



J A H R E S B E R I C H T
DEUTSCHES NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V.

2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Vorsitzenden.....	2
Vorstand und Geschäftsstelle.....	4
▪ Geschäftsführender Vorstand	4
▪ Erweiterter Vorstand	5
▪ Vereinssitz & Geschäftsstelle	9
Mitglieder	10
▪ Übersicht der Mitglieder in 2013.....	10
▪ Die Fördermitglieder.....	11
▪ Mitgliederentwicklung des DNEbM von 2000 - 2013	12
▪ Mitgliedschaft in der AWMF	12
Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit	13
▪ Eine gute Entscheidung! Bericht von der 14. Jahrestagung des DNEbM 2013 in Berlin.....	13
▪ David-Sackett-Preis 2013 an PROP-Arbeitsgruppe.....	15
▪ Journalistenpreis 2013 des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin geht an zwei Hörfunkbeiträge.....	16
▪ Günter Ollenschläger ist Ehrenvorsitzender des DNEbM	17
▪ Gesundheitspolitik: Das DNEbM positioniert sich.....	17
▪ Vorstandsarbeit.....	18
▪ Pressearbeit.....	18
▪ Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ).....	18
Ausgewählte Projekte und Vereinsaktivitäten im Jahr 2013.....	19
▪ Bericht der AG „Gemeinsam klug entscheiden - Choosing Wisely Initiative“	19
▪ Bericht der Fachbereiche Edukation und EbM im Studium zur Weiterentwicklung des DNEbM Curriculums Evidenzbasierte Medizin.....	21
▪ Neuigkeiten aus dem Fachbereich Public Health	22
▪ FB Patienteninformation - Gründung „AG Beipackzettel“	23
Finanzen	25
Vision-Mission-Statement	26
Satzung des DNEbM e. V.....	27

Vorwort der Vorsitzenden

Liebe Mitglieder des DNEbM!

„Wer hat an der Uhr gedreht“ grübelte ich, als das Vorwort zu diesem Jahresbericht 2013 auf der To-Do-Liste stand. Die Monate seit dem letzten Jahresbericht – der stets zur DNEbM-Jahrestagung veröffentlicht wird – sind wie im Fluge vergangen. Und es war ein arbeitsames Jahr. Der 2013 neu gewählte Vorstand hat wegweisende Entscheidungen im letzten Jahr umgesetzt, um die Organisation und bestmögliche Finanzierung der Netzwerkarbeit zu garantieren. Eine der wichtigsten Informationen ist sicherlich, dass die DNEbM-Geschäftsstelle im Dezember 2013 aus dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin ausgezogen ist. Seit zehn Jahren war das Netzwerk hier am Wirkungsort unseres früheren Schriftführers, Günter Ollenschläger, angesiedelt. An dieser Stelle möchte ich im Namen aller Vorstandsmitglieder einen herzlichen Dank für die ausgezeichnete Kooperation mit dem ÄZQ-Team aussprechen. Danke für die stets verbindliche und engagierte Ausfüllung der Geschäftsstelle im Hause des ÄZQ. Nunmehr ist die Geschäftsstelle unserem neuen Schriftführer, Markus Follmann, an seinen Arbeitsplatz gefolgt. Der Blick aus den Fenstern in der Kuno-Fischer-Straße 8 ist zwar nicht mehr der auf das quirlige Berliner Panorama aus der Vogelperspektive des 16. Stocks, dafür aber auf einen ruhig daliegenden See in einem Haus mit langer Tradition. In diesen Räumen befand sich von 1950 bis 1953 die Notaufnahmestelle für Flüchtlinge aus der DDR. Eine Gedenktafel erinnert daran.



Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
– Vorsitzende –

Neben Arbeitsschritten zur Konsolidierung der Arbeitsstrukturen des DNEbM haben wir selbstverständlich inhaltliche Akzente gesetzt und uns mit Pressemitteilungen eingemischt, das DNEbM auf zahlreichen Veranstaltungen und in Gremien vertreten, Informationen zur evidenzbasierten Medizin kräftig disseminiert, Arbeitsgruppen-Themen zu wichtigen Themen der Gesundheitsversorgung und Wissenschaft vorangetrieben und unsere neuen Fachbereiche Public Health und Pharmazie inhaltlich ausgebaut. Die neuen Fachbereiche sind kräftig vorgeprescht: haben sich zum Beispiel mit dem Fachbereich Patienteninformation zu einer AG „Beipackzettel“ formiert oder gar das DNEbM als Partner in einem Projektantrag beim BMBF eingebracht.

Unsere 14. Jahrestagung im März 2013 war zweifelsohne eine Bereicherung. Mehr als 350 Teilnehmer folgten der Einladung der Kongresspräsidentin Monika Lelgemann nach Berlin. Das Kongressthema lautete „Entscheiden trotz Unsicherheit“. Die evidenzbasierte Medizin, deren grundlegende Intention es eigentlich ist, Unsicherheit zu reduzieren durch methodisch angemessene klinische Forschung, systematische Sichtung und Synthese externer Evidenz und Verbraucher-orientierte Kommunikation wissenschaftlicher Ergebnisse legt genau durch diese Methoden die Unsicherheit offen und zeigt ständig die Prozesshaftigkeit des Erkenntnisstandes. Die Jahrestagung 2013 war nicht nur hochkarätig, sondern auch überaus facettenreich. Als Hauptreferenten konnten wir Benjamin Djulbegovic von der University of South Florida begrüßen.

Die Entwicklung der DNEbM-Mitglieder zeigt seit einigen Jahren eine Plateauphase. In 2013 zählte das DNEbM 850 Mitglieder. Nach dem sprunghaften Anstieg der Mitglieder in den Anfangsjahren nach Gründung haben wir jetzt den Zustand der relativen Stabilität erreicht. Ich werte dieses als ein gutes Zeichen. Stabilität und Verlässlichkeit sind erstrebenswerte Zustände in der Vereinsarbeit. Und in der Tat ist die evidenzbasierte Medizin über diese letzten Jahre vom Außenseiter zur guten Regel in Deutschland geworden. Trotzdem gilt es in der selbstreflektierten Weise der evidenzbasierten Medizin immer neue Themen anzustoßen und

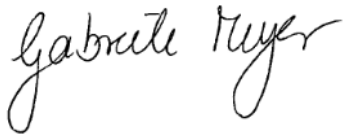
Misstände des Gesundheitssystems aufzudecken. Darum ist unsere Arbeit nach wie vor unentbehrlich. Danke an Sie als Mitglied für Ihre Treue und Ihren Mitgliedsbeitrag, der die DNEbM-Arbeit möglich macht!

Ein herzliches Dankeschön an alle, die im Jahr 2013 aktive DNEbM-Arbeit geleistet haben: Die Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands, die Beisitzer, der erweiterte Vorstand und die Leiterin der Geschäftsstelle, Karsta Sauder.

Wir sehen viele von Ihnen im März 2014 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, meiner seit 2013 beruflichen Heimat. Dem Thema „Prävention zwischen Evidenz und Eminentz“ haben wir uns dieses Mal in Zeiten eines anstehenden Präventionsgesetzes verschrieben.

Ihnen ein gutes „evidenzbasiertes“ Jahr!

Ihre

Handwritten signature of Gabriele Meyer in cursive script.

Vorstand und Geschäftsstelle

Geschäftsführender Vorstand

Nach § 10 Absatz 1 der Satzung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. gehören dem geschäftsführenden Vorstand des Vereins die/der Vorsitzende, ihre/seine beiden Stellvertreter/-innen und das schriftführende Vorstandsmitglied an.

IM BERICHTSZEITRAUM WAREN DIES:

Vorsitzende	<i>Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer</i> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Medizinische Fakultät Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Magdeburger Str. 8 06112 Halle (Saale)
--------------------	--

1. Stellvertretende Vorsitzende	<i>Dr. med. Monika Leigemann, MSc</i> Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) Leiterin Fachbereich Evidenzbasierte Medizin Lützowstr. 53 45141 Essen
--	--

2. Stellvertretender Vorsitzender und Schatzmeister	<i>Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Strech</i> Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover
--	---

Schriftführer	<i>Dr. med. Markus Follmann, MPH, MSc</i> Bereichsleiter Leitlinien und EbM Deutsche Krebsgesellschaft e. V. Kuno-Fischer-Straße 8 14057 Berlin
----------------------	--

Erweiterter Vorstand

Der erweiterte Vorstand wird nach § 11 Absatz 1 der Satzung des DNEbM aus dem Vorstand nach § 10, vier Beisitzern und den Sprechern der Fachbereiche gebildet. Im Berichtsjahr gehörten dem erweiterten Vorstand an:

ALS BEISITZER/-INNEN

1. Beisitzer

Prof. med. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, MHSc

Philipps-Universität Marburg
Abteilung für Allgemeinmedizin
Präventive und Rehabilitative Medizin
Robert-Koch-Str. 5
35033 Marburg

2. Beisitzerin

Dr. med. Michaela Eikermann

Fakultät für Gesundheit
(Department für Humanmedizin)
Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM)
Abteilungsleitung
Universität Witten/Herdecke
Ostmerheimer Straße 200, Haus 38
51109 Köln

3. Beisitzer

Dr. med. Jörg Meerpohl

Stellvertretender Direktor
Deutsches Cochrane Zentrum
Berliner Allee 29
79110 Freiburg

4. Beisitzer

Dr. med. Tobias Bernd Weberschock

Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

ALS FACHBEREICHSPRECHER/-INNEN

Fachbereich EbM im Studium

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

EbM Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt/Main

Dr. phil. Anke Steckelberg

Universität Hamburg
MIN-Fakultät
Gesundheitswissenschaften
Martin-Luther-King-Platz 6
20146 Hamburg

**Fachbereich
EbM in Klinik
und Praxis**

Dr. med. Wolfgang Blank
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ferdinand-Neumaier-Str. 6
94259 Kirchberg im Wald

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Rainer Wiedemann
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Gutenbergstr. 81
70197 Stuttgart

**Fachbereich
Edukation**

Prof. Dr. med. Marcus Siebolds
Katholische Fachhochschule Köln
Wörthstr. 10
50668 Köln

Dr. med. Olaf Weingart
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein
MFB Methodenbewertung
Cäcilienkloster 6
50676 Köln

**Fachbereich
Ethik und EbM**

PD Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones
Klinische Ethik
Universitätsspital Zürich
Dermatologie Derm C 18
Gloriastrasse 31
8091 Zürich

Harald Schmidt, MA, PhD
Center for Health Incentives and Behavioral Economics
Leonard Davis Institute of Health Economics
University of Pennsylvania
1129 Blockley Hall, 423 Guardian Drive, PA 19104-6021

**Fachbereich Evidenz-
basierte Pharmazie**

Dr. rer. nat. Judith Günther
Pharmafacts GmbH
Ludwigstr. 38
79104 Freiburg

Dr. phil. Katja Suter
Spital-Pharmazie
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 26
CH-4031 Basel

