



11. Symposium
Health Technology Assessment
Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren

**Theoretische Praxis –
praktische Theorie?**
17.-18. März 2011 in Köln

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

www.dimdi.de

Die Abstracts dieses Bandes sind online verfügbar über
DAHTA-Datenbank (www.dimdi.de – HTA) und
gms (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
www.dimdi.de

Donnerstag, 17. März 2011

10:00-11:20 Uhr Einführung

- Begrüßung
Dr. Dietrich Kaiser, Direktor des DIMDI
- Priorisierung und Rationalisierung
Prof. Dr. Thorsten Meyer, MHH
- Rationale Konzepte der Entscheidungsfindung – Generalisierende Systementscheidung
Dr. Dietrich Bühler, GKV-Spitzenverband
- HTA zwischen Theorie und Praxis
Dr. Hildegard Bossmann, DAHTA

Kaffeepause (11:20-11:40 Uhr)

11:40-12:40 Uhr Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

- IGeL zwischen Evidenz und Profit: ein schwieriges Thema für Ärzte und Patienten
Wolfgang Schuldzinski, Verbraucherzentrale NRW
- Empirische Evidenz zur Verbreitung und Praxis von IGeL mit Beispielen – ein HTA-Bericht
Dr. Petra Schnell-Inderst, UMIT/Österreich
- Möglicher Einfluss der Ergebnisse dieses HTA-Berichts zu IGeL auf unser Gesundheitssystem
Dr. Ursula Hofer, BÄK

Mittagspause (12:40-14:00 Uhr)

14:00-18:00 Uhr Workshop „HTA und Impact“

14:00-15:20 Uhr Einführung

- Erfassen und Bewerten von HTA-Impact
Evelyn Dorendorf, Universität Bielefeld
- Ansprüche an den Impact
Dr. Bernhard Gibis, KBV
- Erfahrungen der Deutschen Agentur für HTA
Dr. Britta Göhler, DAHTA
- Erfahrungen des Ludwig Boltzmann Instituts/Österreich
Dr. Ingrid Zechmeister-Koss, IBI/Österreich

Kaffeepause (15:20-15:40 Uhr)

15:40-18:00 Uhr Gruppenarbeit und Diskussion im Plenum

- Gruppe 1: Ziele und Zielgruppen
- Gruppe 2: Messung von Impact
- anschließend: Diskussion im Plenum

Ausklang mit Imbiss (ab 18:00 Uhr)

Freitag, 18. März 2011

9:00-10:30 Uhr Gesundheitswesen auf dem Prüfstand

- Aufgaben und Ziele des G-BA – AMNOG aus Sicht des G-BA
Dr. Dorothea Bronner, G-BA
- Methodische Herausforderungen bei der frühen Nutzenbewertung
Dr. Stefan Lange, IQWiG
- Kostenentwicklung im Gesundheitssystem und die Kosten-Nutzen-Bewertung aus Krankenkassensicht
Dr. Christoph Yauth, KKH-Allianz

Kaffeepause (10:30-10:50 Uhr)

10:50-11:50 Uhr Erwachsene und ADHS

- ADHS bei Erwachsenen: Kriterien, Erscheinungsweise, Ätiologie und Therapiebedürfnisse
Prof. Dr. Gerhard W. Lauth, Universität Köln
- Medikamentöse Behandlung von ADHS bei Erwachsenen in Deutschland – ein HTA-Bericht
Diana Benkert, CAREM GmbH
- Methylphenidat in der Erwachsenenpsychiatrie: Chancen & Risiken aus der klinischen Perspektive
Prof. Dr. L. Tebartz van Elst, Universitätsklinik Freiburg

Kaffeepause (11:50-12:10 Uhr)

Freitag, 18. März 2011 – Fortsetzung

12:10-13:10 Uhr Burnout - das unklare Syndrom?

- Burnout als gesellschaftliches Phänomen: die seelische Verfassung unserer Gesellschaft
Prof. Dr. Wolfgang P. Kaschka, Universität Ulm
- Diagnostik des Burnout-Syndroms – ein HTA-Bericht
Dr. Dieter Korczak, GP-Forschungsgruppe
- Diagnostik des Burnout-Syndroms: Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis
Dr. Karl Broich, BfArM

13:10-14:10 Uhr Betriebliche Gesundheitsförderung

- Bedeutung der Bedingungen und Regelungen in der Arbeitswelt für die Gesundheit
Dr. Eleftheria Lehmann, IGA.NRW
- Betriebliche Gesundheitsförderung zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal – ein HTA-Bericht
Dr. Barbara Buchberger, Universität Duisburg-Essen
- Gesundheitsförderung: eine gesellschaftliche Aufgabe
Prof. Dr. Olaf van dem Knesebeck, Universität Hamburg

Abschluss und Mittagessen (14:10-15:30 Uhr)

Programmänderungen vorbehalten

Inhaltsverzeichnis (in alphabetischer Reihenfolge der Referenten)

Vorwort	5
<i>Benkert, Diana</i>	
Medikamentöse Behandlung von ADHS bei Erwachsenen in Deutschland – ein HTA-Bericht	6
<i>Bossmann, Hildegard</i>	
HTA zwischen Theorie und Praxis	7
<i>Broich, Karl</i>	
Diagnostik des Burnout-Syndroms: Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis	8
<i>Bronner, Dorothea</i>	
Aufgaben und Ziele des G-BA - AMNOG aus Sicht des G-BA	9
<i>Buchberger, Barbara</i>	
Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal	10
<i>Bühler, Diederich</i>	
Rationale Konzepte der Entscheidungsfindung – Generalisierende Systementscheidung	11
<i>Dorendorf, Evelyn</i>	
Erfassen und bewerten von HTA-Impact	12
<i>Gibis, Bernhard</i>	
Ansprüche an den Impact	14
<i>Göhlen, Britta</i>	
„HTA und Impact“ – Erfahrungen der Deutschen Agentur für HTA	15
<i>Kaschka, Wolfgang P.</i>	
Burnout als gesellschaftliches Problem: die seelische Verfassung unserer Gesellschaft	17
<i>Knesebeck, Olaf von dem</i>	
Gesundheitsförderung - Eine gesellschaftliche Aufgabe	18
<i>Korczak, Dieter</i>	
Diagnostik des Burnout-Syndroms – ein HTA-Bericht	19
<i>Lange, Stefan</i>	
Methodische Herausforderungen bei der frühen Nutzenbewertung	20

Lauth, Gerhard W.

ADHS bei Erwachsenen: Kriterien, Erscheinungsweise, Ätiologie und Therapiebedürfnisse	21
--	-----------

Lehmann, Eleftheria

Bedeutung der Bedingungen und Regelungen in der Arbeitswelt für die Gesundheit	22
---	-----------

Meyer, Thorsten

Priorisierung und Rationalisierung	23
---	-----------

Schnell-Inderst, Petra

Empirische Evidenz zur Verbreitung und Praxis von IGeL mit Beispielen – ein HTA-Bericht	24
--	-----------

Schuldzinski, Wolfgang

IGeL zwischen Evidenz und Profit: Ein schwieriges Thema für Ärzte und Patienten ..	26
---	-----------

Tebartz van Elst, Ludger

Methylphenidat in der Erwachsenenpsychiatrie: Chancen und Risiken aus der klinischen Perspektive.....	27
--	-----------

Vauth, Christoph

Kostenentwicklung im Gesundheitssystem und die Kosten-Nutzen-Bewertung aus Krankenkassensicht	28
--	-----------

Zechmeister-Koss, Ingrid

Erfahrungen des Ludwig Boltzmann Instituts, Österreich	29
---	-----------

Liste der Referenten	30
-----------------------------------	-----------

Berichte des DIMDI (in chronologischer Reihenfolge).....	33
---	-----------

Projekte des DIMDI in Bearbeitung (Stand Februar 2011)	38
---	-----------

Vorwort

Das 11. Symposium HTA der Deutschen Agentur für HTA (DAHTA) des DIMDI fragt nach der Verbindung von Theorie und Praxis:

- Wie nah an der Praxis sind die theoretischen Ansätze von HTA?
- Wie lässt sich die Theorie in die Praxis umsetzen?

Antworten geben HTA-Experten zur Nutzenbewertung, Entscheidungsfindung, Priorisierung und Rationalisierung, Kostenentwicklung und zu weiteren Themen.

HTA in der Praxis

In vier Themenblöcken diskutieren wir Beispiele anhand von HTA-Berichten: zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen, zu Burnout und zu Betrieblicher Gesundheitsförderung.

Workshop „HTA und Impact“

Wen soll HTA erreichen? Wie wirkungsvoll ist HTA in der Praxis? Wie lässt sich seine Wirkung messen? Der Workshop bietet viel Raum für die Suche nach Antworten, für Erfahrungsaustausch, Diskussion und Entwicklung von Lösungsansätzen: Eine Arbeitsgruppe formuliert Ziele und Zielgruppen. Die weitere Arbeitsgruppe befasst sich mit der Methodik von Impact-Messungen.

Wir freuen uns auf anregende Gespräche mit Ihnen!

