

# Der EbM-Kommentar auf dem DKOU: Hintergründe, Ziele und Vision

## The EbM Commentary at the Annual Meeting of the German Congress of Orthopaedics and Traumatology (DKOU): Background, Aims and Vision

### Autoren

L. Dubs<sup>1</sup>, S. Kirschner<sup>2</sup>, E. Neugebauer<sup>3</sup>, J. Hassenpflug<sup>4</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Praxis, Facharzt Orthopädische Chirurgie, Winterthur, Schweiz

<sup>2</sup> Orthopädische Klinik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

<sup>3</sup> Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Fakultät für Gesundheit, Campus Köln-Merheim, Köln

<sup>4</sup> Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Kiel

### Schlüsselwörter

- evidenzbasierte Medizin
- EbM-Kommentar
- Patientennutzen
- Outcomemessung

### Key words

- evidence-based medicine
- EbM commentary
- patient benefit
- outcome

### Zusammenfassung



Das kritische Hinterfragen der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit, um verzerrte Auffassungen von Wirksamkeit, Nutzen und Risiken aufzudecken, ist nicht nur ein ethisches Primat, sondern auch dringendes Gebot der heutigen Zeit, in der Innovationen in der Medizin häufig nur noch zu marginalen Verbesserungen des Patientennutzens führen. Zur besseren Beurteilung der Wertigkeit von erzielten Studienergebnissen wurde nach dem Vorbild der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie erstmals auch beim DKOU-Jahreskongress 2007 das pragmatische Evaluationskonzept der „EbM-Kommentare“ in die Präsentationskultur des Kongresses eingeführt. Der EbM-Kommentar ist eine sorgfältig vorbereitete, kritische Würdigung durch einen methodisch in evidenzbasierter Medizin geschulten Kollegen im Anschluss an eine Präsentation auf dem Kongress. Er besteht aus 3 Komponenten und beginnt mit einer systematischen Analyse nach dem SPION-Prinzip: Welcher Studientyp wurde gewählt? Welche Personen oder Patienten wurden wann in die Studie eingeschlossen? Welche Interventionen wurden vergleichend geprüft? Welche Outcomevariablen wurden wann an letztlich wie viel Patienten untersucht? Welchen Nutzen kann man aus der Studie für die eigene Praxis ableiten und wie groß ist der Nutzen für den Patienten? Auf die Beschreibung, die Berechnung und die Bewertung des eigentlichen Patientennutzens wird besonderer Wert gelegt. Anschließend folgen eine Beurteilung der Stärken und Schwächen sowie eine hierarchische Einschätzung der Studie bezüglich deren Konsequenzen auf den klinischen Alltag. Im besten Fall können stark überzeugende Studienresultate direkt zu einer Änderung der weiteren praktischen Tätigkeit führen, im schlechtesten Fall wird man mit einer „so what“-Studie konfrontiert, deren methodische Mängel ganz offensichtlich zu einer

### Abstract



The critical appraisal of clinical and scientific work to assure the effectiveness and to balance the risks of treatment are mandatory today. Recent innovations in medicine often lead only to minor improvement in patient benefit. For the better understanding of the presented study results, the EbM commentary was introduced in 2007 at the Annual Meeting of the German Society of Orthopaedics and Traumatology. The EbM commentary was developed within the Swiss Orthopaedic Society and is a vital part of the Annual Meetings. The EbM commentary is a carefully prepared critical appraisal of an orally presented study by a specially trained colleague. The commentary consists of three components and begins with a systematic analysis following the SPION principle. What kind of study was carried out? Which patients were enrolled in the investigation? What kind of interventions were compared? How was the outcome measured? What is the benefit of the study for my own practice and what is the benefit for the patient? The reporting and the evaluation of the patient benefit is of great interest. In the second step the strengths and weaknesses of the study were discussed and the study will be rated for their evidence. For the best case the presented study implies direct changes in the usual treatment of patients. In the worst case no changes are necessary and the study is rated “so what” because of methodological weaknesses making the drawn conclusions invalid. For the audience the EbM commentary may support their rating of the quality of the presented study. The congress team selects interesting presentations for the EbM commentary. The EbM commentators receive the oral presentation and in most cases additional information from the selected studies four weeks in advance of the meeting. The EbM commentary is focused on a precise analysis of the presented data in an open and

