigentlichen Referenzen mittels einer Datenbankstruktur erfaßt (Reference Manger<sup>®</sup>), sondern auch die Originalpublikationen werden in pdf-Form (*portable document format - Acrobat<sup>®</sup>*) archiviert, damit langfristig die entsprechenden Publikationen einem Reviewer direkt und weltweit zur Bearbeitung ausgeliehen werden können. Weiterhin werden Suchstrategien für die mittlerweile zahlreich eintreffenden Protokolle erstellt bzw. die entsprechenden Strategien der Reviewer überprüft und optimierte Algorithmen für die eigene Gruppe entwickelt. Eine intensive Überprüfung der RCT/CCT-Suchstrategie der Cochrane Collaboration wird ebenfalls vorgenommen und auf systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen ausgeweitet. Da die CMED Gruppe in jedem Review eine patienten-orientierte Outcomeanalyse inklusive unerwünschter Wirkungen aufgrund der

jeweiligen Interventionen verlangt, müssen adäquate Suchstrategien für *adverse reactions* aufgebaut werden. Langfristig erscheint es wichtig, sich nicht ausschließlich auf das Auffinden bestimmter Studien zu konzentrieren, sondern sich um ein breites Abdecken aller erreichbaren Datenbanken zu bemühen (andererseits müßte bei alleinigem Fokussieren auf Medline<sup>®</sup> und Embase<sup>®</sup> schon fast von einem *database bias* gesprochen werden). Es besteht begründete Hoffnung, daß die CMED Gruppe von DIMDI unterstützt wird, deren Infrastruktur hervorragend unsere Qualitätsbestrebungen fördern könnte.

Jede Cochrane Reviewgruppe weist vermutlich Überlappungen mit anderen Gruppen auf, da kein Bereich in der Medizin isoliert für sich betrachtet werden kann. Da Diabetes mellitus eine Systemerkrankung mit zahlreichen Organkomplikationen ist und sich durch das Sistieren der Diabetesgruppe-Aktivitäten diverse Versorgungslücken ergaben, gestalteten sich die Diskussionen mit anderen Gruppen bezüglich *Scope* und *Topic List* nicht gerade als einfach. Meines Erachtens liegt dies auch an einer Fehlinterpretation eines der Cochrane Prinzipien, nämlich der Vermeidung von *duplications of efforts*. Dies bedeutet primär, daß nicht an zwei verschiedenen Stellen ein- und dieselbe Aktivität ergriffen werden darf. Dies bedeutet andererseits aber auch, daß verschiedene Gruppen in ihrem *Scope* durchaus Areale nennen können, die andere Gruppen ebenso als relevant erachten. Eine wirkliche *Collaboration* sollte diese Probleme aus dem Wege räumen können. Insgesamt ist die Tendenz zur gegenseitigen Abstimmung und Hilfe auch durchaus positiv.

Es gäbe noch vieles zu berichten: So z.B. über unser erstes *Editorial Board Meeting* am 6.Mai diesen Jahres, über einen erfolgreich verlaufenen Workshop ("Evidence-based Medicine: The Role of the Cochrane Collaboration") während des jährlichen Treffens der amerikanischen Diabetologen, über drei verschiedene Cochrane Veranstaltungen im Rahmen des diesjährigen europäischen Diabeteskongresses (inklusive des ersten jährlichen Treffens der CMED Gruppe) und und und ...

Zum Abschluß noch dieses: Es ist eine große Herausforderung, eine Cochrane Review Gruppe mit "allem Drum und Dran" auf den rechten

Weg zu bringen, um ultimativ an der Optimierung der Patientenbetreuung mitzuarbeiten, aber es lohnt sich auf jeden Fall! In einem der nächsten Rundbriefe werden wir einige offene Worte über *Fundingstrukturen* und ähnliche Politika zu verlieren haben, jeder der sich in der Zwischenzeit näher über die CMED Review Group informieren möchte, sei unsere Website ans Herz gelegt:

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/MedFak/MDN/Cochrane/ccset.htm>

Kontakt:

Dr. Bernd Richter

Coordinating Editor

*Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group*

Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Moorenstr. 5

Postfach 101007

D-40001 Düsseldorf

Email: richterb@uni-duesseldorf.de

*Bernd Richter, Düsseldorf*

## **Das Cochrane Child Health Field unterstützt Aktivitäten in Deutschland**

Da die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein Thema von globalem Interesse ist und Koordinierungsarbeit zwischen den verschiedenen Review Gruppen der Cochrane Collaboration erforderlich macht, existiert für den pädiatrischen Bereich ein eigenes field, das Cochrane Child Health Field mit Sitz in Kanada (siehe Kontakt). Das Child Health Field wurde ins Leben gerufen, um das Bewußtsein und den Einsatz Evidenz-basierter Maßnahmen in der Kinderheilkunde zu fördern. Einerseits wird sowohl die ausschließlich pädiatrische Review Gruppe (neonatal group) unterstützt, andererseits werden auch die anderen Review Gruppen dazu ermuntert, in ihren Übersichtsarbeiten für Kinder eigene Analysen durchzuführen.

Das Cochrane Child Health Field hat sich auch durch die Vergabe von Stipendien darum gekümmert, daß pädiatrische Themen in ausreichendem Ausmaß Beachtung finden. In diesem Zusammenhang wurde im Frühjahr 2000 eine

systematische Übersichtsarbeit aus Deutschland finanziell gefördert, die die kindliche Asthmatherapie mit einem oral zu verabreichenden Medikament (Ketotifen) zum Thema hat (1). Die federführende Arbeit wird dabei im Rahmen einer Kooperation des deutschen Cochrane Zentrums mit der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin des St. Josefskrankenhauses in Freiburg geleistet.