Ihr DAHTA-Team

Medikamentöse Behandlung von ADHS bei Erwachsenen in Deutschland – ein HTA-Bericht

Benkert, Diana

Hintergrund und Ziel

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) war lange Zeit ausschließlich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie angesiedelt. Diese psychische Störung endet aber keineswegs immer mit dem Erwachsenwerden. Die Persistenzrate wird je nach Studie zwischen bis zu 66 % angegeben. Eine medikamentöse Behandlung ist zwar möglich, wird aber derzeit bei erwachsenen Patienten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet. Vor diesem Hintergrund sollen die Effektivität verschiedener medizinischer therapeutischer Maßnahmen untersucht, die Kosten-Effektivität der Behandlungen aufgezeigt und ethische, rechtliche, soziale und gesellschaftliche Aspekte beleuchtet werden.

Methodik

Zur Bearbeitung der Fragestellung wird eine systematische Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken unter Berücksichtigung verschiedener Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Die Daten der Literaturstellen werden extrahiert, evaluiert und aggregiert. Die systematische Suche wird durch eine Handsuche ergänzt.

Ergebnisse

Es werden 19 Studien identifiziert, die den vorab festgelegten Kriterien entsprechen, darunter neun kontrollierte Studien (RCT), fünf Metaanalysen, drei Studien mit ökonomischen und zwei Studien mit rechtlichen Aspekten.

Die Untersuchung in den Studien zur medizinischen Effektivität zeigt eine überwiegende Überlegenheit der medikamentösen Behandlung – vor allem mit Methylphenidat, Amphetaminen, Dextroamphetaminen und Bupropion – im Vergleich zu Placebo hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte. Die Ansprechraten der RCT liegen in den Behandlungsgruppen zwischen 17 % und 59 %, während diese in den Kontrollgruppen zwischen 7 % und 42 % zu verzeichnen sind.

Für die Bewertung der ökonomischen Aspekte der ADHS im Erwachsenenalter lassen sich insgesamt für Patienten mit ADHS hohe jährliche direkte und indirekte Kosten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe für Personen ohne ADHS feststellen. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe belaufen sich die Medikamentenkosten, die der ADHS-Symptomatik zuzuschreiben sind, für das Jahr 2009 nach Währungs- und Inflationsbereinigung auf 1.270 bis 1.619 Euro. Indirekte Kosten entstehen u. a. durch häufige Fehlzeiten der ADHS-kranken Arbeitnehmer.

Bei der Anwendung von Stimulanzien sind insbesondere rechtliche Besonderheiten in den Bereichen Straßenverkehr, Reisen, Wehrdienst und Leistungssport zu berücksichtigen. Keine der eingeschlossenen Studien gibt Auskunft über ethische, soziale und gesellschaftliche Aspekte bezüglich einer medikamentösen ADHS-Therapie.

Schlussfolgerung

Bei einer medizinischen Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter sind positive Effekte belegt. Die Effekte können durch individuelle Medikamenteneinstellung optimiert werden. Differenziertere Aussagen zur Kosten-Effektivität bedürfen weiterer gesundheitsökonomischer Studien.

HTA zwischen Theorie und Praxis

Bossmann, Hildegard

Die Health Technology Assessment (HTA) leitet sich unter anderem von den Intentionen der Technikfolgenabschätzung (TA) der frühen sechziger Jahre her. Es ist nach wie vor ein wichtiges wissenschaftliches Instrument für die Entwicklung politischer Strategien und Vorbereitung von Entscheidungen. Für die Abschätzung von Technikfolgen werden alle verfügbaren Informationen herangezogen; liegen zu wenige vor, können sie im Prozess selbst generiert werden, z. B. durch Expertengespräche oder Befragungen.

Mit HTA werden Verfahren, Prozesse, Strukturen (Technologien) und deren Wirkung für die Gesundheit im umfassenden Sinn bewertet und Entscheidungen basiert. Auf der Basis der öffentlich verfügbaren Evidenz werden die Wirkung von Technologien in der Praxis bewertet und weitere mögliche Folgen abgeschätzt. Ein HTA

- zeigt Informationsdefizite auf
- identifiziert Handlungsbedarf und bereitet Szenarien vor
- begründet zukünftige Forschungsschwerpunkte.

Entscheidungen auf der Basis von HTA sind evidenzbasiert.

Soweit die Theorie - der Anspruch. Wie sieht es in der Praxis, in der Realität aus?

In Deutschland wird von unterschiedlichsten Akteuren im Gesundheitssystem Evidenz bewertet und für Entscheidungen zur Verfügung gestellt. Der Gesetzgeber hat hierzu den Handlungsrahmen unter anderem für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Repräsentant der Selbstverwaltung zum Teil sehr ausführlich definiert.

HTA im Auftrag der Öffentlichkeit

Im Jahr 2000 wurde das DIMDI mit der Implementierung von HTA in die gesundheitspolitische Praxis beauftragt. Seither sind mehr als 140 für die Öffentlichkeit relevante Themen einem Assessment unterzogen und entsprechende Berichte publiziert worden. Das wissenschaftliche Methodenspektrum ist breit. Schwerpunkte sind neben therapeutischen Technologien verstärkt Themen zur Pflege, Prävention und Versorgung sowie Methoden.

Bewertung von Evidenz (HTA) im Auftrag des G-BA

Im Zuge der Reformen des deutschen Gesundheitssystems im Jahr 2004 und 2010 hat der Gesetzgeber den G-BA und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, die Leistungen der GKV auf der Basis von Evidenz zu bewerten. Schwerpunkt ist bisher die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln. Die Methodik der Bewertung ist vorab definiert. Die Ergebnisse fließen direkt in die gesundheitspolitischen Entscheidungen des G-BA ein. Die frühe Nutzenbewertung dient unmittelbar der Festsetzung von Preisen für Arzneimittel.

Im Vortrag werden die Erfahrungen des DIMDI im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Realität reflektiert und zukünftige Entwicklungsoptionen für HTA aufgezeigt.

Diagnostik des Burnout-Syndroms: Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis

Broich, Karl

Unter Burnout („Ausgebrannt sein“) wird ein Syndrom verstanden, das durch die Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung/Zynismus und eine verminderte subjektive Leistungsbewertung als Folge einer chronischen Überlastungssituation beschrieben werden kann. Es handelt sich dabei um keine anerkannte diagnostische Kategorie und es gibt große Überlappungsbereiche mit depressiven und somatoformen Störungsbildern. Mit zunehmendem Schweregrad der Symptomatik lassen sich Burnout und eine depressive Episode klinisch anhand psychopathologischer Kriterien kaum noch unterscheiden. In der ärztlichen Praxis entsprechen Diagnostik und therapeutische Ansätze daher weitgehend dem Vorgehen bei depressiven Erkrankungen ergänzt durch stress- und arbeitspsychologische Massnahmen. Je nach Schweregrad kommen psycho-therapeutische (verhaltens-therapeutisch orientiert) und kurzzeitige psychopharma-kologische Interventionen zum Einsatz und werden aus der eigenen Erfahrung mit Patienten mit einem Burnout berichtet.

Darüber hinaus werden aus der Erfahrung der Leitung eines Bundesinstitutes mit mehr als 1000 Beschäftigten kurz Möglichkeiten der Prävention im Sinne eines übergeordneten Gesundheitsmanagements angerissen.

Aufgaben und Ziele des G-BA – AMNOG aus Sicht des G-BA

Bronner, Dorothea

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Das am 11. November 2010 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur **Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)** regelt die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel und deren Erstattungsfähigkeit durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) völlig neu. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fällt hierbei gemeinsam mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine zentrale Aufgabe zu: Die Nutzenbewertung neu zugelassener Arzneimittel nach § 35a SGB V. Deren Ergebnis ist ab 2011 die Entscheidungsgrundlage dafür, zu welchem Preis ein Hersteller sein neu zugelassenes Arzneimittel in Deutschland anbieten kann.

Im Vortrag werden die wesentlichen Aufgaben und die Ziele des G-BA erläutert sowie das Verfahren der Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V skizziert und die Rahmenbedingungen aus Sicht des G-BA bewertet.

Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal

Buchberger, Barbara

Hintergrund

Dem wachsenden Anteil von Betagten und Hochbetagten an der Gesellschaft mit entsprechendem Pflegebedarf stehen älter werdende Belegschaften und Personalabbau im Pflegebereich gegenüber, in dem Beschäftigte hohen beruflichen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Maßnahmen der BGF stellen eine Möglichkeit zur Verbesserung von Verhältnissen und Verhaltensweisen dar.

Methoden

In 32 Datenbanken wird eine systematische Literaturrecherche nach englisch- und deutschsprachigen Publikationen seit 1990 durchgeführt. Darüber hinaus erfolgt eine Internet-Recherche und Sichtung der Referenzlisten identifizierter Publikationen. Die Literaturauswahl wird entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien von zwei unabhängigen Gutachtern getroffen. Datenextraktion und Evidenztabelle werden von einem Zweitgutachter überprüft, wie auch die Bewertung des Verzerrungspotentials anhand des Risk of bias tool der Cochrane Collaboration.