**Fachbereich
Health Technology
Assessment (HTA)**

Dr. med. Dagmar Lühmann
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. med. Alric Rütger
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen (IQWiG)
Im Mediapark 8
50670 Köln

**Fachbereich
Leitlinien**

Prof. Dr. med. Ina Kopp
AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement
Philipps-Universität
Karl-von-Frisch-Str. 1
35043 Marburg

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Str. 8
06112 Halle (Saale)

**Fachbereich
Methodik**

PD Dr. med. Stefan Sauerland
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen (IQWiG)
Im Mediapark 8
50670 Köln

Dr. med. Jörg Meerpohl
Deutsches Cochrane Zentrum
Berliner Allee 29
79110 Freiburg

**Fachbereich
Operative Fächer**

Dr. med. Michaela Eikermann
IFOM - Institut für Forschung in der operativen Medizin
Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke gGmbH
Ostmerheimer Str. 200 , Haus 38
51109 Köln

Dr. med. Markus Diener
Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg / Studienzentrum der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg

**Fachbereich
Patienteninformation/
Patientenbeteiligung**

Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
Universität Hamburg
MIN-Fakultät
Gesundheitswissenschaften
Martin-Luther-King-Platz 6
20146 Hamburg

Dr. rer. medic. Klaus Koch
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen (IQWiG)
Im Mediapark 8
50670 Köln

**Fachbereich
Pflege, Therapieberufe
und Hebammenwesen**

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 27
06097 Halle/Saale

PD Dr. rer. medic. Gero Langer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 27
06097 Halle/Saale

**Fachbereich
Public Health**

Dr. Eva Annette Rehfuss, BA MA(Oxon) PhD
Ludwig-Maximilians-Universität München
Medizinische Fakultät
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und
Epidemiologie
Marchioninstr. 15
81377 München

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH
Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Fachbereich 11
Grazer Str. 4
28359 Bremen

**Fachbereich
Zahnmedizin**

Prof. Dr. med. dent. Jens Chr. Türp
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien
Hebelstr. 3
4056 Basel, Schweiz

Prof. Dr. med. dent. Alfons Hugger
Westdeutsche Kieferklinik
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Vereinssitz & Geschäftsstelle

Der Vereinssitz des DNEbM ist Berlin.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.

Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

Telefon: 030 308 336 60

Telefax: 030 308 336 62

E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de

www.ebm-netzwerk.de

www.ebm-kongress.de

Leiterin der Geschäftsstelle:

Karsta Sauder

E-Mail: sauder@ebm-netzwerk.de



Die Geschäftsstelle befindet sich im Gebäude der Krebsgesellschaft am Lietzensee in Berlin Charlottenburg.

Bis Dezember 2013 war die Geschäftsstelle beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin angesiedelt. An dieser Stelle danken wir Frau Martina Westermann und Frau Nathalie Drumm für ihr großes Engagement im DNEbM-Sekretariat sowie Frau Inga König für die hervorragende Betreuung unserer Internetseite.

Mitglieder

Übersicht der Mitglieder in 2013

Mitglieder insgesamt		850
	davon:	
Ordentliche Mitglieder 2013	Vollmitglieder	746
	Studenten	48
Fördermitglieder 2013	Fördernde Institutionen	53
	Korrespondierende Mitglieder	1
Ehrenmitglieder	Professor David Lawrence Sackett, OC, FRSC	2
	Prof. Dr. med. Albrecht Encke	
Eintritte in 2013	Mitglieder	74
	Fördermitglieder	3
Austritte in 2013	Mitglieder	62
	Fördermitglieder	3
Mitglieder der Fachbereiche 2013	EbM im Studium	111
	EbM in Klinik und Praxis	313
	Edukation	133
	Ethik und EbM	102
	Evidenzbasierte Pharmazie	60
	Health Technology Assessment	178
	Leitlinien	320
	Methodik	189
	Operative Fächer	58
	Patienteninformation und Patientenbeteiligung	241
	Public Health	67
	Pflege, Therapieberufe und Hebammenwesen	110
Zahnmedizin	67	
Mitglieder Sektion Österreich 2013	Mitglieder	31
	Fördermitglieder	5

Stand: 31. Dezember 2013

Die Fördermitglieder

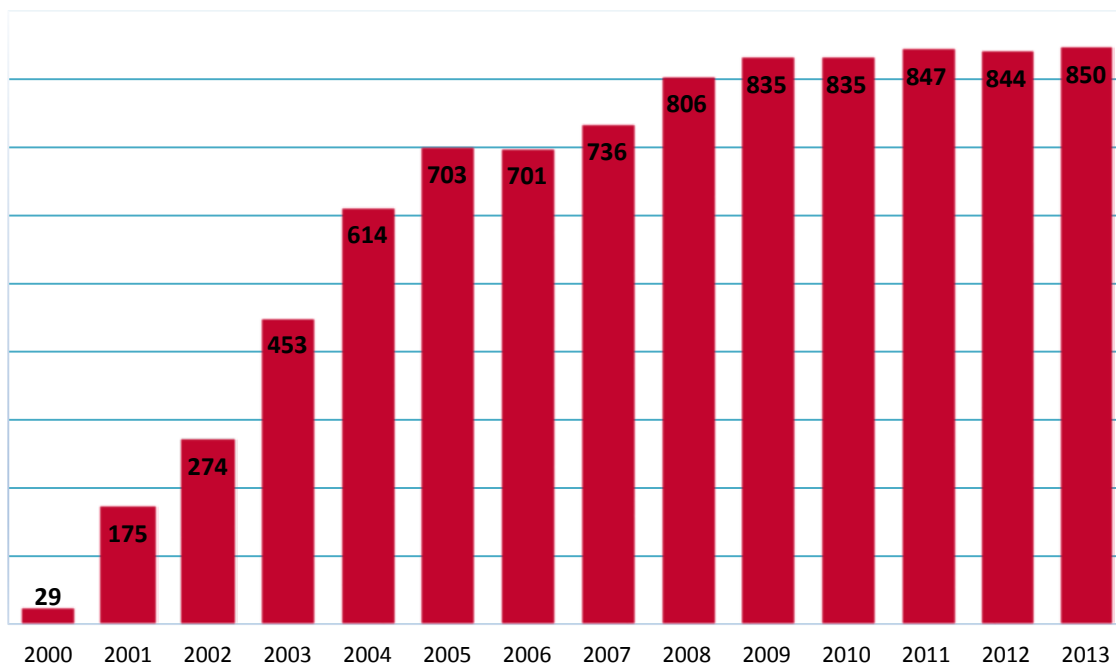
- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen (2011)¹
- Aesculap, Tuttlingen (2007)
- AMINO Arbeitsgesellschaft, Magdeburg (2006)
- AOK-Bundesverband, Berlin (2004)
- AOK Clarimedis, Köln (2009)
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Berlin (2003)
- Ärztekammer Berlin (2001)
- Ärztekammer Wien (2006)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin (2004)
- BARMER GEK, Wuppertal (2009)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Köln (2009)
- BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Düsseldorf (2007)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Berlin (2010)
- Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS), Gehrden (2010)
- Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA), Berlin (2012)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Berlin (2004)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Frankfurt (2008)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin (2007)
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), Münster (2013)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS), Köln (2012)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Hamburg (2009)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaft (DGRW), Hamburg (2007)
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Akademie Praxis und Wissenschaft (DGZMK), Düsseldorf (2003)
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Berlin (2008)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), Karlsbad (2007)
- Deutscher Verband für Physiotherapie – ZVK e.V., Köln (2006)
- Deutsches Cochrane Zentrum (DCZ), Freiburg (2004)
- Deutsches Krebsforschungszentrum – Krebsinformationsdienst (DKFZ), Heidelberg (2009)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück (2005)
- Donau Universität Krems (2010)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin (2002)
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Wien (2010)
- Hausärzterverband Nordrhein, Köln (2003)
- Institut für Pharmakologie, Klinikum Bremen-Mitte (2011)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln (2010)
- Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein (KVSH), Bad Segeberg (2005)
- Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO), Köln (2005), Austritt 31.12.2013
- Koordinierungszentrum für Klinische Studien - KKS Netzwerk, Köln (2006)
- Knappschaft, Bochum (2004)
- Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI), Wien (2001)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Essen (2001)
- Medizinische Universität Graz, Österreich (2011)
- Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, München (2004)
- Sana Kliniken, München (2005)
- Sanofi Aventis Deutschland, Berlin (2004), Austritt 31.12.2013
- Stiftung Männergesundheit, Berlin (2013)
- Techniker Krankenkasse, Hamburg (2007)
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Berlin (2011)
- UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik / Institute of Public Health, Medical Decision Making and HTA in Hall in Tirol, AT (2011)
- Unna-Stiftung, Düsseldorf (2013)
- Universitätsklinikum Leipzig (2006)

¹ Jahreszahlen in Klammern geben den Zeitpunkt des Beginns der Fördermitgliedschaft an.

- Zahnärztliche Zentralstelle Qualität (ZZQ), Berlin (2001)
- Zentrum für Evidenzbasierte Pflege, St. Gallen (2012)

(Stand: 31.12.2013)

Mitgliederentwicklung des DNEbM von 2000 - 2013



Mitgliedschaft in der AWMF

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. ist seit 2004 Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF. In der 1962 gegründeten AWMF sind über 160 wissenschaftlich arbeitende medizinische Fachgesellschaften organisiert.

Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

Eine gute Entscheidung!

Bericht von der 14. Jahrestagung des DNEbM 2013 in Berlin

VON SYLVIA SÄNGER UND IRIS HINNEBURG

Vom 15.-16. März 2013 fand in Berlin die 14. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) statt. Die Kongresspräsidentin, Dr. Monika Leigemann, begrüßte mehr als 350 Teilnehmer, die sich in 5 Plenarveranstaltungen mit 25 Einzelvorträgen, 15 interaktiven Workshops und in mehreren Postersessions mit insgesamt 76 Postern zum Thema „Entscheiden trotz Unsicherheit“ austauschten. Die Mitgliederversammlung des DNEbM wählte einen neuen Vorstand.

„Wir kennen alle die Erwartung, dass mit evidenz-basierter Medizin Entscheidungen ganz einfach getroffen werden können“, sagte Monika Leigemann in ihrer Eröffnungsrede der 14. Jahrestagung des DNEbM. Daten und Fakten aus wissenschaftlichen Untersuchungen können aber auch das Gegenteil bewirken: die Unsicherheit bei Entscheidungen nimmt zu. Entscheidungen müssen aber immer getroffen werden, ob nun trotz oder wegen Unsicherheit. Leigemann erinnerte an die Gründung des Netzwerks am gleichen Tag vor 15 Jahren. „Hier in diesem Lehrgebäude des Virchow Klinikums der Charité haben früher unter Leitung von Regina Kunz (heute als Professorin am Universitätsspital Basel tätig) viele EbM-Kurse stattgefunden.“ Dieser Tradition bleibt auch die Jahrestagung 2013 treu. „Wir haben in diesem Jahr Tutorials und Workshops einen breiten Raum gegeben, um einen besseren Austausch der Netzwerkmitglieder zu ermöglichen“, erklärt Leigemann.