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1271100>  
Online-publiziert  
Z Orthop Unfall  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York ·  
ISSN 1864-6697

### Korrespondenzadresse

**Dr. Luzi Dubs**  
Praxis  
Facharzt Orthopädische  
Chirurgie  
Merkurstrasse 12  
8400 Winterthur  
Schweiz  
Tel.: + 41/52/2 13 22 23  
Fax: + 41/52/2 12 58 04  
dubs.luzi@bluewin.ch

klaffenden Diskrepanz zwischen Studienanlage und Aussage geführt haben. Dem Publikum bietet der EbM-Kommentar eine Hilfestellung bei der Frage, ob die Studie eher dem „Weizen“ oder der „Spreu“ zuzuordnen ist. Speziell ausgebildete EbM-Kommentatoren erhalten 4 Wochen vor dem Kongress den vollständigen durch die Kongressorganisatoren ausgewählten Vortrag zwecks sorgfältiger Vorbereitung ihres Kommentars. Unter dem Leitsatz „stark in der Sache, angenehm in der Art“ versucht der Kommentator, einerseits vorgetäuschten Nutzen aufzudecken oder Verzerrungen zu relativieren, andererseits die durch den Vortragenden nicht erkannten Aussagemöglichkeiten der Studie zu fördern. Die besten Arbeiten werden am DKOU jährlich mit dem EbM-Preis nach Juryentscheid ausgezeichnet. Die Erfahrungen aus den bisherigen Bemühungen haben erfreulicherweise gezeigt, dass die Autoren sich vermehrt einer moderateren Tonlage und einer vorsichtigeren Aussage ihrer Forschungsergebnisse befleißigen, gelegentlich sogar eine selbstkritische Formulierung von vornweg in ihre Präsentation einbauen. Das pragmatische und praktikable Format hat sehr schnell eine gute Akzeptanz auch auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie gefunden.

## Einleitung

Die evidenzbasierte Medizin (EbM) hat, mit all ihren Höhen und Tiefen, vielfältiger Kritik und unterschiedlichen Interpretationen und Strömungen, in den letzten 20 Jahren zu einem neuen Selbstverständnis der Ärzteschaft und einem unverrückbaren Umbruch und Kulturwandel im öffentlichen Gesundheitswesen beigetragen. Als Beispiele seien die Verpflichtung zur Transparenz, die Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnis neben der rein klinischen Erfahrung in die ärztliche Entscheidungsfindung, die Abkehr von der Beliebigkeit und die patientenorientierte klinische Forschung genannt. In der Bundesrepublik Deutschland hat die medizinische Versorgung nach evidenzbasierten Grundsätzen hierbei sogar Einzug in das Sozialgesetzbuch (SGB) V gehalten.

Die operativen Disziplinen wurden jahrelang zu Unrecht beschuldigt, sich diesem zukunftsweisenden Trend zu widersetzen. Dabei stammen maßgebliche Beiträge zu einer neuen Wissenschaftlichkeit in der Medizin gerade aus chirurgischen Forschungsinstitutionen. Beispielhaft könnte hier Beecham mit der 1. Sham-Operation bei Angina pectoris genannt werden.

Mit der Einführung des EbM-Kommentars hat auch der wichtigste europäische Jahreskongress der Orthopädie und Unfallchirurgie, der DKOU, einen neuen interessanten Akzent erhalten, der so unseres Wissens bisher in keiner anderen deutschen Fachgesellschaft umgesetzt wurde.

Der EbM-Kommentar ist eine sorgfältig vorbereitete, kritische Würdigung einer vorgängig präsentierten Studie durch einen methodisch geschulten Fachkollegen auf der Basis der vorab übermittelten Präsentation. Der Kommentator bzw. die Kommentatorin nutzt klinisch-epidemiologische Kriterien, um die methodische Güte und Relevanz der Studienergebnisse für die klinische Versorgung zu bewerten.