Ergebnisse

Durch die Recherchen wurden elf Interventionsstudien und zwei systematische Übersichtsarbeiten identifiziert. In drei randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und einer kontrollierten Studie ohne Randomisierung (CCT) wurden Maßnahmen zur Verbesserung der physischen Gesundheit untersucht, in vier RCT und zwei CCT Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und in einem RCT Maßnahmen zu physischer und psychischer Gesundheit. Die Dauer der Studien reichte von vier Wochen bis zu zwei Jahren und die Anzahl eingeschlossener Teilnehmer von 20 bis 345, im Median 56. Interventionen und Studienpopulationen waren überwiegend heterogen. Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit führten in drei Studien hinsichtlich von Beschwerden sowie Kraft und Beweglichkeit zu Veränderungen mit statistisch signifikanten Gruppenunterschieden. Aktive Teilnehmer an Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit konnten mit statistisch signifikanten Gruppenunterschieden von einer geringeren Einnahme von Analgetika, besserem Umgang mit beruflich bedingtem Stress und Arbeitsbelastungen, einer verbesserten Kommunikationsfähigkeit und beruflicher Weiterbildung profitieren.

Diskussion

Die überwiegend kleinen bis sehr kleinen Populationen, ein hohes Verzerrungspotential und eine schlechte Berichtsqualität schränken die Aussagekraft der Studienergebnisse stark ein. Eine Vergleichbarkeit der Resultate ist sowohl aufgrund der Heterogenität der Interventionsmaßnahmen und Studienpopulationen mit verschiedensten Spezialisierungen als auch infolge der unterschiedlich langen Studiendauern und Nachbeobachtungsphasen wenig sinnvoll.

Schlussfolgerungen

Weitere Forschungsarbeiten mit größeren Stichproben, ausreichend langen Studiendauern und Nachbeobachtungsphasen, einem geringeren Verzerrungspotential durch Einhaltung relevanter Qualitätskriterien und mit einer besseren Berichtsqualität sind notwendig.

Rationale Konzepte der Entscheidungsfindung – Generalisierende Systementscheidung

Bühler, Diedrich

Nach § 2 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der GKV dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dabei müssen die Leistungen nach § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt gemäß seiner Verfahrensordnung (2. Abschnitt §5 Abs. 2) den „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin.

Der Nutzen einer Methode ist nach dieser VerfO durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe I mit patientenbezogenen Endpunkten (z. B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) sein. Dabei wird in der VerfO eingeräumt dass es als unangemessen angesehen werden kann, Studien dieser Evidenzstufe durchzuführen oder zu fordern. Letztlich kann so eine Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode auch aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen erfolgen. Die Anerkennung des medizinischen Nutzens einer Methode auf Grundlage von Unterlagen einer niedrigeren Evidenzstufe bedarf jedoch - auch unter Berücksichtigung der jeweiligen medizinischen Notwendigkeit - zum Schutz der Patientinnen und Patienten umso mehr einer Begründung, je weiter von der Evidenzstufe I abgewichen wird. In diesem Fall stellt der Wirksamkeitsnachweis geringerer Aussagekraft ein eigenes, nicht sicher quantifizierbares Risikopotential dar.

Nach einer immer wieder zitierten, auf David Sackett zurückgehenden Definition ist „Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“. In der Versorgung individueller Patienten ist aber die Frage „ob etwas geschehen soll“ durch die Inanspruchnahme der konkreten Versorgung bereits beantwortet. Bei der Entscheidungsfindung zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung ist gerade die Frage ob eine Methode konkret verfügbar sein soll noch zu stellen. Die Rationalität der Systementscheidung ist daher durch die lediglich „best verfügbare Evidenz“ möglicherweise nicht ausreichend bedient. Es ist womöglich angemessen eine Schwelle der Aussagesicherheit zu fordern.

Dann allerdings ist das Vorhandensein geeigneter Primärstudien auch die Voraussetzung dafür, dass sekundärwissenschaftliche Ausarbeitungen wie HTA als Grundlage eine Entscheidung dienen können. Auch gesundheitsökonomische Modulierungen sind wenig hilfreich wenn sie auf der Basis lediglich angenommener Effekte erstellt werden. Sozial-Ethisch begründete Priorisierungen laufen ebenfalls Gefahr dem „Gewünschten“ oder „Erhofften“ größere Bedeutung zuzumessen als dem tatsächlich erreichbaren.

Sollen generalisierende Systementscheidungen auf der Basis rationaler Grundlagen erfolgen braucht es eine Stärkung der „Nachweis-Kultur“ medizinischer Verfahren und Methoden.

Bewerten und erfassen von HTA-Impact – ein Evaluationskonzept

Dorendorf, Evelyn

Wie systematische Reviews zeigen [2, 3, 4, 5], haben Health Technology Assessment und die Bewertung seines Impacts im letzten Jahrzehnt stark an Bedeutung gewonnen. Aufgrund des Fehlens eines einsatzfähigen Evaluationsinstruments werden die Effekte von HTA- und Evidenzberichten jedoch noch viel zu wenig und größtenteils unsystematisch erfasst.

HTA ist sowohl ein wissenschaftlicher Prozess als auch eine Gesundheitstechnologie. Als letztere muss Health Technology Assessment den gleichen strengen Evaluationskriterien genügen wie andere Technologien und sich demzufolge an seinen Effekten messen lassen [3]. Weitere Gründe für die Notwendigkeit eines Impactassessments sind beispielsweise a) Unterstützung der Priorisierung (zukünftige Ausgaben für und Fragestellungen von HTA sollten je nach erwartetem Impact behandelt werden), b) Relevanz (ohne eine Evaluation des Impacts – und dessen steuernde Wirkung – kann HTA irrelevant bleiben), c) Nutzung (Impact fördernde und hemmende Faktoren müssen identifiziert werden, um die Wahrscheinlichkeit der HTA-Nutzung zu erhöhen), d) Aufwand (die Verwendung von Ressourcen für die Gesundheitsforschung müssen sich rechtfertigen lassen) [1, 7, 8].

HTA-Impact ist nicht eindimensional, sondern kann in verschiedenen Formen (direkt, indirekt) auftreten. In Anlehnung an Gerhardus [6] und Landry et al. [9, 10] haben Gerhardus et al. [3] ein Stufenmodell zur Erfassung direkten Impacts abgeleitet. Das Modell umfasst folgende sechs Stufen: Wahrnehmung, Akzeptanz, Politischer Prozess, Politische Entscheidung, Umsetzung in die Praxis, finale Outcomes bzw. Ergebnisse [3].

Schwieriger zu erfassen sind die indirekten Einflüsse von HTA- und Evidenzberichten. Dazu zählen beispielsweise die Veränderung von Diskursen oder die Beteiligung betroffener Akteure am HTA-Prozess. Carol Weiss nannte diese Formen des Impacts „Enlightenment“ bzw. „Interaktion“ [12].

Für ein Evaluationskonzept zur Erfassung von HTA-Impact sind auch die Zielakteure der Berichte wichtig. Diese lassen sich in die Ebenen Mikroebene (individuelle Personen/Akteure), Mesoebene (Verbandsebene, Industrie) Makroebene (politische Entscheidungsgremien) und die Ebene Sonstige (Medien, Forschung(-sprogramme)) einteilen [5, 11].

In den systematischen Reviews [2, 3, 5] wurde deutlich, dass in Untersuchungen unterschiedliche Erhebungsmethoden zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Daher sollten mehrere Methoden im Sinne einer Triangulation miteinander kombiniert werden, um die Ergebnisse besser einordnen zu können bzw. die Motive hinter (nicht) auftretenden Veränderungen zu verstehen.

Neben dem erheblichen zeitlichen, personellen bzw. finanziellen Aufwand, zählt es zu den besonderen Herausforderungen der Impacterfassung, die wesentlichen Zielakteure eines Berichts mit ins Boot zu holen.

Die oben genannten Gründe machen jedoch deutlich, dass eine Erhebung des Impacts von HTA- und Evidenzberichten notwendig ist. Das vorgestellte Konzept bietet eine Grundlage dafür.

Literatur

- [1] Buxton M & Hanney S (1996): How can payback from health services research be assessed? *Journal of Health Services Research and Policy*. 1 (1): 35-43.
- [2] Dorendorf E, Gerhardus A (2007): A systematic Review of the Impact of HTA Reports. Poster T-026. In: IV Annual Meeting HTAi – Book of Abstracts.
- [3] Gerhardus A, Dorendorf, E, Røttingen JA, Sarriá Santamera A (2008): What are the effects of HTA reports on the health system? Evidence from the research literature. In: Velasco Garrido M, Kristensen FB, Palmhøj Nielsen C, Busse R (eds.): *Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe: Current status, challenges and potential*. World Health Organization. 109-136.

