

Aktuelle Informationen von DIMDI

Prof. Dr. H. G. Schweim

Direktor des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information

Kom. Leiter des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte

Themenübersicht



- Evidence-based Medicine
- Leitlinien
- Cochrane Library
- Volltextdatenbanken
 - Bundesanzeiger Online
- Toxikologische
 - Faktendatenbanken

Themenübersicht

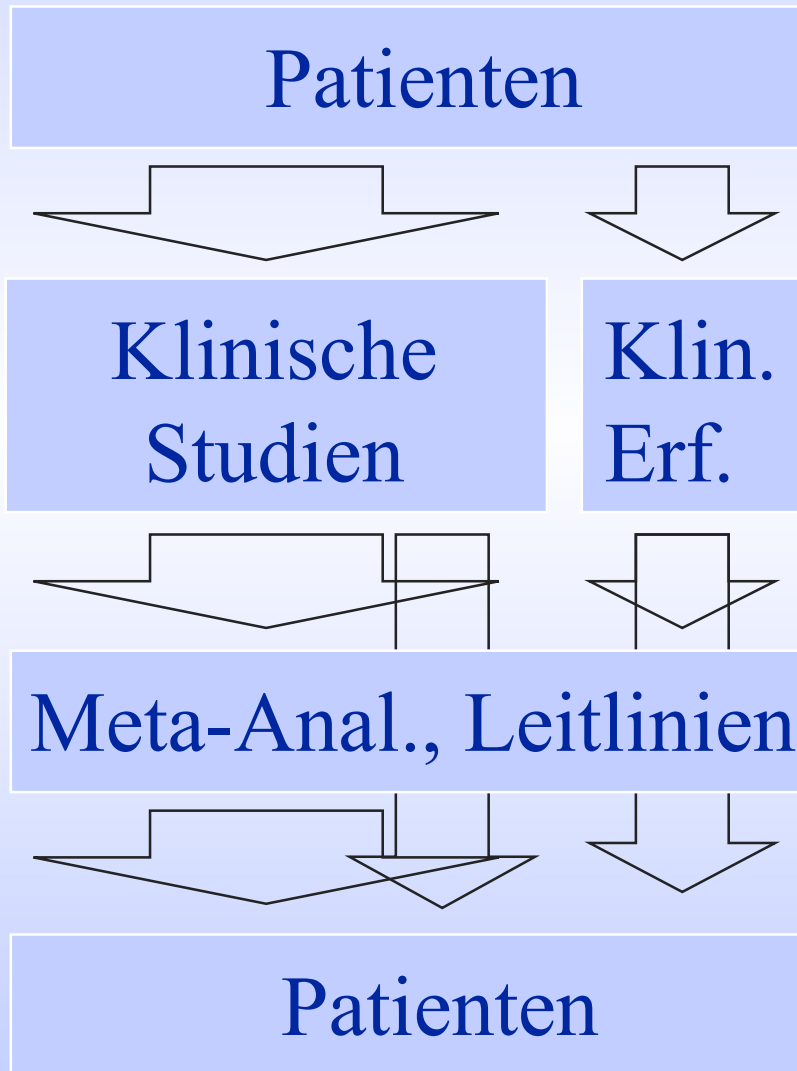


- Evidence-based Medicine
- Leitlinien
- Cochrane Library
- Volltextdatenbanken
 - Bundesanzeiger Online
- Toxikologische Faktendatenbanken

Der Informationsfluß in der Medizin

≈2000:

DIMDI



Klinische Forschung
(erzeugt Information)

HTA Berichte

Cochrane-Collaboration

Leitlinien-Entwicklung
(aggregiert und verbreitet Inform.)

Evidence-based Medicine
(wendet Information an)

Umsetzung von Studienergebnissen in klinische Routine

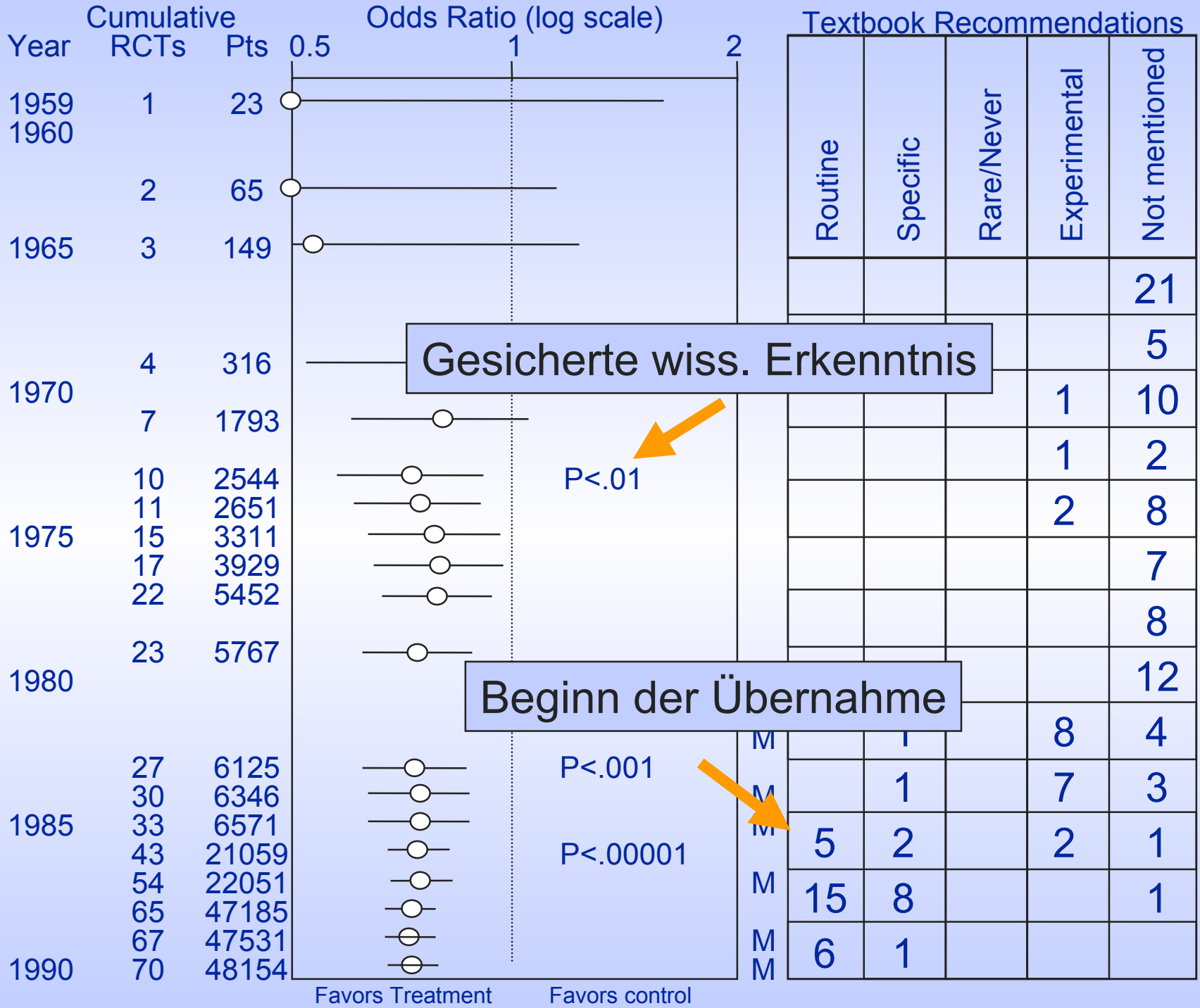


Zwischen der Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die klinische Routine bestehen trotz neuer Informationstechnologien noch immer große Zeitspannen.

Beispiel:

Darstellung kumulativer Meta-Analysen zur Frage der thrombolytischen Therapie nach Herzinfarkt

(Antman EM et al. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. JAMA 1992;268:240-8)



Evidence – based Medicine



"Evidence-based Medicine ist das bewußte und verständige Nutzen der gegenwärtig besten Beweise aus der medizinischen Forschung, um Entscheidungen über die medizinische Versorgung von einzelnen Personen zu treffen.

EbM zu praktizieren bedeutet, die individuell klinische Erfahrung mit den besten verfügbaren externen Beweisen zu verbinden."

D. Sackett, Br Med J 1996;312:71-72

Sprachprobleme des EBM Begriffes



dt.: **Evidenz**

Das, was auch ohne expliziten Beweis klar ist.

engl.: **evidence**

Das, was bewiesen ist. Der Beweis an sich.

Bedeutung des externen Wissen



Learning from experience may be nothing more than learning to make the same mistakes with increasing confidence.

Petr Skrabanek, James McCormick

Follies and Fallacies in Medicine

Tarragon Press, Glasgow, 1989

Praktisches Vorgehen



- Übersetze das klinische Problem in eine beantwortbare Frage: Patientencharakteristika, Therapieoptionen A und B, Zielkriterium
- Finde das beste hierzu verfügbare Studienwissen (Wissenschaftl. Zeitschriften, DIMDI-DB, etc.)
- Beurteile die Studien nach Methodik und Relevanz
- Überprüfe die Anwendbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse für den vorliegenden Fall.

Raspe, Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 1996;90:553-62

EbM Beispiel aus der Klinik



Eine Patientin, die vor 10 Tagen mit dekompensierter Herzinsuffizienz stationär aufgenommen wurde, entwickelt plötzlich eine Lungenembolie und stirbt. Sie hatte keine Thromboseprophylaxe erhalten.

Was sind mögliche EbM-Fragen?

Die 4 Elemente einer EbM-Frage



- 1: [Def. Patientenkollektiv]
- 2: [Intervention A]
- 3: [Intervention B]
- 4: [Zielkriterium]

EbM - Fragerstellung



- 1: Ist bei Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz...
- 2: [Intervention A]
- 3: [Intervention B]
- 4: [Zielkriterium]

EbM - Frage #1



- 1: Ist bei Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz...
- 2: eine Gabe (niedermolek.?) Heparine gegenüber...
- 3: keiner Heparinprophylaxe besser geeignet, ...
- 4: thrombembolische Komplikationen zu verhindern?