*Dirk Bassler, Freiburg*

(1) Bassler D, Mitra A, Everard M, Antes G, Forster J. Ketotifen alone or as additional medication for long-term control of asthma and wheeze in children (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

Kontakt:

**Cochrane „Child Health Field“**

**Internet**

<http://www.cheori.org/childhealth/index.htm>

**Mailing Liste**

email an [childhealth@lists.cheori.org](mailto:childhealth@lists.cheori.org)

**Kontaktadresse**

Laura McAuley

Child Health Field Co-Ordinator

Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO)

Research Institute

401 Smyth Road, Ottawa, Canada, K1H 8L1

Telephone: 613-738-3900

Fax: 613-738-4869

E-mail: [lmcauley@uottawa.ca](mailto:lmcauley@uottawa.ca)

## **Erfahrungen aus EBM-Workshops für Allgemeinmediziner**

Im Juli dieses Jahres haben wir in Wien einen EBM Workshop im Rahmen der diesjährigen europäischen WONCA – eines internationalen Kongresses für Allgemeinmediziner – veranstaltet. Dieser Workshop ist der Anlaß, über unsere Erfahrungen mit derartigen Veranstaltungen für Allgemeinmediziner zu berichten. Der Workshop bestand aus kurzen einführenden Vorträgen über EBM, die Cochrane Collaboration und die Cochrane Library, sowie einer Demonstration der Suchmöglichkeiten in diesen Datenbanken. Anschließend hatten die etwa 60 Teilnehmer die Möglichkeit, Fragestellungen aus Ihrer täglichen Praxis zu formulieren bzw. Informationen zu vorher erarbeiteten Fragestellungen in der Cochrane Library zu suchen.

Dazu standen 20 PC-Arbeitsplätze zur Verfügung.

Auffallend war das große Interesse der Teilnehmer an der Möglichkeit, anhand systematischer Übersichtsarbeiten Informationen zum Nutzen / Schaden verschiedener therapeutischer Interventionen zu finden. Wie auch schon bei Veranstaltungen für österreichische Allgemeinmediziner fehlten bei einigen Teilnehmern elementare PC-Kenntnisse bzw. Erfahrungen im Umgang mit elektronischen Datenbanken. Durch die gemeinsame Nutzung der einzelnen Arbeitsplätze durch 2-3 Teilnehmer konnten trotzdem Literatursuchen durchgeführt und Ergebnisse dargestellt werden. Die auf 90 Minuten beschränkte Veranstaltungsdauer ermöglichte natürlich nicht, eine kritische Evaluation der aufgefundenen Literatur durchzuführen.

Weder in der Diskussion noch in persönlichen Gesprächen nach dem Workshop wurden kritische Fragen zur EBM gestellt oder kritische Anmerkungen gemacht – ein Umstand, der auch bei allen bisherigen Veranstaltungen für österreichische Allgemeinmediziner auffiel. Lediglich die Frage nach aus dem Englischen übersetzten Versionen der Cochrane Library wurde häufig gestellt.

Das große Interesse an der EBM und „ihrer“ Datenbanken war zwar schmeichelhaft, dennoch ist es sicherlich notwendig mehrtägige Workshops anzubieten. Nur so kann vermieden werden, daß es zu unkritischer, unreflektierter Anwendung von aufgefundenen Informationen und damit zu einer Ablösung der derzeitigen „Autoritäten“ durch neue Meinungsbildner kommt.

*Thomas Sycha, Wien*

## **EBM in Bremen**

Da wir in einen Erfahrungsaustausch mit anderen "EBM-Aktiven" eintreten möchten, geben wir einen kurzen Überblick über die verschiedenen Seminare bzw. Workshops, die wir, die Mitarbeiter des Institutes für Klinische Pharmakologie, im Verlauf der letzten 14 Monate durchgeführt haben.

### *Bremer Workshop*

Hier verfolgen wir das Konzept eines fortlaufenden Kurses. Über 5 Wochen findet jeweils

an einem Abend der Woche ein zweistündiges Seminar statt.

An den bisher insgesamt 5 Workshops nahmen jeweils 14-18 Kollegen teil. Die Arbeit findet bis auf die erste Sitzung ausschließlich in Kleingruppen (7-9 Personen) statt.

Die Gruppen sind sowohl bezüglich der Fachgebiete als auch der Hierarchieebenen - bei Klinikern - bunt gemischt. Die heterogene Zusammensetzung wird dabei von allen als positiv bewertet.

Von den insgesamt 81 Teilnehmern waren die Hälfte Kollegen aus der Klinik, etwa 40% aus dem niedergelassenen Bereich. Die am stärksten vertretenen Fachgebiete waren Innere Medizin und Anästhesie, bzw. Allgemeinmedizin bei den Kollegen aus der Praxis.

Der inhaltliche Schwerpunkt wird von uns auf den Bereich der Therapie gelegt. Unverzichtbarer Bestandteil eines jeden Kurses ist das ‚critical appraisal‘ einer randomisierten kontrollierten Studie und einer Metaanalyse sowie eine Einheit ‚Datenbankrecherche‘.

Darüber hinaus können die Teilnehmer zwischen der exemplarischen Besprechung einer Fall-Kontroll Studie, einer Diagnosestudie oder der Wiederholung einer der erstgenannten Studienarten wählen.

Die angebotene weitere Einheit mit einem Biomathematiker der Universität wurde bisher nur von uns selbst genutzt.

Insgesamt erhalten wir seitens der Teilnehmer eine positive Rückmeldung sowohl über Inhalte als auch über das Format der Kurse.

Schwierigkeiten bereitet die Einheit ‚Datenbankrecherche‘. Zum Einen klaffen hier die Vorkenntnisse am weitesten auseinander. Zum Anderen entstehen Probleme dadurch, daß den Einzelnen verschiedene Oberflächen und Suchstrategien für Medline zur Verfügung stehen, es aber den Rahmen sprengen würde eine exemplarische Suche mit allen Oberflächen durchzuführen (Knowledge Finder, Pub Med, winSpiers, Ovid). Für uns stellt sich daher die Frage, ob eine Seminareinheit in der bisherigen (üblichen) Form überhaupt noch Sinn macht.

Wir stellen die Cochrane Library vor und empfehlen sie aus Überzeugung, aber für viele Kollegen gibt es keine Zugangsmöglichkeit und/oder die Sprachbarriere stellt ein Hindernis dar. Gleiches gilt übrigens für die Literaturbeschaffung, die für viele Kollegen aus kleineren Häusern und insbesondere aus der Praxis prob-

lematisch und mit großem Aufwand verbunden ist.

Immer wieder wird bemängelt, daß die Kurse mehr Stunden, also mehr Termine umfassen sollten. Da wir gerne an dem Konzept der fortlaufenden Kurse festhalten möchten und es bereits jetzt für die meisten Kollegen Schwierigkeiten bereitet, sich 5 Wochen hintereinander jeweils einen bestimmten Abend freizuhalten, haben wir bisher diesen Wunsch nicht berücksichtigt. Da wir uns über die durch die Zeitknappheit bedingte Verkürzung bestimmter Inhalte bewusst sind, bieten wir seit ca. 8 Monaten einen Journal Club an.