- [4] Gerhardus A, Dintsios Ch-M (2005): Der Einfluss von HTA-Berichten auf die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung – Eine systematische Übersichtsarbeit. DIMDI. GMS Health Technology Assessment 2005;1: Doc02.
- [5] Gerhardus A (2005): Konzepte und Methoden zur Erhebung des Einflusses von HTA-Berichten auf das Gesundheitswesen. Magisterarbeit zur Erlangung des Titels Magister Public Health (MPH) im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen an der Medizinischen Hochschule Hannover.
- [6] Gerhardus A, Dujardin M, Kiet PHT, Siddiqi S, Sauerborn R (2000): A methodology to assess the use of research for health policy development. SFB 544 Discussion Paper 04/2000. University of Heidelberg.
- [7] Hanney SR, Gonzales-Block MA, Buxton MJ & Kogan M (2003): The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research Policy and Systems. 1 (2): 1-28.
- [8] Hanney, SR, Gonzales-Block MA, Buxton MJ & Kogan M (2002): The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. HERG Research Report. 28.
- [9] Landry R, Amara N & Lamari M (2001a): Utilization of social science research knowledge in Canada. Research Policy. 30: 333-349.
- [10] Landry R, Amara N & Lamari M (2001b): Climbing the Ladder of Research Utilization. Evidenz from Social Science Research. Science Communication. 22 (4): 396-422.
- [11] Rosenbrock R & Gerlinger T (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber: Bern.
- [12] Weiss CH (1979): The many Meanings of Research Utilization. Public Administration Review. 39: 426-431.

Ansprüche an den Impact

Gibis, Bernhard

Health Technology Assessment (HTA) als Instrument des Wissens- und Informationsmanagements für beständig komplexer werdende Gesundheitssysteme hat seit seiner Etablierung in den späten 1980er Jahren einen systemrelevanten Stellenwert in nahezu allen modernen Gesundheitssystemen erlangt. Informationen und Wissen so aufbereitet zeitgerecht zur Verfügung zu stellen, dass Entscheidungsträger informierte Entscheidungen treffen können, ist Hauptanliegen und –zweck von HTA. HTA kann deshalb konsequenterweise als Technologie verstanden werden, deren Nutzen selbst kontinuierlich nachgewiesen werden muss. Wesentlicher Bestandteil eines Nutznachweises für HTA ist neben der Aufwandsschätzung die Ermittlung des Impacts auf die Gesundheitssystementwicklung im Allgemeinen und auf einzelne, technologiebezogene Entscheidungen im Besonderen. Klar unterschieden werden muss deshalb bei einer Darlegung der Erwartungen an den Impact zwischen der Erwartung an HTA als Instrument sui generis sowie an derjenigen bezüglich einzelner HTA-Berichte.

Bezogen auf Systemebene kann festgestellt werden, dass HTA respektive HTA-Instrumente neben der Etablierung von DAHTA beim DIMDI durch den Gesetzgeber systematisiert in Entscheidungsabläufe der Selbstverwaltung integriert wurden (z.B. Gründung des IQWiG, Einführung der schnellen Nutzenbewertung im Arzneimittelausschuss des G-BA). Daraus abgeleitet werden kann, dass die Erwartungen an den Impact im Laufe dieser schrittweisen Integration bislang offensichtlich nicht grundsätzlich enttäuscht wurden. Dies ist umso mehr überraschend, da alleine schon die Eingrenzung von Freiheitsgraden der bisherigen Entscheidungshoheit als unerwünschter Impact von HTA gewertet werden kann und nicht selten einen unauflösbaren Zielkonflikt darstellt.

Die Erwartungen an den Impact einzelner HTA-Berichte variieren je nach Perspektive der am Entscheidungsprozess beteiligten Akteure. Erwartungen sind deshalb unlösbar mit der Erwartungshaltung der Akteure verbunden, die nicht immer - getriggert durch die je nach eigener Perspektive positiven oder negativen Ergebnisse der Berichte – vorurteilsfrei dem Instrument HTA gegenüber stehen. Verschiedene qualitative Befragungen in verschiedenen Settings haben gezeigt, dass die Erwartungen von HTA-Nutzern (Öffentliche Entscheider, Industrie, Patientenorganisationen, Leistungserbringerorganisationen) insbesondere enttäuscht werden im Hinblick auf die Zeitnähe der HTA-Berichte, der fehlenden Kenntnis des Gesundheitssystemzusammenhangs seitens der Autoren, fehlende Möglichkeiten, die Ergebnisse auf den lokalen Kontext zu beziehen sowie auf administrative Hürden, die die Nutzung der Berichte erschweren. Der Impact selbst ist als Komposit verschiedener Wirkungen auf das Gesundheitssystem, zudem auch noch an unterschiedlichen Stellen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten, zu verstehen. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, welche Erwartungshaltungen durch HTA-Berichte geweckt werden, mit anderen Worten: Welches zielgruppenspezifisches Leistungsversprechen wird mit dem HTA-Bericht durch die Berichtsersteller abgegeben u. a. hinsichtlich der Methodik, der Verlässlichkeit und der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse sowie der Einbettung der Ergebnisse in den jeweiligen Gesundheitssystemkontext. Dies gilt gleichermaßen für die ex ante Abgrenzung der Bedeutung des Berichts bezüglich des assessments und des appraisals der im Bericht bewerteten Technologie. Zwar kann die durch systemische Rahmenbedingungen häufig vorgefasste Erwartungshaltung der Akteure nur bedingt geändert werden, dennoch sollten Nutzer zumindest durch die klare Darlegung des Leistungsversprechens des Produkts HTA in die Lage versetzt werden, eine realistische Erwartungshaltung aufzubauen zu können.

„HTA und Impact“ – Erfahrungen der Deutschen Agentur für HTA

Göhlen, Britta

Das A und O aller Health Technology Assessments (HTA)-Berichte ist das Erreichen der jeweiligen Adressaten. Nach der Publikation eines HTA-Berichts sollte daher eine systematische Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen. Erst wenn der Inhalt eines Berichts der Zielgruppe bekannt ist, kann das neue Wissen genutzt werden und Effekte bewirken, d.h. Impact erzielen. Eine planvolle und strukturierte Dissemination ist dafür unverzichtbar. Hierzu muss bereits vor Anfertigung des Berichts überlegt werden, wen die gefundenen Erkenntnisse erreichen sollen.

Wie aber ist Impact definiert? Ist es bereits Impact, Kenntnis über den Inhalt eines HTA-Berichts zu haben? Umfasst der Begriff eher das Aufgreifen der Berichtsergebnisse und die weitere Verbreitung der Kernaussage auf unterschiedlichen Wegen? Oder bedeutet Impact die tatsächliche Umsetzung der Ergebnisse eines HTA in die Praxis? Weiterhin ist fraglich: wie lässt sich Impact messen? - Das sind Fragen, die national und international stark diskutiert werden und für die noch keine allgemeingültige Antwort gefunden ist.

Die Deutsche Agentur für HTA (DAHTA) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information gibt HTA-Berichte heraus, die sie von externen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen und mit öffentlichen Geldern fertigen lässt. Das Thema für einen solchen Bericht wird von der Öffentlichkeit vorgeschlagen, vom Kuratorium HTA bewertet und letztendlich von der DAHTA beauftragt. Die publizierten HTA-Berichte sind über das Internet in der DAHTA-Datenbank sowie im Online-Journal German Medical Science (gms) für die Öffentlichkeit kostenfrei zugänglich.

Aktuell setzt die DAHTA Strategien für eine gezielte Dissemination um. Zudem werden Kriterien zur Ermittlung des Impacts entwickelt. Hierzu muss vorab eine entsprechende Definition formuliert werden. Bei der Zusammenführung des Bedarfs, der Erwartung und der Wirkung bzw. der Nutzung eines HTA-Berichts ist ein Austausch der DAHTA mit nationalen und internationalen Fachgruppen unerlässlich.

Möglicher Einfluss der Ergebnisse des HTA-Berichts „Empirische Evidenz zur Verbreitung und Praxis von IGeL“ auf unser Gesundheitssystem

Hofer, Ursula

Diese Übersichtsarbeit des DIMDI zeigt zunächst, aus welcher Situation heraus sich das Spektrum individueller Gesundheitsleistungen in Deutschland entwickeln konnte und dass es heute ein Sektor des „zweiten Gesundheitsmarktes“ mit etwa 1,5 Mrd. € Umsatz im Jahr 2009 ist.

In einem allgemeinen Teil wird erarbeitet, welche empirischen Daten es zu Angebot, Inanspruchnahme, Praxis, Akzeptanz und ökonomischer Bedeutung von IGeL gibt. Das HTA evaluiert Versicherten- und Ärztebefragungen, Modellprojekte zur Beratung und IGeL-Marktübersichten und beleuchtet so ethische, soziale und rechtliche Aspekte der IGeL unter Alltagsbedingungen.

Ein spezieller Teil setzt sich mit den beiden häufigsten individuellen Gesundheitsleistungen Glaukomscreening und intravaginalem Ultraschall (VUS) in Form eines Rapidassessments auf Evidenzbasis auseinander. Hier ergibt sich keine belastbare Evidenz zum Nutzen von Glaukomscreening, da keine patientenrelevanten Zielgrößen untersucht wurden und in Bezug auf den VUS einen niedrigen positiv prädiktiven Wert (0,75 – 2,8 %), was zu Überdiagnostik mit invasiven Eingriffen führt.