EVIDENZ IST NOTWENDIG, ABER NICHT AUSREICHEND

Für die Entscheidungsfindung reicht Evidenz alleine nicht aus. Im Umkehrschluss kann die Ursache einer suboptimalen Behandlung neben fehlender Evidenz auch eine schlechte Entscheidungsfindung sein. Dieses Fazit zog der Keynote-Speaker Benjamin Djulbegovic von der University of South Florida.



Angeregte Diskussion nach dem Vortrag: Keynote-Speaker Prof. Benjamin Djulbegovic und Dr. Monika Leigemann

Die unterschiedlichen Entscheidungssysteme (intuitiv oder analytisch) beeinflussen auch die Risikobewertung. Daneben bestimmen noch andere Faktoren die Entscheidungsfindung, wie zum Beispiel Framing-Effekte, also die positive oder negative Darstellung der wissenschaftlichen Daten. Djulbegovic weist darauf hin, dass sich eine rationale Entscheidungsfindung nicht unbedingt auf das Ergebnis bezieht, sondern vielmehr auf den Prozess, wie die Entscheidung getroffen wurde.

EBM UND GLAUBENS MEDIZIN

Wenn die Evidenz zeigt, dass etwas nicht wirkt, dann sollte es nicht angewendet werden. Dr. Christian Weymayr geht noch einen Schritt zurück. Der Medizinjournalist postuliert, dass dort, wo Grundlagenexperimente nicht valide und nachvollziehbar sind, klinische Studien unnötig sind. „Klinische Studien haben nicht die Power, Erkenntnisse aus Grundlagenexperimenten zu bestätigen oder zu widerlegen“, erläutert Weymayr. Am Beispiel der Homöopathie stellt er fest:

„EbM macht die Unsicherheit über die Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel nicht deutlich, sondern schafft sie.“ Weymayr führt den Begriff der ‚Scientabilität‘ ein und fordert, dass nur dann Fragestellungen nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin untersucht werden sollten, wenn die klinische Studie mit gesicherten Erkenntnissen aus der Grundlagenforschung übereinstimmt. Im Auditorium wurden die Thesen von Weymayr kontrovers diskutiert.

METHODEN UND INSTRUMENTE SCHÄRFEN

Die Weiterentwicklung der Methodik gehört zu den Schwerpunkten des Netzwerks. Auch hierzu gab es eine Reihe interessanter Vorträge. Dr. Levente Kriston vom UKE Hamburg zum Beispiel widmete sich der Frage, ob ein gepoolter Effekt von Studienergebnissen, wie man ihn aus dem Forest Plot kennt, wirklich bedeutsam für die eigene Entscheidung ist. Oft sei eine Heterogenität der eingeschlossenen Studien zu beobachten, was beim Nutzer eher Unsicherheit erzeugt, als zu mehr Entscheidungssicherheit führt.

Das von seiner Arbeitsgruppe entwickelte Instrument ‚MANITOO (Meta-Analysis Interpretation Tool)‘ ist Grundlage der individuellen Integration wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Expertise bei Unsicherheit in der medizinischen Entscheidungsfindung. Es soll den Nutzer befähigen, verschiedene Aspekte klinischer Heterogenität von Studien hinsichtlich ihrer Relevanz für die konkrete Situation zu beurteilen. „MANITOO dient dazu, die Evidenz aus wissenschaftlichen Studien mit der klinischen Expertise des Lesers zu verbinden. Die Expertise zur Entscheidung jedoch lässt das Instrument dort, wo sie ist: beim Arzt“, fasst Kriston zusammen.

AKTIVE FACHBEREICHE

Die Jahrestagungen werden von den Fachbereichen des DNEbM genutzt um sich über spezifische Fragen auszutauschen.

Zum Personenkreis, der letztlich Ziel aller klinischen Entscheidungen ist, gehören Patient/innen und Verbraucher/innen. Diskutiert wurden vor allem Fragen der Qualität und Evidenzbasierung von Patienteninformationen und Patientenleitlinien. Dr. Sabine Schwarz vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin stellte vor, dass nur an der Hälfte aller Patientenleitlinien auf der Website der AWMF auch Patienten an der Erstellung beteiligt waren. Alarmierend ist auch, dass in 2/3 der Publikationen keine Angaben zu Interessenkonflikten gemacht wurden. Eine österreichische Arbeitsgruppe um Dr. Petra Schnell-Inderst untersuchte, wie es um die Evidenzbasierung von Patienteninformationen zum Einsatz von Biomarkern für die Krebsfrüherkennung bestellt ist. Solche Untersuchungen müssen in der Regel von den Patienten als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) selbst bezahlt werden. Das Ergebnis: In den meisten Patienteninformationen gab es nur wenige Angaben zu Nutzen und Schaden sowie zur Unsicherheit der Evidenz.

Dr. Judith Günther, Sprecherin des Fachbereichs Evidenzbasierte Pharmazie stellte fest, dass die EbM bereits in einige Bereiche der pharmazeutischen Praxis Einzug gehalten hat. Als Beispiele nannte sie die von der ABDA initiierte Studie zur pharmazeutischen Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz (PharmCHF-Studie), Projekte zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und die Umsetzung des Medikationsmanagements. Im Bereich der Krankenhauspharmazie spielt vor allem das Konzept »Apotheker auf Station« eine wichtige Rolle. Aber auch hier beschäftigt die Frage: Wie kommen evidenzbasierte Konzepte an der Basis an? Als mögliche Wege wurden eine verbesserte Ausbildung zum Thema Arzneimittelinformation, eine Verstärkung der entsprechenden Angebote in der Fortbildung und der freie Zugang zu evidenzbasierten Quellen diskutiert.

Die Mitgliederversammlung im Rahmen der Jahrestagung wählte einen neuen Vorstand.

FAZIT UND AUSBLICK

„Viele Teilnehmer haben mir gesagt, dass es eine gute Entscheidung war, die 14. Jahrestagung des DNEbM zu besuchen“, freute sich die diesjährige Kongresspräsidentin Monika Lelgemann nach zwei ereignisreichen und diskussionsfreudigen Tagen.

David-Sackett-Preis 2013 an PROP-Arbeitsgruppe

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) hat den David-Sackett-Preis 2013 am 15. März im Rahmen seiner 14. Jahrestagung in Berlin an die PROP-Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Andreas Sönnichsen verliehen.

Vor kleineren Operationen werden in vielen Krankenhäusern häufig unnötige Untersuchungen durchgeführt, die keinen Nutzen für den Patienten bringen. Das war das Ergebnis der Studie PROP (präoperative Diagnostik) der Paracelsus Universität Salzburg, in die 1.363 Patienten in einem Salzburger Krankenhaus einbezogen wurden. Die Studie zeigte, dass bei zwei Dritteln (66%) eine körperliche Untersuchung und medizinische Befragung vollkommen ausgereicht hätten. Dennoch wurden 3.380 weitergehende Tests durchgeführt wie großes Blutbild, Leberwerte, Gerinnungsparameter, Elektrolyte, EKG oder Thorax Röntgen.

Anschließend hat die zwölköpfige Arbeitsgruppe aus drei Ländern - Österreich, Deutschland und Italien - eine elektronische Entscheidungshilfe namens PROP entwickelt. Der behandelnde Arzt gibt anamnestische Daten und Untersuchungsdaten, Operationsschwere, Alter sowie das Geschlecht des Patienten in den Computer ein und das Programm schlägt die präoperativen Untersuchungen vor. PROP wurde 2009 sowohl für Salzburger Krankenhäuser als auch im niedergelassenen Bereich durch Schulungen von Klinikärzten und Allgemeinmedizinern eingeführt.

Die Jury David-Sackett-Preis hat das Projekt „PROP – Präoperative Diagnostik: der Weg von der Erfassung der gängigen Praxis über eine systematische Übersichtsarbeit zur Entwicklung einer evidenzbasierten elektronischen Entscheidungshilfe, deren Implementierung und Evaluation“ für die Auszeichnung mit dem David-Sackett-Preis 2013 ausgewählt.



v.l.n.r. Prof. Dr. Andreas Sönnichsen, Dr. Tim Johansson, MSC, Dr. Maria Flamm, MPH, Dr. Gerhard Fritsch für die PROP-Arbeitsgruppe mit der Laudatorin Prof. Dr. Gabriele Meyer

Frau Prof. Gabriele Meyer, Jury-Mitglied und neu gewählte Vorsitzende des DNEbM, verwies in ihrer Laudatio auf die unregelmäßige Routine hin, die große Kosten im Gesundheitssystem verursache und vor allem ein hohes Schadenspotential für Patientinnen und Patienten berge. Insbesondere würdigte sie die Praxisrelevanz und die Innovationsstärke des Projekts. Frau Dr. Ulrike Faber, Patientenvertreterin im G-BA ergänzte, dieses Projekt sei ein wichtiger Beitrag zum Patientenwohl und zur Patientenautonomie.

Journalistenpreis 2013 des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin geht an zwei Hörfunkbeiträge

Mit dem Ziel, die Qualität im Medizinjournalismus zu fördern, hat das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) den Journalistenpreis „Evidenzbasierte Medizin in den Medien“ ins Leben gerufen. Dieser Preis, der im Rahmen der 14. Jahrestagung nun bereits zum fünften Mal vergeben wurde, zeichnet journalistische Arbeiten aus, die in deutschsprachigen Medien die Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin umsetzen.

Den Journalistenpreis des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin 2013 teilen sich Dr. Thomas Liesen und Claudia Gürkov.

Dr. Thomas Liesen ist es mit dem Hörfunkbeitrag **„Geheimsache Pillentest – Wie Studienergebnisse verschleiert werden“**, gesendet bei „Wissenschaft im Brennpunkt“ des Deutschlandfunks am 03.06.2013, gelungen, in einer journalistisch ansprechenden und gut hörbaren Form herauszuarbeiten, worauf man bei Studien achten muss, um deren Aussagefähigkeit einzuschätzen. Angereichert mit vielen Beispielen zur Studienlage der medikamentösen Behandlung verschiedener Erkrankungen macht der Autor mit klaren Botschaften deutlich, dass die Aussage „Studien haben gezeigt...“ per se noch keine Bedeutung hat. Laien gehen oft davon aus, dass die Zulassung eines Medikaments gleichzeitig bedeutet, dass der Nutzen hoch und die Gefährdung gering ist. Eindrücklich wird im Beitrag dargestellt, dass diese Schlussfolgerung ein gefährlicher Irrtum sein kann. Der Hörer erfährt, dass es eine selektive Publikation von Studien mit dem gewünschten Ergebnis gibt und negative Daten unter Verschluss gehalten und an entsprechende Organisationen zur Überprüfung des Nutzens von Behandlungen, wie zum Beispiel an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, erst auf Nachdruck herausgegeben werden. Die Jury ist der Ansicht, dass es dem Autor klar, gut recherchiert und mit vielen Beispielen belegt gelungen ist, die Problematik des Publikationsbias für ein Laienpublikum anschaulich zu erklären.