EbM - Frage #2



- 1: Ist bei Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz...
- 2: eine frühzeitige Entlassung gegenüber...
- 3: stationärer Behandlung besser geeignet, ...
- 4: thrombembolische Komplikationen zu verhindern?

EbM - Frage #3



- 1: Ist bei Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz...
- 2: eine regelmäßige klinische Untersuchung...
- 3: im Vergleich zum Abwarten besser geeignet,
...
- 4: thrombembolische Komplikationen zu verhindern?

A COMPARISON OF ENOXAPARIN WITH PLACEBO FOR THE PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN ACUTELY ILL MEDICAL PATIENTS

MEYER MICHEL SAMAMA, M.D., ALEXANDER THOMAS COHEN, M.D., JEAN-YVES DARMON, M.D., LOUIS DESJARDINS, M.D., AMIRAM ELDOR, M.D., CHARLES JANBON, M.D., ALAIN LEIZOROVICZ, M.D., HÉLÈNE NGUYEN, PHARM.D., CARL-GUSTAV OLSSON, M.D., PH.D., ALEXANDER GRAHAM TURPIE, M.D., AND NADINE WEISSLINGER, M.D.,
FOR THE PROPHYLAXIS IN MEDICAL PATIENTS WITH ENOXAPARIN STUDY GROUP*

ABSTRACT

Background The efficacy and safety of thromboprophylaxis in patients with acute medical illnesses who may be at risk for venous thromboembolism have not been determined in adequately designed trials.

Methods In a double-blind study, we randomly assigned 1102 hospitalized patients older than 40 years to receive 40 mg of enoxaparin, 20 mg of enoxaparin, or placebo subcutaneously once daily for 6 to 14 days. Most patients were not in an intensive care unit. The primary outcome was venous thromboembolism between days 1 and 14, defined as deep-vein thrombosis detected by bilateral venography (or duplex ultrasonography) between days 6 and 14 (or earlier if clinically indicated) or documented pulmonary embolism. The duration of follow-up was three months.

Results The primary outcome could be assessed in 866 patients. The incidence of venous thromboembolism was significantly lower in the group that received 40 mg of enoxaparin (5.5 percent [16 of 291 patients]) than in the group that received placebo (14.9 percent [43 of 288 patients]) (relative risk, 0.37; 97.6 percent confidence interval, 0.22 to 0.63; $P < 0.001$). The benefit observed with 40 mg of enoxaparin was maintained at three months. There was no significant difference in the incidence of venous thromboembolism between the group that received 20 mg of enoxaparin (15.0 percent [43 of 287 patients]) and the placebo group. The incidence of adverse effects did not differ significantly between the placebo group and either enoxaparin group. By day 110, 50 patients in the placebo group had died (13.9 percent), 51 in the 20-mg group had died (14.7 percent), and 41 in the 40-mg group had died (11.4 percent); the differences were not significant.

Conclusions Prophylactic treatment with 40 mg per day of enoxaparin subcutaneously safely reduces the risk of venous thromboembolism in patients with acute medical illnesses. (N Engl J Med 1999;341:793-800.)

Kritische Bewertung von Therapiestudien

Nach: Users' Guide to the Medical Literature (in JAMA 1993-2000)



Ist die Studie in sich glaubwürdig (interne Validität):

- War die Studie tatsächlich randomisiert?
- Wird auch über alle randomisierten Patienten berichtet?
- War die Studie verblindet (Patienten- u./o. Arzt-seitig)?
- Waren beide Gruppen bei Studienbeginn vergleichbar?
- Wurden beide Gruppen neben der Stud.med. gleich therapiert?

Wie kann ich die Ergebnisse anwenden (externe Validität):

- Wie groß und wie präzise war der Behandlungseffekt?
- Lassen sich die Ergebnisse auf **meinen Pat.** übertragen?
- Sind alle relevanten Zielkriterien berücksichtigt?
- Wiegt der Vorteil die potentiellen Nachteile auf?

- EBM ist unter günstigen Rahmenbedingungen praktikabel.
- EBM zeigt häufiger das Fehlen von Evidenz auf, als das es „verborgenes“ Wissen zutage fördert.
- EBM kann nicht als starre Methodologie funktionieren, sondern erfordert das Abwägen verschiedener Faktoren durch erfahrene Kliniker.

Eine der Hauptursachen der Armut
in den Wissenschaften ist meist
eingebildeter Reichtum.

Es ist nicht ihr Ziel, der unendlichen
Weisheit eine Tür zu öffnen, sondern eine
Grenze zu setzen dem unendlichen Irrtum.

Bertold Brecht

Das Leben des Galilei

Informationsflut



- Es gibt viel Literatur, aber nur wenig Wissen. Wissenschaft schafft zur Zeit kein Wissen, sondern erzeugt nur viel Papier und Titel.

„We need less research, better research and research done for the right reasons“

(The scandal of poor medical research. Altman DG, BMJ 1994;308:283-284)

- Ist es Aufgabe des Wissenschaftlers, das Wissen bis zum Arzt und Patienten zurückzutragen, oder sollte der Arzt dieses Wissen selbst aktiv erwerben? (Oder brauchen wir hierfür Dritte?)

Evidenzgrade medizinischem Wissens

Level	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm	Prognosis	Diagnosis
1a	Syst. review of RCTs (with homogeneity)	Syst. review of cohort studies (with homogeneity)	SR (with homogeneity) of Level 1 diagnostic studies.
1b	Individual RCT (with sufficient Power)	Individual inception cohort study with $\geq 80\%$ follow-up	Independent blind comparison of diagnostic and reference test.
1c	All or none	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts
2a	Syst. review of cohort studies (with homogeneity)	SR (with homogeneity) of Level 2b studies.	SR (with homogeneity) of Level ≥ 2 diagnostic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., $<80\%$ follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT.	Independent blind comparison, but in non-consecutive patients.
2c	"Outcomes" Research	"Outcomes" Research	-
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies	-	-
3b	Individual Case-Control Study	-	Independent blind comparison, but the reference standard was not applied to all study patients.
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies)	Reference standard was not applied independently or not applied blindly
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research		

Evidence - based Pharmacy



● EbM Arzneimitteltherapie

- z.B.: Human Albumin solution for resuscitation and volume expansion in critically ill patients

(Alderson P, Bunn F, Lefebvre C, Li Wan Po A, Li L, Roberts I, Schierhout G, Cochrane Library, 1996)

● Arzneimittelkommission im Krankenhaus

- z.B.: Therapiestandards, Leitlinien

● Beratung

- Anfragen / Sonderanforderungen
- Vor Ort, z.B. „Stationsapotheker“
- „Neuheiten“ (Industrie)

● Schulung und Fortbildung

- Ausbildung für Ärzte/ Pflegepersonal
- Pharmazeutische EbM-Zirkel

DIMDI's *neue* Werkzeuge für EbM



Informationssystem Gesundheitsökonomische Evaluation/ Health Technology Assessment

- Projekt- und Leitliniendatenbanken (AQS / ÄZQ)
- Literaturdatenbanken (u.a. Cochrane Library)
- Methodische Hilfen
- Internet Links
- Kommunikationsplattform

Themenübersicht



- Evidence-based Medicine
- Leitlinien
- Cochrane Library
- Volltextdatenbanken
 - Bundesanzeiger Online
- Toxikologische Faktendatenbanken



Herzlich willkommen beim Leitlinien-In-Fo

<http://www.leitlinien.de>

der



Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ)

Die [ÄZQ](#) ist eine gemeinsame Einrichtung von [Bundesärztekammer](#) und [Kassenärztlicher Bundesvereinigung](#).
Unser Internetangebot zu Patienteninformationen finden Sie unter <http://www.patienten-information.de>.

Unser Informationsangebot finden Sie auf dem linken Frame.

Sie können aber auch über die [Übersicht](#) oder über das [Inhaltsverzeichnis](#) starten.

Bitte lesen Sie vor dem Gebrauch des Informationsdienstes unsere [Einführung](#).

Leitlinien-In-Fo ÄZQ wurde mit freundlicher Unterstützung durch die Hans-Neuffer-Stiftung, Herbert-Lewin-Straße 1-5, 50931 Köln entwickelt.

Leitlinien-In-Fo ÄZQ wurde mit folgenden Preisen ausgezeichnet:

- Berliner Gesundheitspreis '98, lobende Erwähnung in der Kategorie III: "Wissenschaft für Mensch und Gesellschaft"
- Deutscher Gesundheitspreis 1999 "Innovationen im Gesundheitswesen", 2. Preis
- Richard-Merten-Preis, Förderpreis, 1999.

Leitlinien-In-Fo ÄZQ ist als Bd. 1 der Schriftenreihe der ÄZQ im Zuckschwerdt Verlag, München erschienen.

Unser Webangebot:

- Einführung
- Aktuelle Infos
- Übersicht
- Leitlinien-In-Fo für Ärzte
- Clearingverfahren

Neues:

- Leitlinien-Manual

zur ÄZQ:

- Informationen zur ÄZQ
- Wegweiser zur ÄZQ

Links:

- Evidenz-basierte Medizin
- Fortbildung
- Literatur

Sonstiges:

- Fragebogen
- Patienten-Info

Suchen

email

Oktober 2000



grips-WebSearch - Einstieg

[Home](#)[Helpdesk](#)[Copyright Bestimmungen](#)[Kurzbeschreibungen der Datenbanken](#)

© DIMDI

Recherche in:

- Literaturdatenbanken
- ABDA-Datenbanken (Pharmazie, Pharmakologie)
- ABDA-PHARMA Aktuelle Informationen
- BioCommerce Abstracts and Directory
- AMIS-ÖffentlicherTeil
- AMIS-Bezeichnungsverordnung *
- * Diese Datenbank ist eine Vorabversion des noch zu versendenden Entwurfs.
- ECRI-Datenbanken (HDA, HDS)
- Toxikologische Faktendatenbanken
- Leitlinien ÄZQ

Servicefunktionen:**Versandauftrag**

- [über Dokumentnummer \(ND\)](#)
- [bearbeiten / stornieren](#)

Literaturbestellung

- [über Dokumentnummer \(ND\)](#)
- [über eigene bibliographische Angaben](#)
- [sichten / stornieren](#)

Abrechnungsdaten

- [anzeigen](#)

grips-WebSearch - © DIMDI



Bitte wählen Sie den gewünschten Suchmodus:

- Basic Mode
- Advanced Mode
- Expert Mode

Start

[Unterbrechen](#) [Einstieg](#) [Voreinstellungen](#) [Kosten](#) [Logbuch](#) [Ende](#) [Hilfe](#) [Helpdesk](#)

Dokument: Übermittelt

Dokument: Übermittelt

grips-WebSearch - © DIMDI



Suchformular

aktive Datenbank(en) s.u.