In einer Zeit, in der Innovationen in Orthopädie und Unfallchirurgie häufig nur noch zu marginalen Änderungen patientenzentrierter Endpunkte führen (sog. Deckeneffekt), ist eine rigorose Beurteilung der sog. internen Validität (d.h. ist die Studie geeignet, die gestellten Fragen zu beantworten?) und der externen Validität (d.h. lassen sich die Ergebnisse in meine tägliche Praxis übertragen?) zwingend erforderlich. Nur wenn sowohl metho-

dische als auch klinische Kriterien erfüllt werden, sollte ein Forschungsergebnis Einzug in die Routineversorgung nehmen und auch zu einer solidarischen Finanzierung der beschriebenen Intervention führen.

Die Zahl von randomisierten kontrollierten Studien, d.h. Studien, in denen Patienten per Zufallsprinzip verschiedenen Interventionsgruppen zugeordnet werden, und Metaanalysen, d.h. quantitative Zusammenführungen von RCTs aber auch anderen Studientypen, nimmt zu, was den Schluss erlaubt, dass zunehmend Fragen mit einem kleinen erwarteten Ergebnisunterschied in Vergleichsstudien untersucht werden. Aus ethischen Überlegungen kann und muss in vielen Vergleichsstudien zur Biasvermeidung (Gleichverteilung bekannter und unbekannter Störgrößen) eine Randomisierung durchgeführt werden. Wenn es um die Frage geht, ob bei einem 75-jährigen, rüstigen Rentner mit einer einseitigen schweren Hüftarthrose ein Kunstgelenk eingesetzt werden soll, wird keine RCT mit dem Vergleichskollektiv der Nichtoperierten verlangt. Der Unterschied ist erfahrungsgemäß zu groß und eine RCT ist ethisch auch nicht zu rechtfertigen. Wenn es hingegen um einen Vergleich von verschiedenen Gleitpaarungen von 2 etablierten Kunstgelenken geht, ermöglicht erst die RCT Schlussfolgerungen über den kausalen Effekt der einen oder anderen Oberflächenkombination.

Das kritische Hinterfragen unserer klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit, um verzerrte Auffassungen von Wirksamkeit, Nutzen und Risiken aufzudecken, gilt nicht nur weiterhin als ethisches Primat, sondern auch als dringendes Gebot der heutigen Zeit. Vermehrt finden sich Hinweise, dass sich die heutige Medizin jenseits der maximalen Nutzengrenze bewegt. Der vermehrte Aufwand führt nicht mehr zu einem Zusatznutzen, sondern sogar eher zu einem Schaden [1, 2].

Für den klinisch tätigen Kollegen ergeben sich beim Kongressbesuch mit der Reflexion der gehörten Beiträge oder nach dem Lesen von wissenschaftlichen Publikationen die folgenden Fragen für die Übertragung in das eigene Handeln:

1. Ist die Fragestellung der Studie klinisch relevant? Wurde eine häufige Erkrankung bzw. Verletzung betrachtet, die substanzuell zum täglichen „Fallvolumen“ beiträgt? Wurden Interventionen betrachtet, die im Alltag angewendet werden? Wurden Innovationen untersucht, die das bisherige Be-

handlungsspektrum bereichern können? Welchen Zusatznutzen hat der Patient?

2. Kann die Fragestellung mit dem gewählten Studiendesign angemessen beantwortet werden?

3. Ist die Antwort quantifizierbar?

Lässt sich aus den präsentierten Daten ableiten, wie die untersuchte Intervention im Vergleich zu einer oder mehreren Kontrollen die Ergebnisqualität im Sinne einer Verbesserung von Funktion, Lebensqualität, Sterblichkeit, Morbidität günstig beeinflusst? Wurden Wirkungsgrößen wie absolute Risikoreduktion oder Number needed to treat (NNT's) eingesetzt? Es geht dabei um die Quantifizierung des Patientennutzens.

