



Aktueller Begriff

Evidenzbasierte Medizin

Ein klinisch tätiger Arzt trifft täglich bis zu 100 Entscheidungen, die für seine Patienten bezüglich Diagnose und Therapie relevant sind. Studien ergaben, dass nur etwa 30 bis 40 Prozent aller medizinischen Maßnahmen auf evidenzbasierten Ergebnissen wissenschaftlicher Studien beruhen.

Der Begriff **Evidenzbasierte Medizin** (EbM) leitet sich aus dem englischen „evidence based medicine“ („evidence“= Beweis, Aussage, Zeugnis) ab und lässt sich auf die 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts zurückführen. Der Ansatz stammt aus dem britischen Gesundheitswesen und soll garantieren, dass nur wissenschaftlich begründete Maßnahmen und keine persönlichen „Selbstüberzeugungen“ zur Grundlage der Behandlung von Patienten werden. Als Vater des heutigen Begriffs der EbM gilt **David Sackett** von der McMaster University, der 1996 folgende Definition prägte: „EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“. Als **beste relevante externe Evidenz** werden die aktuellsten Ergebnisse wissenschaftlicher, medizinisch relevanter Grundlagenforschung bezeichnet. Die **individuelle klinische Expertise** beinhaltet den durch die klinische Praxis erworbenen Erfahrungsschatz des Arztes und das daraus resultierende Können und Urteilsvermögen. Unter EbM versteht man somit die Vorgehensweise des Mediziners, seine Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Methoden zu versorgen. Die EbM besteht aus den drei Säulen der individuellen klinischen Erfahrung des Arztes, der Werte und Wünsche des Patienten und des aktuellen Standes der klinischen Forschung. Sie schafft die Grundlage für eine freie diagnostische und therapeutische Entscheidung, indem Nutzen und Risiken einer Therapie vor dem aktuellen wissenschaftlichen Hintergrund gegeneinander abgewogen werden.

Die Umsetzung der EbM umfasst nach Sackett fünf Schritte, die durch Franz Prozsolt um einen sechsten erweitert wurden. (1) Nach dem Kontakt mit dem Patienten ist der erste Schritt die **Formulierung des klinischen Problems in einer vierteiligen Frage**. Die dazugehörigen Fragestellungen lauten: Was ist das Problem des Patienten? Welcher Zielparameter („Outcome“) soll erreicht werden? Welche Intervention wird erwogen? Welche Alternativinterventionen gibt es? (2) Der durch Prozsolt eingefügte zweite Schritt sucht die **genannten Ausgangsfragen mit interner Evidenz** zu beantworten. Hierbei soll das Problem mit eigenem Wissen aus Studium, Fortbildungen, klinischer Praxis bzw. Erfahrungen und Informationen aus der Arzt-Patientenbeziehung gelöst werden. (3) Das **Suchen nach externer Evidenz** ist der nächste Schritt. Hierzu können Kolle-

Nr. 30/10 (27. April 2010)

Ausarbeitungen und andere Informationsangebote der Wissenschaftlichen Dienste geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Beides bedarf der Zustimmung der Leitung der Abteilung W, Platz der Republik 1, 11011 Berlin.

gen befragt oder in Lehrbüchern, Zeitschriften und Datenbanken nach Informationen gesucht werden. (4) Wichtig ist anschließend in einem vierten Schritt die **kritische Bewertung der gefundenen externen Evidenz**. Hierbei soll die Validität (Zuverlässigkeit und Richtigkeit einer Studie), die klinische Relevanz (hat das Ergebnis einer Studie auch in der Praxis einen nennenswerten Nutzen?), und die Anwendbarkeit auf den entsprechenden Fall geprüft werden. (5) Ein weiterer Schritt beinhaltet die Entscheidung, ob und inwieweit die **Integration von externer und interner Evidenz** erfolgt. Die interne Evidenz kann durch die externe Evidenz entweder bestätigt, geändert oder nicht beeinflusst werden. Die Behandlung des Patienten erfolgt nun anhand des erschlossenen Wissens. (6) In einem letzten Schritt wird das erzielte **Ergebnis aus der Sicht des Patienten bewertet**: Hat das Ergebnis den persönlichen Erwartungen und Werten des Patienten entsprochen? **Aus der Sicht des Arztes** ist zu fragen: Wäre es dem Patienten mit einer anderen Entscheidung besser ergangen? Und **aus der Sicht der Solidargemeinschaft** sollte bedacht werden: Sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet worden?

Folgende Informationsquellen erscheinen besonders erwähnenswert:

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierter Medizin (DNEbM) wurde 2000 gegründet und hat seinen Sitz in Berlin. Es versteht sich nach eigenen Angaben als interdisziplinäres und multiprofessionelles Forum aller an der EbM Interessierten und hat die Verbreitung der Konzepte, Ergebnisse und Methoden der EbM in der Praxis, Lehre und Forschung zum Ziel. Neben der Durchführung von Jahrestagungen, Weiterbildungsangeboten und der Weiterentwicklung der EbM arbeitet der Verein mit anderen wissenschaftlichen, der EbM förderlichen Organisationen zusammen. Das allgemein- und berufspolitisch neutrale Netzwerk hat 770 Mitglieder.

Cochrane Collaboration

Das 1993 gegründete Cochrane Collaboration ist eines der größten internationalen Netzwerke, das als elektronische Bibliothek (Cochrane Library) Studien analysiert und Übersichtsarbeiten nach den Kriterien der EbM erstellt, um den Ärzten einen Überblick über die Vielzahl medizinischer Studien zu ermöglichen. Die deutsche Sektion übersetzt inzwischen viele der Texte. Cochrane Collaboration macht Aussagen über die Wirksamkeit von Therapien. Sie sind keine Handlungsempfehlungen, sondern sollen die Entscheidungsfindung von Arzt und Patient unterstützen.

Kritik

Der Kritik, es handle sich bei der evidenzbasierten Medizin um eine „Zwangsjacke für Ärzte“ und „alten Wein in neuen Schläuchen“, da Ärzte im Zweifelsfall ohnehin auf externe Evidenz zurückgriffen, wird entgegnet, dass es sich nicht um eine „neue“ Art der Medizin, sondern lediglich um die konsequente Anwendung eines methodischen Prinzips handele. Seien die Grundprinzipien der EbM erst einmal verinnerlicht und allgegenwärtig, könne der Begriff auch durchaus wieder an Bedeutung verlieren.

Quellen:

- Sackett, David L. et al., 1996: Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ, deutsche Version verfügbar unter: www.ebm-netzwerk.de, aufgerufen am 15.03.2010
- Von Wichert, Peter 2005: Evidenzbasierte Medizin (EbM) – Begriff entideologisieren, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 22, S. 1569-1570
- Homepage des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierter Medizin: www.ebm-netzwerk.de, aufgerufen am 12.03.2010
- Homepage der Cochrane Collaboration: www.cochrane.org, aufgerufen am 22.03.2010
- Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit: www.bmg.bund.de, aufgerufen am 17.03.2010
- Röckl-Wiedmann, Irmgard et al., 2003: Evidence-based Medicine and Anästhesiologie- Six Steps Toward Implementation into Clinical Practice, in: Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 2003; 38: 456-462, New York
- Homepage: Introduction to Evidence-Based Medicine: <http://www.hsl.unc.edu/Services/Tutorials/ebm/index.htm>, aufgerufen am 17.03.2010
- Heier, Magnus 2009: *Der mündige Patient*, in: Zeit Wissen vom 10.11.2009, Nr. 0, S.48