Ebenfalls mit dem ersten Preis ausgezeichnet wurde **Claudia Gürkov** für Ihren Hörfunkbeitrag **„Krebs - Das Geschäft mit der Hoffnung“**, der am 26.03.2012 vom Bayerischen Rundfunk Bayern 2 ausgestrahlt wurde.

Dass evidenzbasierte Medizin zu Patientensicherheit beitragen kann und ärztliche Therapiefreiheit nicht bedeutet, dass alles möglich ist, ist das Credo von Claudia Gürkov. Sie hat sich in ihrem Beitrag „Geschäft mit der Hoffnung“ mit der so genannten Tumorspezifischen Immuntherapie („TSIT“) befasst. In Claudia Gürkovs Beitrag kommen Angehörige von Krebspatienten zu Wort, die für diese Therapie viel Geld bezahlt haben: Sie erzählen, welche Hoffnungen sie in die Behandlungen gesetzt hatten und dann am Ende doch enttäuscht wurden. Die erhoffte Heilung blieb aus – hohe Rechnungen kamen trotzdem.

Claudia Gürkov hat auch mit Fachleuten gesprochen, die deutliche Worte fanden: Belege für einen Nutzen der Therapien gäbe es keine. Der Beitrag ist eine Warnung: Gerade für verzweifelte Patientinnen und Patienten empfiehlt es sich, nach wissenschaftlichen Beweisen für eine Therapie zu suchen und nicht einfach auf mündliche Aussagen zu vertrauen. Frau Gürkov hat in einem schwierigen Gebiet gründlich recherchiert und ein großes Maß an Mut und Beharrlichkeit bewiesen. Dieser prämierte Beitrag ist bereits der zweite Anlauf, den Frau



Die Preisträger Dr. Thomas Liesen und Claudia Gürkov mit der Laudatorin Dr. Sylvia Sänger

Gürkov - immer mit dem Anwalt im Nacken - nahm. Von Anfang an war versucht worden Ihre Berichterstattung zu verhindern, auch mit Klageandrohungen. Aber Frau Gürkov blieb am Ball. Sie stellt klar heraus, wie in den geschilderten Fällen „ärztliche Therapiefreiheit“ entgegen aller Grundsätze der evidenzbasierten Medizin regelrecht missbraucht wird.

Die Jury ist der Auffassung, dass Frau Gürkovs Arbeit hervorragend deutlich macht, wie wichtig evidenzbasierte Medizin für den Schutz und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten ist.

Günter Ollenschläger ist Ehrenvorsitzender des DNEbM

Für seine Verdienste für den Verein und für sein Engagement für die Verbreitung der evidenzbasierten Medizin wurde Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger auf der Mitgliederversammlung 2013 zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Günter Ollenschläger, Gründungsmitglied des EbM-Netzwerks, hat die Entwicklung des Vereins durch seinen persönlichen Einsatz grundsätzlich und maßgeblich mitgestaltet. Von Anfang an war er Mitglied im geschäftsführenden Vorstand, davon allein 10 Jahre als Schriftführer.

Gesundheitspolitik: Das DNEbM positioniert sich

Auch im Jahr 2013 hat sich das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin an der Diskussion zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen beteiligt, hier eine Auswahl:

„UNTAUGLICHE REZEPTE FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG - WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE WERDEN IGNORIERT“ DISKUSSION ZUM ENTWURF DES PRÄVENTIONSSTÄRKUNGSGESETZES

Die Gesundheit zu fördern und Krankheiten vorzubeugen ist ein wichtiges gesellschaftliches Ziel. Die Maßnahmen allerdings, die die Bundesregierung in ihrem kürzlich vorgelegten Entwurf für ein Präventionsgesetz vorschlägt, sind ungeeignet, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Die Vorschläge berücksichtigen zu wenig den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und bleiben hinter dem bereits heute bestehenden Konsens über eine sinnvolle Gesundheitsförderung zurück.

Stellungnahme des DNEbM vom 30.01.2013:

<http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/StellungnahmePraevG-130131.pdf>

Gemeinsame Pressemitteilung DNEbM und DGPH vom 18.02.2013:

<http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/Pressemitteilung-DNEbM-DGPH.pdf>

„MEDIZINPRODUKTE SIND KEINE KÜCHENGERÄTE!“ GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG DES DNEbM UND HTA.DE ZUR REFORM DES EUROPÄISCHEN MEDIZINPRODUKTERECHTS:

Bei der Registrierung von Medizinprodukten steht in Europa der Nutzen für Patienten weiterhin an zweiter Stelle.

Stellungnahme vom 17.07.2013:

<http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/pm-dnebm-hta-medizinprodukte.pdf>

Vorstandsarbeit

Der Vorstand des DNEbM trifft sich in regelmäßigen Abständen bzw. führt Telefonkonferenzen durch. Die Sitzungen werden durch die Geschäftsstelle koordiniert und organisiert. Insgesamt fanden im Berichtsjahr 16 Telefonkonferenzen des geschäftsführenden Vorstands und der Beisitzer statt. Der erweiterte Vorstand kam am 12./13.01.2013 in Berlin und am 14.09.2013 in Wittenberg zu Klausurtagungen zusammen.

Pressearbeit

Das DNEbM ist seit März 2008 Mitglied beim **INFORMATIONSDIENST WISSENSCHAFT** und veröffentlicht ausgewählte Pressemitteilungen auf www.idw-online.de. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 10 Pressemitteilungen über den Informationsdienst verbreitet.

Zusätzlich werden auf der Internetseite des DNEbM laufend aktuelle EbM-relevante Nachrichten veröffentlicht, im Jahr 2013 waren das mehr als 80.

Das DNEbM unterstützt die Verbreitung der Prinzipien und Methoden der evidenzbasierten Medizin. Dies geschieht unter anderem auch durch die Bekanntgabe von EbM-relevanten Veranstaltungen auf der Internetseite. Im Jahr 2013 wurde auf mehr als 60 Veranstaltungen hingewiesen.

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)

Das Publikationsorgan des DNEbM ist die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) im Verlag Elsevier.

Folgende Schwerpunktheft sind im Berichtsjahr erschienen:

1/2013	Evidenzbasierung in Aus-, Fort- und Weiterbildung – Sachstand, Barrieren, Lösungsansätze
2/2013	IQWiG-Herbstsymposium 2012
3/2013	6. Diskussionsforum zur Nutzenbewertung im Gesundheitswesen – Therapeutische Behandlung mit nicht-medikamentösen, nicht-technischen Ansätzen – Evidenz, Evaluation und Nutzenbewertung
4+5/2013	Orofaziale Schmerzen
6/2013	Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg
7/2013	Ressourcen der Versorgung im Focus
8/2013	Externe Qualitätssicherung
9+10/2013	Entscheiden trotz Unsicherheit

Das Heft 9+10/2013 war das Sonderheft zum Thema der Jahrestagung 2013.

Alle Mitglieder des Netzwerks sind – wie immer – herzlich eingeladen Manuskripte zur Publikation einzureichen bzw. Vorschläge zur Gestaltung der Schwerpunktthemen oder selbstverständlich auch zur Auswahl neuer Schwerpunktthemen zu machen sowie generelle Anregungen, Kritik oder Kommentare an die Redaktion zu senden:

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
Redaktion
Dr. Babette Bürger
c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, TiergartenTower,
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

E-Mail: buenger@azq.de

Ausgewählte Projekte und Vereinsaktivitäten im Jahr 2013

Bericht der AG „Gemeinsam klug entscheiden - Choosing Wisely Initiative“

Die AG hat sich während der Klausurtagung des erweiterten Vorstandes im Januar 2013 gegründet. Mitglieder sind (alphabetisch): Dr. Markus Follmann, Prof. Dr. David Klemperer, Dr. Monika Lelgemann, Dr. Monika Nothacker, Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger, Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe und Prof. Dr. Dr. Daniel Strech (federführend).

Die 2011 in den USA gestartete Choosing Wisely Initiative (CWI) hat eine besondere Bedeutung für die Förderung einer offenen Diskussion zwischen der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit zum Thema der Überversorgung gewonnen (<http://choosingwisely.org>). Weitere Länder wie Kanada, Niederlande, Österreich, Schweiz planen ähnliche Initiativen, i.d.R. in direktem Bezug zur CWI. Kern der CWI sind Top-5 Listen für jede klinische Fachdisziplin. Diese Listen enthalten fünf medizinische Maßnahmen, bei der gegenwärtig eine Überversorgung bzw. ein hoher Bedarf an Shared Decision Making festzustellen sind. Diese Listen werden in enger Kooperation mit Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen auf der einen Seite und mit Unterstützung öffentlicher Medien verbreitet. Die CWI wird in den USA von einer unabhängigen Institution (ABIM Foundation) organisiert.

Das primäre Ziel der AG war die ergebnisoffene Diskussion der praktischen und methodischen Möglichkeiten und Herausforderungen einer deutschen CWI Initiative. Im Rahmen eines Workshops im März 2013, diskutierten die AG Mitglieder zusammen mit ungefähr 50 Ärzten, Patientenvertretern, Wissenschaftlern und Leitlinienexperten folgende Fragen:

- 1) Wie ausgeprägt sind der Bedarf und das Interesse im deutschen Gesundheitswesen an der Umsetzung einer (mehr oder weniger modifizierten) deutschen CWI?
- 2) In welchem Verhältnis stünde eine deutsche CWI zum umfassenderen Thema Priorisierung (Prioritätensetzung) in der Medizin?
- 3) Welche Methoden zur Umsetzung einer deutschen CWI wären angemessen aus der Perspektive einer Patienten-orientierten und evidenzbasierten Medizin?

Sowohl die Referate als auch die anschließende ausführliche Diskussion im Plenum demonstrierten ein großes Interesse wie auch das Bewusstsein für die anspruchsvolle Entwicklung einer entsprechenden deutschen Initiative. Für sie wurde zunächst das Motto „Gemeinsam Klug Entscheiden“ ins Auge gefasst. Die Diskussion brachte folgende zentrale Ergebnisse:

- 1) Die in der CWI fehlenden Vorgaben für die Erstellung von Top-5 Listen (wie z.B. Partizipation von Patientenvertretern, Evidenzbasierung, Konsensusverfahren) sollten durch in Deutschland bereits etablierte Methoden zur Leitlinienentwicklung ergänzt werden.
- 2) Top-5 Listen sollten nicht nur für Über-, sondern auch für Unterversorgung erstellt werden.
- 3) Die Erstellung von Top-5 Listen ist unvermeidbar mit Priorisierungs- und damit mit Ziel-, Wert- und Kriterienentscheidungen verknüpft, die parallel öffentlich diskutiert werden sollten.
- 4) Eine deutsche Initiative mit Top-5 Listen darf innerhalb der Öffentlichkeit und der Gesundheitsberufe nicht den Eindruck erwecken, die Herausforderungen von Über- und Unterversorgung und die gegenwärtig breit diskutierten ökonomischen Fehlanreize in der Medizin seien nun mit diesem einen Schlag gelöst. Sie sollte im Gegenteil die Veränderung von Anreizsystemen mit thematisieren.

