

Abstractband

**DIMDI**  
deutsche agentur für HTA des  
Deutschen Instituts für Medizinische  
Dokumentation und Information

medizinwissen

## 10. Symposium Health Technology Assessment Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren

### Alles nichts ohne Evidenz?

18.-19. März 2010 in Köln

Waisenhausgasse 36-38a | 50676 Köln  
Tel.: +49 221 4724-525 | Fax: +49 221 4728-444  
dahta@dimdi.de

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

Im Geschäftsbereich des  
 **Bundesministerium  
für Gesundheit**

**DIMDI**  
deutsche agentur für HTA des  
Deutschen Instituts für Medizinische  
Dokumentation und Information

Die Abstracts dieses Bandes sind online verfügbar über  
DAHTA-Datenbank ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA) und  
gms ([www.egms.de/de/meetings/index.shtml](http://www.egms.de/de/meetings/index.shtml))

## **Kontakt**

DAHTA  
Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des  
Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information  
Waisenhausgasse 36-38a  
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-525  
Fax: +49 221 4724-444  
[dahta@dimdi.de](mailto:dahta@dimdi.de)  
[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

## **Alles nichts ohne Evidenz** **18./19. März 2010 in Köln**

### **Programm**

#### **Donnerstag, 18. März 2010**

**10.30 Uhr            10 Jahre DAHTA**

Begrüßung  
*Dietrich Kaiser*  
Entwicklung der DAHTA  
*Hiltrud Kastenholz*

**10.50-12.30 Uhr    HTA: Vergangenheit und Zukunft**

Bedarf an wissenschaftsbasierter Gesundheitspolitik  
*Heinz Stüwe*  
HTA-Akteure in Deutschland  
*Alric Rütther*  
HTA: Nutzen für unser Gesundheitswesen  
*Regina Klakow-Franck*  
Visionen und Realität von HTA  
*Jürgen Fritze*  
HTA im Jahr 2020  
*Matthias Schrappe*

**14.00-15.00 Uhr    MRSA-Infektionen**

Infektionen im Krankenhaus – ein Überblick  
*Hans-Martin Wenchel*  
Prävention und Screening von MRSA-Infektionen in Deutschland  
(HTA-Bericht)  
*Dieter Korczak*  
Auswirkungen des HTA-Berichts  
*Walter Popp*

**15.30-16.50 Uhr    Prophylaxe von Stürzen**

Warum brauchen wir eine gute Sturzprophylaxe?  
*Gabriele Meyer*  
Chancen durch Sturzprophylaxe für Sturzrate und Folgen?  
(HTA-Bericht)  
*Katrin Balzer*  
Sturzprophylaxe – die ökonomische Sicht  
*Dagmar Lühmann*  
Auswirkungen von systematischen Übersichtsarbeiten der Sturzprophylaxe  
auf Forschung und Praxis (Auswirkungen des HTA-Berichts)  
*Cornelia Heinze*

## Freitag, 19. März 2010

### 9.30-10.30 Uhr **Endoprothesenregister**

Welche Chancen bieten Register?

*Peter Schröder (ersetzt durch Martin Stockheim)*

International existierende Gelenkendoprothesenregister und  
Schlussfolgerungen für Deutschland (HTA-Bericht)

*Anja Hagen*

Wie sinnvoll sind Register? (Auswirkungen des HTA-Berichts)

*Martin Thaler*

### 11.20-12.30 Uhr **Zuckerkrank durch Hypertonie-Therapie?**

Problemkreis Hypertonie und Typ-2-Diabetes

*Klaus Parhofer*

Wie beeinflussen Medikamente gegen Bluthochdruck den Typ-2-Diabetes?  
(HTA-Bericht)

*Christine Grimm; Juliane Köberlein*

Auswirkungen des HTA-Berichts

*Siegfried Eckert*

### 14.00-16.00 Uhr **Weiterbildung**

Patient-Reported Outcomes (PRO): Parameter der Nutzenbewertung

*Dagmar Lühmann*

HTA-Methodik: Einsatz von Checklisten für die Studienqualität  
im deutschsprachigen Raum

*Maren Dreier*

Das Versandapothekenregister beim DIMDI

*Susanne Quellmann*

Die Verschlüsselung von Diagnosen

*Stefanie Weber*

## Inhaltsverzeichnis (in alphabetischer Reihenfolge)

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Vorwort</b> .....   | <b>7</b>  |
| <i>Balzer, Katrin</i>  |           |
| <b>Chancen durch Sturzprophylaxe für Sturzrate und Folgen? (HTA-Bericht)</b> .....   | <b>8</b>  |
| <i>Dreier, Maren</i>   |           |
| <b>HTA-Methodik: Einsatz von Checklisten für die Studienqualität im deutschsprachigen Raum (Weiterbildung)</b> .....                         | <b>10</b> |
| <i>Eckert, Siegfried</i>   |           |
| <b>Auswirkungen des HTA-Berichts: Wie beeinflussen Medikamente gegen Bluthochdruck den Typ-2-Diabetes?</b> .....                             | <b>11</b> |
| <i>Fritze, Jürgen</i>  |           |
| <b>Visionen und Realität von HTA</b> .....   | <b>12</b> |
| <i>Grimm Christine; Köberlein Juliane</i>  |           |
| <b>Wie beeinflussen Medikamente gegen Bluthochdruck den Typ-2-Diabetes? (HTA-Bericht)</b> .....  | <b>13</b> |
| <i>Hagen, Anja</i>   |           |
| <b>Gelenkendoprothesenregister: International existierende Register und Schlussfolgerungen für Deutschland (HTA-Bericht)</b> .....           | <b>15</b> |
| <i>Heinze, Cornelia</i>  |           |
| <b>Auswirkungen von systematischen Übersichtsarbeiten der Sturzprophylaxe auf Forschung und Praxis (Auswirkungen des HTA-Berichts)</b> ..... | <b>17</b> |
| <i>Klakow-Franck, Regína</i>   |           |
| <b>HTA: Nutzen für unser Gesundheitswesen</b> .....  | <b>18</b> |
| <i>Korczak, Dieter</i>   |           |
| <b>Prävention und Screening von MRSA-Infektionen in Deutschland (HTA-Bericht)</b> .....  | <b>19</b> |
| <i>Lühmann, Dagmar</i>   |           |
| <b>Patient-Reported Outcomes (PRO): Parameter der Nutzenbewertung (Weiterbildung)</b> .....  | <b>20</b> |
| <i>Lühmann, Dagmar</i>   |           |
| <b>Sturzprophylaxe – die ökonomische Sicht</b> .....   | <b>22</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Meyer, Gabriele</i>   |           |
| <b>Warum brauchen wir eine gute Sturzprophylaxe? .....</b>   | <b>23</b> |
| <i>Parhofer, Klaus</i>   |           |
| <b>Problemkreis Hypertonie und Typ-2-Diabetes .....</b>  | <b>24</b> |
| <i>Popp, Walter</i>  |           |
| <b>Auswirkungen des HTA-Berichts: Prävention und Screening von<br/>MRSA-Infektionen in Deutschland .....</b> | <b>25</b> |
| <i>Quellmann, Susanne</i>  |           |
| <b>Das Versandapothekenregister beim DIMDI (Weiterbildung).....</b>  | <b>26</b> |
| <i>Rüther, Alric</i>   |           |
| <b>HTA-Akteure in Deutschland .....</b>  | <b>27</b> |
| <i>Schräder, Peter (ersetzt durch Martin Stockheim)</i>  |           |
| <b>Welche Chancen bieten Register? .....</b>   | <b>28</b> |
| <i>Schrappe, Matthias</i>  |           |
| <b>HTA im Jahr 2020 .....</b>  | <b>29</b> |
| <i>Stüwe, Heinz</i>  |           |
| <b>Bedarf an wissenschaftsbasierter Gesundheitspolitik .....</b>   | <b>30</b> |
| <i>Thaler, Martin</i>  |           |
| <b>Auswirkungen des HTA-Berichts: Gelenkendoprothesenregister .....</b>                                      | <b>31</b> |
| <i>Weber, Stefanie</i>   |           |
| <b>Die Verschlüsselung von Diagnosen (Weiterbildung) .....</b>   | <b>32</b> |
| <i>Wenchel, Hans-Martin</i>  |           |
| <b>Infektionen im Krankenhaus – ein Überblick .....</b>  | <b>33</b> |
| <b>Liste der Referenten .....</b>  | <b>34</b> |
| <b>HTA-Berichte des DIMDI (in chronologischer Reihenfolge) .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>Projekte in Bearbeitung (Stand März 2010) .....</b>   | <b>41</b> |
| <br>   |           |
| Anhang: Basisinformation Health Technology Assessment  |           |

## Vorwort

Die Frage „Alles nichts ohne Evidenz“ bildet den Dreh- und Angelpunkt unseres 10. Symposiums Health Technology Assessment (HTA): Konkrete gesundheitsrelevante Maßnahmen unter dem Aspekt der Evidenz stehen zur Diskussion. Ausgangspunkt sind aktuelle HTA-Berichte. Darüber hinaus wirft das Symposium auch einen Blick auf die Entwicklung von HTA und seine Rolle für Politik und Gesundheitswesen.

Hohe Relevanz im medizinischen Alltag haben beispielsweise Themen wie Prävention und Screening von MRSA-Infektionen sowie sinnvolle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Diese Themen diskutieren wir anhand von HTA-Berichten und deren Auswirkungen. Endoprothesenregister, die sich in einigen Ländern bereits etabliert haben, beleuchten beispielhaft das Potenzial von Registern für mehr Transparenz und höhere Therapiequalität. Ein weiterer Block befasst sich mit dem möglichen Einfluss von Medikamenten gegen Bluthochdruck auf Typ-2-Diabetes.

In dem bewährten Teil Weiterbildung geht es um Patienten-abhängige Parameter der Nutzenbewertung und wirksame Werkzeuge für eine verbesserte Studienqualität. Darüber hinaus stellen wir das Versandapothekenregister sowie die Verschlüsselung von Diagnosen beim DIMDI vor.

Wir freuen uns auf angeregte Diskussionen!

Ihr DAHTA-Team

## Chancen durch Sturzprophylaxe für Sturzrate und Folgen? (HTA-Bericht)

*Balzer, Katrin*

### Hintergrund und Ziel

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko zu stürzen und sich hierbei Verletzungen zuzuziehen (1, 2). Letztere können mit erheblichen gesundheitlichen und finanziellen Konsequenzen für die betroffenen Personen und für die Gesellschaft einhergehen. Zwar existiert inzwischen eine Vielzahl von Assessmentverfahren und Interventionen zur Sturzprophylaxe, deren Nutzen wird allerdings kontrovers diskutiert. Vor diesem Hintergrund lautete der (Teil)Auftrag für das noch laufende HTA-Projekt: Die Bewertung der medizinischen Effektivität von Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bei älteren, in der eigenen Häuslichkeit oder in Institutionen der stationären Langzeitversorgung lebenden Menschen.

### Methodik

Die Fragestellung wird in einer systematischen Literaturübersicht bearbeitet. Die Recherche umfasste 31 Literaturdatenbanken und den Zeitraum von 2003 bis 2008. Zur Bewertung der Wirksamkeit von Interventionen wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und systematische Übersichtsarbeiten (SR) über RCT-Ergebnisse eingeschlossen, für die Evaluation von Assessmentverfahren wurde zusätzlich auf prospektive Diagnosestudien zurückgegriffen. Aufgrund der Heterogenität der aufgefundenen Studien wurde auf die quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse in Form von Metaanalysen verzichtet. Die hier referierten Ergebnisse sind bei noch laufenden Arbeiten als vorläufig zu betrachten.

### Vorläufige Ergebnisse

Die Literaturrecherche ergab 4910 Publikationen, von denen 86 den Einschlusskriterien entsprachen (13 SR, 33 RCT und 9 prospektive Studien). Mit Abstand am häufigsten untersucht sind Übungen zur Förderung motorischer Funktionen (4 SR über 27 RCT, weitere 13 RCT), gefolgt von multifaktoriellen Interventionen (7 SR über 33 RCT, 3 weitere RCT), der Substitution von Vitamin D (5 SR über 16 RCT, 6 weitere RCT) und der Überlassung von Hüftprotektoren (2 SR über 15 RCT, 1 weiteres RCT). Der größte Teil der Studien bezieht sich auf in der eigenen Häuslichkeit lebende Menschen, mit Ausnahme der Studien zu den Hüftprotektoren.