Wir hoffen, hiermit auch zur Integration von EBM in den Klinik- bzw. Praxisalltag beizutragen.

#### *Journal Club*

Der Journal Club findet einmal im Monat statt, eingeladen sind prinzipiell alle bisherigen Teilnehmer unserer Kurse. Die Anregungen für die zu besprechenden Studien kommen aus ihrem Kreis. Nach anfänglichen Startschwierigkeiten (Tutoren - Teilnehmer Verhältnis 1:1) hat sich der J.C. inzwischen gut etabliert. Zur Zeit erarbeiten zwei Kleingruppen eine kleine "Leitlinie" zum Einsatz von Lipidsenkern. Jede Kleingruppe wird auch hier von möglichst 2 Tutoren betreut, wobei wir versuchen, Tutoren aus dem Kreis der ehemaligen Teilnehmer zu gewinnen. Die Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Niedergelassenen ist sehr gut aber anders als bei den Grundkursen spielt die inhaltliche Thematik der ausgewählten Studien eine entscheidende Rolle, so daß eigentliche fachspezifische Gruppen eingerichtet werden müssten. Leider können wir das momentan aus zeitlichen Gründen nicht leisten. Ebenfalls ungelöst ist für uns das Problem des enormen organisatorischen Aufwandes (Einladung, Verschicken der Studien nach Rückmeldung ...). Gibt es Erfahrungen von anderen mit der Einrichtung von Journal Clubs? Wie gelingt es, sich aus diesen weitgehend zurückzuziehen, ohne sie existenziell zu gefährden?

#### *Kurzseminare*

Für insgesamt etwa 100 Teilnehmer führten wir in den letzten Monaten Kurzseminare durch, die im Schnitt 8 Stunden an einem Tag stattfanden. Integraler Bestandteil dieser Seminare war neben einer allgemeinen Einführung in das Thema

EBM und einer Darstellung der Grundprinzipien des critical appraisal einer randomisierten kontrollierten Studie immer auch die Arbeit in Kleingruppen. Die meisten Seminare beinhalteten sogar zwei Kleingruppensitzungen, in denen jeweils eine vorher versandte Studie kritisch bewertet wurde, z.B. RCT und Metaanalyse oder Fall-Kontroll Studie.

In allen Seminaren gaben wir darüber hinaus eine Darstellung der Arbeit der Cochrane Collaboration und eine Einführung in den Umgang mit der Cochrane Library. Interessant war für uns zu beobachten, daß bezüglich des Bekanntheitsgrades der Cochrane Library bereits im Verlaufe des letzten Jahres eine Veränderung eintrat, und wir jetzt häufiger auf Teilnehmer treffen, die über die Library an ihrem Arbeitsplatz verfügen.

Auf Wunsch der Teilnehmer gaben wir üblicherweise auch noch einen kurzen Überblick über die ‚Leitlinien-Debatte‘ in Deutschland.

Teilnehmer an den Kurzseminaren waren Krankenhausapotheker, Mitarbeiter der Allgemeinen Ortskrankenkassen der neuen Bundesländer, Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie und niedergelassene Allgemeinmediziner. Das letztgenannte Seminar wird unten gesondert ausgewertet.

Die übrigen Teilnehmer waren alle hoch motiviert, die Arbeit sehr konstruktiv und auch für uns oft lehrreich durch eine Betrachtung der Sachverhalte aus anderer Perspektive (Industrie, KH-Apotheker).

Insgesamt erhielten die Kurse durchweg eine gute Gesamtbeurteilung, unabhängig davon für wie relevant der einzelne Teilnehmer das Thema EBM für seine eigene Arbeit erachtet. Das ist für uns überraschend und zeigt, wie spannend das Thema als solches ist.

Große Probleme bezüglich der Organisation entstanden häufig dann, wenn wir sie nicht selbst durchführten. Veranstaltern, die mit EBM nicht vertraut sind, fällt es offensichtlich sehr schwer zu verstehen, daß Unterlagen wirklich vorher an die Teilnehmer verschickt werden müssen. Gelegentlich führte dies dazu, daß die Teilnehmer keine Unterlagen erhalten und damit auch die zu besprechenden Studien nicht gelesen hatten. Ein Umstand, der insbesondere wegen der Zeitknappheit besonders gravierend ist.

Die wenige zur Verfügung stehende Zeit macht ein Abwägen zwischen Vereinfachung der Darstellung und Tiefe der Erklärung notwendig -

zum Teil ein nicht für alle Teilnehmer befriedigend lösbarer Konflikt.

Wir haben uns, auch aufgrund der Rückmeldungen, entschlossen, Inhalte aus den eintägigen Seminaren zu streichen und z.B. nur noch eine Studienart in Kleingruppen zu besprechen.

Alle Teilnehmer wünschen einerseits mehr Zeit für die Thematik, geben andererseits aber auch an, Schwierigkeiten zu haben, sich für 2 Tage von der Alltagsarbeit befreien zu können.

Insofern stellt sich die Frage, ob Seminare in dieser Form einen Nutzen haben. Sollten sie überhaupt weiter durchgeführt werden? Sind sie vielleicht solange erforderlich, bis der Begriff EBM weiter verbreitet ist und für den überwiegenden Teil der im Gesundheitswesen Beschäftigten auch mit Inhalt besetzt ist?

#### *Kurzseminar für niedergelassene Kollegen aus dem hausärztlichen Bereich*

Das Seminar fand im Rahmen der Woche der Praktischen Medizin der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen statt. Es war fester Bestandteil des arzneitherapeutischen Seminars im Rahmen dieser Woche. Dieses wird in ähnlicher Form seit vielen Jahren angeboten, so daß viele der Teilnehmer sich das Programm nicht im Detail angesehen hatten und über eine Einheit ‚EBM‘ sehr überrascht waren. Des weiteren hatten viele angenommen, sie würden ein weiteres Mal über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab informiert. Deshalb wird dieses Seminar hier gesondert betrachtet, da die Teilnehmer sich größtenteils nicht wissentlich für das EBM Seminar angemeldet hatten; ein Umstand, der für alle Beteiligten eine echte Herausforderung darstellte.