Nach dem Workshop wurde vom DNEbM eine Schwerpunkt-Webseite zum Thema eingerichtet, die Informationsmaterialien zum Thema bereithält.

In weiteren Diskussionen und Pilottestungen innerhalb der AG sowie im Austausch mit externen Experten wurde das initiale Vorhaben zur Erarbeitung eines Vorschlags für geeignete Methoden einer „Gemeinsam klug entscheiden“ Initiative revidiert. Stand der AG-internen Diskussion ist nach der Klausurtagung im Januar 2014, dass ein weiteres Engagement des DNEbM im Bereich Über- und Unterversorgung besser in der Förderung einer Methoden-übergreifenden Diskussion zum Thema „Vernünftige Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (Arbeitstitel) zu realisieren ist. Die aufwendige Organisation der Entwicklung erster Top 5 Listen müsste primär über finanziell und personell besser aufgestellte medizinische Fachgesellschaften oder andere relevante ärztliche Institutionen laufen. Eine Methodenentwicklung zur Anpassung einer CWI an die deutsche Situation u.a. mit Hinblick auf evidenzbasierte Leitlinien ist wiederum nur in enger Zusammenarbeit mit Pilottestungen zu Top 5 Listen möglich.

Aufgrund der bisherigen Zurückhaltung der institutionell organisierten Ärzteschaft in Deutschland zum Thema CWI sieht das DNEbM gegenwärtig keine Möglichkeit einer zielführenden Weiterentwicklung des CWI Themas. Die verschiedenen Diskussionen seit dem DNEbM Workshop im März 2013 zeigen aber den klaren Bedarf, das Thema „Vernünftige Steuerung der Gesundheitsversorgung“ weiterzuverfolgen. Eine deutsche CWI kann, aber muss nicht ein Bestandteil verschiedener komplementärer Steuerungsansätze sein. Deutschland fehlt eine breite, praxisrelevante Diskussion zu einer Steuerung der Gesundheitsversorgung (auf Mikro- und Makroebene). Diese sollte nicht nur finanzielle und politische, sondern möglichst patientenorientierte Ziele verfolgen und sich dabei in vernünftiger Form an Prinzipien der evidenzbasierten Medizin orientieren.

Prof. Dr. Dr. Daniel Strech
2. Stellvertretender Vorsitzender

Bericht der Fachbereiche Edukation und EbM im Studium zur Weiterentwicklung des DNEbM Curriculums Evidenzbasierte Medizin

BETEILIGTE:

Das Projekt ist eine Initiative der Fachbereiche Edukation und EbM im Studium zum Update des zuletzt 2005 aktualisierten Curriculums Evidenzbasierte Medizin des DNEbM und zur Integration des seit 2003 parallel existenten Curriculums EbM im Studium. Im Rahmen der Revision der DNEbM-Curricula für Ärzte und Studierende wurden weitere Zielgruppen systematisch einbezogen. Die Projektgruppe rekrutierte sich auf den beiden öffentlichen Workshops der letzten Jahrestagungen des EbM-Netzwerks. Sie umfasst relevante Bereiche der Gesundheitsversorgung mit Beteiligten aus den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Humanmedizin, Gesundheits-, Pflege- und Hebammenwissenschaft, Ergo- und Physiotherapie, Pharmazie, Gesundheitsfachberufe und nicht-gesundheitsprofessionelle Vertreter/-innen.

ZIEL:

Grundlage und zentrales Element des überarbeiteten Curriculums soll die systematische Entwicklung eines gemeinsamen Moduls „Evidenzbasierte Entscheidungsfindung“ für alle beteiligten Gruppen der Gesundheitsversorgung sein. Dies bildet die evidenzbasierte Grundlage für die folgende Erarbeitung bedarfsgerechter Bildungsformate für spezifische Zielgruppen.

VORGEHEN:

Nach Konstitution der Gruppe, wurde ein Planungsprotokoll zur Projektsteuerung erstellt. Der Forschungshintergrund wird anhand eines Scoping Reviews aufbereitet. Bei Bedarf würden Detailreviews folgen, um für relevante Fragestellungen eine gute Evidenzbasis bilden zu können.

Wesentlich erscheint die Vorgabe der zu erwerbenden Kompetenzen, während die Vorgaben struktureller und inhaltlicher Mindestanforderungen bezüglich der Qualifikation der Trainer, der Kursinhalte sowie der Qualitätssicherung für EbM Kursangebote nur sekundär festgelegt werden können.

Nach Abschluss der Curriculumrevision ist eine Evaluation aller Kurse anhand des Evaluationskonzeptes intendiert.

ERGEBNISSE:

Die Planungsprotokolle für das Scopingreview und das Curriculum sind erstellt und werden im Rahmen eines Workshops der DNEbM Jahrestagung in Halle am Freitag, dem 14 März 2014 unter dem Motto: „EbM für alle! Das neue DNEbM Curriculum“ von 8.00 bis 9.30 Uhr vorgestellt.

AUSBLICK:

2014 wird das Scopingreview erstellt und der aktuelle wissenschaftliche Stand der nationalen und internationalen EbM Schulungsangebote aufbereitet. Anschließend werden die Kompetenzziele definiert. Auf dem Netzwerktreffen 2015 in Berlin soll ein erster Entwurf des Curriculums „EbM für alle“ vorgestellt und öffentlich diskutiert werden.

Dr. Anke Steckelberg
Sprecherin des Fachbereichs EbM im Studium

Neuigkeiten aus dem Fachbereich Public Health

2013 war ein ereignisreiches, international geprägtes Jahr für den Fachbereich Public Health!

Wie in den meisten Jahren fand ein Workshop zu Evidence-Based Public Health statt, dieser war im Gegensatz zu den vorangegangenen (siehe www.evidencebasedpublichealth.de) allerdings nicht explizit methodisch ausgerichtet. Gemeinsam mit dem Munich Center for International Health organisierte der Fachbereich am 23. März 2013 das eintägige Symposium „Evidence Based Public Health: An International Perspective on Barriers and Opportunities“ (http://www.international-health.uni-muenchen.de/events/previous_events/symp_ph_announcement_2013/index.html).

Vortragende aus der deutschen Public Health-Szene sowie aus Großbritannien (Prof. Mike Kelly, National Institute of Health and Care Excellence), Australien (Dr. Rebecca Armstrong, Cochrane Public Health Group) und Südafrika (Dr. Charles Wiysonge, Universität Kapstadt) lieferten den Auftakt für vielseitige Diskussionen mit mehr als 60 Teilnehmern.

Engagement für internationale Fragestellungen motivierte auch den gemeinsam vom DNEbM (Prof. Gabriele Meyer) und der Ludwig-Maximilians-Universität München (Dr. Eva Rehfuss) gestellten Antrag auf BMBF-Förderung einer Collaboration for Evidence-Based Healthcare and Public Health in Africa (CEBHA+). Dieser Antrag war in der ersten Runde erfolgreich, nun stehen ab März 2014 Gelder für die Ausarbeitung eines Vollertrages bereit. Aufbauend auf einer Umfrage unter den acht afrikanischen Forschungspartnern – Makerere Universität, Uganda, Nationale Universität Ruanda, Stellenbosch Universität und Südafrikanisches Cochrane Zentrum Südafrika, Nationale Universität Burundi, Zimbabwe Universität, Addis Ababa Universität Äthiopien und Universität Malawi – sowie unter Vertretern aus Politik und Praxis und einem CEBHA+-Partner Meeting, das Ende April 2014 in Addis Ababa, Äthiopien stattfand, sollen Forschungsschwerpunkte für das CEBHA+ erarbeitet werden. Ob dieses geplante Netzwerk zur Evidenzbasierung von Public Health Maßnahmen in Afrika allerdings tatsächlich umgesetzt werden kann, hängt vom Erfolg des Vollertrages ab.

Auf Anregung der Cochrane Public Health Gruppe in Melbourne, Australien haben sich aus Kontakten aus dem Fachbereich Public Health heraus vier Organisationen darauf geeinigt, gemeinsam einen Cochrane Public Health Satelliten aufzubauen. Die Universität Bremen (Prof. Ansgar Gerhardus) und das Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (Prof. Hajo Zeeb) in Bremen, die Ludwig-Maximilians-Universität in München (Dr. Eva Rehfuss), die Cochrane Zweigstelle Österreich in Krems (Dr. Gerald Gartlehner) und die Cochrane Zweigstelle Schweiz gemeinsam mit der Swiss School of Public Health in Lausanne (Dr. Erik von Elm) stimmen sich derzeit zu Zielen und Schwerpunktaktivitäten von Public Health Evidence Central Europe ab. Diese sollen im Rahmen eines sogenannten Exploratory Meetings am 13. März 2014 in Halle (Saale) beschlossen werden, so dass der Cochrane Satellit voraussichtlich noch dieses Jahr seine Arbeit aufnehmen kann. In Bremen wird sich insbesondere die in Kürze etablierte Nachwuchsgruppe Evidence-Based Public Health einbringen, auch die Swiss School of Public Health hat bereits eine Kurzzeitstelle im Rahmen des Satelliten geschaffen.

Dr. Eva Rehfuss
Sprecherin des Fachbereichs Public Health

FB Patienteninformation - Gründung „AG Beipackzettel“

Bei der Sitzung des erweiterten Vorstands im September 2013 in Wittenberg wurde von Ingrid Mühlhauser eine ‚Arbeitsgruppe Beipackzettel‘ angeregt. Die 1. Sitzung wurde von Ingrid Mühlhauser im Rahmen der Sitzung des erweiterten Vorstands im Januar 2014 in Berlin einberufen mit dem Ziel eines informellen Gedankenaustauschs und einer Entscheidung ob die AG gegründet und weitergeführt werden soll. Zur 1. Sitzung wurden daher vorerst nur die Mitglieder des erweiterten Vorstands eingeladen. An dieser ersten Sitzung nahmen folgende Personen teil:

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, FB Patienteninformation, Universität Hamburg
 Dr. Markus Follmann, Vorstand DNEbM Netzwerk Berlin
 Dr. Klaus Koch, FB Patienteninformation, IQWiG Köln
 Dr. Anke Steckelberg, FB EbM im Studium, Universität Hamburg
 Dr. Katja Suter, FB Pharmazie, Universität Basel
 Als Gast: Viktoria Mühlbauer, UPD und Pharmazie Universität Dresden

Es ist bekannt, dass Beipackzettel nur unzureichend von Nutzer/-innen verstanden werden. Verbesserungen sind über die Jahre erfolgt in Bezug auf die Lesbarkeit und die Kommunikation von Häufigkeitsangaben in verbaler und numerischer Form. Trotz dieser Anpassungen werden verbale Häufigkeitsangaben zu unerwünschten Nebenwirkungen selbst von Ärzten, Apothekern und Juristen falsch verstanden, wie eine aktuelle Publikation im Dtsch Ärztebl von Andreas Ziegler et al. zeigt (Dtsch Ärztebl Jg. 110, Heft 40, 4. Oktober 2013). Dieser Mangel an risk literacy ist jedoch nicht dem Format der Beipackzettel zuzuschreiben.