Für keine der untersuchten Interventionen wurden konsistente Effekte gefunden. Verfügbare Ergebnisse sind oft aufgrund limitierter methodischer Qualität der zugrunde liegenden Studien (nicht auszuschließender Selektions-/Allokations- und Informationsbias, hohe Raten vorzeitig ausgeschiedener Teilnehmer, zu kleine Studienpopulationen) und/oder wegen ausgeprägter Heterogenität hinsichtlich der untersuchten Populationen, der Durchführung der Interventionen, der Compliance und des gewählten Endpunktes schwer interpretierbar.

### Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen der bisher analysierten Studien lassen sich keine klaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der klinischen Effektivität sturzprophylaktischer Interventionen ableiten. Zur Generierung aussagekräftiger Daten scheint in einigen Bereichen die Durchführung weiterer methodisch hochwertiger Studien (mit adäquater Randomisierung und klinisch relevanten, valide und reliabel erfassten Endpunkten) unumgänglich. Darüber hinaus bedarf es fortgeschrittener Methoden der quantitativen und qualitativen Informationssynthese (3, 4), um die hochgradige Heterogenität der Studien und die Komplexität der zu bewertenden Interventionen angemessen zu berücksichtigen. Einige spezifische Anforderungen an die Informationssynthese werden im Rahmen dieses Beitrages diskutiert.



## Literatur

- (1) Heinze C, Halfens RJ, Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. J Clin Nurs 2007; 16(3):495-501.
- (2) Oliver D. Older people who fall: why they matter and what you can do. Br J Community Nurs 2007; 12(11):500-507.
- (3) Sutton AJ, Higgins JP. Recent developments in meta-analysis. Stat Med 2008; 27(5):625-650.
- (4) Sutton AJ, Cooper NJ, Jones DR. Evidence synthesis as the key to more coherent and efficient research. BMC Med Res Methodol 2009; 9:29.

# HTA-Methodik: Einsatz von Checklisten für die Studienqualität im deutschsprachigen Raum (Weiterbildung)

*Dreier, Maren*

## Einleitung

Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien sind Grundlage für evidenzbasierte gesundheitspolitische Entscheidungen. Zur Einschätzung der Glaubwürdigkeit von Studien sind Bewertungen der Studienqualität immanenter methodischer Bestandteil von systematischen Reviews und HTA-Berichten. Ziel ist die Darstellung und der Vergleich vorhandener Qualitätsbewertungsinstrumente (QBI) für Studien zur Wirksamkeit von Interventionen.

## Methoden

Es wird eine systematische Recherche in einschlägigen Datenbanken ab 1988 durchgeführt, ergänzt um eine Durchsicht der Referenzen sowie eine Internetrecherche. Die Literaturrecherche, Datenextraktion und Qualitätsbewertung wird von zwei unabhängigen Reviewern vorgenommen. Es werden Skalen, Checklisten und Komponentenbewertungen unterschieden. Die inhaltlichen Elemente der QBI werden mit modifizierten Kriterienlisten (1), bestehend aus Items und Domänen spezifisch für randomisierte Studien, Beobachtungsstudien, Diagnosestudien, systematische Übersichtsarbeiten und gesundheitsökonomische Studien extrahiert. Anhand der Anzahl abgedeckter Items und Domänen werden umfassendere von weniger umfassenden Instrumenten unterschieden.

## Ergebnisse

Es werden insgesamt acht systematische, methodische Reviews und HTA-Berichte sowie 147 Instrumente identifiziert: 15 für systematische Übersichtsarbeiten, 80 für randomisierte Studien, 30 für Beobachtungsstudien, 17 für Diagnosestudien und 22 für gesundheitsökonomische Studien. Die Instrumente variieren deutlich hinsichtlich der Inhalte, deren Ausprägung und Güte der Operationalisierung. Einige Instrumente enthalten neben Items zur internen Validität auch Items zur Berichtsqualität und zur externen Validität. Kein Instrument deckt alle abgefragten Kriterien ab. Designspezifisch werden generische Instrumente ermittelt, die die meisten inhaltlichen Kriterien abdecken.

## Diskussion

Die Bewertung von QBI anhand inhaltlicher Kriterien ist schwierig, da kein wissenschaftlicher Konsens über notwendige Elemente der internen Validität bzw. nur für einen Teil der allgemein akzeptierten Elemente ein empirischer Nachweis besteht. Der Vergleich anhand inhaltlicher Parameter vernachlässigt die Operationalisierung der einzelnen Items, deren Güte und Präzision wichtig ist für Transparenz, Replizierbarkeit, die korrekte Bewertung sowie die Interrater-Reliabilität. QBI, die Items zur Berichtsqualität und internen Validität vermischen, sind zu vermeiden.

## Schlussfolgerungen

Es stehen unterschiedliche, designspezifische Instrumente zur Verfügung, die aufgrund ihrer umfassenderen inhaltlichen Abdeckung von Elementen der internen Validität bevorzugt zur Qualitätsbewertung eingesetzt werden können. Wichtig ist eine ausführliche und präzise Operationalisierung der einzelnen Elemente zur Minimierung der Subjektivität der Bewertung. Weitere Forschung ist erforderlich, um Studiencharakteristika zu identifizieren, die die interne Validität von Studien beeinflussen.

## Literatur

1. West S, King V, Carey TS, Lohr KN, McKoy N, Sutton SF, Lux L. Systems to rate the strength of scientific evidence. *Evid.Rep.Technol.Assess.* 2002; [47]: 1-11.

## **Auswirkungen des HTA-Berichts: Wie beeinflussen Medikamente gegen Bluthochdruck den Typ-2-Diabetes?**

***Eckert, Siegfried***

Die medikamentöse Behandlung chronischer Erkrankungen sollte nebenwirkungsarm sein und langfristig keine negativen Auswirkungen auf andere Risikofaktoren oder Erkrankungen haben. Dies kommt u. a. im Begriff „Stoffwechselneutralität“ zum Ausdruck.

Die medikamentöse Behandlung der arteriellen Hypertonie ist in der Regel lebenslang und erfordert häufig eine Dosisanpassung und Erweiterung, da die Blutdruckwerte aufgrund von Alterungsprozessen der Gefäße und neu aufgetretener Begleiterkrankungen ansteigen. Bluthochdruck und Typ-2 Diabetes mellitus sind häufig vereint, hier sind die Blutdruckzielwerte um 10 mmHg systolisch und diastolisch niedriger. Dies bedeutet häufig eine Kombination verschiedener Wirkstoffgruppen. Kann die Manifestation eines Typ-2 Diabetes beim Hypertoniker verhindert oder auf einen späteren Zeitpunkt „hinausverzögert“ werden, so werden logischerweise Behandlungskosten eingespart, da auch Folgekomplikationen verhindert werden oder später auftreten.

Behandlungen mit Betablockern und/oder Diuretika können zur frühzeitigen Manifestation eines Typ-2 Diabetes mellitus beim Hypertoniker mit Prädiabetes beitragen. Dies ist durch viele Studien belegt. Da Studien über kurze Zeit durchgeführt werden (durchschnittlich 4-5 Jahre), sind häufig Einflussnahmen der unterschiedlichen Wirkstoffgruppe auf die Entwicklung von Folgeerkrankungen schwer abzubilden. Kosten- Nutzenberechnungen werden selten durchgeführt.

Bei Patienten mit Prädiabetes (erhöhte Nüchtern glukose, gestörte Glukosetoleranz) mit oder ohne metabolischem Syndrom sollte die Manifestation eines Typ-2 Diabetes mellitus, aufgrund der assoziierten Morbidität, Mortalität und Kostenexplosion verhindert oder mindestens verzögert werden. Die wirksamste Strategie liegt in der Auswahl der Antihypertonika. Einnahme von Diuretika über 5 Jahre gegenüber sogenannten RAAS-Hemmern (ACE-Hemmer oder AT1-Antagonisten) vervierfacht die Inzidenz des Diabetes. Werden 10 Millionen Hypertoniker mit Prädiabetes in Deutschland primär mit einem Diuretikum behandelt, so hat dies ca. 110.000 Neuerkrankungen an Diabetes zur Folge, die bei Behandlung mit einem RAAS-Hemmer hätten vermieden werden können.

Häufig sind zum Erreichen der Zielblutdruckwerte beim Diabetiker Kombinationen verschiedener Wirkstoffgruppen erforderlich. Auch hier schneiden Diuretika als Kombinationspartner ungünstig ab.

Der HTA-Bericht zeigt die Vor- und Nachteile verschiedener Wirkstoffgruppen in der antihypertensiven Behandlung von Patienten mit Prädiabetes auf. In der Umsetzung müssen die Langzeitauswirkungen auf Komorbidität und Risikofaktorenkonstellationen hervorgehoben werden. Im Vergleich sollte der Einsatz stoffwechsleneutraler Antihypertensiva (RAAS-Hemmer, Kalziumantagonisten) langfristig Behandlungskosten reduzieren und die Lebensqualität der Patienten erhöhen helfen. Langzeitstudien mit Kosten-Nutzenanalysen sind zu fordern.

## Visionen und Realität von HTA

*Fritze, Jürgen*

HTA soll rationale, evidenzbasierte medizinische Entscheidungen ermöglichen, um gerechte Versorgung bei Kosteneffektivität in der Medizin sicherzustellen. HTA ist unparteiisch, transparent, systematisch, bürger-/patientenzentriert. HTA berücksichtigt neben der best-verfügbaren Evidenz zu allen Gesundheitstechnologien (also Prävention, Rehabilitation, Impfungen, Arzneimittel, Medizinprodukte, konservativ-medizinische und chirurgische Prozeduren, Versorgungssysteme) die rechtlichen, sozialen und ethische Implikationen der Verbreitung, Organisation und Anwendung von Gesundheitstechnologien, um beste Praxis im Interesse von Qualität, Sicherheit und Effizienz der Versorgung zu fördern.

DAHTA-DIMDI ist im internationalen Vergleich recht jung (2000). DAHTA gehört dem International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) mit 46 Mitgliedsagenturen aus 26 Ländern sowie dem European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) an. Zum Wesen des HTA gehört die internationale Kooperation, auch im Interesse der Effizienz.

DAHTA hat seit 2000 jährlich etwa 12 HTA-Berichte erstellt, kumuliert bis 2009 132; dabei wurden 193 Themenvorschläge mangels Relevanz oder Ressourcen nicht umgesetzt. Die DAHTA-Website wird etwa 30.000-mal im Monat besucht, mit etwa 16.000 Downloads, darunter führend „Minimal-invasive Verfahren zur Behandlung des Bandscheibenvorfalles“ (2005).

Organisation, Kompetenzen und Ausstattung von HTA-Agenturen variieren international beträchtlich. Gemäß EUnetHTA Handbook on Health Technology Assessment Capacity Building (10/2008) entspricht DAHTA grundsätzlich den EUnetHTA-Empfehlungen. Das gilt auch für den HTA-Prozess von der Themenauswahl bis zur Implementierung. DAHTA gehört zu den etwa 50%, die einem systematischen Priorisierungsverfahren (Delphi) bei der Themenauswahl folgen, dessen Methodik evidenzbasierter Fortentwicklung bedarf. Wie sich das Themenprofil bei DAHTA international vergleicht, ist nicht ohne weiteres erkennbar. International führen Arzneimittel gefolgt von medizinischen Verfahren und Medizinprodukten. Im internationalen Vergleich fällt auf, dass DAHTA über HTA-Berichte hinaus wenig andere Produkte und Dienstleistungen liefert. Inwieweit DAHTA im internationalen Vergleich die Adressaten von HTA erreicht, ist nicht erkennbar.

Besondere Qualität von DAHTA liegt in der Unabhängigkeit als staatliches Institut. Als Visionen ergeben sich: HTA-Themen werden stärker wissenschaftlich fundiert und wertebasiert priorisiert, HTA-Berichte liegen zu „allen“ Versorgungsfragen anwendbar auf das deutsche Gesundheitswesen vor und werden auch international genutzt, spiegeln „tagesaktuell“ die Evidenz wider, beeinflussen nachweislich politischen Entscheidungen und das Handeln aller anderen Stakeholder einschließlich der Bürger/Patienten. Sie beeinflussen nachweislich die Forschung. HTA-Prozess und HTA-Impact werden vermehrt evaluiert und systematisch optimiert (PDCA-Zyklus), das Networking mit internationalen HTA-Organisationen wird stärker erkennbar, auch als Benchmarking der HTA-Organisationen.