Ohne die Evaluation hier genauer darstellen zu können, wurde an diesem Seminar vieles deutlich. Obwohl  $\frac{3}{4}$  der Teilnehmer das Thema EBM für ihren Alltag als eher irrelevant oder zumindest wenig wichtig erachteten, war die Gesamtbeurteilung positiv. Allerdings gab es im Gegensatz zu sonstigen Seminaren auch vehemente Kritik von einigen Kollegen. Sie gaben die mündliche Rückmeldung, das Vorgetragene sei für den Alltag in der Praxis komplett irrelevant und unpraktikabel. Die von Ihnen aufgewendete Zeit sei reine Verschwendung gewesen.

Abgesehen von diesen Extrembewertungen wurden folgende Wünsche bzw. Probleme deutlich:

- die exemplarisch besprochenen Studien müssen in deutscher Sprache veröffentlicht sein
- alle Arbeitsmaterialien sollten in deutscher Sprache sein, auch die in unserem Skript enthaltenen Originalarbeiten (Users Guide)
- die Arbeitsunterlagen (Skript) sollten möglichst kurz und prägnant sein - nur Kernaussagen jeweils auf einer DIN A4 Seite
- Checkliste für die kritische Beurteilung einer Therapiestudie für den Alltag (kurz!!!)
- Checkliste für die Beurteilung von Arzneimittelinformationen, die über die Hersteller (Pharmavertreter) verteilt werden
- mehr Adressen bzw. Hinweise auf konkrete Hilfsangebote
- Studien sollen evidenzbasiert aufgearbeitet zur Verfügung gestellt werden, das Lesen von Originalarbeiten sei im Praxisalltag unmöglich

Viele der geäußerten Kritikpunkte bzw. Anregungen überraschen nicht, geraten aber leider auch bei uns immer wieder in Vergessenheit. Typisches Beispiel hierfür ist das Unterschätzen der Sprachbarriere. Auch unserer Bestreben, in dem von uns an alle Teilnehmer vorher verschickten Skript mehr an Information zu geben und manche Sachverhalte immer detaillierter darzustellen, stößt für einen solchen Teilnehmerkreis an Grenzen.

So wurde auch in anderen Seminaren bereits vereinzelt die Kritik geäußert, wir würden zu viel Gewicht auf die Statistik legen (ein Gefühl, welches wir gar nicht teilen).

Insgesamt hat uns Langeoog aber doch ermutigt, sich auch gerade an Kollegen zu wenden, die sich von sich aus nicht für ein EBM Seminar anmelden würden, sondern deren Interesse möglicherweise erst geweckt werden muss.

## Fazit

### 1. Bremer Workshop

Das Prinzip der fortlaufenden Kurse hat sich für ein regionales Konzept unseres Erachtens bewährt. Die Kurse können besser in den Arbeitsalltag der Teilnehmer und der Tutoren integriert werden, der organisatorische Aufwand hält sich im Rahmen. Die Teilnehmer haben jeweils mindestens eine Woche Zeit, sich auf die nächste Sitzung vorzubereiten.

### 2. Journal Club

Dieser erscheint uns als sinnvolle und notwendige Fortsetzung der Seminare. Die neu gewonnenen Kenntnisse können geübt und verbessert werden. Zu hoffen ist, daß so auch ein kleiner Beitrag zur Integration von EBM in den Alltag geleistet werden kann.

### 3. Kurzseminare haben ihren Stellenwert. Sie werden von freiwilligen Teilnehmern überaus positiv bewertet. Inhalte müssen wir entweder kürzen oder die Stundenzahl erhöhen.

### 4. Für Seminare, die sich an Kollegen richten, die mit EBM primär den Einheitlichen Bewertungsmaßstab verbinden, brauchen wir völlig andere Werkzeuge, als die, die uns bisher zur Verfügung stehen.

Betonen möchten wir an dieser Stelle, daß dies nicht das Problem der Kollegen ist, sondern unserer Problem, indem wir uns zu weit von den Bedürfnissen und dem Arbeitsalltag in der Nicht-Universitätsklinik oder der Praxis entfernen.

## Fragen

Abgesehen von den aufgeführten Punkten bleiben für uns jedoch viele Unklarheiten:

- Wer profitiert am meisten von welchem Angebot?
- Welche Erfahrungen haben andere mit Kurzseminaren? Welche Teilnehmer? Welche Inhalte?
- Machen "unfreiwillige" EBM Seminare einen Sinn?
- Welche Initiativen gibt es, wesentliche Unterlagen ins Deutsche zu übersetzen bzw. Kurzfassungen von diesen anzufertigen?
- Hätten auch andere Interesse am Aufbau eines gemeinsamen Archivs "besprechbarer" Studien in deutscher Sprache?

Wir hoffen auf Diskussionen auf dem diesjährigen EBM Kongress und freuen uns daher auf Berlin im Oktober.

*Monika Lelgemann, Bremen*

## Die internationalen und nationalen Webseiten der Cochrane Collaboration

### Internationale Webseiten der Cochrane Collaboration

Das Internet wird von der Cochrane Collaboration (CC) sowohl zum internen Informationsaustausch als auch zur Verbreitung von Informationen nach außen intensiv genutzt. Zur externen Information dienen insbesondere die internationalen Webseiten, auf denen Abstracts systematischer Übersichtsarbeiten, Literaturhinweise, Informationen zu Fortbildungsveranstaltungen, Kontaktmöglichkeiten, Kursen und sonstigen, wichtigen Ereignissen, etc. zu finden sind.

Um die internationalen Webseiten der Cochrane Collaboration weltweit mit akzeptablen Zugriffszeiten verfügbar zu halten, sind diese, auf mehrere Länder verteilt, zur Zeit unter folgenden Adressen erreichbar:

Australien	<a href="http://www.cochrane.org.au">http://www.cochrane.org.au</a>
Deutschland	<a href="http://cochrane.de">http://cochrane.de</a>
England	<a href="http://www.update-software.com/ccweb">http://www.update-software.com/ccweb</a>
Japan	<a href="http://www.nihs.go.jp/acc/default.html">http://www.nihs.go.jp/acc/default.html</a>
Kanada	<a href="http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm">http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm</a>
Spanien	<a href="http://www.cspt.es/cochrane/cochrane/default.html">http://www.cspt.es/cochrane/cochrane/default.html</a>
USA	<a href="http://www.cochrane.org">http://www.cochrane.org</a>

Es handelt sich hierbei um identische Kopien (website mirror) der bisher zentral in Adelaide, Australien, gepflegten Webseiten. Als der dortige Webmaster, David Badger, seine Tätigkeit Ende Juni beendete, hat sich das Deutsche Cochrane Zentrum bereit erklärt, diese Aufgabe vorübergehend zu übernehmen. Zuständig ist nun Georg Koch.