Hingegen gibt es ein anderes Problem, das eine neuerliche Beschäftigung mit den Beipackzetteln begründet. Anlass für Ingrid Mühlhauser sich mit dem Thema Beipackzettel zu beschäftigen, waren persönliche Erfahrungen auf Veranstaltungen von Gesundheitsberufen und mit Studierenden aus dem Gesundheitsbereich, die darauf hinweisen, dass die Informationen in Beipackzettel in grundlegender Weise fehlinterpretiert werden.

Es geht hierbei um das Berichten und die daraus resultierende kausale Interpretation von möglichen Nebenwirkungen. Es werden lediglich die Häufigkeitsangaben unter Anwendung des jeweiligen Präparats im Beipackzettel gelistet. Angaben zu Vergleichsgruppen, z.B. unter Placebo, fehlen. Den Leser/-innen bzw. Nutzer/-innen der Beipackzettel ist offenbar nicht bewusst, dass eine Angabe wie ‚häufiges Auftreten von Stimmungsschwankungen/Depression‘ nicht zwangsläufig bedeutet, dass diese Beschwerden kausal auf das Präparat zurückzuführen sind. Nur ein Vergleich mit Nicht-Behandlung / Placebobehandlung (bzw. Standardverfahren) könnte eine Orientierung zu Kausalzusammenhängen erlauben. Solche Vergleiche sind jedoch in der aktuellen Form der Beipackzettel nicht möglich. Auch wird nicht explizit darauf aufmerksam gemacht oder erläutert, dass das Schließen auf einen kausalen Zusammenhang nicht möglich ist.

Aus verschiedenen wissenschaftlichen Studien, insbesondere den Arbeiten der Gruppe um H. Gilbert Welch, Lisa M. Schwarz und Stephen Woloshin von der Dartmouth University, USA, ist bekannt, wie Informationen zu Nutzen und Schaden, z.B. in drug facts sheets, kommuniziert werden sollen, damit Nutzer/-innen die Risikoangaben verstehen können.

Eigentlich liegen ausreichend wissenschaftliche Erkenntnisse vor, um die Forderungen nach verständlicher Darstellung von Risiken umzusetzen. Allerdings ist weder über die FDA noch die EMA oder die BfArM eine entsprechende generelle Berücksichtigung in Beipackzetteln (patient information leaflets) bisher erfolgt. Mögliche Gründe dafür wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert. Zudem scheinen diese Defizite in Deutschland nicht ausreichend wahrgenommen zu werden.

Die Arbeitsgruppe war sich einig, dass das angesprochene Problem von großer Relevanz ist und von einer ‚AG Beipackzettel‘ weiter bearbeitet werden sollte.

Es wurde vorgeschlagen, folgende Arbeitsschritte vorzunehmen:

- 1) Prüfung der rechtlichen Lage zur Abfassung und Anpassung von Beipackzetteln
- 2) Planung eines Projekts unter der wissenschaftlichen Leitung der Arbeitsgruppe von Ingrid Mühlhauser, das schrittweise unterschiedliche Fragestellungen bearbeiten soll.

Schritt 1 könnte ein Survey zur Erhebung der Verständlichkeit der relevanten Teile des Beipackzettels in der deutschen Bevölkerung bzw. in spezifischen Zielgruppen sein. Im Anschluss daran (Schritt 2) könnte die Entwicklung und Evaluation eines best practice Prototypen zur Kommunikation von unerwünschten Nebenwirkungen in Beipackzetteln stehen. Schließlich könnte die Umsetzung über EMA/BfArM erfolgen (Schritt 3). Das Projekt kann in einem gerade beginnenden Promotionsvorhabens an der Universität Hamburg (AG Mühlhauser) bearbeitet werden.

In der Tagung des erweiterten Vorstands im Januar 2014 in Berlin wurden die Ergebnisse der AG Beipackzettel vorgetragen und einstimmig beschlossen, dass diese fortgeführt werden soll und das angedachte Projekt die Befürwortung und volle Unterstützung des DNEbM erhält.

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser & Dr. Klaus Koch
Sprecherin und Sprecher des Fachbereichs Patienteninformation

Einen Einblick in die Arbeit der DNEbM-Fachbereiche sowie Informationen über aktuelle Themen und Projekte erhält man im Internet unter <http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche>.

Finanzen

Das DNEbM ist ein gemeinnütziger Verein und finanziert sich aus Mitgliedsbeiträgen. Nach § 10 (3) der Satzung schlägt der geschäftsführende Vorstand der Mitgliederversammlung die Höhe des Mitgliedsbeitrages für ordentliche Mitglieder, die natürliche Personen sind, vor. Die Mitgliedsbeiträge sind auf dem Beitrittformular des DNEbM aufgeführt. Die Einnahmen von Spenden bzw. Sponsoring dient der Finanzierung der Jahrestagung des DNEbM.

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Die Mitgliedsbeiträge werden zu Beginn des Geschäftsjahres fällig. Innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Geschäftsjahres hat die bzw. der Vorsitzende des Vereins gemeinsam mit dem schriftführenden Vorstandsmitglied aufgrund ordnungsgemäßer Aufzeichnungen eine Jahresabrechnung über die Einnahmen und Ausgaben sowie über den Stand des Vermögens und der Schulden aufzustellen. Nach Prüfung durch die Rechnungsprüfer ist die Jahresabrechnung der Mitgliederversammlung vorzulegen. (§ 14 der Satzung).

Rechnungsprüfer für die Wahlperiode 2013 bis 2015 sind:

- Anna Laven, Düsseldorf
- Prof. Dr. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz, Frankfurt

Seit 2012 wird der Jahresabschluss durch eine Steuerkanzlei erstellt. Der Jahresabschluss steht den Mitgliedern im Intranet des EbM-Netzwerks zur Verfügung.

Vision-Mission-Statement

Verabschiedet vom Vorstand des DNEbM am 27.01.2012

VISION

Alle Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger erhalten eine gesundheitliche Versorgung, die auf bester Evidenz und informierten Entscheidungen beruht.

LEITBILD

Unser Leitbild ist geprägt durch kritisch-wissenschaftliches Denken, Orientierung am Patientennutzen, Freude an der Berufsausübung und kontinuierliche professionelle Entwicklung. Die Evidenzbasierte Medizin stellt einen gemeinsamen Verständigungs- und Beurteilungsrahmen dar, der formell (Aus-, Weiter-, Fortbildung) und informell (Vorbild) vermittelt wird.

Wir bieten Raum für offene Diskussionen zu allen Fragen im Zusammenhang mit einer evidenzbasierten gesundheitlichen Versorgung. Personen aus verschiedenen Fächern, Professionen, Sektoren und Organisationen sind eingeladen, sich zu beteiligen. Die Orientierung an Evidenz hilft, den Einfluss von Partikularinteressen zu mindern.

Wir setzen uns ein für die informierte und partizipative Entscheidungsfindung, damit sich Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer Präferenzen für oder gegen präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen entscheiden können. Wir setzen uns für die Entwicklung und Verbreitung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen sowie für die Verbreitung kritischer Gesundheitsbildung für Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten ein, um deren Teilnahme an Entscheidungen zu stärken. Wir setzen uns für die Stärkung der Informations- und Kommunikationskompetenz von Angehörigen aller Gesundheitsberufe ein.

Wir entwickeln Lernhilfen, Umsetzungsmodelle und Evaluationsinstrumente für die Verbreitung der Evidenzbasierten Medizin. Wir entwickeln Methoden weiter, mit denen Evidenz erzeugt, systematisch aufbereitet und kritisch gewürdigt, verbreitet und umgesetzt wird. Der Öffentlichkeit, den Medien und der Politik stehen wir als Expertinnen bzw. als Experten für Fragen der evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Unsere öffentlichen Stellungnahmen zu aktuellen Themen orientieren sich an Evidenz bezüglich des Nutzens für Patientinnen und Patienten bzw. Bürgerinnen und Bürger.

Satzung des DNEbM e. V.

PRÄAMBEL

Evidenzbasierte Medizin (EbM) fördert den bewussten, ausdrücklichen und abwägenden Gebrauch der jeweils besten empirischen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung einzelner Kranker, von Gruppen von Kranken und ganzen Bevölkerungen. Die klinische Praxis der EbM beinhaltet die Integration von klinischer Expertise, Patientenpräferenzen und externer Evidenz aus systematischer patientenorientierter Forschung. Evidenzbasierte gesundheitliche Versorgung beinhaltet die zusätzliche Berücksichtigung epidemiologischer, ökonomischer und sozialer Gesichtspunkte.

Das "Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin" wurde gegründet, um Konzepte und Methoden der EbM, welche bisher vorrangig im englischen Sprachraum entwickelt wurden, in Deutschland und im deutschsprachigen Raum in Praxis, Lehre und Forschung zu verbreiten und weiter zu entwickeln.

Das Netzwerk hat das Ziel, dauerhaft alle wissenschaftlichen und klinischen Aktivitäten, Gruppen und Personen zusammenzufassen, die sich in Deutschland und im gesamten deutschen Sprachraum aus unterschiedlichen Perspektiven mit "Evidenzbasierter klinischer Medizin" und/oder "Evidenzbasierter Gesundheitsversorgung" beschäftigen. Es arbeitet multi- und interdisziplinär unter anderem mit folgenden Disziplinen und Bereichen zusammen: Klinische (Primär-) Versorgung, Zahnmedizin, CochraneCollaboration, Gesundheitsökonomie, Hochschullehre, Ärztliche Qualitätssicherung, Verfahrensbewertung in der Medizin (Health Technology Assessment), Kostenträger, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände, Ärztliche Selbstverwaltung, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften sowie Klinische Epidemiologie und Sozialmedizin.

Nach zweijähriger Aufbauarbeit wird das bisher informelle Netzwerk jetzt in das "Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V." überführt.

Der Verein gibt sich die folgende Satzung:

§ 1 NAME, SITZ UND RECHTSFORM

- (1) Der Verein führt den Namen "Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)". Im internationalen Schriftverkehr wird der Name des Vereins zusätzlich mit "German Network for Evidence-Based Medicine" übersetzt.
- (2) Der Sitz des Vereins ist Berlin. Der Verein soll in das Vereinsregister eingetragen werden und führt dann den Zusatz e.V.