## Wie beeinflussen Medikamente gegen Bluthochdruck den Typ-2-Diabetes? (HTA-Bericht)

*Grimm, Christine; Köberlein, Juliane*

### Hintergrund

Ungefähr 15 bis 25 % der erwachsenen Bevölkerung leiden weltweit unter einem krankhaften Bluthochdruck. Individuen mit erhöhtem Blutdruck erkranken häufiger an einem Typ-2-Diabetes mellitus, was bislang auf die Risikofaktoren Übergewicht und Fettleibigkeit zurückgeführt wurde, die bei Hochdruckerkrankten häufig anzutreffen sind.

In neueren Studien konnte beobachtet werden, dass die Entwicklung des Typ-2-Diabetes mellitus durch Medikamente zur Behandlung des Blutdrucks beeinflusst werden. Im Rahmen eines HTA-Berichts wurden folgende Forschungsfragen untersucht:

Welche Wirkstoffgruppen zur Behandlung der Hypertonie fördern die Entwicklung bzw. Manifestation eines Typ-2-Diabetes mellitus? Mit welcher Inzidenz tritt der behandlungsinduzierte Typ-2-Diabetes mellitus auf und wie ist er klinisch zu bewerten? Welche Wirkstoffgruppen sind daher langfristig kosteneffektiv?

### Methodik

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken des DIMDI sowie eine Handrecherche durchgeführt. Eingeschlossen wurden Studien einschließlich gesundheitsökonomischer Studien und systematische Übersichtsarbeiten mit mindestens zehn Teilnehmern, die im Rahmen der medikamentösen Behandlung der Hypertonie unter ACE-Hemmer, ARB, Diuretika, Betablocker, Alphablocker oder Kalziumantagonisten einen Typ-2-Diabetes mellitus entwickeln.

### Ergebnisse

Insgesamt 34 Publikationen erfüllten die zuvor definierten Einschlusskriterien. Die Studien wiesen einen signifikanten Unterschied in der Entwicklung des Typ-2-Diabetes mellitus unter antihypertensiver Behandlung auf, eine höhere Inzidenz kann für Diuretika und/oder Betablocker gezeigt werden. Eine mögliche präventive Wirkung haben die Wirkstoffgruppen ACE-Hemmer und ARB. Sie zeigen im Vergleich zu den anderen Wirkstoffgruppen die geringste Inzidenz. Die Kalziumantagonisten nehmen eine neutrale Position ein. Die Inzidenz des behandlungsinduzierten Typ-2-Diabetes mellitus hängt von der Wirkstoffgruppe ab und unterscheidet sich in den einzelnen Publikationen. Auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten gibt es Hinweise, dass eine Behandlung mit den „neueren“, aber teureren Antihypertensiva der Wirkstoffgruppe der Angiotensin-Rezeptorantagonisten allein oder in Kombination mit einem Kalziumantagonisten langfristig kosteneffektiver ist als die Behandlung mit den günstigen Diuretika allein oder in Kombination mit Betablocker. Ökonomische Analysen zur Kosteneffektivität von ACE-Hemmern versus Diuretika und/oder Betablockern wurden nicht identifiziert.

### Fazit

Die antihypertensive Behandlung hat einen wesentlichen Einfluss auf den Anteil der Diabetesentstehungen, wobei die Inzidenz bei Patienten unter Diuretika oder Betablockertherapie wesentlich höher ist im Vergleich zu Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer und ARB. Dieser Effekt verstärkt sich, wenn beide Wirkstoffgruppen kombiniert werden. Die Studienergebnisse der im Rahmen dieses HTA-Berichts identifizierten Publikationen stellen eine klinisch bedeutsame Limitation in der Anwendung dieser Wirkstoffgruppen in der Behandlung der Hypertonie dar. Auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten lassen die ökonomischen

Publikationen, die im Rahmen dieses Berichts identifiziert worden sind, vermuten, dass die neueren Antihypertensiva (ARB, Kalziumantagonisten) im Vergleich zu Betablockern und Diuretika langfristig im Hinblick auf die reduzierte Diabetesinzidenz kosteneffektiv sind. Für Deutschland allerdings liegen bisher keine Daten vor, die die Kosten-Effektivität von Antihypertensiva hinsichtlich der Diabetesentstehung untersuchen. Um dieses ausreichend beurteilen zu können, werden Studien bzw. Modelle benötigt, die eine ausreichende Beobachtungsphase berücksichtigen, so dass auch kardiovaskuläre Ereignisse, die nicht nur durch die Hypertonie, sondern auch durch die Entstehung eines Diabetes mellitus hervorgerufen werden, einbezogen werden können.

# Gelenkendoprothesenregister: International existierende Register und Schlussfolgerungen für Deutschland (HTA-Bericht)

*Hagen, Anja*

## **Wissenschaftlicher Hintergrund**

Die Zahlen der Gelenkersatzoperationen in Deutschland sind hoch. Die Einführung eines Gelenkendoprothesenregisters verspricht einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung zu leisten.

## **Fragestellung**

Der vorliegende Bericht analysiert, welche relevanten Gelenkendoprothesenregister international existieren, wie diese organisiert und ausgestaltet sind, welcher Nutzen bzw. Kosten-Nutzen bekannt ist und welche juristischen, ethischen und sozialen Implikationen existieren.

## **Methodik**

Für den Bericht werden eine systematische Literaturrecherche in medizinischen Datenbanken MEDLINE, EMBASE etc. im September 2008 und eine ausgedehnte Handsuche durchgeführt. Die Bewertung berücksichtigt Dokumente, die Register für Gelenkendoprothesen und/oder ihre Relevanz beschreiben sowie diesbezügliche juristische, ethische und soziale Aspekte beurteilen. Die wichtigsten Informationen werden extrahiert und wiedergegeben.

## **Ergebnisse**

Es werden Angaben über 30 Gelenkendoprothesenregister in 19 Ländern sowie über ein internationales Gelenkendoprothesenregister identifiziert.

Die meisten der Register werden von den nationalen orthopädischen Gesellschaften verwaltet, andere von den Gesundheitsbehörden oder in der Kooperation miteinander. Die Finanzierung erfolgt am häufigsten über die Regierung, seltener über andere Quellen.

Die Beteiligung der Orthopäden bei der Datenerfassung erfolgt in den meisten Ländern freiwillig. Das Einverständnis der Patienten ist in vielen Ländern erforderlich. Die eindeutige Patientenidentifikation kann in fast allen Registern gesichert werden.

Die jeweils verwendeten Datensätze bestehen aus Patienten- und Klinikidentifikatoren, Angaben zu Diagnose, durchgeführtem Eingriff, Operationsdatum und eingesetztem Implantat. Die Anwendung von klinischen Scores, patientenberichteten Fragebögen und radiologischer Dokumentation ist selten.

Methoden der Datendokumentation und -übermittlung sind die Papierform, die elektronische Eingabe bzw. das Scannen der Daten mithilfe von Strichcodierungen. Die Datenvollständigkeit wird meistens überprüft, ebenso die Datenvalidierung.

Die meisten Register liefern Ergebnisse der Datenauswertung an die behandelnden Orthopäden bzw. Kliniken, erstellen Jahresberichte und veröffentlichen wissenschaftliche Artikel bzw. Präsentationen.

Auswirkungen der Gelenkendoprothesenregister auf die klinische Praxis und gesundheitspolitische Entscheidungen sind in einigen Ländern in der Zeit nach der Einführung dieser Register dokumentiert. Auch ein Einfluss auf Kostenersparnisse im Gesundheitswesen wird berichtet.

### **Diskussion**

Die wichtigsten juristischen, und auch ethischen, Aspekte sind der Datenschutz der Patienten sowie das erforderliche Patienteneinverständnis. Die Einbeziehung der Ärzte zur Teilnahme an der Datenerfassung ist eine weitere organisatorische und juristische Herausforderung. Die auf eine 100-prozentige Datenerfassung abzielende Definition der Register soll keine Benachteiligung für bestimmte Patientengruppen mit sich bringen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Gelenkendoprothesenregister verfügen über ein großes medizinisches und gesundheitsökonomisches Nutzenpotenzial. Vor der Einführung eines Registers sollen vor allem die Fragen des Datenschutzes der Patienten und der Finanzierung der Register geklärt werden.



# Auswirkungen von systematischen Übersichtsarbeiten der Sturzprophylaxe auf Forschung und Praxis (Auswirkungen des HTA-Berichts)

Heinze, Cornelia

## 1. Implikationen für die Forschung

- a. Die Aussagekraft systematischer Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen hängt von der Qualität der einbezogenen Studien ab. Aus diesem Grunde sollten die Empfehlungen von ProFaNE (Prevention of Falls Network Europe) bei der Planung von Studien zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen berücksichtigt werden (Lamb et al., 2005).
- b. Ob eine Studie hochwertig ist, kann nur beurteilt werden, wenn sie angemessen beschrieben wurde. Detaillierte Empfehlungen der CONSORT-Gruppe (Consolidated Standards of Reporting Trials) zu verschiedenen Studientypen liegen vor (z.B. Boutron et al., 2008; Campbell et al., 2004) und sollten größere Verbreitung finden.

## 2. Implikationen für Leitlinien- und Standardentwickler

- a. Die nicht mehr gültige Leitlinie „Ältere Sturzpatienten“ der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2004) und der Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2006) sollten auf der Grundlage der neuesten Cochrane-Reviews (Gillespie et al., 2009, Cameron et al., 2010) und des HTA-Berichtes „Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung“ (voraussichtlich zweite Hälfte 2010) aktualisiert werden.
- b. Insbesondere im Expertenstandard für die Pflege sollte anhand der aktuellen Evidenz von einem Setting übergreifenden Ansatz abgerückt werden, da sich Empfehlungen für ältere Menschen unterscheiden können, abhängig davon, ob sie zu Hause oder in einem Pflegeheim leben oder in einem Krankenhaus behandelt werden.

## 3. Implikationen für die Versorgungspraxis am Beispiel Bewegungsübungen

Eine systematische Übersicht internationaler Studien ergab, dass Bewegungsübungen, die mehrere Komponenten beinhalten wie beispielsweise Gang- und Balanceübungen **und** Krafttraining, zu einer Reduzierung des Sturz- und Frakturrisikos bei zu Hause lebenden älteren Menschen führen (Gillespie et al., 2009). In Deutschland sind solche Angebote regional und je nach Kostenträger sehr unterschiedlich und für die Verbraucher schwer zu überblicken. Hausärztlichen Praxen, ambulante Pflegedienste und Pflegeberatungsstellen wären geeignet, diesbezüglich individuelle Beratungen durchzuführen.

## Literatur

- Boutron I, Moher D, Altman D, Schulz K, Ravaud P. Methods and Processes of the CONSORT Group: Example of an Extension for Trials Assessing Nonpharmacologic Treatment. *Ann Intern Med.* 2008;148:W-60-W-66.
- Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art.No.:CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub2.
- Campbell M, Elbourne D, Altman D. CONSORT statement: extension to cluster randomized trials. *BMJ* 2004;328:702-708.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.). DEGAM-Leitlinie Nr. 4: Ältere Sturzpatienten. [www.degam.de/leitlinien/sturz\\_druck.pdf](http://www.degam.de/leitlinien/sturz_druck.pdf) (23.02.2010).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück, 2005.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for Preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art.No.:CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub2.
- Lamb S, Jorstad-Stein E, Hauer K, Becker C. Development of a Common Outcome Data Set for Fall Injury Prevention Trials: The Prevention of Falls Network Europe Consensus. *JAGS* 2008; 53:1618-1622.

## **HTA: Nutzen für unser Gesundheitswesen**

Klakow-Franck, Regina

## Prävention und Screening von MRSA-Infektionen in Deutschland (HTA-Bericht)

*Korczak, Dieter*

### **Zielsetzung**

Die Ermittlung effektiver Präventions- und Screeningmaßnahmen zur Eindämmung oder Verhinderung von MRSA-Infektionen in Krankenhäusern.

### **Vorgehensweise**

Systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken werden 1.508 Artikel identifiziert, die sich ab 2005 mit dem Thema befassen. Für den HTA-Bericht werden 45 Studien ausgewählt, die den Qualitätsanforderungen entsprechen.

### **Ergebnis**

Es werden 45 Studien identifiziert, die den Qualitätsanforderungen entsprechen. Zentrales Ergebnis des HTA-Berichts ist, dass Präventions- und Kontrollmaßnahmen in der Verhütung von MRSA-Infektionen im Krankenhaus effektiv sind, selbst in Anbetracht der unzureichenden Qualität der Mehrzahl der vorhandenen Studien.