Wichtige Erkenntnisse aus diesem HTA sind:

- Der breit diskutierte Zusatznutzen von IGeL kann beziffert werden. Als „wertvoll“ bezeichnete IGeL wie reisemedizinische Beratungen und Impfungen machen nur 6 % der ärztlichen IGeL-Angebote aus. Hingegen nimmt das Glaukomscreening bis zu 40 % und der VUS bis zu 25 % der IGeL-Angebote ein.
- 30 % der Versicherten sind bereit bis zu 50 € pro Leistung auszugeben
- Bei 8 % der Ärzte macht der IGeL-Umsatz über 20 % des Praxisumsatzes aus; bei der großen Mehrheit der Ärzte ca. 5 %.
- Es wird Bezug genommen zu den zehn IGeL-Richtlinien der Bundesärztekammer, der IGeL-Checkliste für Patienten von ÄZQ, KBV, BÄK und dem Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin
- Manche GKV-Patient ist vom reinen Empfänger von Gesundheitsleistungen zu einem denkenden, rational handelnden „Konsumenten“ geworden, sofern er gesund ist!.

Das Prinzip individueller Gesundheitsleistungen hat sich im Lauf der Jahre auf vertragsärztliche Leistungsinhalte im EBM, auf die Kostenerstattungsangebote gesetzlicher Krankenkassen, ärztliches Verhalten und den Informationsgrad von Patienten ausgewirkt, was an Beispielen erläutert wird.

Das politische Dilemma, eine unbegrenzte Menge von Gesundheitsleistungen zu versprechen, obwohl das System gedeckelt ist, besteht seit 1998 unverändert. Umfassende Aufklärung der Patienten und korrekte Abrechnung sind Kernelemente bei der Erbringung von individuellen Gesundheitsleistungen. es wäre wünschenswert, wenn alle betroffenen Ärzte auf die bereitgestellten Informationen der Selbstverwaltung zugreifen

Burnout als gesellschaftliches Problem: die seelische Verfassung unserer Gesellschaft

Kaschka, Wolfgang P.

Nach einer aktuellen Umfrage von TNS Emnid fühlen sich mehr als 12% aller Beschäftigten in Deutschland in ihrem Job überfordert. Der vorliegende Beitrag vermittelt einen Überblick über die Begriffsgeschichte des Burnout-Syndroms, seine Symptomatik, Ausprägungsgrade (Kategorien oder Stadien), die unternommenen Definitionsversuche und die entwickelten Instrumente zu seiner (semiquantitativen) Erfassung. Psychologische Erklärungsmodelle wie das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek, 1979) und das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist und Peter, 2000) werden diskutiert. Ein eigener Vorschlag zur medizinisch-psychiatrischen Konzeptualisierung des Burnout-Syndroms wird vorgestellt. Nach exemplarischer Darstellung offener Forschungsfragen zu Burnout folgt abschließend der Versuch, das Burnout-Syndrom im gesellschaftlichen Kontext der modernen Arbeitswelt (Stichworte: z.B. Arbeitsverdichtung, Multitasking, Methoden des modernen Managements) als - zumindest partiell - hausgemachtes Problem zu begreifen.

Literatur

1. Burisch, M. (2006) Das Burnout-Syndrom. 3. Aufl., Springer, Heidelberg.
2. Karasek, R.A. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24: 285-308.
3. Maslach, C., Jackson, S.E. (1981) Maslach Burnout Inventory ("Human Services Survey"). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
4. Siegrist, J., Peter, R. (2000) The effort-reward imbalance model. In: Schnall, P., Belkic, K., Landsbergis, P., Baker, D. (eds.): *The workplace and cardiovascular disease. Occupational Medicine, State of the Art Reviews* 15: 83-87.

Gesundheitsförderung – Eine gesellschaftliche Aufgabe

Knesebeck, Olaf von dem

Das Thema ‚Gesundheitsförderung‘ wird im Vortrag vor dem Hintergrund von wichtigen strukturellen Gegebenheiten und Entwicklungen erörtert (Zunahme der Lebenserwartung, epidemiologische Transition und gesundheitliche Ungleichheiten). Es wird dargestellt, dass der größte Anteil der Lebenserwartungszunahme in den höheren Altersgruppen (65 Jahre und älter) zu verzeichnen ist. Für das Erreichen einer ‚Kompression der Morbidität‘ spielen Prävention und Gesundheitsförderung eine herausragende Rolle. Jedoch lässt sich zeigen, dass der Zugewinn krankheitsfreier Lebensjahre bzw. einer gesunden Lebenserwartung sozial ungleich verteilt ist. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Gruppen mit den größten gesundheitlichen Risiken (vor allem niedrige soziale Schichten) durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen häufig nicht erreicht werden (‚inverse prevention law‘). Anhand aktueller Modelle und Ergebnisse wird im Vortrag hergeleitet, dass die Gesundheitsförderung ihrer gesellschaftlichen Aufgabe nur dann gerecht werden kann, wenn sie nicht nur zu einer Kompression der Morbidität, sondern auch zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beiträgt. Dies kann dadurch erreicht werden, dass spezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten weiterentwickelt und evaluiert werden.

Diagnostik des Burnout-Syndroms – ein HTA-Bericht

Korczak, Dieter

Burnout ist eine gesellschaftliche Realität und wird im niedergelassenen Bereich und in der Klinik diagnostiziert. Die Angaben zur Prävalenz des Burnout reichen von bundesweit etwa neun Millionen Menschen bis zur Aussage, dass jeder vierte Bundespolizist an Burnout leidet.

Unter Burnout wird häufig ein arbeitsbezogenes Syndrom verstanden, das sich aus den Dimensionen emotionale Erschöpfung und einer verminderten Leistungsfähigkeit bildet. Es hängt mit arbeitsbezogenem Stress, dem Ausmaß der beruflichen Zufriedenheit und Persönlichkeitsfaktoren zusammen. Faktisch existiert jedoch keine einheitliche, standardisierte, allgemeingültige Definition. Zur Differentialdiagnostik liegen nur Symptomkataloge mit hohem Allgemeinheitsgrad vor. Im ICD-10 wird Burnout als Ziffer Z 73.0 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) geführt.

Die verfügbaren Fragebogen zur Messung eines Burnout haben keine krankheitsdiagnostische Qualität.

Es ist zu beobachten, dass Ausweichdiagnosen gestellt werden, um Patienten mit Erschöpfungssyndromen behandeln zu können.

Da Burnout ein Phänomen von erheblicher Prävalenz zu sein scheint und eine erhebliche Kostenrelevanz hat, wird die Durchführung einer hochwertigen Kohortenstudie mit multimodalen Erhebungs-/Diagnose-Instrumenten und mehreren Follow-ups empfohlen, um über den Krankheitswert von Burnout Klarheit zu gewinnen.

Literatur

Korczak, D, Kister, C, Huber, B (2010), Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms, DIMDI, Köln, http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta278_bericht_de.pdf

Methodische Herausforderungen bei der frühen Nutzenbewertung

Lange, Stefan

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) sind auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) neue Aufgaben dazugekommen, die insbesondere eine frühe Bewertung des (Zusatz-)Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zum Zeitpunkt des Markteintritts (kurz nach erteilter Zulassung) betrifft [1]. Grundlage für diese Bewertung liefert ein durch den Hersteller anzufertigendes Dossier. Detaillierte Anforderungen an die Bewertung sind in einer Rechtsverordnung (Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung – AM-NutzenV) beschrieben [2].

Der frühe Bewertungszeitpunkt kann zu einer größeren Unsicherheit bei der Bewertung führen, da zum Zeitpunkt des Markteintritts in der Regel nur begrenztes empirisches Datenmaterial auf Basis der Zulassungsstudien vorliegt. Als wesentliche methodische Herausforderungen lassen sich die folgenden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) charakterisieren: (i) Stellenwert von Surrogaten. Bei Zulassungsstudien werden häufig Surrogate für einen Wirksamkeitsnachweis eingesetzt. Hier gilt es, die Validität der gewählten Surrogate im Hinblick auf die Vorhersage von patientenrelevanten Effekten zu beurteilen [3]. (ii) Indirekte Vergleiche. Gemäß AM-NutzenV „können verfügbare klinische Studien für die zweckmäßige Vergleichstherapie herangezogen werden, die sich für einen indirekten Vergleich mit dem Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eignen“, wenn „keine direkten Vergleichsstudien für das neue Arzneimittel gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie [vorliegen] oder diese keine ausreichenden Aussagen über einen Zusatznutzen [zulassen]“. Wenngleich indirekte Vergleiche schon seit längerem insbesondere im Rahmen von so genannten Nicht-Unterlegenheitsstudien für Wirksamkeitsaussagen herangezogen werden [4,5], gibt es noch zahlreiche ungelöste methodische Probleme bei deren Anwendung, auch und gerade, wenn Evidenz aus direkten und indirekten Vergleichen kombiniert werden soll [6]. Solche methodischen Probleme werden voraussichtlich zumeist mit einer Verringerung der Ergebnissicherheit einhergehen. (iii) Abstufung der Wahrscheinlichkeit für einen Zusatznutzen. In der AM-NutzenV ist vorgesehen, dass zu bewerten ist, „... mit welcher Wahrscheinlichkeit und in welchem Ausmaß ein Zusatznutzen vorliegt“. Diese Abstufung trägt offenbar den unter (i) und (ii) beschriebenen besonderen Unsicherheiten bei der frühen Nutzenbewertung Rechnung. Hier wird das vom IQWiG bereits verfolgte Konzept der so genannten Ergebnissicherheit weiter zu entwickeln sein [7].