Auf dem 8. Cochrane Kolloquium der CC in Cape Town, Süd-Afrika, im Oktober 2000 wird die weitere Vorgehensweise und mögliche, neue Konzepte des website-Managements in Workshops und Meetings diskutiert werden. (Workshop: G. Koch, D.M. Spinner „Future development of the Cochrane web-site“, 10-2000, Cape Town, South Africa).

Weitere, wichtige Diskussionspunkte werden ein mögliches Redesign und eine eventuelle

Fremdvergabe der Erstellung der Webseiten sowie die Klärung der neuen, langfristigen Zuständigkeit für die internationalen Cochrane Webseiten darstellen.

Neben den zentralen internationalen Webseiten haben viele Cochrane Zentren und Review-Gruppen ihre eigenen Webseiten (siehe <http://www.cochrane.de/cc/cochrane/ccweb.htm>), so auch das Deutsche Cochrane Zentrum.

### Nationale Webseiten des Deutschen Cochrane Zentrums, Freiburg

Die nationalen deutschen Webseiten (<http://www.cochrane.de/deutsch/index.html>), die am Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg seit 1996 von D.M. Spinner erstellt und gepflegt werden, stellen allgemeine Informationen zur CC dem deutschen Sprachraum in deutscher Sprache zur Verfügung. Weiterhin werden Wissensressourcen und Informationen um die Cochrane Collaboration und Evidence-Based Medicine (EBM) in Deutschland, Österreich und der Schweiz Interessierten zugänglich gemacht.

Die auf dem Cochrane Webserver in Freiburg publizierten deutschen Webseiten werden nach einem einheitlichen, übersichtlichen Konzept erstellt, wobei immer auf eine einfache, robuste Programmierung und klare Strukturierung der Webseiten geachtet wird, um diese auch für Interessierte mit einfach ausgestatteten Computern oder mäßiger Anbindung an das Internet schnell verfügbar machen zu können. Dieses Konzept hat sich als effektiv erwiesen, was nicht nur durch positive Kritik, sondern vor allem auch durch einen kontinuierlichen, starken Zuwachs der Zugriffszahlen auf unsere Webseiten belegt wird.

Die Betreuung der nationalen, deutschen Webseiten wird seit Mai 2000 von einem neuen Mitarbeiter am Deutschen Cochrane Zentrum, Nick Trautmann, durchgeführt.

*Daniel M. Spinner, Nick Trautmann,  
Georg Koch, Freiburg*

## **Handsearching medizinischer Fachzeitschriften – Abschluß des zweiten Jahres des Biomed II - Projekts**

Das zweite Jahr des Projekts zum Handsearching kontrollierter klinischer Studien in europäischen medizinischen Fachzeitschriften im Rahmen des von der EU geförderten Biomed II-Programms ist beendet. Ziel des Projekts, das insgesamt drei Jahre läuft, ist das Auffinden und Bereitstellen von Studien, die bisher in elektronischen Datenbanken nicht enthalten waren.

Die Ergebnisse der manuellen Suche medizinischer Fachzeitschriften werden über das New England Cochrane Centre an die National Library of Medicine (Medline) und die Cochrane Library (Cochrane Controlled Trial Register) weitergeleitet. Im Rahmen des Projekts werden bevorzugt solche Zeitschriften gelesen, die relevante Informationen für Cochrane-Reviewgruppen enthalten.

In diesem zweiten Jahr des Projekts wurden im deutschsprachigen Raum insgesamt 323 Publikationsjahre von 13 Zeitschriften durchsucht und 2046 Berichte über kontrollierte klinische Studien gefunden. Davon waren 1203 randomisierte Studien (RCTs). 834 dieser RCTs (69%) waren in Medline vorhanden, aber nur 535 (44%) mit dem Vermerk „randomized controlled trial“ gekennzeichnet. Von den 843 gefundenen nicht-randomisierten kontrollierten klinischen Studien (CCTs) waren lediglich 424 (50%) in Medline vorhanden.

Insgesamt waren im letzten Jahr zehn Handsearcher an dem Projekt beteiligt (5 Cochrane-interne und 5 externe), sowie zwei Übersetzerinnen.

Die Zahlen der identifizierten Studien machen deutlich, daß es weiterhin große Mengen an Studien gibt, die durch elektronische Suche in Datenbanken nur schlecht oder gar nicht erreichbar sind. Das manuelle Durchsuchen medizinischer Zeitschriften wird daher auch in den kommenden Jahren, und weit über den Rahmen dieses Projektes hinaus, zur Erstellung qualitativ hochwertiger Reviews nicht an Bedeutung verlieren.

Bei Fragen zu diesem Projekt oder eigenem Interesse an der manuellen Suche in Fachzeitschriften wenden Sie sich bitte an das Deutsche Cochrane Zentrum oder an:

Christine Scholtyssek, [scholtys@cochrane.de](mailto:scholtys@cochrane.de).

*Christine Scholtyssek, Freiburg*

## **Tagungsbericht: 16. Jahrestagung der International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC)**

Health Technology Assessment (HTA), übersetzt etwa "Bewertung medizinischer Technologien" ist spätestens seit der Integration in die GKV Gesundheitsreform 2000 auch bei uns bekannt (siehe auch Rundbrief Nr.6). Im Vergleich zu internationalen Aktivitäten hat Deutschland in dieser Disziplin jedoch noch Nachholbedarf. Dies kam auch auf der Jahrestagung der internationalen Fachgesellschaft für Technologiebewertung im Gesundheitswesen zum Ausdruck, die vom 18. - 21. Juni 2000 in Den Haag stattfand. Insgesamt waren etwa 650 Teilnehmer aus der ganzen Welt anwesend, die rund 400 wissenschaftliche Beiträge lieferten. Deutschland war nur gering vertreten, im Scientific Committee war sogar kein deutscher Repräsentant vorhanden. Die zunehmenden Aktivitäten in Deutschland tragen jedoch bereits Früchte. Der ISTHAC Vorstand hat dem Antrag zugestimmt, die Jahrestagung 2002 in Berlin abzuhalten.