Geben Sie einen Begriff oder die Anfangsbuchstaben eines Begriffs ein.

Klicken Sie auf das Symbol am rechten Rand, um Suchbegriffe im ausgewählten Feld anzuzeigen.

Tipps

Abkürzen mit ?: ?zulassung?

Suche nach:

Textfelder



AND

Textfelder



AND

Titel



AND

verantwortliche Institution



Patientengruppe

ärztliche Zielgruppe

Suche einschränken auf Erscheinungsdatum

 Anfang des Zeitraums Ende des Zeitraums

(JJJJMMTT, z. B. 19980101 für den 1. 1. 1998, eingeben)

[Suchmodus ändern](#)

Suche starten

Reset

aktive Datenbank(en): Leitlinien

[Unterbrechen](#) [Einstieg](#) [Voreinstellungen](#) [Kosten](#) [Logbuch](#) [Ende](#) [Hilfe](#) [Helpdesk](#)

Browse Index

grips-WebSearch - © DIMDI

[Diese Seite drucken](#)[Begriffe anzeigen/suchen](#)[Allgemeine Optionen](#)**Suchschritte**Verknüpfen mit: [AND](#) [OR](#) [NOT](#)**Zum markierten Suchschritt**[Zurück zum Suchformular](#)[Suche einschränken mit](#)Institution [Suchergebnis sortieren](#)[markierten Suchschritt löschen](#)[Auswahlliste Dokumente](#)[Servicefunktionen](#)**Suchergebnisse**

	Nr.	Suchschritt	Treffer
<input checked="" type="checkbox"/>	2	Hypertonie	11

Sortierte Suchschritte sind mit einem "*" markiert.

Bitte beachten Sie die Copyright-Bestimmungen der ausgewählten Datenbank(en).

Unterbrechen
 Einstieg
 Voreinstellungen
 Kosten
 Logbuch
 Ende
 Hilfe
 Helpdesk

Dokument: Übermittelt

Dokument: Übermittelt

grips WebSearch - Netscape

***grips-WebSearch* - © DIMDI**

[weitere Titel](#) ▶

Datenbank(en): Leitlinien
Bitte beachten Sie die Copyright-Bestimmungen der ausgewählten Datenbank(en).

Titel 1-10 von 11

<input type="checkbox"/>	1	ND=1	Arterielle Hypertonie
<input type="checkbox"/>	2	ND=2	Arterielle Hypertonie
<input type="checkbox"/>	3	ND=3	Lifestyle modifications to prevent and control hypertension
<input type="checkbox"/>	4	ND=4	1999 WHO - International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension
<input type="checkbox"/>	5	ND=5	Hypertension - Diagnosis and Treatment
<input type="checkbox"/>	6	ND=6	The 6th Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure
<input type="checkbox"/>	7	ND=7	Guidelines for the management of mildly raised blood pressure in New Zealand
<input type="checkbox"/>	8	ND=8	BHS Guidelines: Guidelines for management of hypertension: report of the 3rd working party of the British Hypertension Society
<input type="checkbox"/>	9	ND=9	The pharmacological management of hypertension
<input type="checkbox"/>	10	ND=10	Guidelines for the management of hypertension at primary health care level

[weitere Titel](#) ▶

Unterbrechen
 Einstieg
 Voreinstellungen
 Kosten
 Logbuch
 Ende
 Hilfe
 Helpdesk

Dokument: Übermittelt

Dokument: Übermittelt

Leitlinien-Abstract 1: Leitlinie "Arterielle Hypertonie", AWMF 1998

Signatur	(HYP Fin 01)
Leitlinie	Arterielle Hypertonie
Quelle/ gedruckt	
Quelle/ Internet	AWMF online http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/Leitlinien/

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Verantwortlichkeit für Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.1. Verantwortl. Institution	ja	Deutschen Hypertonie Gesellschaft / Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks
1.2. Finanzierung	nein	
1.3. Interessenkonflikt	nein	

Autoren der Leitlinie

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.4. Beteiligte	ja	Arbeitsgemeinschaft "Qualitätssicherung" des Vorstandes des Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e.V. / Deutsche Hypertonie Gesellschaft.
1.5. Beteilig. Betroffener	nein	

Identifizierung und Interpretation der klinischen Belege

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.6. Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7. Doku Suchstrategie	nein	
1.8. Meth. Evidenzstärke	nein	

Formulierung der Leitlinienempfehlungen

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.9. Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10. Konsensverfahren	ja	Expertenkonsens ohne Angabe der Methodik
1.11. Berücks. inter. Kreise	nein	
1.12. Evidenzverknüpfung	nein	Publ.-Zeit 1990-1998, 15 Zitate

Gutachterverfahren und Pilotstudien

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.13. Gutachterverfahren	nein	
1.14. Pilotstudien	nein	

Gutachterverfahren und Pilotstudien

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.13. / 1.14. Begutachtung	<i>nein</i>	
1.15.-1.16. Pilotversuch	<i>nein</i>	
1.17. LL-Vergleich	ja	WHO 1993, JNC VI

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.18. Überprüfung	ja	IV / 2000
1.19. Zuständigkeit	ja	Herausgeber

Transparenz der Leitlinienerstellung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
1.20. System. Fehler	<i>nein</i>	
1.21. Leitlinienreport	<i>nein</i>	

2. Inhalt und Format der LeitlinieZiele der Leitlinie

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
2.1. Gründe	<i>nein</i>	
2.2. Ziele	<i>nein</i>	

Kontext (Anwendbarkeit / Flexibilität)

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
2.3. Patientengruppe	<i>nein</i>	
2.4. Ärztl. Zielgruppen	<i>nein</i>	
2.5. Ausnahmen v. Empf.	<i>nein</i>	
2.6. Bedürfnisse der Pat.	<i>unklar</i>	

Klarheit, Eindeutigkeit

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
2.7. Problembeschreibung	ja	s. Inhaltsabstract / ausgewählte Themenbereiche stimmen mit vergleichbaren Leitlinien überein
2.8. a) Präsentation logisch, konsistent	<i>nein</i>	Keine Festlegung auf Hypertonie-Klassifizierung, keine Prioritätensetzung
2.8. b) Schlüsselempfehlung	ja	Schlüsselempfehlungen hervorgehoben
2.9. Handlungsalternativen	ja	Therapiedifferenzierung nach Risikostratifizierung
2.10. Amb /stationär	ja	Anzahlen zu Indikat. für stat. Behandlung

2.8.b) Schlüsselempfehlung	ja	Schlüsselempfehlungen hervorgehoben
2.9. Handlungsalternativen	ja	Therapiedifferenzierung nach Risikostratifizierung
2.10. Amb./stationär	ja	Angaben zu Indikat. für stat. Behandlung
2.11. Notwendige Maßn.	ja	Basisprogramm zu Diagnostik und Therapie
2.12. Unzweckmäßige Maßnahmen	ja	Konkrete Angaben zu obsoleten Maßnahmen

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
2.13. Gesundh.-Nutzen	ja	Angaben zum Einfluß der empfohlenen Vorgehensweisen auf Mortalität, Morbidität
2.14. Therapiefolgen/ Nebenwirkungen	nein	
2.15. Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16. Nutzen-Kosten-Kalk.	unklar	

3. Anwendbarkeit der Leitlinie

Verbreitung und Implementierung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
3.1.a.Methode der Impl.	ja	Leitlinie existiert in unterschiedlichen Versionen (Arztbroschüre inkl. Präparateverzeichnis (http://www.paritaet.org/RR-Liga/medmerk.htm), Patientenbroschüre http://www.paritaet.org/RR-Liga/patempf.htm)
3.1.b.Verhaltensänderung	ja	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial inklus. Seminare
3.1.c. Organis.Hindernisse	ja	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial
3.2. Regionale Anpassg.	ja	Herausgeber verbreitet Materialien regional

Überprüfung der Anwendung der Leitlinie

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
3.3. Evaluation	nein	
3.4. Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)

1.	Qualität der LL-Entwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qual. von Inhalt und Format	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qual. Anwendung / Impl.	4 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
Σ	Qualität Gesamt	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste - Stand 6.11.99

2.16. Nutzen-Kosten-Kalk.	2000/2001	
---------------------------	-----------	--

3. Anwendbarkeit der Leitlinie

Verbreitung und Implementierung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
3.1.a. Methode der Impl.	ja	Leitlinie existiert in unterschiedlichen Versionen (Arztbroschüre inkl. Präparateverzeichnis (http://www.paritaet.org/RR-Liga/medmerk.htm), Patientenbroschüre http://www.paritaet.org/RR-Liga/patempf.htm)
3.1.b. Verhaltensänderung	ja	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial inkl. Seminare
3.1.c. Organis. Hindernisse	ja	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial
3.2. Regionale Anpassg.	ja	Herausgeber verbreitet Materialien regional

Überprüfung der Anwendung der Leitlinie

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
3.3. Evaluation	nein	
3.4. Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)

1.	Qualität der LL-Entwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qual. von Inhalt und Format	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qual- Anwendung / Impl.	4 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
Σ	Qualität Gesamt	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste - Stand 6.11.99