4. Erlaubt die Aussage der Autoren eine Konsequenz für den klinischen Alltag? Wird die etablierte Handlungsweise durch die Studienergebnisse merkbar beeinflusst? Es geht dabei um die Bewertung des Patientennutzens.

### Was heißt Patientennutzen?

Das zugrunde liegende Denkkonzept, den eigentlichen Patientennutzen abzubilden, wurde durch die WHO bereits in den Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts bereitgestellt und publiziert (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen – ICDH) [3]. Alwan Feinstein, Yale University [4], und W. Lorenz, Philipps Universität Marburg [5], haben zur Outcomedefinition entscheidende Beiträge geliefert. Die Diskussion hinsichtlich einer Umsetzung in die Orthopädie und Traumatologie begann in Deutschland im Jahre 2000 [1]. Die Erfassung des Outcomes aus Patientensicht wird neuerdings, auch seitens der FDA (USA), mit dem Begriff „Patient Reported Outcome“ (PRO) am treffendsten bezeichnet [6]. PROs sind Endpunkte von Interventionen und deren Evaluation, die allein von Patienten beurteilt werden können (z.B. Lebensqualität, Schmerzempfindungen, Fähigkeiten, Patientenzufriedenheit); entsprechende Methoden sind daher auf Angaben der Patienten angewiesen [7]. Rein „organometrische“ Endpunkte wie z.B. Winkelmessungen im Röntgenbild, Messung der Beinachse etc. stellen unter dem Gesichtspunkt eines patientenzentrierten Nutzens lediglich ein Surrogat dar. In der Regel ist der Beobachtungszeitraum aber für einen Vorteil aus Patientenperspektive zu lang und als Hilfskonstrukt wird ein „organometrischer“ Endpunkt (Biomarker) verwendet. Der eigentliche Patientennutzen kann häufig nicht kurz- oder mittelfristig gezeigt werden, was bei der Eingruppierung in die Konsequenzen berücksichtigt werden muss.

### Hintergrund und Entwicklungsgeschichte des EbM-Kommentars

Die beim DKOU angewandten EbM-Kommentare basieren auf einem pragmatischen Evaluationskonzept, das erstmalig beim Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie 1999 in Winterthur (Schweiz) von Luzi Dubs (Winterthur) vorgestellt wurde [8]. Die Resonanz auf diese Form der wissenschaftlichen Bewertung reichte, wie auch in allen anderen EbM-Formaten, von Wohlwollen bis Skepsis. Im Laufe der folgenden Jahre wurden Inhalt und Form der Kommentare sowie Schulungsprinzipien weiterentwickelt, das Grundgerüst wurde jedoch beibehalten. Wertvoll erwies sich der EbM-Kommentar speziell dann, wenn chaotisch angelegte oder überladene Studien in eine systematische Ordnung überführt werden mussten, um die Aussagen transparent zu machen und eine Bewertung zu ermöglichen. Auf Initiative des damaligen Präsidenten der DGOOC, Herrn Professor Dr. Joachim Hassenpflug (Kiel), erfolgte 2007 die Übertra-

gung des Formats des EbM-Kommentars in die Präsentationskultur des DKOU in einer Sondersitzung. Die Griffbarkeit und Praktikabilität des Winterthurer Programms, verbunden mit dem Mangel an deutschsprachigen Konzepten zur strukturierten Bewertung von Abstracts und Kongressbeiträgen, führte zur Erprobung auf dem DKOU.

Nach guter Akzeptanz durch die Kongressteilnehmer wurden in den folgenden Jahren die EbM-Kommentare auf thematisch unterschiedlich gelagerte Sitzungen verteilt, was zur Verbreitung des Konzepts beitragen sollte. Verschiedene Autoren wurden durch die Kongressverantwortlichen eingeladen und aufgefordert, ihre Arbeit 4 Wochen vor dem Kongress den EbM-Kommentatoren für eine adäquate und gründliche Vorbereitung zur Verfügung zu stellen. Die von einer Jury als würdig angesehenen Arbeiten wurden mit einem Preis ausgezeichnet. Dieses Vorgehen ermöglichte den Kongressverantwortlichen, speziell brillante Arbeiten bezüglich des angekündigten „Fortschritts von Meilensteincharakter“ rechtzeitig einer kritischen Analyse auszusetzen. Ab 2011 plant auch die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie den Einsatz von EbM-Kommentatoren auf dem eigenen Jahreskongress.