Zu den Eröffnungsrednern der diesjährigen Tagung gehörte die niederländische Gesundheitsministerin Els Borst-Eilers, eine vehemente Befürworterin von HTA. Das niederländische Gesundheitsministerium war übrigens Hauptsponsor der gesamten Tagung. Frau Borst-Eilers sprach über die Problematik zeitgebundener Urteile. Es zeige selbst die jüngste Geschichte, daß Ärzte, oft zum Schaden der Patienten, mit Hilfe ihrer Reputation mehr oder weniger invasive Therapieverfahren durchgesetzt haben, ohne ausreichende experimentelle Evidenz dafür vorweisen zu können. Es läge jetzt, so Frau Borst-Eilers, in der Verantwortung der Wissenschaftler, zu einer umfassend evidenzbasierten Gesundheitsversorgung beizutragen. Geschehnisse wie die aufgeführten Beispiele sollten im 21. Jahrhundert Geschichte sein und sich nicht wiederholen.

Der amtierende Präsident der ISTHAC, David Banta, sieht für den Bereich HTA auch keine Universal-moral. Dies verpflichte jedoch geradezu, verantwortungsvoll zu handeln, akzeptierte Prinzipien anzuerkennen und die Probleme zukunftsbewusst anzugehen. Trotz großer Fortschritte in den vergangenen Jahren bleiben

viele Fragen noch offen, etwa der Impact von HTA oder die Hemmnisse internationaler Koordination.

Das Tagungsprogramm spiegelte die Facetten des Technologiebegriffes wieder. Der Begriff umfasst nicht nur, wie im Deutschen assoziiert, Medizinprodukte (Geräte, Instrumente), sondern auch Medikamente, Prozeduren und Organisationsformen der Gesundheitsversorgung. Primary Sessions am Tag vor der eigentlichen Veranstaltung waren methodisch ausgerichtet (u.a. Studiendesigns, systematische Reviews, Metaanalysen) oder gaben Interessengruppen Raum zur Diskussion (z.B. Medizinprodukteindustrie). Das wissenschaftliche Programm der Hauptveranstaltung beschäftigte sich mit HTA in bestimmten Bereichen (z.B. Pflege, Chirurgie, Rehabilitation, Konsumenten), speziellen Krankheitsbildern (z.B. muskuloskelettale Krankheiten, Prostata Karzinom, Gefäßerkrankungen), Besonderheiten bei Arzneimitteln, Gesundheitsversorgung (z.B. HTA in Entwicklungsländern) und Methodik von HTA. Neu waren sog. "Interactive Sessions" in denen Poster zu einem Thema vorgestellt und mit Experten und Autoren direkt im Anschluss diskutiert wurden. Das Niveau der Präsentationen war durchgehend hoch und inhaltlich anregend. Einer der Höhepunkte war die Schlussveranstaltung, in der Vertreter von Médecins Sans Frontières, der Geneva Initiative sowie von Eli Lilly zu Wort kamen und den Diskussionshorizont weit über die bloße Betrachtung einzelner Technologien hinaus erweiterten.

ISTAHC ist eine Non-Profit-Organisation, die 1985 gegründet wurde. Die Gesellschaft engagiert sich in der Forschung, Ausbildung, Kooperation und dem Austausch von Informationen zu klinischen, ökonomischen und sozialen Implikationen von Technologien im Gesundheitswesen. ISTAHC versteht sich als internationales Forum für alle, die sich mit der Evaluation medizinischer Technologien beschäftigen.

Nächste Tagungen:

- 2. – 6. Juni 2001: Philadelphia, USA  
[www.istahc2001.org](http://www.istahc2001.org)
- 9. – 12. Juni 2002: Berlin, Deutschland  
[www.istahc2002.de](http://www.istahc2002.de)

Die Tagung in Berlin wird die erste ISTAHC-Jahrestagung in Deutschland sein. Als Schwerpunkte sind u.a. geplant: die Evaluation unkonventioneller Methoden, HTA in den deutschsprachigen Ländern sowie Einbeziehung von Aktivitäten in den Mittel- und Osteuropäischen Staaten.

Informationen zur International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTHAC): <http://www.istahc.org>  
Informationen zur Jahrestagung in Den Haag: <http://www.nivel.nl/istahc.htm>

*Matthias Perleth, Hannover  
Alric Rütther, Köln*

### **INAHTA: International Network of Agencies for Health Technology Assessment**

International gibt es viele Organisationen, die sich mit HTA beschäftigen oder HTA betreiben. HTA Reports sind im Idealfall systematische Übersichtsarbeiten der Effektivität einer Technologie (unter idealen [efficacy] wie auch unter Alltagsbedingungen [effectiveness]), der ökonomischen Effizienz sowie ethischer und sozialer Gesichtspunkte. Ziel ist eine evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. HTA besitzt demnach allgemeingültige und spezifisch auf die Erfordernisse des jeweiligen Gesundheitssystems ausgerichtete Elemente. Hier erscheint eine gute internationale Zusammenarbeit zur Förderung von Synergien und besseren Ausnutzung von Ressourcen sinnvoll. Leider gibt es bisher nur wenig Anstrengungen auf diesem Gebiet.

Die INAHTA, das "internationale Netzwerk von HTA-Institutionen", hat es sich zur Aufgabe gemacht, internationalen Informationsaustausch und Kooperationen über verschiedene Kulturkreise hinaus zu fördern und zu unterstützen. INAHTA wurde 1993 gegründet. Dem Netzwerk gehören zur Zeit 34 Mitglieder aus 18 Ländern an. Als Mitglieder werden Non-Profit-Organisationen aufgenommen, die HTA betreiben oder vermitteln, in Verbindung mit der nationalen oder regionalen Regierung stehen und zu mindestens 50% von der öffentlichen Hand finanziert werden. Deutsches Mitglied der

INAHTA ist das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Zu den Aktivitäten der INAHTA zählen:

- **Joint Projects:** HTA-Projekte, die von mehreren Mitgliedern gemeinsam durchgeführt werden. Für 1999 zum Beispiel Telemedizin, Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Screening des Prostatakarzinoms.
- **Synthesis Reports:** Synthese von HTA-Reports mehrerer Mitglieder zum gleichen Thema. 1999 zum Beispiel "Präoperative Evaluation in der elektiven Chirurgie".
- **INAHTA Newsletter:** Informationen über aktuelle Projekte der Mitglieder, Hintergründe.
- **INAHTA Datenbank:** Datenbank der Projekte und abgeschlossenen HTA-Reports der Mitglieder (mit Unterstützung des NHSCRD).