Zusammenfassende Beurteilung - Inhalt: Pharmakotherapie - Hochdruck-Liga

<p>Beginn des Therapieeinsatzes und Risikostratifizierung angemessen. Keine Zeitvorgaben, Wartezeiten etc. Substanzgruppen werden nebeneinander gestellt, keine Abstufung nach Evidenz (allgemein gibt es keine Evidenz-Angabe). Keine Angaben, wann oder warum Dosissteigerung oder eine Kombinationstherapie erfolgen sollte. Es fehlt eine Begründung für den Einsatz von zentralen Antihypertensiva bei der 3er-Kombination. Es fehlen: UAWs und wichtige Interaktionen, gezielte Messungen von Laborwerten, Bewertung seltener bzw. obsoleter Antihypertensiva, intensivierte Therapie bei Diabetikern und gewünschte Begleitmedikation (z. B. ASS und Statine). Positiv: Anweisung, dass die Therapiebeendigung möglich ist.</p>
--

Leitlinien Vergleich

Leitlinie	Arterielle Hypertonie	Hypertension - Diagnosis and Treatment
Quelle / gedruckt		Institute for Clinical System Integration (ICSI) - Private Nonprofit-Organisation. Bloomington (MN): 1999 Druck: ARDEL group, 13355 10th Avenue North, Suite 108, Minneapolis, MN 55441;
Quelle / Internet	AWMF online http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/Leitlinie	http://www.icsi.org/guide/G15.htm
Umfang	11 Seiten	4 Seiten
1.1. Verantwortliche Institution genannt ?	Deutsche Hypertonie Gesellschaft / Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks	Institute for Clinical System Integration (ICSI)
1.2. Angabe zur Unterstützung durch Dritte ?	nein	nein
1.3. Diskussion möglicher Interessenkonflikte ?	nein	nein
1.4. An der LL-Erstellung Beteiligte genannt ?	Arbeitsgemeinschaft "Qualitätssicherung" des Vorstandes des Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e.V. / Deutsche Hypertonie Gesellschaft	Guideline Oversight Group des ICSI.
1.5. Von der LL Betroffene beteiligt ?	nein	Internist, Pflegepersonal, Familienmedizin, Patientenschulung, Qualitätsmanagement, Kostenträger
1.6. Methode der Evidenzrecherche genannt ?	nein	nein
1.7. Informationsquellen / Suchstrategien dokumentiert ?	nein	nein
1.8. Methode zur Evidenzbewertung genannt ?	nein	Verweis auf Klassifizierung AHCP
1.9. Methode der Auswahl für LL-Empfehlungen genannt ?	nein.	nein
1.10. Konsensverfahren für LL-Empfehlungen genannt ?	Expertenkonsens ohne Angabe der Methodik	Expertenkonsens ohne Angabe der Methodik
1.11. Besondere Hinweise	nein	nein

LL-Empfehlungen genannt ?		
1.11. Berücksichtigung interessierter Gruppen ?	nein	nein
1.12. Verknüpfung von Empfehlungen und Evidenz dokumentiert ?	Publ.-Zeit 1990-1998, 15 Zitate	Publ.-Zeit 1979-1997, 59 Zitate
1.13./1.14. LL vor Veröffentlichung begutachtet ?	nein	Review durch Leistungsträger der Kooperationspartner von ICSI
1.15./1.16. LL-Pilotversuch durchgeführt ?	nein	Pilotversuch + Implementierung mit LL-Überarbeitung 1994-1998
1.17. LL mit anderen LL verglichen ?	WHO 1993, JNC VI	JNV V, JNC VI
1.18. Zeitpunkt der Aktualisierung genannt ?	IV / 2000	jährliche Revision
1.19. Zuständigkeit für Aktualisierung genannt ?	Herausgeber	Herausgeber
1.20. Systematische Fehler / Konflikte diskutiert ?	nein	nein
1.21. Existiert Zusammenfassung (LL-Report) ?	nein	Homepage des Herausgebers
2.1. Gründe für LL-Entwicklung genannt ?	nein	Verbesserung der Effektivität, Effizienz, Qualität der Versorgung
2.2. Ziele der LL definiert ?	nein	Steigerung des Anteils an therapierten Hypertonikern Optimierung der Hypertonie-Diagnostik Optimierung der individuellen Hypertoniker-Betreuung Steigerung des Anteils an geschulten Hypertonikern
2.3. Patienten-Zielgruppe(n) der LL definiert ?	nein	Erwachsene über 18 Jahren
2.4. LL-Anwender definiert ?	nein	Ärzte, Pflegekräfte, Gesundheitsberufe, Institutionen des Gesundheitswesens, Fachgesellschaften, Staatsagenturen.
2.5. Angaben über Ausnahmen von LL-Empfehlungen ?	nein	Ausführliche Diskussion der individuellen Anpassung der Therapie
2.6. Präferenzen der Patienten berücksichtigt ?	unklar	Erfassung der Lebensqualität empfohlen
2.7. Allgemein verständliche	e. Inhaltstext / ausgewählte Themenbereiche	e. Inhaltstext / ausgewählte Themenbereiche

2.7. Allgemein verständliche Sprache ?	s. Inhaltsabstract / ausgewählte Themenbereiche stimmen mit vergleichbaren Leitlinien überein	s. Inhaltsabstract / ausgewählte Themenbereiche stimmen mit vergleichbaren Leitlinien überein
2.8.a) Empfehlungen logisch / übersichtlich präsentiert ?	Keine Festlegung auf Hypertonie-Klassifizierung, keine Prioritätensetzung	Empfehlungen dargestellt als Algorithmus mit 15 Komponenten ergänzt durch detaillierte Erklärungen. Der Algorithmus berücksichtigt die Empfehlungen des JNC VI-Reports.
2.8.b) Schlüssel-Empfehlungen leicht zu identifizieren ?	Schlüsselempfehlungen hervorgehoben	Algorithmen / Schlüsselempfehlungen hervorgehoben
2.9. Handlungsalternativen präzise beschrieben ?	Therapiedifferenzierung nach Risikostratifizierung	Präzise beschrieben unter Berücksichtigung der Hypertonie-Klassifizierung
2.10. Empfehlungen zur ambulanten / stationären Versorgung ?	Angaben zu Indikatoren für stationäre Behandlung	Angaben zu Indikatoren für fachärztliche bzw. stationäre Behandlung
2.11. Angaben über notwendige Maßnahmen ?	Basisprogramm zu Diagnostik und Therapie	Ein Managementplan gibt konkrete Handlungsanleitungen für das Betreuungskonzept in Form von Algorithmen
2.12. Angaben über unzweckmäßige / obsolete Maßnahmen ?	Konkrete Angaben zu obsoleten Maßnahmen	Konkrete Prioritätensetzung bezüglich Diagnostik und Therapie
2.13. Effekte der LL-Empfehlungen genannt ?	Angaben zum Einfluß der empfohlenen Vorgehensweisen auf Mortalität, Morbidität	Angaben zum Einfluß der empfohlenen Vorgehensweisen auf Mortalität, Morbidität
2.14. Risiken der LL-Empfehlungen genannt ?	nein	Angaben zu Nebenwirkungen und Interaktionen von Pharmaka
2.15. Kostenfolgen der LL-Empfehlungen berücksichtigt ?	nein	Hinweis aus Kosten bestimmter Medikamente
2.16. Existiert Nutzen- / Risiken- / Kosten-Abwägung ?	unklar	unklar
3.1.a) Implementierungsinstrumente genannt ?	Leitlinie existiert in unterschiedlichen Versionen (Arztbroschüre inkl. Präparateverzeichnis (http://www.parityaet.org/RR-Liga/medmerk.htm), Patientenbroschüre (http://www.parityaet.org/RR-Liga/patempf.htm))	Angabe von konkreten Maßnahmen zur Implementierung (Doku-Module, Qualitäts-Indikatoren). Verweis auf lokale Modifizierungen der LL, Ergebnisse von Implementierungs-Studien (http://www.icsi.org/imphtn.htm)
3.1.b) Probleme der Verhaltensänderung genannt ?	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial inklus. Seminare	Problem der Compliance thematisiert
3.1.c) Organisatorische Probleme genannt ?	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial	Notwendigkeit der lokalen Modifikation, Verweis auf entspr. Protokoll

3.1.b) Probleme der Verhaltensänderung genannt ?	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial inklus. Seminare	Problem der Compliance thematisiert
3.1.c) Organisatorische Probleme genannt ?	Herausgeber verbreitet Materialien multimedial	Notwendigkeit der lokalen Modifikation, Verweis auf entspr. Protokoll
3.2. Empfehlungen zur regionalen LL-Anpassung ?	Herausgeber verbreitet Materialien regional	Konkrete Hinweise auf lokale Protokolle
3.3. Evaluationsindikatoren für die Umsetzung der LL-Empfehlungen genannt ?	nein	Eval.-Ergeb. liegen vor
3.4. Evaluationsindikatoren für die Effekte der LL-Umsetzung genannt ?	nein	LL definiert die Qualitätsindikatoren
Qualität der LL-Entwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
Qualität von Inhalt und Format	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste	16 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
Qualität der Anwendung / Implementierung	4 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste	6 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
Methodische Qualität Gesamt	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste - Stand 6.11.99	33 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste - Stand 6.11.99
Zusammenfassende Beurteilung - Inhalt: Pharmakotherapie	<p>Beginn des Therapieeinsatzes und Risikostratifizierung angemessen. Keine Zeitvorgaben, Wartezeiten etc. Substanzgruppen werden nebeneinander gestellt, keine Abstufung nach Evidenz (allgemein gibt es keine Evidenz-Angabe). Keine Angaben, wann oder warum Dosissteigerung oder eine Kombinationstherapie erfolgen sollte. Es fehlt eine Begründung für den Einsatz von zentralen Antihypertensiva bei der 3er-Kombination. Es fehlen: UAWs und wichtige Interaktionen, gezielte Messungen von Laborwerten, Bewertung seltener bzw. obsoleter Antihypertensiva, intensivierter Therapie bei Diabetikern und gewünschte Begleitmedikation (z. B. ASS und Statine). Positiv: Anweisung, dass die Therapiebeendigung möglich ist.</p>	<p>Zeitpunkt für Therapiebeginn und weitere Zeitabläufe und Wartefristen angemessen. Beginn mit Diuretika und β-Blockern, außer bei besonderen Begleiterkrankungen angemessen. Anleitungen sehr kurz, aber ausreichend. Günstig: Im Anhang werden tabellarisch Arzneimittel, Kontraindikationen, bevorzugte Indikationen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen aufgeführt. Erläuterung von Kontrolle, Compliance. Keine Angabe für sinnvolle Kombinationstherapie und keine Hinweise auf ASS bzw. Lipidsenker. Nahezu vorbildlich als Kurzversion, leider fehlt eine Langversion.</p>