### Die „SPION“-Analyse

Das Akronym SPION wurde in der Schweiz in den späten Neunzigerjahren durch eine EbM-Gruppe von Vertretern verschiedener Fachdisziplinen ausgearbeitet. Es handelt sich um eine Bewertungssystematik von Studien, die sich am international bekannten PICOT-Schema (Patient and Problem, Intervention, Control, Outcome, Time) anlehnt [7].

Noch bevor mit der eigentlichen Analyse nach SPION begonnen wird, sollte die spezifische Fragestellung der Studie mit der Ausgangshypothese formuliert sein; hieraus lässt sich zumeist das Studiendesign erkennen und es wird schnell klar, ob es sich um eine diagnostische oder um eine Interventionsstudie handelt.

### S steht für Studientyp/Studiendesign

Gemeinsam mit den Autoren soll Klarheit darüber erreicht werden, um welches Studiendesign es sich handelt (z. B. um eine RCT, eine Kohortenstudie, eine Fallkontrollstudie, eine Fallserie oder eine Querschnittsstudie). In Kenntnis des Studientyps fällt die Abwägung der möglichen Aussagen aufgrund der analysierten Daten einfacher. Entsprechende Strukturierungen sind inzwischen für die Abstracteinreichungen des gesamten Kongresses realisiert worden.

### P steht für Patienten/Personen

Um was für einen Patienten oder ein Patientenkollektiv geht es? Das klinische Problem und die untersuchte Patientenpopulation sollten beschrieben sein.

Welche und wie viele Personen wurden in welcher Zeitspanne in die Studie ein- oder aus der Studie ausgeschlossen?

### I steht für die untersuchte(n) Intervention(en)

Was für ein therapeutisches oder diagnostisches Verfahren wurde eingesetzt und mit welcher Alternativgruppe (Kontrollgruppe) verglichen? Anmerkung: In anderen Bewertungsschemata wird das Alternativverfahren separat gelistet (z.B. PICO). Nach dem I für Intervention wird C für Comparison separat genannt. In diagnostischen Querschnittsstudien entfällt dieses Kriterium.

## O steht für Outcome

Was war das Ziel, das erreicht werden sollte? Hierbei geht es vor allem um die Erfassung des patientenzentrierten Nutzens i. S. von Fähigkeiten, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Überlebensraten usw. Es sollte dargelegt werden, wann nachuntersucht wurde (Follow-up), wie hoch die Ausfallrate (Drop-out) war und wie viele Patienten nach „Intention to treat“ (ITT) und „per protocol“ (PP) behandelt wurden.

## N steht für Nutzen oder „Number needed to treat“

National und international herrscht derzeit Unklarheit über die Definition von Nutzen. Der neue Direktor des deutschen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Professor Jürgen Windeler, definiert Nutzen als „medizinischen, kausalen und positiven Effekt einer Maßnahme in mehr als geringfügigem Ausmaß“ und unterscheidet zudem zwischen Brutto- und Nettonutzen (also vor und nach Bilanzierung für unerwünschte Ereignisse).

Das EbM-Kommentar-Format beim DKOU soll nicht in die zwischen Gesundheitspolitikern und -ökonomern und verschiedenen Stakeholdern im Gesundheitssystem schwelende Nutzendebatte eingreifen. Für das Auditorium erscheint es probat, den Nutzenbegriff zunächst auf eine klinisch relevante Änderung in patientenzentrierten Endpunkten auszurichten. Dabei sollen bestmöglich die Wirkungsgrößen wie absolute Risikoreduktion oder Number needed to treat eingesetzt werden, um das Ausmaß von Veränderungen in den klinisch relevanten Endpunkten plausibel zu machen. Die Angaben über statistische Signifikanz sind wohl erwünscht, damit können aber nur statistische Angaben über die Wahrscheinlichkeit des Irrtums gemacht werden. Eine rein statistische Signifikanz sagt noch nichts über die klinische Relevanz aus!