### **Diskussion**

Einrichtung und Kontrolle von Hygienemaßnahmen erweisen sich in mehreren Studien im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen als effektiv. Im Detail kann nicht nachgewiesen werden, welche der Hygienemaßnahmen (Handschuhe, Händewaschen, Kittel tragen, Mundschutz etc.) den signifikant höchsten Anteil an der Reduktion der MRSA-Rate hat. Irritierend sind die stark unterschiedlichen Compliance-Raten bei der Händehygiene. Eine generelle Dekolonisation erscheint fragwürdig, zum einen aufgrund der damit für Patienten verbundenen Nebenwirkungen, zum anderen aufgrund des offenbar vorhandenen hohen Anteils an Spontanremissionen, zum dritten aufgrund des differenzierten Ablaufs von einer Kolonisation zur Infektion. Die Durchführung differenzierter Screeningmaßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen endemischen Situation und der Einsatz von Antibiotikakontrollmaßnahmen scheinen ebenfalls effektiv zu sein. Stärker zu berücksichtigen ist zukünftig, dass MRSA-Infektionen und Isolationsmaßnahmen zu einer psychosozialen Belastung von Patienten führen.

Mehrfach sind Hawthorne-Effekte beobachtet worden. Dazu gehört auch, dass offenbar allein bereits der Wettbewerb zwischen Krankenhausabteilungen und Krankenhäusern, fallende MRSA-Infektionsraten zu erzielen, ein entsprechendes Ergebnis hervorruft.

### **Schlussfolgerung**

Selektive Screeningmaßnahmen von Risikopatienten unter Berücksichtigung der jeweiligen MRSA-Prävalenz sind zu befürworten. Der Einsatz von Schnelltests scheint nur bei Risikopatienten und einer hohen MRSA-Prävalenz effektiv zu sein. Die Verbesserung der Händehygiene-Compliance sollte Grundlage jeglicher Präventionsstrategie sein. Mitarbeiterschulungen (mit Rückkopplungsmechanismen) erweisen sich als effektiv, um eine verbesserte Compliance-Rate zu erzielen sowie den Antibiotikaeinsatz zu optimieren. Hierzu gehört auch die Einrichtung von Antibiotikamanagementprogrammen.

Da offenbar durch multimodale Ansätze übersummativ Wirkungseffekte erzielt werden, ist die Zusammensetzung des Katalogs der Präventions- und Kontrollmaßnahmen weiter zu evaluieren. Die psychosozialen Effekte einer MRSA-Infektion sind in Deutschland völlig unzulänglich erforscht. Zur Beurteilung des Risikomanagements von Krankenhäusern liegen nur punktuelle Informationen vor.

## Patient-Reported Outcomes (PRO): Parameter der Nutzenbewertung (Weiterbildung)

*Lühmann, Dagmar*

### Hintergrund und Zielsetzung

„Patient-Reported Outcome“ wird als Oberbegriff für unterschiedliche Konzepte zur Messung subjektiv empfundener Therapieeffekte verwendet, deren Gemeinsamkeit ist, dass die Einschätzung des Gesundheitszustandes vom betroffenen Patienten selbst berichtet wird. Um den Stellenwert von PRO im Kontext von HTA-Verfahren zu beschreiben wird zunächst eine Übersicht über Konzepte, Klassifikationen und methodische Messansätze erstellt. Diese wird ergänzt um eine empirische Analyse von klinischen Studien und HTA-Berichten mit dem Ziel, Art, Häufigkeit und Konsequenzen der verwendeten PRO zu dokumentieren.

### Methodik

Beide Fragestellungen wurden mithilfe von systematischen Literaturübersichten bearbeitet. Für den methodischen Teil wurde in den medizinnahen Datenbanken des DIMDI mit einer aus drei Modulen bestehenden Recherchestrategie im Zeitraum von 1990-2009 recherchiert. Die Recherche nach randomisierten klinischen Studien (RCT) zu den Krankheitsbildern rheumatoide Arthritis (RA) und Mammakarzinom erfolgte ebenfalls in den Datenbanken des DIMDI im Zeitraum 2005-2009. Die Recherche nach HTA-Berichten und –Methodenpapieren umfasste die Datenbanken des CRD und Handsuchen. Für alle Fragestellungen wurden spezifische Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturselektion definiert, auf eine Bewertung der methodischen Publikationsqualität wurde angesichts der Art der Fragestellungen verzichtet. Die Informationsextraktion erfolgte für den methodischen Teil strukturiert durch die Kapitelgliederung, für den empirischen Teil in Extraktionsbögen. Alle Informationen wurden qualitativ beschreibend zusammengefasst.

### Vorläufige Ergebnisse

Aus den Recherchen konnten 158 Dokumente zur Bearbeitung der methodischen Fragestellungen (87 Dokumente zu Definition/Klassifikation; 125 Dokumente zur Operationalisierung) und 225 RCT (77 RA, 148 Mammakarzinom) sowie 40 HTA-Berichte zur Bearbeitung der empirischen Fragestellungen gewonnen werden. Die Analysen zu Definitionen bestätigen PRO als Oberbegriff für eine Vielzahl patientenberichteter Zielgrößen. Das neueste Klassifikationssystem (1) ermöglicht die Einordnung der PRO nach Konstrukt, Population und Messung. Ausführungen zur Operationalisierung beziehen sich auf den Konzeptrahmen, die Instrumentenentwicklung, -eigenschaften und -modifikationsmöglichkeiten. Von 73 Publikationen zur Antikörpertherapie der RA verwenden 14 ausschließlich PRO, 39 gemischte Zielgrößen (ACR, DAS) und 14 rein klinische bzw. radiologische Parameter als primäre Outcomes. Von 129 Studien zur Chemotherapie des Mammakarzinoms dagegen verwenden nur 7 PRO als primäre Zielgröße, in 87 Publikationen werden klinische Parameter (Überlebenszeit, Tumoransprechen, Progression) verwendet. Abweichungen von der Gesamtzahl resultieren aus ungenauen Angaben der Zielgrößen. Diese Verteilung spiegelt sich auch in den analysierten HTA-Berichten wider. In den Berichten zur RA werden durchweg PRO Zielgrößen berichtet, während in den Berichten zum Mammakarzinom dies in knapp der Hälfte der Publikationen der Fall ist.

### **Schlussfolgerungen**

Für die Definition und Klassifikation von PRO existieren inzwischen schlüssige Konzepte, zu deren Umsetzung die Operationalisierung wissenschaftlichen Kriterien genügen muss. Die Häufigkeit und Art der in klinischen Studien verwendeten PRO variiert in Abhängigkeit vom untersuchten Krankheitsbild. Im Kontext von HTA wird die Notwendigkeit zur Erfassung von PRO allerdings proaktiv wahrgenommen, im Falle fehlender Daten wird Forschungsbedarf formuliert.

### **Literatur**

- (1) Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Quality of life Research* 2008; 17(9): 1125.

## Sturzprophylaxe – die ökonomische Sicht

*Lühmann, Dagmar*

### Hintergrund und Ziel

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko zu stürzen und sich hierbei Verletzungen zuzuziehen – mit erheblichen gesundheitlichen und ökonomischen Konsequenzen für die betroffenen Personen und für die Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund lautete ein Teilauftrag für das noch laufende HTA-Projekt, die ökonomischen Auswirkungen sturzprophylaktischer Maßnahmen bei älteren, in der eigenen Häuslichkeit oder in Institutionen der stationären Langzeitversorgung lebenden Menschen zu beschreiben.

### Methodik

Die Fragestellung wird in einer systematischen Literaturübersicht bearbeitet. Die Recherche umfasste 31 Literaturdatenbanken und den Zeitraum von 2003 bis 2008. Für die Auswertungen herangezogen wurden Kosten-Minimierungs-Analysen, Kosten-Effektivitäts-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen sowie Kosten-Nutzen-Analysen. Reine Krankheitskostenstudien wurden ausgeschlossen. Die Bewertung der methodischen Studienqualität wurde nach international gebräuchlichen Kriterien (1) von zwei Autoren unabhängig voneinander durchgeführt. Für die Diskussion der Übertragbarkeit wurden die Kriterien von Drummond et al. (2) verwendet. Die Ergebnisdarstellung erfolgte deskriptiv. Die hier referierten Ergebnisse sind bei noch laufenden Arbeiten als vorläufig zu betrachten.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 4910 Publikationen gefunden, von denen 86 für den gesamten HTA-Bericht eingeschlossen wurden. Den Einschlusskriterien für die ökonomischen Fragestellungen entsprachen die Teilergebnisse einer systematischen Literaturübersicht (die letztendlich aufgrund mangelnder Detailinformationen nicht verwertbar waren) sowie sieben ökonomische Evaluationsstudien. Zu den analysierten Interventionen gehören die Überlassung von Hüftprotektoren (3 Studien) sowie die Überprüfung und Modifikation der Wohnumgebung, die Medikationsanpassung, Kataraktoperationen und ein multifaktorielles Programm (je 1 Studie). Jeweils zwei Untersuchungen stammen aus den Niederlanden und aus Kanada, je eine aus Neuseeland, Großbritannien und Deutschland. Die methodische Qualität der Arbeiten ist, mit einer Ausnahme, akzeptabel. Dagegen sind bei allen ausländischen Evaluationen systembedingte Diskrepanzen zum bundesdeutschen Setting erkennbar, die eine direkte Übertragung der Ergebnisse auf den deutschen Kontext verhindern. Die einzige im deutschen Kontext (Pflegeheime) durchgeführte ökonomische Studie ergab für die Überlassung von Hüftprotektoren inkrementelle Kosten von 1.234 USD pro vermiedene Hüftfraktur (Verum vs. Kontrollgruppe), bezogen auf den Studienzeitraum von 18 Monaten.

### Schlussfolgerungen

Zum derzeitigen Stand der Erkenntnisse lassen sich die ökonomischen Auswirkungen sturzprophylaktischer Maßnahmen für das deutsche Gesundheitswesen nur sehr rudimentär beschreiben. Dies ist einerseits durch die inkonsistente Evidenzlage zur Wirksamkeit der Interventionen und andererseits durch die fehlende Übertragbarkeit von internationalen Daten bedingt. Es ist dringend zu empfehlen, geplante klinische Studien mit ökonomischen Datenerhebungen zu koppeln.

### Literatur

- (1) Drummond MF et al.: *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 3 ed. New York, 2005
- (2) Drummond M et al.: *Transferability of Economic Evaluations Across Jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force Report*. *Value in Health* 12(4):409-418, 2009

## Warum brauchen wir eine gute Sturzprophylaxe?

*Meyer, Gabriele*

Die Fülle der Publikationen im Bereich Sturzprävention ist kaum noch zu überschauen. Der kürzlich aktualisierte Cochrane Review zum Thema musste in zwei Reviews geteilt werden. Der Umfang der Studien war in einer einzelnen Übersichtsarbeit nicht mehr zu bewältigen. Zwar gibt es in Deutschland im Unterschied zu anderen europäischen und außereuropäischen Ländern bisher kein nationales Sturzpräventionsprogramm, doch werden vielerorts durch diverse Träger und Initiatoren Programme umgesetzt. Bei allem gut gemeinten Interventionalismus ernüchert jedoch der Blick auf die wissenschaftliche Beweislage. Die Programme haben selbst unter den kontrollierten Bedingungen hochwertiger klinischer Studien oftmals keinen überragenden Wirksamkeitsnachweis erbracht.

Die Intensivierung des Diskurses um Sturzprävention hat unmittelbare Nebenwirkungen. Kostenträger erstreiten juristisch die Behandlungskosten in Folge von Stürzen in pflegerischen Einrichtungen. Aus den USA wird sogar gemeldet, dass *Medicare* nunmehr nicht mehr die durch ein Sturzereignis im Krankenhaus anfallenden Kosten übernimmt. Der sturzpräventive Aktionismus beansprucht zudem Ressourcen für wissenschaftlich wenig abgesicherte, fragwürdige oder sinnlose Verfahrensweisen. Beispiele: Allerorten in pflegerischen Settings werden Instrumente zur Einschätzung des Sturzrisikos geführt, obwohl als gesichert gelten darf, dass die Skalen nicht nur unzureichend genau, sondern ohne Nutzen für den Patienten/Bewohner sind. In Pflegeheimen bieten Krankenkassen durch zugehende Trainer Kraft- und Balanceübungen an. Werbewirksam wird behauptet, man könne so sicher Hüftfrakturen verhindern. Die kürzlich publizierte Begleitevaluation mit fast 1400 Pflegeheimen hingegen belegt keine Reduktion der Hüftfrakturinzidenz. Paradoxerweise stehen natürliche Bewegungsangebote für alle Bewohner kaum im Mittelpunkt des Diskurses und bewegungshemmende freiheitsentziehende Maßnahmen werden weit verbreitet in den Heimen eingesetzt. Erhebliche Zweifel am Nutzen und der Notwendigkeit der in die Praxis implementierten und in wissenschaftlichen Studien evaluierten verengten Sturzpräventionskonzepte sind geboten. Es darf spekuliert werden, ob der Schlüssel zur Sturzprävention in der personalen Zuwendung – dem Kümmern – liegt.