Themenübersicht



- Evidence-based Medicine
- Leitlinien
- Cochrane Library
- Volltextdatenbanken
 - Bundesanzeiger Online
- Toxikologische Faktendatenbanken

Datenbanken ab Dezember 2000

- Systematic Reviews (CDSR)
- Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)
- Controlled Trials Register (CCTR)

Datenbanken ab 2. Quartal 2001

- Health technology assessment database (INAHTA)
- NHS Economic evaluation database (NHS EED)
- Review Methodology - References (CRMD)

Themenübersicht



- Evidence-based Medicine
- Leitlinien
- Cochrane Library
- Volltextdatenbanken
 - Bundesanzeiger Online
- Toxikologische
Faktendatenbanken

Volltextangebote bei DIMDI

Grundlagen



- Auftrag des BMG an ZBMed und DIMDI, elektronische Volltextarchive für medizinische Publikationen aufzubauen und **entgeltpflichtig** zur Verfügung zu stellen (Basisarchiv)
- europäische Initiative (forciert von der EMBO) zum Aufbau eines biowissenschaftlichen Volltextsystems als ‚Pendant‘ zum amerikanischen ‚PubMed Central‘ (Projekt E-BioSci)
- Erweiterung des Archives auf ‚freie‘ Volltextquellen (Projekt EVA)
- Beschluss der AWMF zum Aufbau einer elektronischen Internet-Zeitschrift in Zusammenarbeit mit DIMDI und ZBMed (Projekt ‚**German Medical Science**‘)

Basisarchiv: Inhalte



- Vertrag mit KLUVER abgeschlossen
 - Transfer der Daten läuft bereits
- Vertrag mit SPRINGER ‚wird gerade unterzeichnet‘
- Verhandlungen mit weiteren großen und kleineren Verlegern in unterschiedlichen Stadien

- Beschaffung Speicher:
 - 500 Gbyte (erweiterbar) für Volltexte
 - geliefert, im Testbetrieb
- Beschaffung Sicherungsroboter
 - Zuschlag erteilt, Lieferung in Kürze
- Beschaffung Rechner
 - ‚Interimsrechner‘ geliefert, neue Modelle bald lieferbar

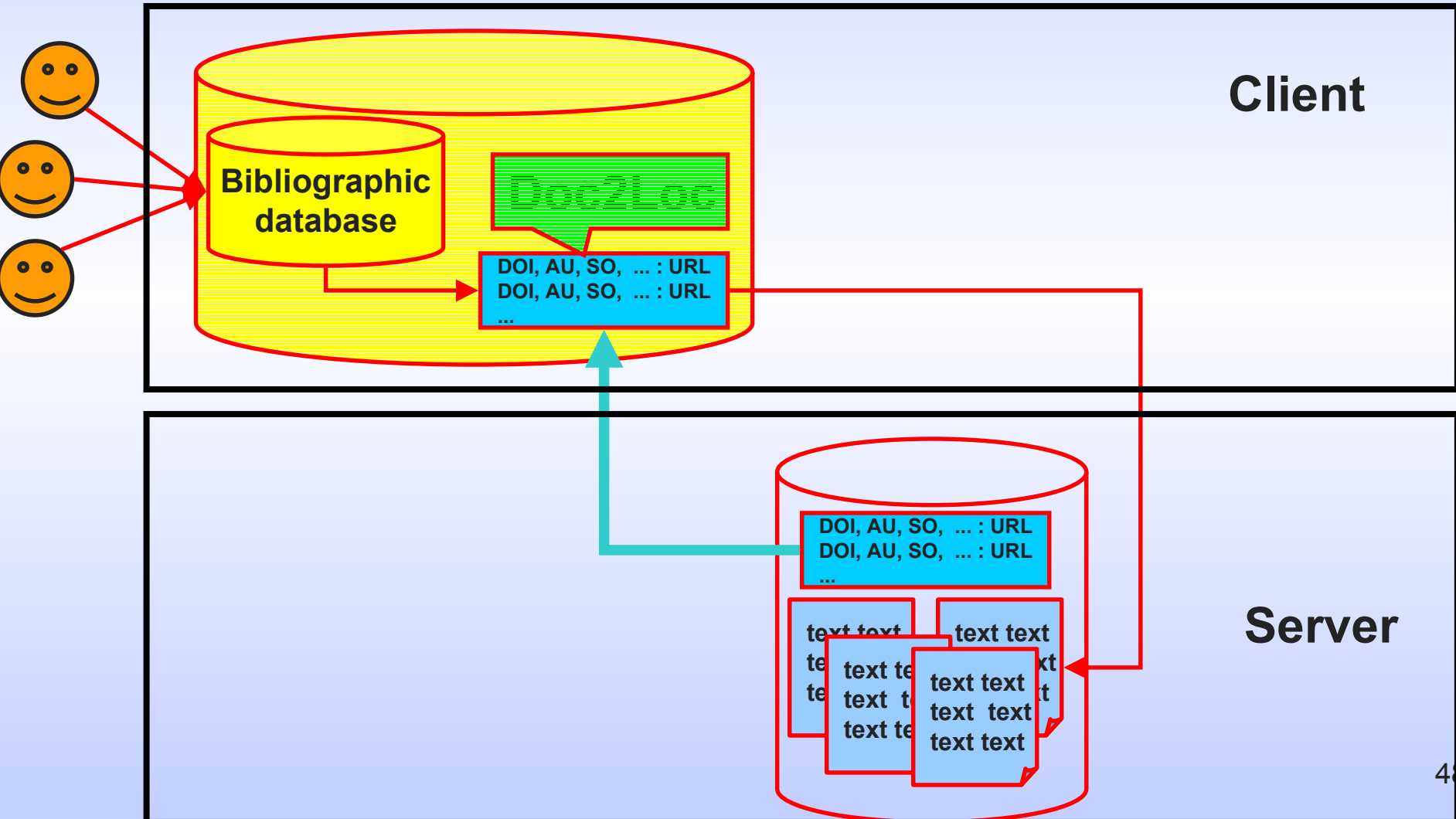
Basisarchiv: Software



- Projektplanung
- Design eines ‚Gesamtsystems‘ in Zusammenhang mit anderen Anforderungen
- Realisierung läuft
- funktionsfähiger Prototyp: zur IOLIM 2000 (7. - 9. 12. 2000)
- Freigabe der ersten Ausbaustufe: Anfang 2001

Konzept der Software

DIMDI



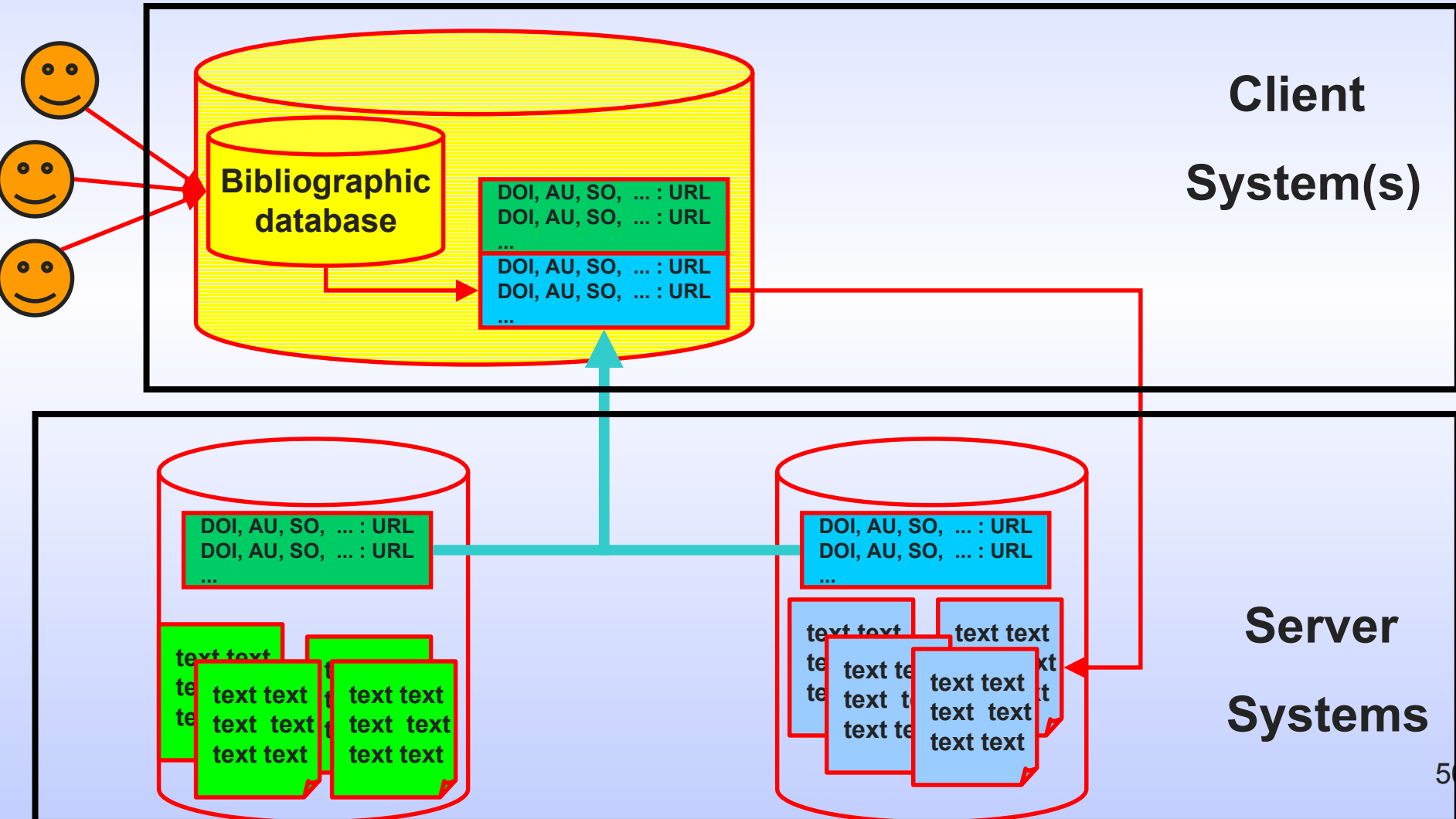
Projekt E-BioSci



- europäische Antwort auf ‚PubMed Central‘
- initiiert von EMBO (Frank Gannon)
- ursprünglich konzipiert als ‚zentralistisches System‘
- Redesign zu einem Netzwerk im Frühjahr/Sommer 2000 (unter tatkräftiger Mithilfe des DIMDI)
- RFQ - Ausschreibung im Spätsommer
- Bildung eines (Anfangs-) Konsortiums im September
 - EMBO, EBI, Ingenta, EDINA, Biome, INIST, CSIC, DIMDI
- Projektantrag (‚Thematic Networks‘) im Oktober