Die beschriebenen, besonderen methodischen Herausforderungen stellen das Konzept einer frühen Nutzenbewertung nicht infrage. Vielmehr bedeuten sie einen Ansporn für methodische Weiterentwicklungen, die letztlich allen beteiligten Akteuren, nicht zuletzt auch den Patienten, zu Gute kommen.

Literatur

- [1] Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010 Teil I Nr. 67, 2262-2277, 27.12.2010.
- [2] Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010 Teil I Nr. 68, 2324-2328, 31.12.2010.
- [3] IQWiG. Aussagekraft von Surrogatendpunkten in der Onkologie. IQWiG-Berichte 2011, Nr. 80.
- [4] Bucher HC, Guyatt GH, Griffith LE, Walter SD. J Clin Epidemiol 1997; 50: 683-91.
- [5] Hauck WW, Anderson S. Drug Inf J 1999; 33: 109-18.
- [6] Song F, Loke YK, Walsh T, Glenny AM, Eastwood AJ, Altman DG. BMJ 2009; 338: b1147.
- [7] IQWiG. Allgemeine Methoden, Version 3.0 vom 27.05.2008.

ADHS bei Erwachsenen: Kriterien, Erscheinungsweise, Ätiologie und Therapiebedürfnisse

Lauth, Gerhard W.

Bedeutung der Bedingungen und Regelungen in der Arbeitswelt für die Gesundheit

Lehmann, Eleftheria

Zum Verständnis der Wechselbeziehungen zwischen der Gesundheit des Menschen und seiner Lebens- und Arbeitsbedingungen haben mehrere wissenschaftliche Ansätze beigetragen. In umfassenden Langzeitstudien ließen sich auf der Basis dieser Ansätze unter Berücksichtigung des multifaktoriellen Belastungsgeschehens unterschiedliche Krankheits- und Sterberisiken erklären. Wesentlich ist die Erkenntnis, dass sowohl soziale Benachteiligungen als auch berufliche Belastungen im Erwachsenenalter zu den unterschiedlichen Gesundheitsrisiken führen.

In den entwickelten Industrieländern haben diese Studienergebnisse die Gesundheitspolitik und Rechtsetzung erheblich beeinflusst. Auch für die EU-Mitgliedsstaaten ist der Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt ein wichtiges Ziel der gemeinsamen Arbeits- und Sozialpolitik und im europäischen und nationalen Recht - in Deutschland vor allem in den Arbeitsschutzvorschriften - fest verankert. Internationale Studien und Vergleichsdaten z. B. der OECD zeigen, dass trotz gemeinsamer Regelungen für den Gesundheitsschutz in einigen EU-Ländern die Menschen gesünder und länger leben als in Deutschland. Diese Feststellung gibt weder Auskunft über die Wirkung gesundheitlicher Aktivitäten auf politischer oder betrieblicher Ebene noch bietet sie Erklärungsansätze für mögliche Ursachen und ist als Antwort auf die Frage nach der Bedeutung der Bedingungen und Regelungen in der Arbeitswelt für die Gesundheit unzureichend.

Systematische Wirkungsmessungen gesetzlicher Regelungen im Arbeitsschutz finden in Deutschland nicht statt. Aussagen über die Qualität der Arbeitswelt werden anhand von Monitoringdaten (Befragungen und regelmäßige Statistiken) getroffen. Am Beispiel Nordrhein-Westfalens wird - gestützt auf die vorliegenden Daten einer umfassenden landesweiten Gesundheitsberichterstattung und anderer Quellen - die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung mit Betonung auf die Erwerbspersonen dargestellt. Die erkennbaren gesundheitlichen Ungleichheiten in der Arbeitswelt erfordern in stärkerem Maße die dauerhafte Einführung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Priorisierung und Rationalisierung

Meyer, Thorsten

Der Begriff Priorisierung hat Einzug in die Diskussion über die gesundheitliche Versorgung in Deutschland gefunden. Diese Diskussion erfolgt sehr zögerlich, sie ist geprägt durch unterschiedliche Verständnisse, Konzepte und/oder Interessen. Ziel dieses Beitrags ist es, grundlegende Ideen von Priorisierung aufzuzeigen und die mit Priorisierung assoziierten Begriffe Rationierung und Rationalisierung abzugrenzen, auch unter Berücksichtigung einer Theorie-Praxis Dimension.

Die erste weithin sichtbare Auseinandersetzung mit Priorisierung in der medizinischen Versorgung in Deutschland erfolgte von der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) in einer ersten Stellungnahme im Jahr 2000, die allerdings noch keinerlei Reaktionen hervorrief. Die ZEKO definierte Priorisierung als „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Leistungen vor anderen“ (ZEKO 2007). Priorisierung führe grundsätzlich zu einer mehrstufigen Rangreihe. Oben stehe, was als unverzichtbar und wichtig erachtet wird, unten das Wirkungslose, das, was mehr schadet als nützt. Priorisierung in diesem Sinne ist eine theoretische Vorarbeit, „der Versuch, gedanklich Ordnung zu schaffen“ (Raspe 2010). Rationierung dagegen ist die Tat, die Praxis: das (systematische) Vorenthalten medizinisch notwendiger, oder zumindest nützlicher und prinzipiell verfügbarer Leistungen aus Knappheitsgründen (Raspe 2010). Eine so verstandene Rationierung setzt eine wohl durchdachte Priorisierung voraus.

Allerdings führt Priorisierung nicht unweigerlich und automatisch zu Rationierung. So kann es verschiedene Gründe dafür geben, Prioritäten nicht in der aufgestellten Form umzusetzen, sondern weitere, womöglich politische oder Medizin-ferne Kriterien für Rationierungsentscheidungen mit heranzuziehen. Zudem ist die Zweckmäßigkeit von Priorisierung längst nicht auf die Notwendigkeit der Rationierung bezogen. Vielmehr stellt Priorisierung auch eine Voraussetzung von Maßnahmen der Rationalisierung (eines möglichst effizienten Mitteleinsatzes) sowie guter Qualitätssicherung dar (Meyer 2009), und kann nicht nur in Zeiten der Knappheit sondern auch in Zeiten des Überflusses seine Wirkung entfalten, wofür es auch historische Beispiele gibt. An der Entwicklung der Priorisierungsdiskussion und -aktivitäten in Schweden lässt sich die Notwendigkeit der Differenzierung von Priorisierung, Rationierung und Rationalisierung aufzeigen (Raspe & Meyer 2009; Meyer & Raspe 2009).

Für das HTA erscheint Priorisierung an verschiedenen Stellen bedeutsam. Dazu gehört die Themenauswahl für die Erstellung von HTAs (welche Technologien sollten vorrangig bearbeitet werden?). Ebenso sollte die Durchführung von HTA von konsentierten Priorisierungskriterien profitieren. Z.B. sollte eine bessere Reflektion und Auswahl von relevanten Outcomes durch Priorisierungskriterien ermöglicht werden. Ebenso könnte auf bestimmte, bisher eher vernachlässigte Patientengruppen (z.B. Patienten mit eingeschränkter Autonomie) größere Aufmerksamkeit gelegt werden. Letztlich sollten Empfehlungen von HTAs auf der Grundlage von im Vorfeld festgelegten Prioritäten oder Priorisierungskriterien formuliert werden.

Referenzen

- Meyer T (2009) Zusammenhang zwischen Priorisierung und Rationierung – zwei Modelle. ZEFQ 103: 80-84
- Meyer T, Raspe H (2009) Wie können medizinische Leistungen priorisiert werden? Ein Modell aus Schweden. Gesundheitswesen 71: 617-622
- Raspe H (2010) Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Unabweisbare Aufgabe, unnützer Luxus oder Spiel mit dem Feuer? Bundesgesundheitsbl 53: 874-881
- Raspe H, Meyer T (2009) Priorisierung: vom schwedischen Vorbild lernen. DÄB 106: A1036- A1039
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000) Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? DÄB 97: 786-792
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2007) Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). DÄB 104: A1-A5

Empirische Evidenz zur Verbreitung und Praxis von IGeL mit Beispielen – ein HTA-Bericht

Schnell-Inderst, Petra

Hintergrund

Bei individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) handelt es sich formal um ärztliche Leistungen, die generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegen, und nach einer Definition der Bundesärztekammer aus ärztlicher Sicht notwendig oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und von Patienten ausdrücklich gewünscht werden. Ob IGeL für Patienten, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt nützlich und sinnvoll sind, ist eine kontrovers diskutierte Debatte. Dieser HTA-Bericht soll zu einer Versachlichung beitragen.

Fragestellung

Ziel war es, zu untersuchen, welche empirischen Daten zu Angebot, Inanspruchnahme, Praxis, Akzeptanz, Arzt-Patient-Verhältnis und ökonomischer Bedeutung von IGeL im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen (Focus 1) und welche, ethischen, sozialen und rechtlichen Aspekte (Focus 2) mit IGeL verbunden sind. Außerdem wurde für die beiden am häufigsten durchgeführten IGeL, das Screening auf Glaukom und das Screening auf Ovarial- und Endometriumkarzinom mittels Vaginalultraschall (VUS) untersucht, wie die Evidenz zur klinischen Effektivität des jeweiligen Screenings ist und ob es Zielpopulationen gibt, für die diese Screeningmaßnahme sinnvoll erscheint.