## Problemkreis Hypertonie und Typ-2-Diabetes

*Parhofer, Klaus*

Die Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 nimmt weltweit kontinuierlich zu. Hierfür ist im Wesentlichen unser Lebensstil (Überernährung und mangelnde Bewegung) verantwortlich. In Deutschland sind derzeit ca. 8% der erwachsenen Bevölkerung davon betroffen.

Als Folgeerkrankungen können eine Nephropathie, eine Retinopathie, eine Polyneuropathie, ein diabetisches Fußsyndrom sowie Atheroskleroseerkrankungen auftreten. Der Diabetes mellitus ist in Deutschland die häufigste Ursache für eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz und für die Erblindung. Diabetiker haben gegenüber Nicht-Diabetikern ein ca. 2-4-fach erhöhtes Risiko für Atheroskleroseereignisse, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall. Ca. 75% der Diabetiker sterben an einer Herz-Kreislaufkrankung.

Lange Zeit wurde in der Behandlung der Diabetiker sehr stark auf die Blutzuckereinstellung fokussiert. Neuere Daten zeigen, dass sich über eine gute Blutzuckereinstellung zwar mikrovaskuläre Komplikationen reduzieren, bzw. verhindern lassen, dass dies jedoch nicht ausreicht um die Atheroskleroserate zu reduzieren. Vielmehr scheint hierfür vor allem eine gute Lipid- und Blutdruckeinstellung notwendig. Inzwischen konnte im Rahmen der STENO-2 Studie gezeigt werden, dass durch einen multimodalen Ansatz die mikrovaskulären Komplikationen, die makrovaskulären Folgeerkrankungen und die Gesamtmortalität reduziert werden können.

Für die Behandlung spielen Lebensstilmaßnahmen eine überragende Rolle. Medikamentöse Therapie der ersten Wahl für die Blutzuckereinstellung ist Metformin. Reicht dieses nicht aus, um den Zielwert (HbA1c <6,5%) zu erreichen, kann mit einem zweiten oralen Antidiabetikum, bzw. mit Insulin kombiniert werden. Für die Blutdruckeinstellung werden Medikamente bevorzugt, die in das Renin-Angiotensin-System eingreifen, da zahlreiche Studien gezeigt haben, dass über diesen Mechanismus die Nephropathierate reduziert werden kann. Bei vielen Patienten reicht dies jedoch nicht aus, um den Zielblutdruck (<130/80 mmHg) zu erreichen. In diesem Fall wird heutzutage meist eine Kombination mit einem Diuretikum oder einem Kalziumantagonisten durchgeführt. Bezüglich der Lipidsenkung sollte primär ein LDL-Cholesterinwert von <100 mg/dl angestrebt werden. Hierzu ist meist der Einsatz eines Statins notwendig. Ob bei Diabetikern ohne nachgewiesene Atheroskleroseerkrankung ein Thrombozytenaggregationshemmer eingesetzt werden soll, ist umstritten, da eine kürzlich durchgeführte Metaanalyse keinen klaren Benefit zeigen konnte.

Zusammenfassend sollte beim Typ 2 Diabetiker eine gute Einstellung von Blutzucker, Blutdruck und Lipiden erfolgen, um mikro- und makrovaskuläre Komplikationen zu vermeiden. Ein Hauptaugenmerk muss aber weiterhin auf der Prävention des Typ 2 Diabetes liegen, wobei hier Lebensstilmaßnahmen eine zentrale Rolle spielen.



## **Auswirkungen des HTA-Berichts: Prävention und Screening von MRSA-Infektionen in Deutschland**

***Popp, Walter***

Die wesentliche Aussage des Berichtes, dass multimodale Konzepte sich bewährt haben, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings waren die Fragestellungen des Berichtes vom Umfang her unrealistisch ambitioniert.

Die erfolgreichen Erfahrungen des Auslandes (Niederlande, Frankreich, England) bei der Bekämpfung von MRSA sprechen für zentrale Vorgaben, die zwingend im Gesundheitswesen umzusetzen sind und die auch einheitlich überwacht werden. In Deutschland wird derzeit mit der Etablierung lokaler Netzwerke ein gegensätzlicher Weg gegangen. Zu dieser Frage, zentrale Vorgaben versus Netzwerke, liefert der Bericht keine Hinweise.

Insofern dürften die Auswirkungen des Berichtes für die Praxis limitiert sein. Voraussichtlich wird die künftige MRSA-Politik in Deutschland durch andere Player entschieden, namentlich Medien, Krankenkassen und Gerichte.

## Das Versandapothekenregister beim DIMDI (Weiterbildung)

*Quellmann, Susanne*

Seit dem 1. Januar 2004 ist der Versand von (verschreibungspflichtigen und nicht-verschreibungspflichtigen) Arzneimitteln in Deutschland rechtlich zulässig (1). Arzneimittel versenden dürfen allerdings nur die Apotheken, die eine Versanderlaubnis für Deutschland besitzen. Deutsche Apotheken beantragen sie bei ihrer zuständigen Überwachungsbehörde. Der Versand selbst muss „zusätzlich zu dem üblichen Apothekenbetrieb“ erfolgen (2), d. h. hinter jeder deutschen Versandapotheke steht auch immer eine „Präsenzapotheke“. Ende 2008 besaßen etwa 2.400 und damit ca. 10 Prozent aller deutschen öffentlichen Apotheken eine solche Erlaubnis (3). Auch Versandapotheken mit Sitz in bestimmten EU-Ländern dürfen Arzneimittel nach Deutschland versenden. Welche Länder dies sind, legt die sogenannte Länderliste des Bundesministeriums für Gesundheit fest (4).

Die meisten Versandapotheken besitzen einen eigenen Webauftritt. Bis April 2009 konnten Verbraucherinnen und Verbraucher jedoch nicht prüfen, ob eine solche „Internetapotheke“ auch eine behördliche Versanderlaubnis besitzt. Erst die Einführung des Versandapothekenregisters im April 2009 beim DIMDI machte dies möglich und trägt seitdem so zu mehr Transparenz bei.

Folgende zwei Möglichkeiten bietet das Versandapothekenregister, die Legalität einer Versandapotheke zu prüfen:

- 1) Die Suche in den Übersichten aller registrierten Versandapotheken: Zu finden auf den Webseiten des DIMDI unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Arzneimittel – Versandapothekenregister – registrierte Apotheken. Die Listen werden werktäglich aktualisiert und bieten eine umfassende Übersicht über den Inhalt des Registers. Über die hier angegebenen Links gelangt man direkt auf die Webseite der gewünschten Versandapotheke.
- 2) Der Klick auf das Sicherheitslogo auf den Webseiten registrierter Versandapotheken: Beim Klick muss sich der apothekenspezifische Registereintrag beim DIMDI öffnen - das Logo allein hat noch keine Aussagekraft. Die Anzeige des Logos ist für die Apotheken freiwillig.

Für den Inhalt des Registers sind die nach Landesrecht zuständigen Überwachungsbehörden der Länder verantwortlich. Sie übermitteln dem DIMDI die Daten, die dann im DIMDI eingegeben werden.

Fazit: Das Versandapothekenregister des DIMDI bietet als einzige zentrale Stelle in Deutschland Informationen über legale Versandapotheken. Es erhöht damit Transparenz und Sicherheit für Verbraucherinnen und Verbraucher, die Arzneimittel über den Versandhandelsweg kaufen wollen.

### Literatur

- (1) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (BGBl. I 2190), zuletzt geändert durch Artikel 1 G. v. 15.12.2004 (BGBl. I 3445).
- (2) Gesetz über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Artikel 16a G. v. 28.5.2008 (BGBl. I S. 874).
- (3) ABDA-Jahresbericht 2008/2009 ([www.abda.de/jahresbericht.html](http://www.abda.de/jahresbericht.html)).
- (4) Bekanntmachung der Übersicht zum Versandhandel mit Arzneimitteln nach §73 Absatz 1 Satz 3 des Arzneimittelgesetzes vom 29. April 2009, Bundesanzeiger, Nr. 73, S. 1717, (s. auch [www.bmg.bund.de/cln\\_160/nn\\_1663618/sid\\_0CBD3A2EA6652D-EEFF0ACF6348D9AF49/nsc\\_true/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/V/Glossarbereich-Versandapotheke.html#doc1183856bodyText1](http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1663618/sid_0CBD3A2EA6652D-EEFF0ACF6348D9AF49/nsc_true/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/V/Glossarbereich-Versandapotheke.html#doc1183856bodyText1)).

## HTA-Akteure in Deutschland

*Rüther, Alric*

## Welche Chancen bieten Register?

*Schröder, Peter (ersetzt durch Stockheim, Martin)*

Es gibt keine begründbaren Zweifel, dass Registerinformationen helfen können, die Qualität der medizinischen und insbesondere der medizintechnischen Versorgung zu verbessern. Die Einführung von Registern in anderen Ländern hat gezeigt, dass Erkenntnisse aus Registerdaten unmittelbaren Einfluss auf die medizinische Versorgung im Sinne von Standards und damit unmittelbar auf die Qualität und mittelbar auch auf die Wirtschaftlichkeit haben. Das 1987 gestartete norwegische Endoprothesenregister hat innerhalb weniger Jahre zur Identifikation problematischer Prozeduren geführt und bereits in den 90er Jahre wurden verschiedene zementfreie Endoprothesen und zwei Knochenzemente aus der Versorgung entfernt.

In Deutschland fehlt ein Endoprothesenregister bis heute. Bei steigenden Implantationszahlen und einer vergleichsweise großen Produktvielfalt ist eine systematische, longitudinale, sektorübergreifende Analyse des Versorgungsgeschehens dringlicher denn je. Nur so können Produktprobleme oder Versorgungsprobleme einzelner Leistungserbringer, sicher und frühzeitig identifiziert werden und Maßnahmen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung ergriffen werden.

## HTA im Jahr 2020

**Schrappe, Matthias**

Die fortschreitende Differenzierung des Gesundheitswesens durch Innovationsprozesse und die demografische Entwicklung macht es in zunehmendem Umfang notwendig, valide externe Informationen über die Alltagswirksamkeit von Behandlungsmethoden zu identifizieren und nachvollziehbar zusammenzufassen. Entsprechende Nutzenaspekte basieren dabei auf der absoluten Wirksamkeit (*efficacy*) unter den Bedingungen des klinischen Versuchs, gehen aber darüber hinaus und umfassen relative Nutzenbestandteile (*effectiveness*) wie Effizienz, Patient Reported Outcomes, Präferenzen aller Stakeholder, juristische, ethische und soziale Aspekte und Systemfaktoren. Hinzu kommen komplexe Interventionen, die ebenfalls auf einer validen Informationsbasis eingeführt und evaluiert werden müssen, hier sind Vergütungsformen, strukturelle Entscheidungen (z.B: Disease Management), Managemententscheidungen und Checklisten als Beispiele zu nennen. Die Alltagswirksamkeit von Behandlungsmethoden und die Evaluation von komplexen Interventionen ist Gegenstand der Versorgungsforschung, die sich eines breiten Methodenspektrums bedient.

Health Technology Assessment hat einen ähnlich breiten Fokus wie die Versorgungsforschung und evaluiert, ausgehend von einer politischen Fragestellung, Behandlungsmethoden und komplexe Interventionen unter den multiplen Aspekten der relativen Wirksamkeit. Ein verwandter Begriff ist Evidence-Based Health Care, eine Methodik der Identifikation, Synthese und Wertung von externen Informationen für Zwecke einer „Evidenz-gestützten Gesundheitspolitik“ (Evidence-Based policy), die jedoch keinem expliziten Auftrag unterliegt, sondern rein wissenschaftlich motiviert ist.