Konzept von E-BioSci

DIMDI



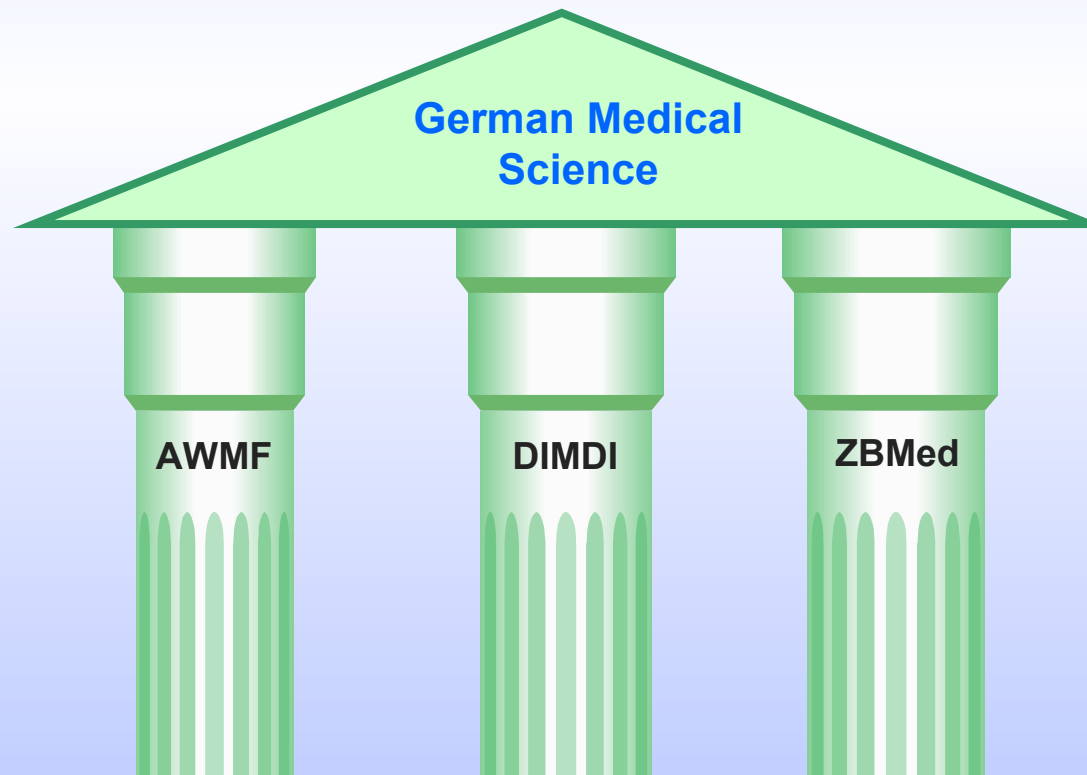
Projekt EVA



- Mittelvergabe für das Basisarchiv erfolgte mit der Maßgabe ‚Einnahmen zu erzielen‘
- zusätzlich zu den kommerziellen Verlagsangebote entstehen zunehmend ‚frei verfügbare‘ Informationsquellen, deren Archivierung ebenfalls ‚lohnt‘
-
- Antrag bei der DFG zur Förderung des Aufbaus eines ‚freien Archivs‘ (zusammen mit GerMedSci, s. u.)
- Gutachter haben Überarbeitung des Antrages gefordert (s. u.)

„German Medical Science“

Aufbau eines „Internet-Meta-Journals“ der AMWF



Aufbau von German Medical Science



Mehrstufige Struktur

- interdisziplinäre Ebene
 - hochrangige Original- und Übersichtsarbeiten mit peer-review aus dem Gesamtspektrum der Medizin (englisch)
- Ebene der Fachgesellschaften
 - elektronische Journale der einzelnen Fachgesellschaften unter deren eigenem Titel mit wissenschaftlichen Original- und Übersichtsarbeiten aus dem Fachgebiet (englisch oder deutsch)
- Ebene der Kommunikation
 - Nachrichten und Mitteilungen an die Mitglieder der Fachgesellschaften, Einladungen zu Kongressen, ...

BMJ 2000;320:967-971 (8 April)

Papers

Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study

Ken K L Ong, *Medical Research Council clinical research fellow*^a, Marion L Ahmed, *research assistant*^a, Pauline M Emmett, *senior research nutritionist*^b, Michael A Preece, *professor of child health and growth*^c, David B Dunger, *professor in paediatric endocrinology*^a, the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team.

^a Department of Paediatrics, University of Oxford, John Radcliffe Hospital, Oxford OX3 9DU,

^b Unit of Paediatric and Perinatal Epidemiology, University of Bristol, Bristol BS8 1TQ, ^c Biochemistry, Endocrinology, and Metabolism Unit, Institute of Child Health, London WC1N 1AH

Correspondence to: D B Dunger dbd25@cam.ac.uk

- ▶ [PDF of this article](#)
- ▶ [Send a response to this article](#)
- ▶ [Electronic responses](#) to this article
- ▶ See related [This week in BMJ](#) item
- ▶ [PubMed citation](#)
- ▶ [Related articles in PubMed](#)
- ▶ [Download to Citation Manager](#)
- ▶ [See Correction for this article](#)
- ▶ Search Medline for articles by:
[Ong, K. K L](#) || [Dunger, D. B](#)
- ▶ Alert me when:
[New articles cite this article](#)

- ▶ Collections under which this article appears:
- CLINICAL:**
[Nutrition and Metabolism](#)
- Pediatrics:**
[Other Pediatrics](#)

▶ [Abstract](#)



Internet



bmj.c...

Termin...

Postein...

Micros...

W Micros...

Acroba...

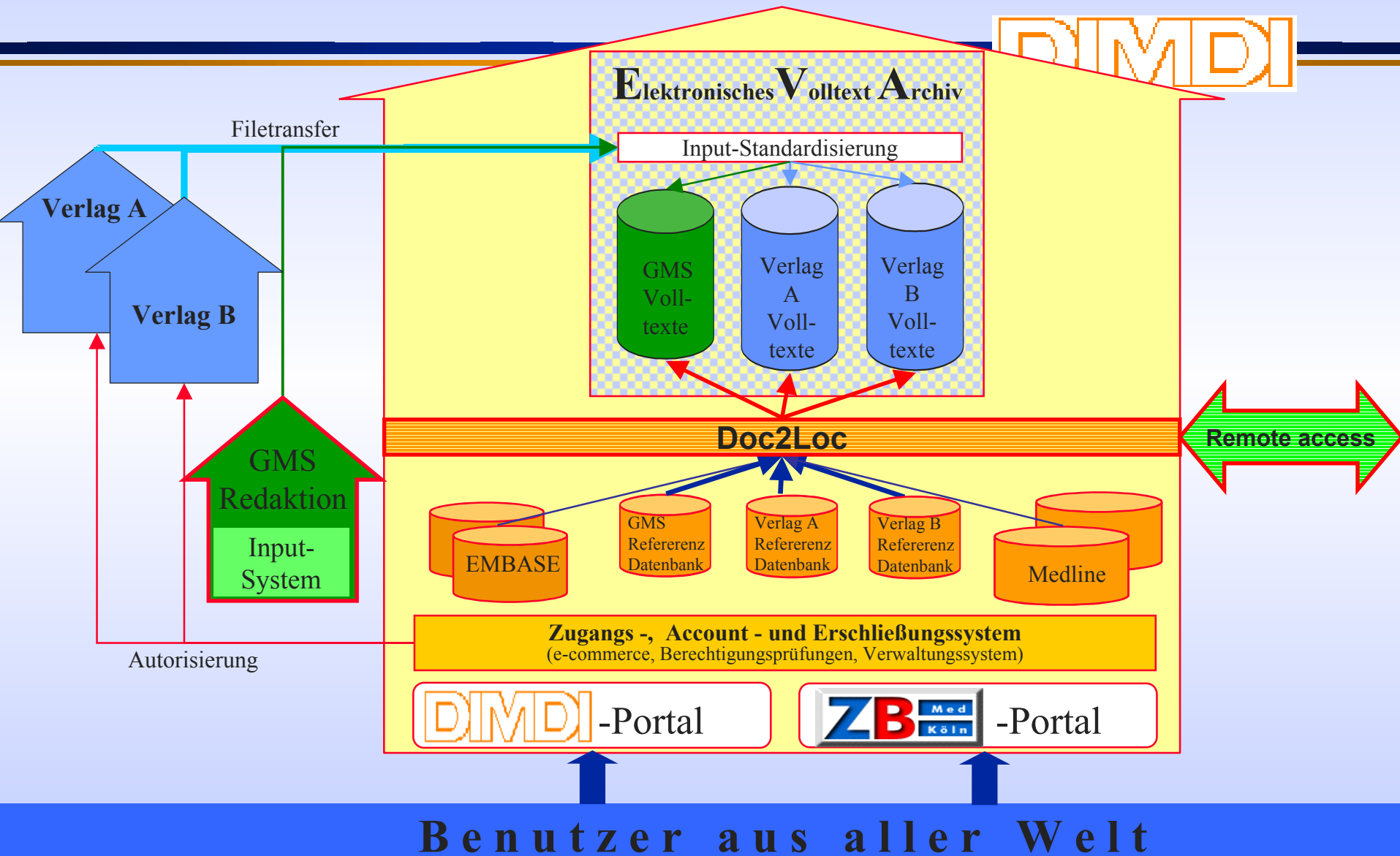
Xerox ...