Obwohl die INAHTA noch relativ jung ist, hat sie schon eine große Mitgliederzahl und beachtliche Erfolge aufzuweisen. Vor allem die Datenbank der Projekte und Reports ist in der Zwischenzeit eine gute Quelle für medizinische Evidenz und ökonomische Evaluationen geworden. Die in der diesjährigen Jahrestagung der INAHTA beschlossenen Anstrengungen zur Harmonisierung der HTA-Methodik, Verbesserung der Kommunikations- und Disseminationsstrategie sowie zur Verbesserung von Lehre und Training stellen einen vielversprechenden Ansatz für die Weiterentwicklung und Etablierung von HTA dar.

Kontakt: <http://www.inahta.org>

Datenbank (via NHSCRD):

<http://agatha.york.ac.uk/htahp.htm>

*Alric Rüther, Köln*

### **Recherchebeispiele aus der Praxis: Suche nach eng beieinander stehenden Begriffen im Text am Beispiel von Brustkrebs**

Verwendung von

1. Boole'schen Operatoren
2. Synonymen und unterschiedlichen Schreibweisen

Die folgenden Beispiele Nr. 1.1. bis 2.2. zeigen Suchstrategien in der Reihenfolge von „nicht ratsam“ bis „empfehlenswert“. Sie gelten für

die Web-Version und CD-ROM-Version (advanced search) der Cochrane Library.

Zu 1.:

Anwendung der Boole'schen Operatoren bei der Suche nach eng beieinander stehenden Begriffen und die Auswirkungen auf das Suchergebnis:

- 1.1. Eingabe im Suchfeld:  
breast cancer

Das System macht daraus intern die Abfrage breast AND cancer, das heißt, die Begriffe stehen in beliebiger Reihenfolge beliebig weit im gesamten Text auseinander.

Folge: viele irrelevante Treffer, vieles handelt nicht von Brustkrebs.

- 1.2. Eingabe im Suchfeld:  
"breast cancer"

Das System macht daraus intern die Abfrage breast NEXT cancer, das heißt, beide Begriffe stehen direkt nebeneinander (Stopwörter wie z.B. and, or, next, near, of, the werden ignoriert).

- 1.3. Eingabe im Suchfeld:  
breast near cancer

Beide Begriffe stehen in beliebiger Reihenfolge innerhalb von maximal 6 Wörtern nebeneinander (Stopwörter wie z.B. and, of, the werden ignoriert).

Ergebnis: Es werden sowohl Artikel gefunden, in denen „cancer of the breast“ als auch „breast cancer“ steht, z.B.:

*....types of **cancer** included were lung, **breast**, colorectal...*

***Cancer** was found in the **breast** following....*

*... that **breast** lumps indicate possible **cancer**...*

Einschränkung der Begriffe auf bestimmte Felder im Text:

Eine Einschränkung der o.g. Suchbegriffe auf den Titel ist riskant (CD-ROM-Version: restrict searching to, Web-Version: Options). Dabei gehen einige zutreffende Zitate verloren, z.B.:

*TI Adjuvant tamoxifen duration: More large-scale randomized evidence is needed*

*AU Davies C, Nomura Y, Ohashi Y*

*SO Japanese Journal of Cancer and Chemotherapy*

Zu 2.:

Synonyme, Schreibweisen:

Bisher haben wir nur nach breast cancer, beliebige Reihenfolge innerhalb von 6 Wörtern gesucht. Dabei haben wir aber nicht alle Begriffe wie breast cancers, tumor, tumour, tumours, neoplasm(s), carcinoma(s) gefunden. Wir müssen also Synonyme, Singular, Plural und unterschiedliche Schreibweisen bei der Suche berücksichtigen (Bsp.: tumours of the breast, breast neoplasms).

#### 2.1. Suchstrategie:

```
#1 breast near (cancer* or  
neoplas* or tumo* or car-  
cino* or malign*)
```

\* bedeutet hier ein Jokerzeichen für freie Endungen (auch Wildcards, Truncation genannt): tumo\* beinhaltet tumor, tumour, tumors, tumours.

Die Suchfrage wird von links nach rechts abgearbeitet, falls durch Setzung von Klammern keine andere Reihenfolge vorgegeben wird (im Beispiel 2.1. werden alle Records gesucht, die einen oder mehrere der in Klammern aufgeführten Cancer-Synonyme enthalten und mit den Records kombiniert, bei denen der Begriff breast in der Nähe steht).

Beispiele:

... *Other **tumour** sites included head and neck, **breast**, trunk ...*

... *The effect of three week tamoxifen treatment on oestrogen receptor levels in primary **breast tumours** ...*

... *operable **breast carcinoma** ...*

Allerdings erhält man auch inhaltlich gegenteilige Zitate:

... *Workshop on solid **tumors** other than **breast** ...*

#### 2.2. Zusätzliche Verwendung des MeSH (Medical Subject Heading)

Es besteht die Möglichkeit, zusätzlich im MeSH (Medical Subject Heading) nach breast-neoplasms zu suchen und mit dem Ergebnis der Textrecherche zu kombinieren. Im MeSH sind Synonyme, Ober-/ Unterbegriffe und Schreibweisen weitgehend abgedeckt. Die Suche im MeSH alleine reicht aber auf keinen Fall aus, da nicht alle Zitate MeSH-Terms enthalten!

```
#1 breast near (cancer* or  
neoplas* or tumo* or car-  
cino* or malign*)
```

```
#2 breast-neoplasms:me
```

```
#3 #1 or #2
```

Das System bildet daraus intern die Abfrage:

```
((breast) near (cancer* or  
neoplas* or tumo* or car-  
cino* or malign*)) or  
(breast-neoplasms:me)
```

Die Suche nach dem Aspekt Brustkrebs liefert sehr viele Treffer und kann mit weiteren inhaltlichen Aspekten eingeschränkt werden (Kombination mit AND), z.B. Zytostatika, Radiotherapie etc. Es bleibt dem Rechercheur überlassen, wie weit er die Suche einschränken möchte und in welchen Feldern er nach den Begriffen sucht. Legt man Wert auf Vollständigkeit und nimmt daher auch Unzutreffendes in Kauf, das von Hand aussortiert werden muss, oder möchte man ausschließlich relevante Arbeiten mit dem Risiko, nicht alle zutreffenden Informationen zu finden?