Von großer Bedeutung wird in Zukunft die Frage sein, welche Bedeutung den Nutzenbestandteilen der relativen Wirksamkeit im Vergleich zur *efficacy* zukommt. Das SVR-Gutachten 2007 hat diese Nutzenaspekte unter dem Begriff der Angemessenheit von Gesundheitsleistungen zusammengefasst, nach der Empfehlung des SVR ist der Nachweis der absoluten Wirksamkeit dem Nachweis der relativen Wirksamkeit übergeordnet. Beide Ebenen sind jedoch bei der Allokationsentscheidung zu berücksichtigen. Es ist zu erwarten, dass es zu einer stürmischen Entwicklung auf dem Gebiet von Studiendesigns zur relativen Wirksamkeit kommt. Wenn ein entsprechendes wissenschaftliches Niveau nicht erreicht werden sollte, wird die alleinige Regulierung über die Nachfrage und Zahlungsbereitschaft einen immer größeren Raum einnehmen. Auf diesem Hintergrund kommt dem vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung konzipierten Memorandum III zur Methodik in der Versorgungsforschung große Bedeutung zu.

## Bedarf an wissenschaftsbasierter Gesundheitspolitik

*Stüwe, Heinz*

In dem Referat werden fünf Thesen zur Politikberatung in der Gesundheitspolitik vorgestellt – aus journalistischer Sicht.

These 1: Wissenschaft kann Themen setzen

Beispiele: Die Diskussion zu Über-, Unter- und Fehlversorgung von chronisch Kranken sowie Vorschläge, einen Krankenversicherungsbeitrag unabhängig vom Einkommen einzuführen.

These 2: Wissenschaftliche Empfehlungen spielen bei vielen gesundheitspolitischen Entscheidungen keine Rolle.

Beispiel: der aktuelle Entscheidungsprozess über das Pharmapaket

These 3: Die Wissenschaft greift die falschen Themen auf.

Beispiel: Von der gesundheitsökonomischen Forschung werden kaum ordnungspolitische Fragen bearbeitet, die von Relevanz für die Politik sind.

These 4: Wissenschaftlich fundierte richtige Entscheidungen finden keine Akzeptanz in der Öffentlichkeit, wenn Wissenschaftler und Entscheidungsträger unabgestimmt und widersprüchlich kommunizieren.

Beispiel: Die Impfung gegen die Neue Influenza

These 5: Gute Versorgungsforschung kann Ergebnisse liefern, die eine breite Diskussion auslösen und in politische Entscheidungen münden.

Beispiel: Beiträge zur Versorgungsforschung, auch im Deutschen Ärzteblatt

Fazit und Folgerungen: Das herkömmliche Modell der Politikberatung ist überholt. Wissenschaftler können sich nicht nur auf das Schreiben von Gutachten konzentrieren, sie müssen sich auch an der Kommunikation der Ergebnisse in die breite Öffentlichkeit beteiligen. Bei Empfehlungen unter Unsicherheit (z.B. Neue Influenza) muss auch die Unsicherheit kommuniziert werden.

## Auswirkungen des HTA-Berichts: Gelenkendoprothesenregister

*Thaler, Martin*

### **Einleitung**

Trotz unbestreitbarer Erfolge beim Zugewinn an Lebensqualität nach endoprothetischen Eingriffen sind Wechseloperationen nach wie vor ein relevantes Problem. Nach Implantation von Hüfttotalendoprothesen muss 1 von 13 Patienten im Laufe seines Lebens wegen aseptischer Implantatlockerung einer Revisionsoperation unterzogen werden, 1 von 60 Patienten wegen eines Infektes. Bei 1 von 323 Patienten kommt es zu einem Bruch des Implantates.

Diese Komplikationen führen nicht nur zu schweren Einschränkungen für den Patienten, sie verursachen auch hohe Kosten im Gesundheitssystem.

### **Register**

Register dokumentieren jede Operation eines Landes inklusive standardisierter Dokumentation des durchgeführten Eingriffes, dem Grund der Operation und der Ursache des Versagens.

Derzeit wird in Europa fast flächendeckend an der Einführung nationaler Register gearbeitet.

### **Effekt von Registern**

Durch Registererfassung und intensive Kommunikation der Ergebnisse innerhalb der Ärzteschaft und des Gesundheitssystems konnte in Schweden die Revisionsrate um über 50% gesenkt werden. Minderwertige Produkte konnten rasch erkannt werden und Maßnahmen gesetzt werden. Durch Vermeidung der Kosten für die Behandlung von Komplikationen können in Schweden, ein Land mit etwa 10% der Einwohner Deutschlands, jährlich 14.000.000 \$ an Kosten innerhalb der Spitäler eingespart werden.

### **Datenqualität**

Die Frage in wie weit Ergebnisse aus Studien in der realen Behandlungssituation reproduzierbar sind ist nach wie vor aktuell.

Registerdaten spiegeln die durchschnittlichen Ergebnisse der Patientenversorgung wieder, Orthopädie ist daher eines der wenigen Bereiche der Medizin in denen Vergleichswerte zur Beurteilung publizierter Ergebnisse vorliegen.

In einer Stichprobe zeigte sich dass die Publikationen von Implantatentwicklern zu ca. 50% statistisch signifikante und relevante Abweichungen aufweisen. Zwischen den USA und Europa bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Qualität wissenschaftlicher Publikationen. Beispielsweise kommen ca. 60% der publizierten Fälle in den USA aus Entwicklerkliniken mit enger Verbindung zu Interessengruppen, in Europa trifft dies nur für 7% zu. Aber auch bei unabhängigen Studien aus den USA weisen ca. 50% der untersuchten Produkte deutliche Abweichungen auf während in Kontinentaleuropa sowohl die Qualität der Studien als auch die Breite der Streuung wesentlich besser ist.

Weitere Informationen sind unter [www.eur.eort.org](http://www.eur.eort.org) zugänglich.

## Die Verschlüsselung von Diagnosen (Weiterbildung)

*Weber, Stefanie*

Diagnosen verschlüsselt man weltweit anhand der ICD, der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. Ursprünglich wurde diese Klassifikation als eine kurze Liste von häufig zum Tode führenden Erkrankungen erstellt. Heutzutage sind die Anwendungsbereiche der ICD vielfältig und die Klassifikation selber komplex und umfangreich. Von der WHO werden in regelmäßigen Abständen überarbeitete Versionen veröffentlicht. In Deutschland wird die ICD in der Version 10 verwendet, einige Länder verwenden aber noch immer Vorversionen. So ist z.B. in den USA die ICD-10 bisher nur für den Bereich Todesursachen übernommen worden. Die Morbidität wird dort noch immer anhand der Version 9 verschlüsselt.

Diese Weiterbildung zum Thema „Verschlüsselung von Diagnosen“ stellt die Entwicklung der ICD vor, ihre unterschiedlichen nationalen Anwendungsbereiche sowie die Unterschiede im weltweiten Einsatz.

Abschließend soll ein Ausblick auf die geplante ICD-11 gegeben werden.



## Infektionen im Krankenhaus – ein Überblick

*Wenchel, Hans-Martin*

Für das Jahr 2006 wurde die Zahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen in Deutschland auf etwa 500.000 geschätzt. Bei 10.000 bis 15.000 Patienten waren sie mit großer Wahrscheinlichkeit die Todesursache. Exakte Zahlen sind für Deutschland nicht verfügbar, die geschätzten Werte gehen letztlich auf eine über 15 Jahre alte Prävalenzerhebung zurück (NIDEP 1).

Nach heutigem Kenntnisstand wäre etwa jede dritte Infektion bei Einhaltung aller hygienischen Regeln vermeidbar.

Abgesehen vom Leid für Patienten oder Hinterbliebene, verursachen diese Infektionen erhebliche zusätzliche Kosten und binden wertvolle Ressourcen. Die in der Regel notwendige Antibiotika-Therapie erhöht den Selektionsdruck auf die beteiligten Erreger und bringt zusätzliche Risiken für den Patienten mit sich.

Wesentliche Ursachen für die zunehmenden Probleme mit nosokomialen Infektionen sind einerseits die immer häufiger anzutreffenden prädisponierender patientenseitigen Faktoren, andererseits aber auch strukturelle und organisatorische Defizite. Beispielhaft aufgeführt seien die Verschlechterung der Personalschlüssel, die unzureichende Ausstattung mit Einzelzimmern sowie gravierende Kenntnislücken und fehlendes Problembewusstsein beim Betreuungspersonal.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei das immer häufigere Auftreten von Erregern mit ausgeprägter Resistenz gegenüber den gebräuchlichen Antibiotika. Neben den unmittelbaren Folgen für den Patienten (meist unzureichende Initialtherapie, schlechtere Versorgung durch die notwendige Isolierung), führt das Vorliegen solcher Erreger zu einem nochmaligen Kostenschub und zu einer enormen Belastung der meist knappen räumlichen und personellen Ressourcen. Nach aktuellen Schätzungen war im Jahre 2006 der noch dominierende MRSA bei 14.000 Infektionen der verursachende Erreger.

Anhand einiger Beispiele wird die enorm zunehmende Belastung der Krankenhäuser verdeutlicht.

## Liste der Referenten

(in alphabetischer Reihenfolge)

### **Balzer, Katrin**

**Institut für Sozialmedizin**

**Universität zu Lübeck**

Haus 50 (Universitätsstraße), Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

### **Dreier, Maren, Dr.**

**Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung**

**Medizinische Hochschule Hannover**

Carl-Neuberg Straße 1, 30625 Hannover

### **Eckert, Siegfried, Dr.**

**Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen**

**Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum**

Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

### **Fritze, Jürgen, Prof. Dr.**

**Verband der privaten Krankenversicherung e. V.**

Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

### **Grimm, Christine**

**Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG)**

Am Ziegelfeld 28, 51399 Burscheid

### **Hagen, Anja**

**Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung**

**Medizinische Hochschule Hannover**

Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

### **Heinze, Cornelia, Dr.**

**Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft**

**Charité-Universitätsmedizin**

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

### **Klakow-Franck, Regina, Dr.**

**Bundesärztekammer**

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

### **Köberlein, Juliane, Dr.**

**Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG)**

Am Ziegelfeld 28, 51399 Burscheid

### **Korczak, Dieter, Dr.**

**GP Forschungsgruppe**

**Institut für Grundlagen- und Programmforschung**

Nymphenburger Straße 47, 80335 München

**Lühmann, Dagmar, Dr.**

Institut für Sozialmedizin

Universität zu Lübeck

Haus 50 (Universitätsstraße), Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

**Meyer, Gabriele, Prof. Dr.**

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Stockumer Straße 12, 58453 Witten

**Parhofer, Klaus, Prof. Dr.**

Medizinische Klinik II - Grosshadern

Universitätsklinikum München

Marchioninistraße 15, 81377 München

**Popp, Walter, Prof. Dr.**

Institut für Hygiene und Arbeitsmedizin

Universitätsklinikum Essen

Hufelandstraße 55, 45147 Essen

**Quellmann, Susanne, Dr.**

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Waisenhausgasse 36-38a, 50676 Köln

**Rüther, Alric, Dr.**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Dillenburger Straße 27, 51105 Köln

**Schräder, Peter, Prof. Dr.**

Facharzt für Orthopädie

Nibelungenstraße 40, 68642 Bürstadt

**Schrappe, Matthias, Prof. Dr.**

Institut für Patientensicherheit

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität

Stiftsplatz 12, 53111 Bonn

**Stüwe, Heinz**

Deutsches Ärzteblatt - Redaktion

Ottostraße 12, 50859 Köln

**Thaler, Martin, Dr.**

Department für orthopädische Chirurgie

Universitätsklinik Innsbruck

Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

**Weber Stefanie, Dr.**

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Waisenhausgasse 36-38a, 50676 Köln

**Wenchel, Hans-Martin, Dr.**

Zentrale Krankenhaushygiene

Universitätsklinikum Köln (AöR)

Kerpener Straße 62, 50937 Köln

Ersetzt durch:

**Stockheim, Martin**

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes

Bund der Krankenkassen e. V.

Lützowstraße 53, 45141 Essen

## HTA-Berichte des DIMDI (in chronologischer Reihenfolge)

Die Berichte sind online verfügbar beim DIMDI unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA sowie bei gms in der Rubriken „Zeitschriften“ ([www.egms.de/de/journals/hta/index.shtml](http://www.egms.de/de/journals/hta/index.shtml)) und Forschungsberichte“ ([www.egms.de/de/reports/index.shtml](http://www.egms.de/de/reports/index.shtml)).