Re: Sa...



13:22

Gesamt-Architektur im Überblick

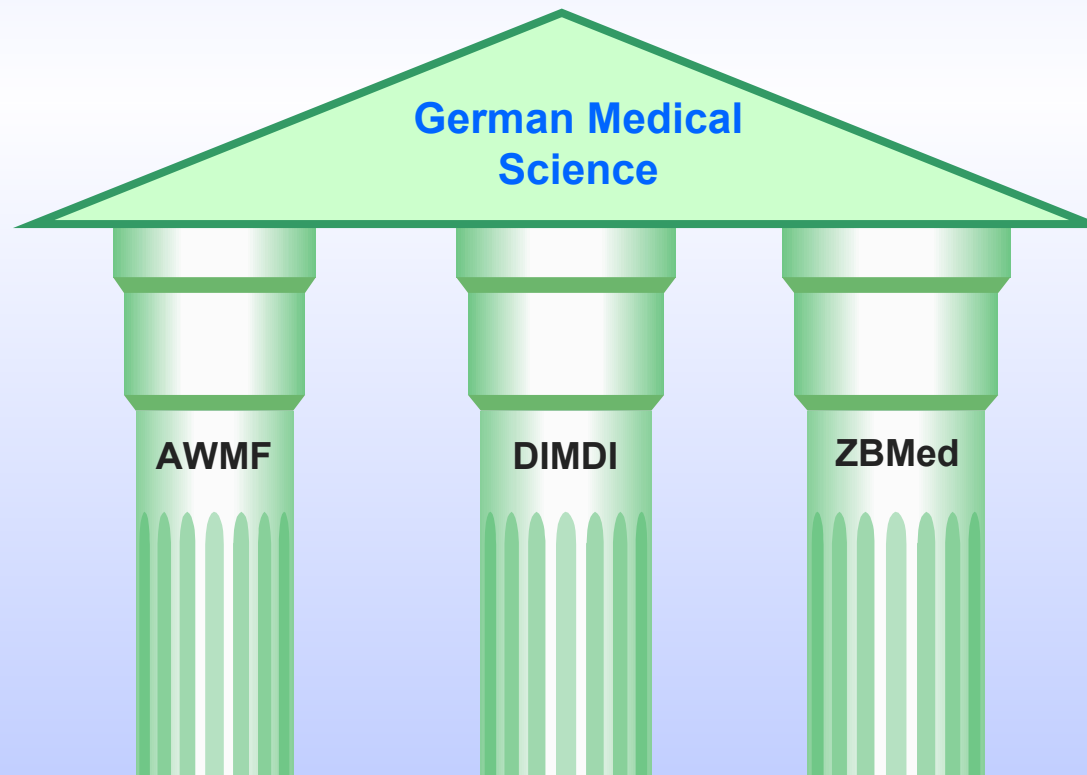


DIMDI

„German Medical Science“

Aufbau eines „Internet-Journals“

der **AWMF** 



Welche Zeitschriften kann oder soll man sich noch leisten? Zur Nutzungsanalyse von Zeitschriftenbeständen in Medizinbibliotheken

Korwitz, Ulrich, *librarian*^a

^aDeutsche Zentralbibliothek für Medizin, 50924 Köln

Correspondence to: U. Korwitz Ulrich.Korwitz@uni-koeln.de

10 [Top](#)

3 [Abstract](#)

∞ [Introduction](#)

∞ [Methods](#)

∞ [Results](#)

∞ [Discussion](#)

∞ [References](#)

Abstract

Objective: Analyse der Nutzung von Zeitschriftenbeständen (retrospektive Studie)

Design: Auszählung von Bestellungen im Ortsleih- und Fernleihverkehr und Direktversand verschiedener medizinischer Bibliotheken und der ZBMed Köln

Main outcome measures: Bestellhäufigkeit einzelner Zeitschriftentitel differenziert nach Orts- und Fernleihe und Direktversand

Results:

- die „Hitliste“ von im Ortsleihbereich und im Direktversand bestellten Zeitschriften war in den Spitzenpositionen stets vergleichbar, differierte jedoch sehr stark von der „Hitliste“ des Fernleihbereiches
- die in der Fernleihe bestellten Zeitschriftentitel streuen sehr stark, eine echte „Hitliste“ ist fast unmöglich

- [PDF of this article](#)
- [Additional material](#)
- [Send a response](#) to this article
- [Electronic responses](#) to this article
- [Related articles in GerMedSci](#)
- Other [related articles](#)
- [MEDLINE citation](#)
- [Download to Citation Manager](#)
- This article has been cited by [other articles](#)
- Search EVA and MEDLINE for articles by: [Korwitz, U.](#)
- Alert me, when:
[New articles cite this article](#)
- Collections under which this article appears:
 - [Library services](#)
 - [Medical Journals](#)
 - [Scientific Publications](#)

Results:

- die „Hitliste“ von im Ortsleihbereich und im Direktversand bestellten Zeitschriften war in den Spitzenpositionen stets vergleichbar, differierte jedoch sehr stark von der „Hitliste“ des Fernleihbereiches
- die in der Fernleihe bestellten Zeitschriftentitel streuen sehr stark, eine echte „Hitliste“ ist fast unmöglich

Conclusions: Nur durch regelmäßige Nutzungsuntersuchungen, verbunden mit einer Vollkostenrechnung („Access versus Holding“) kann eine medizinische Bibliothek ein attraktives Angebot aufrechterhalten

Introduction

Der finanzielle Spielraum medizinischer Bibliotheken an Hochschulen, an Krankenhäusern, an Forschungseinrichtungen, in Behörden und selbst in der Industrie wird immer enger. Die Haushaltsansätze steigen seit Jahren kaum mehr, die Erwerbungssetats sind vielfach eingefroren. Mit stetig steigenden Preisen im Bereich der Monographien und vor allem der Periodika bleibt vielen Bibliotheken nur noch die Konzentration auf das Nötige. Hierbei gerät die Zusammensetzung des Zeitschriftenbestandes zunehmend ins Zentrum der kritischen Betrachtung. Ist noch alles nötig, was abonniert wurde? Entspricht das Spektrum der subskribierten Titel dem Anforderungskatalog der Nutzerinnen und Nutzer an der Einrichtung? Könnten Titel abbestellt, sollten oder müßten andere dafür abonniert werden?

Die Notwendigkeit, diese Fragen einer nüchternen Klärung zuzuführen, hat sich jüngst erneut deutlich gezeigt. Erst Analysen der Nutzung elektronischer Zeitschriften im Rahmen von Konsortialverträgen (z. B. mit der Firma Elsevier) ergaben, dass die Quote der von Endnutzern tatsächlich aufgerufenen Zeitschriftentitel aus dem Gesamtangebotspaket ernüchternd gering ist. Es wurden Werte von unter 20% registriert¹. Es stellt sich also verschärft die Frage: „Welche Zeitschriften benötigen wir den tatsächlich (noch) in unseren Bibliotheken?“

Damit in Zusammenhang gesehen werden kann die seit einigen Jahren aufgekommene Debatte, die unter dem Schlagwort „Access versus Holding“ zusammengefasst wird. Gemeint ist dabei die Prüfung, ob nicht relativ wenig genutzte Zeitschriftentitel abbestellt und für die eingesparten Mittel Nutzern gegen geringe Gebühren oder sogar kostenfrei einzelnen Zeitschriftenartikel per Fernleihe oder Dokumentlieferung beschafft werden können. Hierbei geht es also um Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen des gesamten Zeitschriftenbestandes und des eingesetzten Personals.

⑩ [Top](#)

⑩ [Abstract](#)

③ [Introduction](#)

⌘ [Methods](#)

⌘ [Results](#)

⌘ [Discussion](#)

⌘ [References](#)

Es muss daher zum heutigen Aufgabenspektrum einer Medizinbibliothek gehören, Untersuchung von Nutzungsfrequenzen und möglichst eine Vollkostenrechnung regelmäßig durchzuführen.