§ 2 ZWECK UND AUFGABEN DES VEREINS

- (1) Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin fördert die Wissenschaft durch Entwicklung und Anwendung der Konzepte und Methoden der EbM in Lehre, Forschung und Praxis. Der Verein erfüllt seine Zwecke ausschließlich und unmittelbar. Der Verein ist zu unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnis und Stellungnahme, zu staats- und gruppenpolitischer Neutralität verpflichtet.
- (2) Zur Erfüllung des in Absatz 1 genannten Zwecks widmet sich der Verein insbesondere den folgenden Aufgaben:
 - a. Weiterentwicklung von Theorie, Konzepten, Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin im deutschsprachigen Raum, insbesondere durch immaterielle Unterstützung und Durchführung von Forschungsprojekten und Studien.
 - b. Durchführung von Jahrestagungen und weiteren wissenschaftlichen Veranstaltungen für die Fachöffentlichkeit und die Allgemeinheit.
 - c. Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung qualifizierten Nachwuchses in Theorie, Methoden und Praxis der EbM, insbesondere durch Entwicklung und Durchführung von Lehrprogrammen.

- d. Verbreitung von EbM-relevanten Forschungsergebnissen im In- und Ausland über wissenschaftliche Zeitschriften und auf elektronischem Wege, ohne eine Verlagstätigkeit zu entfalten.
- e. Wissenschaftliche Zusammenarbeit mit anderen der EbM förderlichen Gruppen, Organisationen und Institutionen im In- und Ausland.

§ 3 GEMEINNÜTZIGKEIT NACH § 51 BIS § 68 ABGABENORDNUNG (AO)

- (1) Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar die in § 2 genannten gemeinnützigen Zwecke im Sinne des Abschnitts "steuerbegünstigte Zwecke" der Abgabenordnung. Der Verein ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.
- (2) Die Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln des Vereins.
- (3) Der Verein darf keine Personen durch Ausgaben, die dem Zweck der Körperschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen, begünstigen.
- (4) Ausscheidende Mitglieder haben keinen Anspruch auf Zahlung des Wertes eines Anteils am Vereinsvermögen.
- (5) Der Verein ist zu jeder Art der Verwaltung des eigenen Vermögens berechtigt, soweit nicht steuerliche Vorschriften entgegenstehen.

§ 4 VERHÄLTNIS ZU ANDEREN ORGANISATIONEN

- (1) Der Verein kann Mitglied anderer juristischer Personen werden. Die Entscheidung darüber fällt die Mitgliederversammlung auf Vorschlag des geschäftsführenden Vorstandes.
- (2) Der Verein kann andere juristische Personen als Mitglieder aufnehmen. Die Entscheidung darüber fällt der geschäftsführende Vorstand.

§ 5 MITGLIEDSCHAFT

- (1) Der Verein besteht aus ordentlichen Mitgliedern, fördernden Mitgliedern und Ehrenmitgliedern.
- (2) Ordentliche Mitglieder des Vereins können alle natürlichen Personen werden, die bereit und in der Lage sind, aktiv an der Verwirklichung der Ziele des Vereins mitzuwirken. Voraussetzung für die Aufnahme ist ein abgeschlossenes Studium an einer wissenschaftlichen Hochschule oder einer Fachhochschule. Von dieser Voraussetzung kann abgesehen werden, sofern ein diesen Abschlüssen entsprechendes Berufsbild, eine entsprechende berufliche Position oder Tätigkeit in einem Bereich des Gesundheitswesens vorliegt. Darüber entscheidet der geschäftsführende Vorstand.
Ordentliche Mitglieder zahlen einen Mitgliedsbeitrag, dessen Höhe die Mitgliederversammlung festlegt. Auch juristische Personen können eine ordentliche Mitgliedschaft erwerben. Sie zahlen bis zum zehnfachen des jeweils gültigen Mitgliedsbeitrags. Darüber entscheidet der geschäftsführende Vorstand.
- (3) Fördernde Mitglieder sind juristische oder natürliche Personen, die den Zweck des Vereins mittragen und auch durch einen besonderen Mitgliedsbeitrag unterstützen wollen. Die Höhe des jeweiligen Mitgliedsbeitrages bestimmt der geschäftsführende Vorstand im Einvernehmen mit dem fördernden Mitglied.
- (4) Ehrenmitglieder sind Mitglieder oder Personen, die sich um den Verein besonders verdient gemacht haben. Die Ehrenmitgliedschaft schließt alle Rechte und Pflichten einer ordentlichen Mitgliedschaft ein und befreit von der Verpflichtung der Beitragszahlung. Ehrenmitglieder werden auf Vorschlag von mindestens sieben ordentlichen Mitgliedern im Einvernehmen mit dem erweiterten Vorstand von der Mitgliederversammlung gewählt. Die Wahl bedarf einer Zweidrittelmehrheit der Anwesenden.
- (5) Das Aufnahmegesuch für die ordentliche oder fördernde Mitgliedschaft ist an den geschäftsführenden Vorstand zu richten, der mit einfacher Mehrheit über den Antrag entscheidet. Gegen die Ablehnung der Aufnahme einer natürlichen Person als ordentliches Mitglied ist die Anrufung der Mitgliederversammlung zulässig. Diese kann die Aufnahme mit Zweidrittelmehrheit (der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder) beschließen.

§ 6 RECHTE UND PFLICHTEN DER MITGLIEDER

- (1) Die Rechte und Pflichten der Mitglieder bestimmen sich nach den Vorschriften des BGB. Juristische Personen haben eine natürliche Person zu benennen, die deren Rechte und Pflichten innerhalb des Vereins wahrnimmt.
- (2) Aktives und passives Wahlrecht haben die in § 5 Abs. 2 und 4 genannten Mitglieder, sofern die Satzung nichts anderes bestimmt.
- (3) Jedes Mitglied kann sich einem oder mehreren Fachbereichen und Arbeitsgruppen zuordnen und hat das Recht, an allen Aktivitäten der Fachbereiche und Arbeitsgruppen teilzunehmen. Für juristische Personen gilt die Vertretungsregelung nach Absatz 1.
- (4) Der geschäftsführende Vorstand kann auf Antrag eines Mitgliedes dessen Mitgliedschaft für einen mit dem geschäftsführenden Vorstand vereinbarten Zeitraum ruhen lassen. Danach tritt die normale Mitgliedschaft ohne besonderen Antrag wieder in Kraft. Das Ruhen der Mitgliedschaft befreit von der Beitragszahlung. Mitglieder mit ruhender Mitgliedschaft sind weder aktiv noch passiv wahlberechtigt.

§ 7 BEENDIGUNG DER MITGLIEDSCHAFT

Die Mitgliedschaft im Verein erlischt

- durch den Tod des Mitglieds oder durch Auflösen der juristischen Person
- durch schriftliche Austrittserklärung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres
- durch Ausschluss, den der geschäftsführende Vorstand aus wichtigem Grund vornehmen kann. Das ausgeschlossene Mitglied ist berechtigt, innerhalb eines Monats nach Zustellung des Ausschlussbescheides schriftlich Beschwerde beim Vorsitzenden des Vereins einzulegen, über die in der nächsten Mitgliederversammlung mit einfacher Mehrheit endgültig entschieden wird. Die Beschwerde hat hinsichtlich des Ausschlusses aufschiebende Wirkung.

§ 8 ORGANE, FACHBEREICHE UND ARBEITSGRUPPEN DES VEREINS

- (1) Organe des Vereins sind
 - die Mitgliederversammlung
 - der erweiterte Vorstand
 - der geschäftsführende Vorstand.
- (2) Zur Erfüllung seiner Aufgaben und zur Koordination seiner Aktivitäten kann sich der Verein in Fachbereiche und Arbeitsgruppen gliedern.
- (3) Soweit die Satzung nichts anderes vorschreibt, beschließen die Organe, Fachbereiche und Arbeitsgruppen des Vereins mit einfacher Mehrheit der Anwesenden. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt, kommt keine Mehrheit zustande, gilt der Antrag als abgelehnt.
- (4) Über jede Sitzung der Organe ist eine Ergebnisniederschrift zu fertigen.

§ 9 MITGLIEDERVERSAMMLUNG

- (1) Die Mitgliederversammlung ist einmal im Jahr durch schriftliche Einladung der Vorsitzenden bzw. des Vorsitzenden mit vierwöchiger Frist (beginnend am Tag nach der Postaufgabe) unter Angabe der Tagesordnung einzuberufen. Die Einladung ist an die letzte bekannte Anschrift der Vereinsmitglieder zu richten. Auf schriftlichen Antrag von mindestens einem Zehntel der Vereinsmitglieder hat der geschäftsführende Vorstand eine außerordentliche Mitgliederversammlung einzuberufen.
- (2) Die Mitgliederversammlung wird von der Vorsitzenden bzw. vom Vorsitzenden geleitet, die Protokollführung ist Aufgabe des schriftführenden Vorstandsmitgliedes. Auf jeder Mitgliederversammlung erstattet die bzw. der Vorsitzende einen Tätigkeitsbericht. Über den Verlauf der Sitzung und über die gefassten Beschlüsse ist ein Protokoll anzufertigen, das von der Versammlungsleiterin bzw. vom Versammlungsleiter und von der Protokollführerin bzw. vom Protokollführer zu unterzeichnen ist. Ein zusammenfassender Bericht über die Beschlüsse der Mitgliederversammlung wird allen Mitgliedern in angemessener Frist zugeleitet.

- (3) In die Zuständigkeit der Mitgliederversammlung fallen alle Angelegenheiten des Vereins, soweit sie nicht vom geschäftsführenden oder erweiterten Vorstand zu besorgen sind. Die Mitgliederversammlung ist insbesondere zuständig für
- die Änderung der Satzung
 - das Vorschlagsrecht für die Einrichtung und Auflösung von Fachbereichen und Arbeitsgruppen (§ 8)
 - die Durchführung von Wahlen zum erweiterten und geschäftsführenden Vorstand
 - die Wahl von Ehrenmitgliedern (§ 5)
 - den Beitritt zu anderen juristischen Personen
 - die Entgegennahme des Jahresberichtes der bzw. des Vorsitzenden (§ 5 Abs. 2)
 - die Entlastung des Vorstandes
 - die Festsetzung der Beitragshöhe für die ordentliche Mitgliedschaft natürlicher Personen
 - die Bestellung von Rechnungsprüferinnen bzw. -prüfern
 - die endgültige Entscheidung über die Aufnahme einer natürlichen Person als ordentliches Mitglied (§ 5 Abs. 5) und über den Ausschluss eines Mitglieds aus wichtigem Grund, sofern dieses nach § 7 Beschwerde gegen einen Ausschlussbescheid des geschäftsführenden Vorstandes einlegt und
 - die Auflösung des Vereins.
- (4) Satzungsänderungen oder die Auflösung des Vereins dürfen nur beschlossen werden, wenn die Einladung zur Mitgliederversammlung diesen Tagesordnungspunkt unter Angabe des zu ändernden Satzungsteils oder der ausführlichen Begründung für den Vorschlag zur Vereinsauflösung enthalten hat. Satzungsänderungen bedürfen der Zweidrittelmehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.
- (5) Die Auflösung des Vereins kann nur von einer zu diesem Zweck einberufenen Mitgliederversammlung beschlossen werden. Zum Beschluss der Auflösung ist die Zustimmung von zwei Dritteln aller stimmberechtigten Mitglieder erforderlich. Der Beschluss über die Auflösung des Vereins ist dem zuständigen Finanzamt anzuzeigen.