1. Bestandsaufnahme, Bewertung und Vorbereitung der Implementation einer Datensammlung (1998)
2. Die Evaluation von Rückenschulprogrammen als medizinische Technologie (1998)
3. Das Mammographiescreening als Verfahren zur Brustkrebsfrüherkennung (1998)
4. PSA-Screening beim Prostatakarzinom (1999)
5. Verfahrensbewertung der Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) in der Diagnostik des Mammakarzinoms (1999)
6. Minimal-invasive Therapie der benignen Prostatahyperplasie (BPH-Syndrom; 1999)
7. Evaluation präoperativer Routinediagnostik (Röntgenthorax, EKG, Labor) vor elektiven Eingriffen bei Erwachsenen (1999)
8. Ansätze und Methoden der ökonomischen Evaluation - eine internationale Perspektive (1999)
9. Stenting versus Ballondilatation bei koronarer Herzkrankheit (1999)
10. Bewertung von Verfahren zur Diagnostik der akuten Sinusitis maxillaris bei Erwachsenen (1999)
11. Spezifische Hyposensibilisierung mit Allergenextrakten bei extrinsischem Asthma bronchiale und Insektengiftallergie (1999)
12. Die Rolle der Osteodensitometrie im Rahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention/Therapie der Osteoporose (2000)
13. Evaluation arthroskopischer Operationen bei akuten und degenerativen Meniskusläsionen (2000)
14. Die Evaluation von Stroke Units als medizinische Technologie (2000)
15. Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation zur Therapie des metastasierenden Mammakarzinoms (2000)
16. Vergleichende Effektivität und Differentialindikation von Ballondilatation (PTCA) versus Bypasschirurgie bei Ein- und Mehrgefäßerkrankungen der Herzkranzgefäße (2000)
17. Hüftgelenkendoprothetik bei Osteoarthrose. Eine Verfahrensbewertung (2000)
18. Biochemisches Screening für fetale Chromosomenanomalien und Neuralrohrdefekte. Eine Verfahrensbewertung (2001)
19. PSA-Screening beim Prostatakarzinom - Systematischer gesundheitsökonomischer Review. Entwicklung und Anwendung eines Instrumentariums zur systematischen Beschreibung und Bewertung gesundheitsökonomischer Studien (2001)
20. Ökonomische Evaluationen der Positronen-Emissions-Tomographie. Ein gesundheitsökonomischer HTA-Bericht (2001)
21. Stellenwert der Magnet-Resonanz-Tomographie im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen - Kurz-HTA: Update einer Best-Evidence-Synthese (2001)
22. Der Einfluss von HTA-Berichten auf die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung - eine systematische Übersichtsarbeit (2002)
23. Wertigkeit von Tumor-Nekrose-Faktor alpha-Antagonisten in der Behandlung der rheumatoiden Arthritis (Medizinischer Teil; 2002)
24. Die Wertigkeit der Stressechokardiographie in der Primärdiagnostik der koronaren Herzkrankheit (2003)
25. Operative Eingriffe an der lumbalen Wirbelsäule bei bandscheibenbedingten Rücken- und Beinschmerzen. Eine Verfahrensbewertung (2003)

26. Die Verwendung des Excimer-Lasers in der refraktiven Augenchirurgie (2003)
27. Positronen-Emissions-Tomographie. Systematische Übersichten zur Wirksamkeit bei ausgewählten Indikationen (2003)
28. Das Schlafapnoe-Syndrom. Eine systematische Übersichtsarbeit zur Diagnostik, Therapie und Kosteneffizienz (2003)
29. Wertigkeit des Einsatzes der intravaskulären Ultraschallbildgebung (IVUS) im Rahmen von diagnostischen und therapeutischen Herzkatheteruntersuchungen. Medizinische Effektivität (2003)
30. Wertigkeit des Einsatzes der intravaskulären Ultraschallbildgebung (IVUS) im Rahmen von diagnostischen und therapeutischen Herzkatheteruntersuchungen. Ein gesundheitsökonomischer HTA-Bericht (2003)
31. Wertigkeit des Einsatzes der genotypischen und phänotypischen Resistenzbestimmung im Rahmen der Behandlung von HIV-infizierten Patienten. Systematisches Review und entscheidungsanalytische Modellierung zur medizinischen Effektivität und Kosteneffektivität (2003)
32. Verfahrensbewertung der CT-Angiographie, MR-Angiographie, Doppler-Sonographie und Szintigraphie bei der Diagnose von Nierenarterienstenosen (2003)
33. Vergleich verschiedener chirurgischer Verfahren zur elektiven Leistenhernienoperation bei Erwachsenen. Ein gesundheitsökonomischer HTA-Bericht (2003)
34. Stenting versus Ballondilatation bei koronarer Herzkrankheit. Systematische Übersicht zur medizinischen Effektivität und gesundheitsökonomische Bewertung (2003)
35. Knochen- und Knochenersatzmaterialien zur paradontalen Regeneration und zum Knochenaufbau für Implantate. Eine systematische Bewertung der medizinischen Wirksamkeit (2003)
36. Knochen- und Knochenersatzmaterialien zur paradontalen Regeneration und zum Knochenaufbau für Implantate. Ein gesundheitsökonomischer HTA-Bericht (2003)
37. Methodenmanual für „HTA-Schnellverfahren“ und Exemplarisches „Kurz-HTA“: Die Rolle der quantitativen Ultraschallverfahren bei der Ermittlung des Risikos für osteoporotische Frakturen (2003)
38. Dünnschichtpräparationen und computergestützte Untersuchungen von Zervixabstrichen im Rahmen der Krebsfrüherkennung. Medizinische Effektivität gesundheitsökonomische Evaluation und systematische Entscheidungsanalyse (2003)
39. Stellenwert von Ultraschallverfahren im Rahmen der Osteoporoseversorgung (Früherkennung des Frakturrisikos). Ökonomischer Kurz-HTA (2003)
40. Methoden der Metaanalyse von diagnostischen Genauigkeitsstudien (2003)
41. Bewertung unterschiedlicher Hygienekonzepte zur Kontrolle von MRSA (Methicillinresistente Staphylococcus aureus; 2003)
42. Medizinische Effektivität beim Einsatz von GP- IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten in der Therapie von akuten Koronarsyndromen (2003)
43. Bewertung der Möglichkeiten und Verfahren zur Aufbereitung medizinischer Einwegprodukte (2003)
44. Gesundheitsökonomische „Kurz-HTA-Berichte“ - eine systematische Übersichtsarbeit zur Methodik und Implementation (2003)
45. Glycoprotein IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten in der Therapie akuter koronarer Syndrome - ein gesundheitsökonomischer HTA-Bericht (2003)
46. Antivirale Therapie bei Patienten mit chronischer Hepatitis C in Deutschland - medizinische und ökonomische Evaluation der initialen Kombinationstherapie mit Interferon/Peginterferon und Ribavirin (2003)
47. Methoden zur Erfassung ethischer Aspekte und gesellschaftlicher Wertvorstellungen in Kurz-HTA-Berichten - eine internationale Bestandsaufnahme (2003)
48. Ultraschall in der Schwangerschaft. Beurteilung der routinemäßigen Schwangerschafts-ultraschalluntersuchungen unter Maßgabe der Mutterschaftsrichtlinien (2004)
49. Stroke Units - Update des HTA Berichts „Die Evaluation von Stroke Units als medizinische Technologie“ (2004)
50. Hörscreening für Neugeborene - ein Health Technology Assessment der medizinischen Effektivität und der ökonomischen Effizienz (2004)

51. Wertigkeit von Tumor-Nekrose-Faktor-alpha-Antagonisten in der Behandlung der Rheumatoiden Arthritis (2004)
52. Pap-Test zum Screening auf Zervixkarzinom (2004)
53. Der Einfluss von HTA-Berichten auf die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung - eine systematische Übersichtsarbeit (2004)
54. Methoden zur vergleichenden Bewertung pharmazeutischer Produkte (2005)
55. Senkung der Restenoserate durch Einsatz beschichteter Stents bei koronarer Herzkrankheit. Systematische Übersicht zur medizinischen Wirksamkeit und gesundheitsökonomische Bewertung zum Vergleich von beschichteten gegenüber unbeschichteten Stents (2005)
56. Kognitives Training bei Demenzen und andere Störungen mit kognitiven Defiziten (2005)
57. Neuraminidasehemmer in der Therapie und Postexpositionsprophylaxe der Influenza (2005)
58. Medizinische und ökonomische Effektivität der Pneumokokkenimpfung für Säuglinge und Kleinkinder (2005)
59. Bestimmung der Albuminausscheidung im Urin bei Diabetikern zur Vorsorge und Kontrolle der diabetischen Nephropathie (2005)
60. Wurzelbehandlung an Molaren (2005)
61. Minimal-invasive Verfahren zur Behandlung des Bandscheibenvorfalles (2005)
62. Sonographische Diagnostik beim akuten Abdomen bei Kindern und Erwachsenen (2005)
63. Bluthochdruckleitlinien und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem (2005)
64. Entscheidungsanalytische Modelle zur Übertragbarkeit internationaler Evidenz von HTA auf den Kontext des deutschen Gesundheitssystems (2005)
65. Dekubitusprophylaxe und -therapie (2005)
66. Screening auf urogenitale Chlamydia trachomatis-Infektionen (2005)
67. Thrombozytenaggregationshemmer zur Primär- und Sekundärprävention des ischämischen Schlaganfalls (2005)
68. Extrakorporale künstliche Leberunterstützungssysteme bei akutem Leberversagen oder einer akuten Dekompensation eines chronischen Leberleidens (2005)
69. Die elastisch stabile intramedulläre Nagelung bei instabilen kindlichen Unterarmschaftfrakturen (2006)
70. Bedeutung der intensivierten Pflege (2006)
71. Monitoring von Herzfunktionen mit Telemetrie (2006)
72. Bypassmaterialien in der Gefäßchirurgie (2006)
73. Therapie der mittelschweren und schweren Psoriasis (2006)
74. Einsatz von Statinen in der Primärprävention (2006)
75. Koronarkalkbestimmung mit CT-Verfahren bei asymptomatischen Risikopatienten (2006)
76. Prävention rezidivierender Rückenschmerzen (2006)
77. Bypassoperation am schlagenden Herzen im Vergleich zur Operation mit Unterstützung durch die Herz-Lungen-Maschine (2006)
78. Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen (2006)
79. Antioxidative Vitamine zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen nach Nierentransplantation und bei chronischer Niereninsuffizienz (2006)
80. Orchiektomie versus medikamentöse Therapie mit RH-LH-Analoga zur Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms (2006)
81. Episiotomie bei der vaginalen Geburt (2006)
82. Therapie des unspezifischen Tinnitus ohne organische Ursache (2006)
83. Misteltherapie als begleitende Behandlung zur Reduktion der Toxizität der Chemotherapie maligner Erkrankungen (2006)
84. Therapie der Neurodermitis (2006)
85. Welche Auswirkung hat die Kataraktoperation auf das Entstehen oder das Fortschreiten einer altersbedingten Makuladegeneration (AMD)? (2006)