Nutzen Sie auch die übersichtliche Online-Hilfe der CD-ROM- und Web-Version. Außerdem finden Sie gute Trainingsmaterialien zum Downloaden unter

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/cochlib.htm>

Viel Erfolg!

*Edith Motschall, Freiburg*

## Bücher und Literatur

### **Zwischen Erfahrung und Beweis. Medizinische Entscheidungen und Evidence Based Medicine**

In drei Abschnitten „Theoretische Grundlagen“, „Anwendungen“, „Wertung“ geben die Autoren einen umfassenden Überblick über die Inhalte von EBM (Was ist Evidenz-basierte Medizin?) und damit verbundene Verfahren der Entscheidungsfindung in der Medizin (u.a. Die Analyse Klinischer Entscheidungen, Die kritische Beurteilung medizinischer Veröffentlichungen, Informationssuche und kritische Beurteilung von Therapiestudien). Hinterfragt wird dabei die praktische tägliche Anwendbarkeit. Ein Beitrag zu EBM vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Medizin rundet das Buch mit einem kritischen Ausblick ab.

Martin R. Fischer/ Werner Bartens /Hrsg.:  
*Zwischen Erfahrung und Beweis. Medizinische  
Entscheidungen und Evidence Based Medicine*  
ISBN 3-456-82974-4  
Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle  
1999. 291 Seiten  
Preis: DM 49,80

### **Einführung in die Evidence-based Medi- cine. Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medi- zin**

Unter diesem Titel hat der Schweizer Hans Huber Verlag die von Werner Bartens vorgenommene Übersetzung des 1997 bei der BMJ Publishing Group erschienen Buches „How to read a paper – the Basics of Evidence Based Medicine“ herausgegeben.

Trisha Greenhalgh:  
*Einführung in die Evidence-based Medicine.  
Kritische Beurteilung klinischer Studien als  
Basis einer rationalen Medizin*  
Übers. Werner Bartens  
ISBN 3-456-83135-8

## Termine

Auf den Internet-Seiten des Deutschen Cochrane Zentrums (<http://www.cochrane.de/deutsch>) und des Deutschen EBM-Netzwerkes (<http://www.ebm-netzwerk.de>) können regelmäßig aktualisierte Terminlisten für Kurse, Workshops etc. abgerufen werden. Hier sind auch für die meisten Workshops genauere Informationen über Inhalte und Form der Veranstaltungen abrufbar.

### **CC Workshop „Systematische Übersichtsarbeiten“** Freiburg, 21. bis 23. September 2000

Im Rahmen dieses Workshops sollen Grundlagen sowohl der Benutzung, als auch der Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten vermittelt werden. Dabei wird ausschließlich auf systematische Übersichtsarbeiten zu therapeutischen Fragestellungen eingegangen. Es werden keine Vorkenntnisse zum Themenkomplex systematische Übersichtsarbeiten erwartet. Der Kurs setzt sich zusammen aus Plenarveranstaltungen, Gruppenübungen sowie praktischen Übungen zur EDV-Benutzung (Cochrane Library, Review Manager) Sprache: Deutsch; (Literatur: Englisch)

Information:  
Deutsches Cochrane Zentrum  
Stefan-Meier-Str. 26  
79104 Freiburg

Fax: +49 761 203 6712  
mail@cochrane.de  
<http://www.cochrane.de/deutsch>



### **2. Symposium Evidenzbasierte Medizin: Evidenzbasierte Patientenversorgung, Voraussetzungen, Möglichkeiten, Grenzen** Berlin, 5. bis 7. Oktober 2000

Das Deutsche EBM-Netzwerk, die Ärztekammer Berlin und die Bundesärztekammer richten

vom 5. Bis 7. Oktober 2000 in Berlin das 2. Symposium Evidenzbasierte Medizin aus. Schwerpunktthema ist diesmal die ‚Evidenzbasierte Patientenversorgung‘ und deren Umsetzung in Klinik und Praxis. Die Veranstaltung richtet sich an praktizierende Ärzte und andere Fachberufe im Gesundheitswesen, die Leitungsebene von Kliniken, Praxisgruppen, Praxisnetze, Qualitätszirkel, Wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände, Weiterbildungsausschüsse und Patientenvertreter.

Information:  
Mibeg-Institut Berlin  
z.Hd. Frau Genau  
Hessische Str. 10  
10115 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 29 34 570  
Fax: +49 (0) 30 29 34 57 22  
genau@b.mibeg.de  
<http://www.ebm-netzwerk.de/neues/berlin.html>



**8<sup>th</sup> International Cochrane Colloquium:  
Evidence for Action:  
Challenges for the Cochrane  
Collaboration in the 21<sup>st</sup> century**  
Kapstadt, Südafrika, 25. bis 29. Oktober 2000

Vom 25. bis 29. 10. 2000 wird das diesjährige Cochrane Colloquium unter dem Thema: „*Evidence for Action: Challenges for the Cochrane Collaboration in the 21<sup>st</sup> century*“ vom südafrikanischen Cochrane Zentrum in Cape Town ausgerichtet. Thema sind vor allem die methodischen, logistischen und sozialen Herausforderungen, die das schnelle Wachstum einer Organisation aufwirft, die sich mit ganz unterschiedlichen und Veränderungen unterworfenen Formen von Gesundheitswesen beschäftigt. Es wird das erste Cochrane Colloquium sein, das in einem Entwicklungsland stattfindet und bietet damit eine hervorragende Gelegenheit für die

Collaboration, die Relevanz ihrer Aktivitäten im Hinblick auf Länder mit knappen Ressourcen zu evaluieren.

#### **4. Wuppertaler EBM-Grundkurs für Kliniker**

Wuppertal, 6. bis 9. Dezember 2000  
(Einzelne Vorträge und Tutorials in Englisch)

Information:  
Dr. M Wehner / S. Pasche  
Kliniken St. Antonius GmbH  
Zentrum für Innere Medizin  
Carnaper Straße 48  
42258 Wuppertal  
Tel.: +49 (0) 202 299 2503 / 2502

Für das Cochrane Netzwerk Deutschland:

Deutsches Cochrane Zentrum  
Institut für Medizinische Biometrie und  
Medizinische Informatik  
Universität Freiburg  
Stefan-Meier-Str. 26  
D - 79104 Freiburg  
Fax: +49 (0)761 203 6712  
email: [mail@cochrane.de](mailto:mail@cochrane.de)  
<http://www.cochrane.de>