Footnotes

- ⑩ [Top](#)
- ⑩ [Abstract](#)
- ⑩ [Introduction](#)
- ⑩ [Methods](#)
- ⑩ [Results](#)
- ⑩ [Discussion](#)

- ③ [References](#)

Funding: This review was commissioned and funded by the Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen. The views expressed in this review are those of the author and not necessarily those of the Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen

Competing Interests: None declared

References

1. Bei der Interpretation der geringen Nutzungsquote ist unter anderem auch zu berücksichtigen, dass das Angebot an elektronischen Zeitschriften in fachlicher Breite und Tiefe weit über das hinausging, was die betreffenden Bibliotheken in gedruckter Form im Bestand hatten. Dennoch ist der Wert erstaunlich gering. Erinnert werden muss hierbei auch an die des Vertreters eines grossen deutschen Wissenschaftsverlages, dass Nutzungsuntersuchungen elektronischer Zeitschriften durchaus dazu führen könnten, dass Bibliotheken erkennen, wie gering der Bedarf an vielen Titeln tatsächlich sei. Dann bestehe für die Verleger durchaus die reale Gefahr, dass die elektronischen Titel für ein Abonnement nicht mehr in Betracht gezogen und auch die gedruckten Äquivalente der elektronisch angebotenen (und gar nicht oder kaum genutzten) Titel abbestellt werden.
2. Korwitz, U.: Zur Frage des Grundbestandes medizinischer Zeitschriften. Mitteilungsblatt der Bibliotheken des Landes NRW 39 (1989) 308-325 [[Full Text](#)]
3. Lohse, H.: Gibt es einen „Grundbestand“ medizinischer Zeitschriften? Mitteilungsblatt der Bibliotheken des Landes NRW 38 (1988) 93-97 [[Full Text](#)]
4. Hill, D., Brandon, A.: Brandon/Hill selected list of books and journals for the small medical library. Bull- Med-Libr-Assoc. 1999 Apr; 87(2): 145-69 [[MEDLINE](#)] [[Abstract](#)]

4. Hill, D., Brandon, A.: Brandon/Hill selected list of books and journals for the small medical library. Bull-Med-Libr-Assoc. 1999 Apr; 87(2): 145-69 [[MEDLINE](#)] [[Abstract](#)]

- [Ⓜ Top](#)
- [Ⓜ Abstract](#)
- [Ⓜ Introduction](#)
- [Ⓜ Methods](#)
- [Ⓜ Results](#)
- [Ⓜ Discussion](#)
- [Ⓜ References](#)

Citation form

Korwitz, U.: Welche Zeitschrift kann oder soll man sich noch leisten? German Medical Science [Serial online] 2000;1, Nr. 33 (10. October 2000) [(cited {date of citing})]

Available from URL: <http://www.GerMedSci/1-33.htm>

(Accepted 15. September 2000)

Rapid responses to this article

Panikmache

Heinrich Auer, Bibliothek der Medizinischen Hochschule
Auerbach, 11.10.2000 [[Response](#)]

So ist es!

Ansgard Hamburger, Medizinbibliothek Augustaburg,
12.10.2000 [[Response](#)]

Other related articles in EVA

Obst, O.: Zeitschriftenmanagement I - Preissteigerungen und Abbestellungen. Bibliotheksdienst Heft 5, 2000 [[Full Text](#)]

Obst, O.: Zeitschriftenmanagement II - Zeitschriftenbedürfnisse und Bewertungskonzepte. Bibliotheksdienst Heft 7/8, 2000 [[Full Text](#)]

Articles which cite this article

Hopper, B.: Benutzungsstatistiken von Zeitschriften in medizinischen Bibliotheken. GerMedSci 2000, 1 No. 45 (20. October 2000) [[Full Text](#)]

- [PDF of this article](#)
- [Additional material](#)
- [Send a response](#) to this article
- [Electronic responses](#) to this article
- [Related articles in GerMedSci](#)
- Other [related articles](#)
- [MEDLINE citation](#)
- [Download to Citation Manager](#)
- This article has been cited by [other articles](#)
- Search EVA and MEDLINE for articles by: [Korwitz, U.](#)
- Alert me, when:
[New articles cite this article](#)
- Collections under which this article appears:
 - [Library services](#)
 - [Medical Journals](#)
 - [Scientific Publications](#)

Themen



- **Umfeld, Idee, erste Schritte**
 - Entwicklungen im Umfeld
 - Vorstellung der Partner
 - GerMedSci: Idee, Planung, erste Aktivitäten
- **Aktueller Stand**
 - Konzept von GerMedSci
 - Urheber- und Verwertungsrechte
 - Technische Struktur, Layout
- **Weiteres Vorgehen, Diskussion**

Entwicklungen: Projekte im Umfeld



- **USA**
 - J-STORE
 - BioOne, SPARC
 - PubMed Central
- **Europa**
 - E-BioSci

Entwicklungen: Deutschland



- **Auftrag des BMG an ZBMed und DIMDI**, elektronische Volltextarchive für medizinische Publikationen aufzubauen und entgeltpflichtig zur Verfügung zu stellen (**EVA**, Elektronisches Volltextarchiv)
- **Beschluss der AWMF** zum Aufbau einer elektronischen Internet-Zeitschrift in Zusammenarbeit mit DIMDI und ZBMed (**GerMedSci**, German Medical Science)
- **europäische Initiative** zum Aufbau eines biowissenschaftlichen Volltextsystems als Pendant‘ zum amerikanischen ‚PubMed Central‘ (**E-BioSci**)

Entwicklungen: Partner, Aufgaben



- **AWMF und ihre Fachgesellschaften**
 - Editor und Co-Editor
 - Mitglieder des Editorial Board und des Scientific Committee
 - Gutachter für das Peer-Review-Verfahren
- **DIMDI**
 - Technische Infrastruktur
 - Implementierung
 - Betrieb und Archivierung
- **ZBMed**
 - Projektleitung
 - Organisatorische Betreuung
 - Design (in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften)

Deutsche Zentralbibliothek für Medizin

- gegründet 1970
gemeinsam finanziert von Bund (30%) und Ländern (70%)
- größte medizinische Bibliothek Europas
- umfassende Sammlung von Zeitschriften, Monographien und Kongressschriften (deutsch und international)
- komplette Abdeckung der in Medline und weite Abdeckung der in Embase und SciSearch ausgewerteten Zeitschriften
- bedeutendste Dokumentlieferantin für biomedizinische Literatur auf dem europäischen Festland (481.000 Bestellungen 1999)
- Erwerbungssetat 2000: 5,6 Mio DM
81 Stellen, zusätzlich Aushilfskräfte und studentische Aushilfskräfte

Vorstellung



Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation

- Institut im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums
- gegründet 1969
- Aufgabenbereiche:
 - Öffentlicher Host-Service
 - > Ca. 100 Datenbanken für registrierte („zahlende“) Nutzer
 - > frei zugängliche Datenbanken im INTERNET (Medline andere NLM Datenbanken, dazu weitere europäische und nationale Datenbanken)
 - Plattform für die Web-Präsenz von BMGesundheit, BZgA, PEI, ZBMed u. v. a.
 - Arzneimittelinformationssysteme
 - Medizinprodukte-Informationssystem
 - HTA Informationssystem
 - weitere interne Informationssysteme
 - Medizinische Klassifikationen und Thesauri
- Adäquate IT-Infrastruktur (RZ, Rechner, Software, Netzanbindungen)

Planung: Definition von Zielen



- **Beschleunigung des Wissenstransfers**
 - Schnelligkeit der Publikation und des Zugriffs
- **Verbesserung der ‚Wahrnehmung‘**
 - Erleichterung der Auffindbarkeit und des Zugriffs
- **Beibehaltung der Zitierbarkeit**
 - Archivierung an zentraler Stelle
- **Preiswerter Weg ins Web**
- **Nutzung der Vorteile des neuen Mediums**

Planung: Analyse der Vorteile



- **Dissemination**

- weltweite Verbreitung unabhängig von Abonnements durch freie Verfügbarkeit im Internet
- Einbindung in nationale und internationale Referenzdatenbanken mit Zugang zum Volltext

- **Rezeption**

- öffentliche Diskussion der Arbeiten

- **Impact**

- alternative Bestimmung durch Bewertung der Anzahl von Zugriffen, Kommentaren und Zitierungen/Links

- **Gestaltung der Zeitschrift**

- Aufhebung von Beschränkungen der Druckausgabe
- Hypertextelemente und Linkfunktionen

Erste Schritte: Hard- und Software



- Hardware:
 - Speicher: 500 Gbyte (erweiterbar) für Volltexte geliefert, im Testbetrieb
 - Sicherungsroboter: Zuschlag erteilt, Lieferung in Kürze
 - Rechner: ‚Interimsrechner‘ geliefert, neue Modelle bald lieferbar
- Software:
 - Design eines ‚Gesamtsystems‘, Projektplanung fertig
 - Realisierung bisher ‚im Plan‘
 - funktionsfähiger Prototyp: zur IOLIM 2000 (7. - 9. 12. 2000)
 - Freigabe der ersten Ausbaustufe: Anfang 2001

Erste Schritte: Finanzierung



Einstiegsfinanzierung:

- Technische Plattform: steht bei DIMDI bereit (s. o.)
- Antrag bei der DFG
 - netzwerkfähiges medizinisches **Elektronisches Volltext-Archiv (EVA)**
 - beantragter Beginn: 1. 7. 2000
 - beantragte Laufzeit: 2 Jahre
- Stand:
 - Klärung der ‚Rechte‘ gefordert
 - Aufteilung in mehrere Stufen gefordert
 - Förderung des ‚inhaltsbezogenen Anteils‘ zu GerMedSci abgelehnt
 - Überarbeitung im Gange

- **Scope**
 - die elektronische Zeitschrift der AWMF und ihrer Mitglieds-
gesellschaften
- **Zielgruppe**
 - alle professionell Tätigen aus allen Bereichen der medizinischen
Wissenschaft, Lehre, Forschung und Versorgung
- **Ebenen**
 - interdisziplinär und international
 - fachlich orientiert und vorwiegend national (sprachabhängig)
 - weitere, z. B. Kommunikation

Konzept: Struktur von GerMedSci



- **Interdisziplinäre Ebene**

- hochrangige Original- und Übersichtsarbeiten mit Peer-Review aus dem Gesamtspektrum der Medizin auf englisch, für GerMedSci geschrieben oder aus den Zeitschriften der einzelnen Fachgesellschaften

- **Fachliche Ebene = Ebene der einzelnen Fächer**

- elektronische Journale der einzelnen Fachgesellschaften unter deren eigenem Titel mit wissenschaftlichen Original- und Übersichtsarbeiten aus dem Fachgebiet auf englisch oder deutsch, meist mit Peer-Review

- **Kommunikations-Ebene**

- weitere Beiträge (News, Meinungen, ..)
- Nachrichten und Mitteilungen an die Mitglieder der Fachgesellschaften, Einladungen zu Kongressen, ...

Konzept: Ebenen von GerMedSci

DIMDI

	Inhalt	Sprache	Format
Internationale Ebene	Originalartikel, Reviews	englisch	GerMedSci-Format
Nationale Ebene	Originalartikel, Reviews, Letters, etc.	englisch oder deutsch	GerMedSci-Format
Kommunikations-Ebene	Mitteilungen, Einladungen, etc.	englisch oder deutsch	frei?

...