## Stärken, Schwächen, offene Fragen

Der EbM-Kommentator ist herausgefordert, die Stärken und Schwächen der Studie herauszuarbeiten und gleichzeitig Verbesserungsvorschläge anzubringen. Im Zentrum stehen immer die präzise Fragestellung der Studie und die Formulierung der primären Hypothese. Diese Auflistungen erleichtern den Einstieg in die gemeinsame Diskussion.

## Konsequenzenrating A bis D

Was nützt dem Zuhörer jedoch eine Studienpräsentation ohne die Frage, was er mit dieser nun anfangen soll? International bekannt und etabliert sind beispielsweise die Evidenzgraduierungen des Center for Evidence-Based Medicine (CEBM) in Oxford. Bei Interventionsstudien reichen sie von Level I a (Metaanalyse randomisierter Studien mit Homogenität) bis Level V (Expertenmeinung) mit den hieraus abgeleiteten Grades of Recommendation (GoR). Diese methodisch sinnvolle Klassifikation kann aber irreführend sein, wenn der Grad der Empfehlung direkt mit dem Level of Evidence verknüpft wird. Es gibt einerseits randomisierte Studien Level I mit falschen Endpunkten, die im klinischen Alltag völlig unbrauchbar sind, andererseits gut gemachte Fallserien im Level IV, welche klinisch äußerst relevant erscheinen.

Es hat sich über die Jahre hinweg als nützlich erwiesen, die Konsequenzen aus den dargestellten Ergebnissen in Worten zu formulieren. Das Winterthurer Konzept bedient sich einer Einteilung in die Kategorien A bis D und erlaubt eine gewisse Restsubjektivität für oftmals spannende Nachdiskussionen. Die Kategorien A und B entsprechen hierbei dem „Weizen“, die Kategorien C und D eher der „Spreu“.

In die Kategorie A gehören demnach Studien, welche eine stark überzeugende Evidenz aufweisen und Anlass geben, das Verhalten anzupassen oder je nach Ausgangslage nicht anzupassen. Sie kommen leider eher selten vor. Hierzu gehören methodisch sehr saubere Untersuchungen, die z. B. einen klaren Vorteil der einen gegenüber der anderen Intervention in patientenzentrierten Endpunkten wie z. B. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen mit einem validierten Instrument wie der Short Form 36, nachweisen konnten.

Etwas häufiger erreicht eine Studie die Kategorie B, welche eine erstaunlich hohe Evidenz vermittelt. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass sie nicht makellos erscheint, aber doch bezüglich ihrer Aussage erstaunt. Sie gibt Anlass, das persönliche Verhalten zu überprüfen und die Literatur weiter aktiv zu verfolgen. Es sind Studien, welche in der weiteren Diskussion einem Belastungstest ausgesetzt werden können.

Am häufigsten erfolgt die Zuordnung in die Kategorie C, was einer mäßigen Evidenz entspricht. Die Studie zeigt deutliche Mängel, die möglicherweise noch behoben werden können. Sie wird aber eher zur Seite gelegt, speziell wenn zur gleichen Fragestellung solche von besserer Qualität vorliegen.

In der Kategorie D („so what“) müssen gelegentlich Studien untergebracht werden, welche von der Anlage her undurchschaubar sind und zu einer höchst unangemessenen, mitunter provokativen Aussage geführt haben, welche das Studiendesign in keiner Weise erlaubt. Manchmal finden sich hier auch Studien, welche aufgrund der Resultate viel überzeugender die gegenteilige Aussage mit entsprechend höherem Evidenzgrad rechtfertigen. Oftmals ist man erstaunt, dass derartige Arbeiten zu einem Kongress überhaupt zugelassen sind oder selbst in namhaften Zeitschriften erscheinen.