Methodik

Es wurde ein systematischer Review (SR) zu empirischen Primärstudien sowie Publikationen zu ethischen, sozialen und rechtlichen Aspekten von IGeL durchgeführt. Zweitens wurden systematische Kurzbewertungen (KB) zur medizinischen Effektivität für die ausgewählten Beispiele durchgeführt. Dazu wurde die Evidenz aus den neuesten HTA-Berichten und SR mit ausreichender Studienqualität sowie Primärstudien, die nach dem Recherchedatum des jüngsten eingeschlossenen HTA / SR publiziert worden waren, herangezogen.

Ergebnisse

Es wurden 28 Studien zu Focus 1, 35 zu Focus 2, 6 HTA-Berichte und 3 RCT für die KB eingeschlossen. Zwischen 19 und 53% der Versicherten haben schon einmal IGeL-Angebote bekommen, 75% davon wurden auch durchgeführt. 16-19% der Versicherten haben selbst IGeL nachgefragt. Die Augeninnendruckmessung ist die häufigste IGeL und macht bis zu 40% der Angebote aus. Es folgen Ultraschalluntersuchungen, mit bis zu 25% der Angebote. Ebenfalls häufig sind Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Blut- und Laboruntersuchungen; diese machen auch einen Großteil der Nachfrage aus. Die ethischen, sozialen und rechtlichen Aspekte, die im Zusammenhang mit IGeL diskutiert wurden, betreffen folgende Themen: souveräne Patientenentscheidung versus Angebotsinduktion, Kommerzialisierung der Medizin, Informationspflicht, Nutzen, Evidenz, (Qualitäts-)Kontrolle, Rollen und Verhältnis von Arzt und Patient, Verhältnis zum GKV-System, soziale Ungleichheit und korrekte Leistungserbringung. Es werden konkrete Forderungen zu Aufklärung und Beratung, (Qualitäts-)Kontrolle, GKV-Leistungskatalog und finanziellen Belangen genannt. Für Glaukomscreening konnten keine randomisierten kontrollierten Studien (RCT) identifiziert werden, die den patientenrelevanten Nutzen der Maßnahme nachweisen könnten. Zum VUS-Screening wurden drei RCT eingeschlossen, VUS-Screening ist mit hoher Überdiagnostik verbunden, die zu unnötigen invasiven Eingriffen führt. Pro entdecktes Karzinom wurden 19 bis 22, pro entdecktes invasives Karzinom 30 bis 35 Operationen durchgeführt. Daten zu Mortalitätsunterschieden liegen noch nicht vor. Ergebnisse hierzu werden in den o. g. RCT erhoben.

Schlussfolgerungen

IGeL werden von vielen Versicherten in Anspruch genommen. Um mehr Transparenz herzustellen, sollte den Forderungen nach einer offiziellen Positiv- und Negativliste sowie nach evidenzbasierten, unabhängigen Patienteninformationen entsprochen werden. IGeL sind außerdem Teil der allgemeinen Diskussion um die Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

IGeL zwischen Evidenz und Profit: Ein schwieriges Thema für Ärzte und Patienten

Schuldzinski, Wolfgang

Der IGeL-Markt birgt eine Vielzahl ungelöster Probleme, die zu einem Teil daherrühren, dass die Rollen der Anbieter nicht immer klar getrennt sind. Konkret: Wer als Patient den Kassenarzt aufsucht, erhält im Rahmen seiner Krankenversicherung eine Behandlung durch einen Therapeuten. Während der Behandlung erhält er IGeL-Angebote, wechselt damit plötzlich vom ersten in den zweiten Gesundheitsmarkt und wird zum Kunden eines Anbieters von Gesundheitsdienstleistungen. Dabei soll er seine Kaufentscheidung aber von der Kompetenz und dem selbstlosen Engagement des Arztes aus dem ersten Gesundheitsmarkt abhängig machen. Der Rollenwechsel führt bei Patienten und Ärzten zu Verunsicherung und Fehlverhalten. Diese Situation wird solange bestehen bleiben wie die Rollen nicht klar getrennt werden. Soweit es sich bei den Anbietern um Ärzte mit Kassenzulassung handelt, wäre von Kassen und KVen zu überprüfen, bis zu welcher Kapazitätsgrenze eine Erbringung von IGeL-Angeboten mit den Versorgungspflichten einer Kassenärztlichen Zulassung kompatibel ist. Kammern müssten für eine Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zur Aufklärung, Schriftlichkeit und Rechnungslegung Sorge tragen.

Vor allem aber wirft die Vielzahl nicht evidenzbasierter Angebote die Frage nach einer Qualitätssicherung des Marktes auf. Fachgesellschaften könnten in einem ersten Schritt selbstregulatorisch tätig werden oder eine Bewertung könnte alternativ über staatsnahe Organisationen wie dem IQWiG oder dem AQUA-Institut stattfinden. Die Einhaltung der Informationspflichten könnte über eine vorgeschriebene Aushändigung eines „normierten Produktinformationsblattes“ zu den jeweiligen Angeboten gewährleistet werden, mit dem auf Kriterien wie die Evidenz der Methode, Risiken falsch positiver bzw. negativer Befunde, Kosten u. a. hingewiesen würde. Mit solchen Schritten könnte der IGeL-Markt aus der Grauzone herausgeführt werden und möglicherweise bestehende Potentiale für die Anbieter wie auch für nachfragende Patienten/Verbraucher fair und transparent ausgeschöpft werden.

Methylphenidat in der Erwachsenenpsychiatrie Chancen und Risiken aus der klinischen Perspektive

Tebartz van Elst, Ludger

Methylphenidat und verwandte Substanzen sind bislang nur für die Behandlung im Kindes- und Jugendalter zugelassen. Das bedeutet, dass die Kostenerstattung dieser Medikamente für Menschen, die das Erwachsenenalter erreicht haben, von Ausnahmen abgesehen von den Krankenkassen nicht mehr übernommen werden.

Nun handelt es sich aber bei dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), um ein Störungsbild, welches häufig bis ins Erwachsenenalter persistiert. Oft bildet eine ADHS bei Erwachsenen einen pathophysiologisch wichtigen Kontext für die Entwicklung sekundärer psychischer Probleme wie Angststörungen, Depressionen oder aber in Einzelfällen auch schizophreniformen Störungen.

Gleichzeitig ist das ADH-Syndrom oft komorbid bei Störungen wie z.B. dem Gilles-de-la-Tourette-Syndrom oder dem Asperger-Syndrom vorhanden. Auch in diesen Kontexten erweisen sich Stimulantien oft im Einzelfall als klinisch sehr hilfreich.

Aufgrund der fehlenden Zulassung für den Erwachsenenbereich ergibt sich für die Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie der Fall, dass die Behandlung möglicherweise sekundärer Störungen wie Depressionen und Psychosen bezahlt wird, die Behandlung der ursachennäheren und aus Kindheit und Jugend persistierenden Primärstörungen jedoch nicht mehr finanziert werden. Dies kann in vielen Einzelfällen dazu führen, dass Patienten gut etablierte und im Einzelfall überaus überzeugend belegte Therapieformen vorenthalten werden. Die Folgen sind subjektives Leid, soziale Desintegration und teilweise sogar Berentung, die dann zu einem nicht unerheblichen Teil der Organisation des Gesundheitssystems im SGB geschuldet sind.

Auf diese Problematik soll in dem Vortrag anhand von Fallbeispielen aus klinischer Perspektive nachgegangen werden.

Kostenentwicklung im Gesundheitssystem und die Kosten-Nutzen-Bewertung aus Krankenkassensicht

Vauth, Christoph

Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen ist nicht erst seit der Einführung der Kosten-Nutzen-Bewertung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf der Tagesordnung. Die anhaltende Problematik der unzureichenden Ressourcenausstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat unabhängig von ihrer Ursache¹ dazu geführt, dass die Fragen nach der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und nicht zuletzt nach der Zweckmäßigkeit der Einsatzes gesundheitlicher Technologien zunehmend stärker betont werden (§ 12 SGB V). Zwar sieht das SGB V bereits seit seiner Einführung eine Begrenzung der Leistungen vor. In der Vergangenheit bezogen sich Prüfungen allerdings vor allem auf so genannte *Life-Style* Technologien sowie Technologien zur Behandlung von *Nicht-Krankheiten*, unwirksamer Technologien oder aber im ambulanten Bereich auf Grund des Erlaubnisvorbehalts auch auf neue Technologien. Mit der Vorlage der drei Gutachten des damals noch als Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (im folgenden Sachverständigenrat) bezeichneten Gremiums im Jahr 2001 wurde erstmals in einer solchen Detailfülle auf Missstände in der Prävention und Nutzerorientierung, der Qualitätsentwicklung sowie des beobachteten Versorgungsgrades im Gesundheitswesen hingewiesen. Ziel der Gutachten war es, Vorschläge zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit über eine veränderte Leistungssteuerung zu entwickeln. Aus den Gutachten des Jahres 2001 leitete der Sachverständigenrat eine Reihe von Forderungen ab, die im Kern auf eine stärkere Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes, der Evidenz-basierten Medizin, der Qualitätsausrichtung sowie der nutzerorientierten Zielbildung in der gesetzlichen Krankenversicherung (im folgenden GKV) abzielen.