86. Hörscreening für Neugeborene – Update (2006)
87. Laparoskopische vs. offene Appendektomie (2006)
88. Wertigkeit der optischen Kohärenztomographie im Vergleich zur Fluoreszenzangiographie in der Diagnostik der altersbedingten Makulardegeneration (AMD; 2007)
89. Erkennungsgüte und Kosten-Effektivität von Screeningverfahren zur Erfassung von primären Offenwinkelglaukomen (2007)
90. Hormone und Hormonanaloga zur Therapie von Beschwerden im Klimakterium (2007)
91. Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger (2007)
92. Drotrecogin alfa (aktiviert) bei der Behandlung der schweren Sepsis (2007)
93. Welchen medizinischen und gesundheitsökonomischen Nutzen hat die Kolposkopie als primäres Screening auf das Zervixkarzinom? (2007)
94. Nutzen und Risiken hormonaler Kontrazeptiva bei Frauen (2007)
95. HPV-DNA-Diagnostik zur Zervixkarzinomfrüherkennung (2007)
96. Topische antientzündliche Behandlung der Neurodermitis im Kindesalter (2007)
97. Künstliche Ventrikel bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz (2007)
98. Wie ist der derzeitige Stellenwert der Homozystein-Bestimmung im Blut als Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit (KHK)? (2007)
99. Die Masern-Mumps-Röteln-Impfung aus gesundheitspolitischer und ökonomischer Sicht (2007)
100. Regulation der Aufnahme von innovativen nichtmedikamentösen Technologien in den Leistungskatalog solidarisch finanzierter Kostenträger (2007)
101. Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg (2007)
102. Vergleich der laparoskopischen Narbenhernioplastik und der konventionellen Operation mit und ohne Netzeinlage – Effektivität und Kostennutzenrelation (2008)
103. Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten (2008)
104. Pharmacogenomics-Bias - Systematische Verzerrungen in Studienergebnissen durch genetische Heterogenität (2008)
105. Nichtmedikamentöse verhaltensbezogene Adipositas-therapie unter Berücksichtigung der zugelassenen Arzneimittelbehandlung (2008)
106. Die Therapie der Parkinsonerkrankung mit Dopaminagonisten (2008)
107. Medizinische und ökonomische Beurteilung der bariatrischen Chirurgie (Adipositaschirurgie) gegenüber konservativen Strategien bei erwachsenen Patienten mit morbidem Adipositas (2008)
108. Messung der fraktionierten Flussreserve zur Indikationsstellung der perkutanen Koronarintervention (2008)
109. Intravaskuläre Brachytherapie bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) (2008)
110. Interferone und Natalizumab in der Behandlung der Multiplen Sklerose (2008)
111. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens (2008)
112. Föderale Strukturen und damit verbundene verhaltensbezogene Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens (2008)
113. Haltbarkeit von Zahnamalgam im Vergleich zu Kompositkunststoffen (2008)
114. Medikamente freisetzende Stents im Vergleich zu Bypass-Operationen bei koronarer Herzkrankheit (2008)
115. Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen (2009)
116. Effektivität und Effizienz der CT-Koloskopie im Vergleich zur konventionellen Koloskopie in der Dickdarmkrebsdiagnose und -früherkennung (2009)
117. Medizinische und gesundheitsökonomische Bewertung der Radiochirurgie zur Behandlung von Hirnmetastasen (2009)
118. Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) zur Prävention HPV 16/18 induzierter Zervixkarzinome und derer Vorstufen (2009)

119. Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention) (2009)
120. Stellenwert des hochsensitiven C-reaktiven Proteins (hs-CRP) als Marker für Herzinfarktgefährdung (2009)
121. Computerized Physician Order Entry - Wirksamkeit und Effizienz elektronischer Arzneimittelverschreibung mit Entscheidungssystemen (2009)
122. Effektivität und Kosteneffizienz von Phosphatbindern in der Dialyse (2009)
123. Indirekte Vergleiche von Therapieverfahren (2009)
124. Verhaltens- und fertigkeitenbasierte Frühinterventionen bei Kindern mit Autismus (2009)
125. Instrumente zur Risikoprädiktion für kardiovaskuläre Erkrankungen (2009)
126. Surrogatendpunkte als Parameter der Nutzenbewertung (2009)
127. Gelenkendoprothesenregister für Deutschland (2009)
128. Medizinischer und gesundheitsökonomischer Nutzen der Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels 13C-Harnstoff-Atemtest in der Primärdiagnostik im Vergleich zu invasiven und nichtinvasiven diagnostischen Verfahren (2009)
129. Methoden zur frühen entwicklungsbegleitenden Bewertung innovativer medizinischer Technologien (2009)
130. Nichtmedikamentöse Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit (KHK; 2009)
131. Spezifische Immuntherapie (SIT) zur Behandlung der allergischen Rhinitis (2010)
132. Stellenwert der Radiochirurgie von Meningeomen im Vergleich mit der fraktionierten stereotaktischen Bestrahlung, der konventionellen 3D-geplanten konformalen Bestrahlung und der mikrochirurgischen Operation (2010)
133. Diabetesneustehung unter antihypertensiver Therapie (2010)
134. Medizinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)-Infektionen im Krankenhaus (2010)



## Projekte in Bearbeitung (Stand März 2010)

- Zahnmedizinische Indikationen für standardisierte Verfahren der Funktionsanalyse und -therapie unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte
- Invasive Heimbeatmung insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen
- Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung
- Vergleichbarkeit von Bewertungsinstrumenten (Checklisten) für die Studienqualität von Primär- und Sekundärstudien zur Verwendung für HTA-Berichte im deutschsprachigen Raum
- Bedeutung von Wachstumsfaktoren für die Behandlung von chronischen Wunden am Beispiel des diabetischen Fußulcus
- Infektionsschutz in der Knieendoprothetik
- Entscheidungsanalytische Modellierung zur Evaluation der Langzeiteffektivität und -kosteneffektivität des Einsatzes der HPV-DNA-Diagnostik im Rahmen der Zervixkarzinomfrüherkennung in Deutschland
- Medikamentöse Behandlung der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) im Erwachsenenalter in Deutschland
- Patient-Reported Outcomes (PRO) als Parameter der Nutzenbewertung
- Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms
- Ambulante pneumologische Rehabilitation - Modelle und Versorgungsdefizite
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
- Knochenersatzmaterialien in der Traumatologie

## HTA beim DIMDI

Die systematische Bewertung gesundheitsrelevanter Prozesse und Verfahren, Health Technology Assessment (HTA), hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

### HTA-Berichte

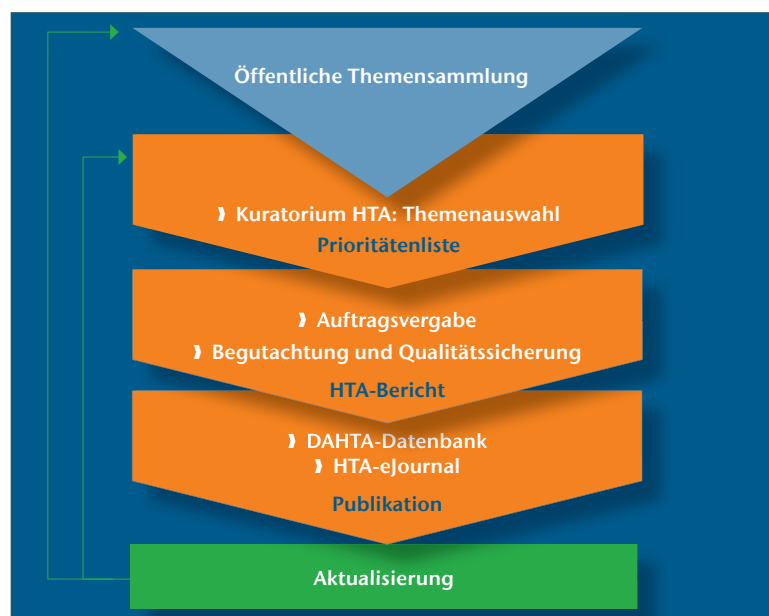
Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten. Diese treffen Aussagen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen von Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Unter Technologie fallen dabei neben Medikamenten auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.

Folgende Aspekte werden untersucht:

- › Experimentelle Wirksamkeit (efficacy)
- › Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness)
- › Vergleichende Bewertung der Wirksamkeit (comparative effectiveness)
- › Gesundheitsökonomische Bewertung (efficiency)
- › Soziale, rechtliche und ethische Implikationen

Die Themenfindung erfolgt öffentlich: Jeder kann unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA – HTA-Programm in einer Themendatenbank Fragen mit Hintergrundinformationen vorschlagen. Anschließend legt das HTA-Kuratorium Prioritäten und Themen für zu erstellende Berichte in einem mehrstufigen Verfahren fest. Seine Mitglieder bilden einen repräsentativen Querschnitt durch die Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitssystems und kommen u.a. aus Krankenkassen, Krankenhäusern, Apotheken und Ärzteschaft. Sie werden ergänzt durch Vertreter von Pflegekräften und Patienten sowie als Beobachter Vertreter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Industrie.

HTA-Berichte finden Sie beim DIMDI kostenfrei im Internet: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA. Sie erscheinen zudem unter [www.egms.de](http://www.egms.de).



Entstehung eines HTA-Berichts

Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2003) kann auch das IQWiG das DIMDI mit der Publikation von HTA-Berichten beauftragen. »

» Entscheidend für die Aussagekraft der Berichte sind die Unabhängigkeit bei der Erstellung und die wissenschaftliche Qualität. Für Unabhängigkeit, Qualitätskontrolle und ausreichende Transparenz werden internationale Standards genutzt und weiterentwickelt. National unterstützt dabei der Wissenschaftliche Beirat HTA die DAHTA. Er setzt sich zusammen aus wissenschaftlichen Experten unterschiedlicher Disziplinen, die z.B. aus der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Universitäten stammen.

## Das Informationssystem

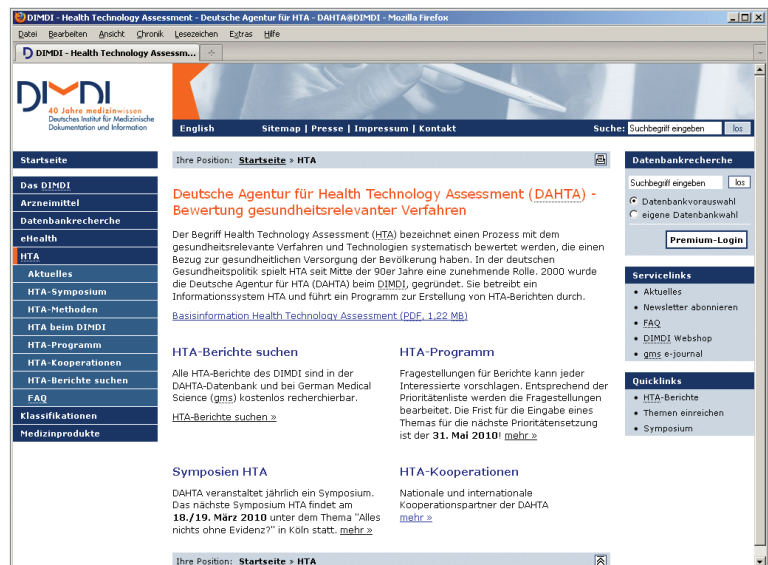
Das Informationssystem HTA bietet Fachleuten und Laien kostenfrei aktuelle medizinische Informationen. Deutschsprachige HTA-Berichte der DAHTA sind als Volltext abrufbar. Internationale Berichte sind mit deutschen Zusammenfassungen verfügbar (z.B. des National Institute for Clinical Excellence, NICE). Auch die Berichte des IQWiG liegen hier vor.

Unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA finden Sie Folgendes:

- » DAHTA-Datenbank: HTA-Berichte für das Gesundheitswesen, Patienten und Wissenschaft (kostenfrei im Volltext)
- » Informationen über die DAHTA
- » Methoden für HTA und Standards zur Erstellung von HTA-Berichten
- » Informationen über HTA-Berichte und das HTA-Programm beim DIMDI
- » Öffentlicher Fragenbogen, um HTA-Themen einzureichen

Über die Datenbankrecherche des DIMDI sind zusätzlich für HTA relevante Datenbanken verfügbar. Dazu gehören diejenigen der Cochrane Library und des Centre for Dissemination and Reviews des bri-

tischen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS). Die nationalen und internationalen Literaturdatenbanken (z.B. Cochrane Library) repräsentie-



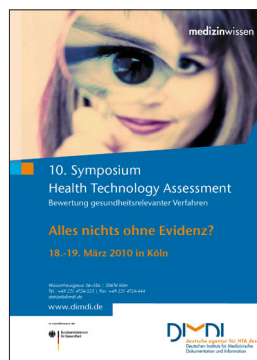
Das Informationssystem HTA beim DIMDI

ren die evidenzbasierte Medizin (EbM). Die Informationen aus den Datenbanken dienen zudem als Grundlage, weitere Methoden zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu entwickeln (z.B. Leitlinien).

In Kursen, Seminaren oder Workshops bieten die Mitarbeiter der DAHTA auch Fortbildungen für HTA-Interessierte an. Die DAHTA engagiert sich darüber hinaus auch in der akademischen Ausbildung.

## Das HTA-Symposium

Die DAHTA veranstaltet jährlich ein HTA-Symposium, auf dem zahlreiche Experten



und Anwender von HTA zusammentreffen. Themen, Programm und genaue Termine finden Sie online auf den HTA-Seiten des DIMDI. ■

Helpdesk HTA

Tel.: +49 221 4724-525

[dahta@dimdi.de](mailto:dahta@dimdi.de)

Deutsches Institut für  
Medizinische Dokumentation  
und Information

Waisenhausgasse 36-38a  
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-1

Fax: +49 221 4724-444

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

[posteingang@dimdi.de](mailto:posteingang@dimdi.de)

Im Geschäftsbereich des