Das Konsequenzenrating führt mitunter zu emotionalen Reaktionen, sodass den EbM-Kommentatoren der Leitspruch „Fortiter in re, suaviter in modo“ (Stark in der Sache, angenehm in der Art) nicht oft genug in Erinnerung gerufen werden kann. Es ist auch ratsam, die Frage der Methodik stets bestmöglich von der Sachfrage abzutrennen. Diese Empfehlungen sind speziell dann hilfreich, wenn ein Vortragender von Eminenz auf einen Kommentator aus einer „anderen Welt“ trifft. Es darf in Erinnerung gerufen werden, dass es in der Medizin keine absolute Wahrheit gibt. Man kann höchstens versuchen, möglichst nahe an die Wahrheit zu gelangen, nach dem Motto: Die Wahrheit von heute ist der Irrtum von morgen!

## Der EbM-Kommentator

Wer sich dazu entscheidet und viel „Knochenarbeit“ zu übernehmen bereit ist, sich die Methodik der EbM anzueignen, um die Literatur kritisch hinterfragen zu können, wird nach einer gewissen Durststrecke bereichert. Es kommt häufig vor, dass der Kommentator eine zu positive Äußerung in der Aussage zurückstufen muss. Es gibt selten aber auch Fälle, in welchen der Autor wertvolle Aussagen nicht zu formulieren im Stande gewesen ist und die Aussage durch den EbM-Kommentar verstärkt werden kann. In der Regel wird der EbM-Kommentator kaum den Ruhm der Innovation zu spüren bekommen und auch kaum für seine Arbeit entschädigt.

Zusammenfassend soll zum Ausdruck kommen, dass in einem zunehmend härteren Umfeld mit Hinweisen auf eine fragwürdige Nutzenkommunikation die Installation eines EbM-Kommentars im Anschluss an eine mündliche oder schriftliche wissenschaftliche Präsentation ein Gebot der Zeit geworden ist. Die Bemühungen der Forschung um Fortschritte in der Medizin sollen dadurch

nicht geschmälert werden, das Generieren von neuen Fragen und Hypothesen soll weiterhin unbenommen bleiben. Ob die Hypothesen in der Patientenrealität tatsächlich Bestand und Gültigkeit erreichen, muss durch die nachträgliche Bewertung mit den Methoden der klinischen Epidemiologie bestmöglich abgesichert werden. Die bisweilen jahrelangen Bemühungen haben mancherorts erfreulicherweise rasch zu einer Verbesserung in Richtung einer moderaten Tonlage und zu einer vorsichtigeren Formulierung der Aussagen durch die Autoren geführt. Diese ermutigenden Zeichen lassen daran glauben, dass sich der EbM-Kommentar eines Tages vielleicht wieder erübrigen könnte, wenn jeder seinen Vortrag transparent gestaltet und die Einschränkungen gleich selber kommentiert.

**Interessenkonflikt:** Nein

## Literatur

- 1 Dubs L. [Der Patient als Experte – Einführung in die Evidenz basierte Orthopädie]. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2000; 138: 289–294
- 2 Dubs L. Teure Medizin ist schlechte Medizin. *Schweiz Ärztezeitung* 2007; 88: 1638–1640
- 3 *World Health Organisation (WHO)*. International Classification of Impairments, Disabilities and Handycaps. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby; 1995
- 4 *Feinstein AR*. Clinimetrics. New Haven: Yale University Press; 1987
- 5 *Lorenz W, Troidl H, Solomkin JS et al*. Second step: testing-outcome measurements. *World J Surg* 1999; 23: 768–780
- 6 *FDA & U.S. Department of Health and Human Services*. Guidance for Industry. Patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labelling claims (19.1.2006). Im Internet: <http://www.fda.gov/CDER/GUIDANCE/5460dft>; Stand: 2006
- 7 *Koller M, Neugebauer EA, Augustin M et al*. [Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen]. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 864–872
- 8 *Dubs L*. Der EBM Kommentar. In: Dubs L, Hrsg. Orthopädie an der Schwelle. Bern: Hans Huber; 2000: 27–30