§ 10 DER GESCHÄFTSFÜHRENDE VORSTAND

- (1) Der geschäftsführende Vorstand des Vereins besteht aus der bzw. dem Vorsitzenden, seinen beiden Stellvertreterinnen bzw. -vertretern und dem schriftführenden Vorstandsmitglied. Um die Kontinuität der Geschäftsführung zu wahren, sollen grundsätzlich die bzw. der vorhergehende Vorsitzende und eine für die Nachfolge des Vorsitzenden vorgesehene Person aus der Mitte der Mitgliederversammlung zur Wahl als Stellvertreterin bzw. Stellvertreter vorgeschlagen werden. Die bzw. der Vorsitzende, die stellvertretenden Vorsitzenden und das schriftführende Vorstandsmitglied bilden den Vorstand im Sinne des § 26 BGB. Je zwei von ihnen können den Verein gemeinschaftlich vertreten.
- (2) Die Amtsperiode des geschäftsführenden Vorstandes erstreckt sich auf zwei Jahre. Eine direkte Wiederwahl der bzw. des Vorsitzenden ist ausgeschlossen. Scheidet ein Vorstandsmitglied vorzeitig aus, wird von der Mitgliederversammlung nachgewählt. Die Nachwahl gilt nur für die jeweils verbleibende Amtszeit.
- (3) Der geschäftsführende Vorstand führt die laufenden Geschäfte des Vereins und vertritt ihn nach außen. Er bereitet die Sitzungen der Organe vor. Er entscheidet in allen Angelegenheiten des Vereins, soweit sie nicht von der Mitgliederversammlung, dem erweiterten Vorstand oder den Fachbereichen wahrgenommen werden. Der geschäftsführende Vorstand beschließt insbesondere über
- die Aufnahme ordentlicher Mitglieder nach Maßgabe von § 5 Abs. 5
 - die Aufnahme und den Mitgliedsbeitrag fördernder Mitglieder (§ 5 Abs. 3, 5)
 - den Ausschluss von Mitgliedern
 - die Gründung und Auflösung von Fachbereichen
 - die Bildung von Kommissionen für besondere Aufgaben
 - Stellungnahmen oder Memoranden der Gesellschaft.
- (4) Der geschäftsführende Vorstand schlägt der Mitgliederversammlung die Höhe des Mitgliedsbeitrages für ordentliche Mitglieder, die natürliche Personen sind, vor.

§ 11 DER ERWEITERTE VORSTAND

Der erweiterte Vorstand wird aus dem Vorstand nach § 10, vier Beisitzerinnen bzw. Beisitzern und den Sprecherinnen bzw. Sprechern der Fachbereiche gebildet.

- (1) § 10 (2) gilt entsprechend.
- (2) Der geschäftsführende Vorstand beruft einmal im Jahr den erweiterten Vorstand mit vierwöchiger Frist unter Angabe der Tagesordnung ein. Über die Sitzung des erweiterten Vorstandes ist eine Ergebnisniederschrift zu führen. In die Zuständigkeit des erweiterten Vorstandes fallen insbesondere
 - die Schwerpunktsetzung bei Kommunikations- und Publikationsprojekten des Vereins
 - die Entgegennahme der Tätigkeitsberichte der Fachbereiche und Arbeitsgruppen
 - das Vorschlagsrecht für die Einrichtung und Auflösung von Fachbereichen
 - die Einrichtung und Auflösung von Arbeitsgruppen
 - die Mitwirkung bei der Ernennung von Ehrenmitgliedern der Gesellschaft (§ 5 Abs. 4)
 - die Entscheidung über die Vergabe von Auszeichnungen des Vereins
 - die Mitwirkung bei der Gestaltung von Tagungen des Vereins.

§ 12 FACHBEREICHE

- (1) Der Verein kann sich in Fachbereiche gliedern. Die Fachbereiche organisieren ihre Aktivitäten selbständig, soweit die Satzung nichts anderes bestimmt.
- (2) Ein Fachbereich wird vom geschäftsführenden Vorstand – auf Vorschlag des erweiterten Vorstandes oder der Mitgliederversammlung – gegründet. Der geschäftsführende Vorstand setzt eine vorläufige Sprecherin bzw. einen vorläufigen Sprecher des Fachbereichs ein. Sofern sich innerhalb eines Jahres nach Gründung wenigstens 15 Mitglieder dem Fachbereich zuordnen, wird der Fachbereich tatsächlich eingerichtet, ansonsten hebt der geschäftsführende Vorstand die Gründung auf.
- (3) Die Mitglieder eines jeden Fachbereichs wählen auf zwei Jahre mit einfacher Mehrheit eine Sprecherin bzw. einen Sprecher. Wiederwahl ist zulässig. Die Sprecherin bzw. der Sprecher vertritt die Belange seines Fachbereichs gegenüber den Vereinsorganen und anderen Fachbereichen. Eine rechtsgeschäftliche Vertretung gegenüber Dritten steht ihr bzw. ihm nicht zu.
- (4) Die Aufgaben der Fachbereiche liegen in der inhaltlichen und strukturellen Förderung von EbM-bezogener Forschung, Lehre und Praxis des jeweiligen Fachgebietes, insbesondere durch Publikationen, Beteiligung an den Jahrestagungen oder Organisation von fachspezifischen Sitzungen. Jeder Fachbereich gibt dem erweiterten Vorstand einmal pro Jahr einen schriftlichen Bericht über seine Tätigkeit. Für diesen Bericht ist der Sprecher des Fachbereichs verantwortlich.

§ 13 ARBEITSGRUPPEN

- (1) Der Verein kann Arbeitsgruppen bilden, an deren Arbeit alle fachlich qualifizierten Mitglieder und Gäste teilnehmen können. Die Einrichtung einer Arbeitsgruppe wird auf Vorschlag eines Fachbereichs vom erweiterten Vorstand vollzogen. Er setzt eine vorläufige Leiterin bzw. einen vorläufigen Leiter der Arbeitsgruppe ein.
- (2) Jede Arbeitsgruppe wird innerhalb des Vereins durch einen Leiterin bzw. einen Leiter vertreten. Die Leiterin bzw. der Leiter der Arbeitsgruppe wird von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe auf zwei Jahre mit einfacher Mehrheit gewählt. Wiederwahl ist zulässig.
- (3) Die Arbeitsgruppenleiter sind für die Organisation der Arbeitsgruppe zuständig.
- (4) Jede Arbeitsgruppe gibt dem erweiterten Vorstand einmal pro Jahr einen Tätigkeitsbericht.
- (5) Eine Arbeitsgruppe kann auf eigenen Antrag oder auf Vorschlag eines Fachbereichs vom erweiterten Vorstand aufgelöst werden. Sie ist aufzulösen, wenn in zwei aufeinander folgenden Sitzungen des erweiterten Vorstandes kein Tätigkeitsbericht vorliegt.

§ 14 GESCHÄFTSJAHR, KASSENORDNUNG

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Die Mitgliedsbeiträge werden zu Beginn des Geschäftsjahres fällig. Innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Geschäftsjahres hat die bzw. der Vorsitzende des Vereins gemeinsam mit dem schriftführenden Vorstandsmitglied aufgrund

ordnungsgemäßer Aufzeichnungen eine Jahresabrechnung über die Einnahmen und Ausgaben sowie über den Stand des Vermögens und der Schulden aufzustellen. Nach Prüfung durch die Rechnungsprüfer ist die Jahresabrechnung der Mitgliederversammlung vorzulegen.

§ 15 WAHLEN ZUM VORSTAND

- (1) Die Wahlen für die Mitglieder des Vorstandes finden für die bzw. den Vorsitzenden, die stellvertretenden Vorsitzenden und das schriftführende Vorstandsmitglied während der Mitgliederversammlung statt. Jedes Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes ist einzeln zu wählen. Bei Stimmgleichheit erfolgt ein zweiter Wahlgang. Die Wahl der Beisitzer findet gemeinsam während der Mitgliederversammlung statt. Gewählt sind die Kandidaten mit den meisten Stimmen.
- (2) Der Vorstand wird insgesamt auf die Dauer von zwei Jahren mit einfacher Mehrheit der anwesenden Mitglieder gewählt.
- (3) Die Mitgliederversammlung wählt für die Wahlen zum Vorstand eine Wahlleiterin bzw. einen Wahlleiter.

§ 16 RECHNUNGSPRÜFER

Von der Mitgliederversammlung werden zwei Rechnungsprüferinnen bzw. -prüfer für den Verein für die Dauer von zwei Jahren gewählt. Wiederwahl ist möglich.

§ 17 PUBLIKATIONSORGANE DES VEREINS

- (1) Der Verein unterhält in einer deutschsprachigen Zeitschrift mit formalisiertem Begutachtungssystem ein schriftliches Publikationsforum.
- (2) Der Verein betreibt Aufbau, Betrieb, Pflege und Weiterentwicklung einer EDV-gestützten Informations- und Kommunikationsplattform im Internet. Diese Aufgabe kann einer besonderen Einrichtung übertragen werden.

§ 18 AUFLÖSUNG DES VEREINS

Bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke fällt sein Vermögen an die Deutsche Krebshilfe e.V., die es unmittelbar und ausschließlich für steuerbegünstigte Zwecke zu verwenden hat.

§ 19 INKRAFTTRETEN

Diese Satzung wurde auf der Gründungsversammlung des Vereins am 02.04.2001 in Berlin verabschiedet. Sie tritt nach Eintragung in das Vereinsregister in Kraft.

§ 20 ÜBERGANGSVORSCHRIFTEN

Zum ersten Publikationsforum des Vereins wird bis auf weiteres die "Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung" bestimmt.

IMPRESSUM

DEUTSCHES NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
Jahresbericht für das Jahr 2013

© 2014 DNEbM e. V.

HERAUSGEBER:

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

Tel.: 030 308 336 60

Fax: 030 308 336 62

E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de

www.ebm-netzwerk.de

www.ebm-netzwerk.at

www.ebm-netzwerk.eu

REDAKTION UND GESTALTUNG:

Karsta Sauder

Geschäftsstelle des DNEbM

LAYOUT

Karsta Sauder, Marga Cox