Seit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber mit der Kosten-Nutzen-Bewertung ein zusätzliches Instrument eingeführt, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot insbesondere im Bereich der Bewertung der Erstattungsfähigkeit bzw. -höhe von Arzneimitteln Geltung zu verschaffen. Das IQWiG hat hierzu die notwendigen methodischen Grundlagen entwickelt. Mit der Einführung des AMNOG und der frühen Nutzenbewertung steht die GKV nun vor einer neuen - von uns aber seit langem erwünschten - Situation, dass die bislang sehr freie Preissetzung für Arzneimittel zu einem frühen Zeitpunkt hinterfragt und ggf. korrigiert werden kann. Es bleibt abzuwarten, welche Rolle die KNB neben der frühen Nutzenbewertung und den möglichen direkten Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband sowie ggf. auch einzelnen Kassen einnimmt.

Erfahrungen des Ludwig Boltzmann Instituts, Österreich

Zechmeister-Koss, Ingrid

Hintergrund

Das Ziel von Health Technology Assessment (HTA) ist die Bereitstellung evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen, die zu Gunsten eines effizienten und angemessenen Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen eingesetzt werden und letztlich zu mehr Gesundheit beitragen sollen. Um die Forschungsfinanzierung zu legitimieren sowie die zukünftige Forschung zu priorisieren, wurde der Impact der HTA-Forschung am Ludwig Boltzmann Institut für HTA (LBI-HTA) sowie an der HTA-Abteilung des Instituts für Technikfolgenabschätzung (ITA) einer Evaluation unterzogen.

Methode

Mögliche Effekte der HTA-Forschung, wurden mit einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden erhoben. Untersucht wurden die Wahrnehmung und Akzeptanz von HTA, der Einsatz von HTA im Politik- und Entscheidungsprozess, die Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis, ökonomische Effekte sowie die Entwicklung einer „HTA-Kultur“ im wissenschaftlichen, medialen und Entscheidungsfindungskontext. Es wurden Zielgruppen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene betrachtet.

Ergebnisse

Die untersuchten HTA-Produkte werden in Österreich primär von Verwaltungen und dem Management in Krankenanstaltengesellschaften, von Sozialversicherungsträgern, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (in unterschiedlichen Bereichen wie öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenanstaltenfinanzierung etc.) genutzt. MedizinerInnen nutzen die Berichte weniger im direkten PatientInnenkontakt, sondern für andere Tätigkeiten (z.B. als Hilfestellung für Forschungsdesigns). Punktuelle fließen HTA-Ergebnisse verstärkt und in standardisierter Form in Entscheidungsprozesse ein. Einzelne Fallbeispiele zeigen, dass HTA-Berichte zu einer deutlichen Kostenreduktion bei gleichbleibender Leistungsqualität geführt haben. In den Medien gibt es hingegen kaum Hinweise für eine zunehmende „HTA-Kultur“. Eine ausgewogene Nutzen-Risiko Kommunikation ist nicht festzustellen.

Diskussion und Fazit

Ein multi-dimensionaler Impact der HTA-Forschung am ITA und LBI-HTA konnte gezeigt werden, der jedoch in allen Kategorien noch ausbaufähig ist. Mangelnder Impact beruht häufig auf externen Faktoren (z.B. fehlender Wille zur Umsetzung bei Entscheidungsträgern, Gegenlobbys). Thematisch und zeitlich entscheidungsnahe Forschung, verstärkte Verankerung in Entscheidungsprozessen und Ressourcenflexibilität zugunsten rascher Reaktion auf gesundheitspolitische Fragen wurden als stärkste Impact-Motoren identifiziert.

Liste der Referenten

(in alphabetischer Reihenfolge)

Benkert, Diana

CAREM GmbH

Mühlweg 2c, 82054 Sauerlach

Bossmann, Hildegard, Dr.

**Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für
Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA des DIMDI)**

Waisenhausgasse 36-38a, 50676 Köln

Broich, Karl, Dr.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bfarm)

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn

Bronner, Dorothea, Dr.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wegelystraße 8, 10623 Berlin

Buchberger, Barbara, Dr.

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach

Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Universität Duisburg-Essen

Fachbereich Wirtschaftswissenschaften

Schützenbahn 70, 45127 Essen

Bühler, Diedrich, Dr.

Abteilung Medizin

GKV - Spitzenverband

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Dorendorf, Evelyn

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universität Bielefeld

PF 10 01 31, 33501 Bielefeld

Gibis, Bernhard, Dr.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Göhlen, Britta, Dr.

**Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für
Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA des DIMDI)**

Waisenhausgasse 36-38a, 50676 Köln

Hofer, Ursula, Dr.

Bundesärztekammer (BÄK)
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Kaschka, Wolfgang P., Prof. Dr.

Abteilung für Psychiatrie
Universität Ulm
Weingartshofer Strasse 2, 88190 Ravensburg

Knesebeck, Olaf von dem, Prof. Dr.

Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Korczak, Dieter, Dr.

GP Forschungsgruppe
Institut für Grundlagen- und Programmforschung
Nymphenburger Straße 47, 80335 München

Lange, Stefan, Dr.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
Dillenburger Straße 27, 51105 Köln

Lauth, Gerhard W., Prof. Dr.

Humanwissenschaftliche Fakultät
Psychologie und Psychotherapie
Universität zu Köln
Klosterstraße 79 b, 50931 Köln

Lehmann, Elefteria, Dr.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf

Meyer, Thorsten, Prof. Dr.

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße, 30625 Hannover

Schnell-Inderst, Petra, Dr.

Institute of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology
Assessment
Dept. of Public Health, Information Systems and Health Technology Assessment
UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology
Eduard Wallnoefer Center I, A-6060 Hall i.T., Österreich

Schuldzinski, Wolfgang
Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen
Mintropstraße 27, 40215 Düsseldorf

Tebartz van Elst, Ludger, Prof. Dr.
Süddeutsches Brain Imaging Center
Freiburg Brain Imaging (FBI)
Abteilung für Psychiatrie & Psychotherapie
Universitätsklinik Freiburg
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg

Vauth, Christoph, Dr.
KKH-Allianz
Gesetzliche Krankenversicherung
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover

Zechmeister-Koss, Ingrid, Dr.
Ludwig Boltzmann Institut (LBI) für Health Technology Assessment
Garnisonsgasse 7/20, 1090 Wien, Österreich

Berichte des DIMDI (in chronologischer Reihenfolge)

Die Berichte sind online verfügbar beim DIMDI unter www.dimdi.de – HTA sowie bei gms in der Rubriken „Zeitschriften“ (www.egms.de/de/journals/hta/index.shtml) und Forschungsberichte“ (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)
135. Zahnmedizinische Indikationen für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte (2010)
136. Entscheidungsanalytische Modellierung zur Evaluation der Langzeit-Effektivität und Kosten-Effektivität des Einsatzes der HPV-DNA-Diagnostik im Rahmen der Zervixkarzinomfrüherkennung in Deutschland (2010)
137. Invasive Heimbeatmung insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen (2010)
138. Vergleich von Bewertungsinstrumenten für die Studienqualität von Primär- und Sekundärstudien zur Verwendung für HTA-Berichte im deutschsprachigen Raum (2010)
139. Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms (2010)
140. Infektionsschutz in der Knieendoprothetik (2010)
141. Versorgungssituation und Wirksamkeit der ambulanten im Vergleich mit der stationären pneumologischen Rehabilitation (2010)
142. Bedeutung von Wachstumsfaktoren für die Behandlung von chronischen Wunden am Beispiel des diabetischen Fußulcus (2010)
143. Medikamentöse Behandlung der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) im Erwachsenenalter in Deutschland (2010)
144. Der Stellenwert von Patient-Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA) (2011)

Projekte des DIMDI in Bearbeitung (Stand Februar 2011)

- Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
- Knochenersatzmaterialien in der Traumatologie
- Medizinischer Nutzen der perkutanen Koronarintervention (PCI) zusätzlich zur optimalen medikamentösen Therapie bei stabiler Angina pectoris
- Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Unter-, Fehl- und Überversorgung
- Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern
- Alternative Methoden zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden
- Prävention von Alkoholmissbrauch von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal
- Effektivität von Maßnahmen im Rahmen Primärer Prävention am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen und des metabolischen Syndroms
- Kann im Rahmen der ambulanten Versorgungsroutine fortlaufend, nachvollziehbar, kostenneutral und EU-gerecht gemessen werden, wie gut die ambulante Versorgung Rheumakrankter in einer definierten Region (Stadt-, Kreis-, Bezirks- oder Länderebene) den Versorgungsanforderungen nach § 70 SGB V entspricht? Welche Indikatoren bzw. Kriterien sind maßgeblich? Welche ethischen, sozialen und juristischen Aspekte sind zu berücksichtigen?
- CT-Koronarangiografie vs. konventionelle invasive Koronarangiografie bei KHK