



Jahresbericht 2009





Inhalt

Vorwort	6
1. Das Institut	8
1.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen	8
1.2 Organe und Einrichtungen der Stiftung	8
2. Meilensteine der Institutsarbeit 2009	10
2.1 Abgeschlossene und neu erteilte Aufträge des G-BA	10
2.2 IQWiG legt Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung vor	11
2.3 Alzheimer Demenz: Nur von wenigen Therapien können Patienten nachweislich profitieren	13
2.3.1 Nutzen nichtmedikamentöser Verfahren bleibt unklar	13
2.3.2 Nutzen von Memantin bei Alzheimer Demenz ist nicht belegt	14
2.3.3 Erhebliche Defizite bei aussagekräftigen Studien	15
2.4 Wichtige Therapien für Menschen mit Diabetes mellitus bewertet	16
2.4.1 Keine Nutzenbelege für Glinide	16
2.4.2 Langwirksame Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes: Vorteil gegenüber Humaninsulin ist nicht belegt	17
2.4.3 Kurzwirksame Insulinanaloga: Kaum praxisrelevante Studien zu Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes	18
2.4.4 Screening auf Gestationsdiabetes: Hinweis auf positiven Effekt	19
2.4.5 Zuckerselbstmessung bietet nicht insulinpflichtigen Patienten mit Typ-2-Diabetes keine Vorteile	20
2.5 Behandlungsstrategien zur Blutdrucksenkung untersucht	21
2.5.1 Blutdrucksenker im Vergleich	22
2.5.2 Kochsalzreduktion kann den Blutdruck senken	23
2.6 Antidepressiva auf dem Prüfstand	24
2.6.1 Venlafaxin und Duloxetin lindern Beschwerden besser als Placebo	24
2.6.2 Nutzen des Antidepressivums Reboxetin nicht belegt	25
2.7. Großer Nachholbedarf an guten Studien zu zahnmedizinischen Verfahren	27
2.8 Nutzen von Diagnoseverfahren und Interventionen bei Asthma im Vorschulalter bleibt unklar	28





2.9	Keine sicheren Aussagen zum Nutzen der PET bei Lymphdrüsenkrebs möglich	29
2.10	Kombination von Acetylsalicylsäure (ASS) und Clopidogrel senkt Herzinfarkt- risiko bei akutem Koronarsyndrom	31
2.11	Nutzen von Screening auf Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter nicht belegt	32
2.12	Hohe Überlebenschance für krebskranke Kinder in Deutschland	33
2.13	Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkom: Anwendung ist derzeit nur innerhalb von Studien vertretbar	34
2.14	Frauen mit Brustkrebs könnten von einer autologen Stammzelltransplantation profitieren	35
2.15	IQWiG gibt Überblick über Versorgungsstandard bei starkem Übergewicht	36
2.16	IQWiG unterstützt G-BA bei Themenauswahl für Aufträge an das AQUA	37
2.17	Neues IQWiG-Produkt „Leitliniensynopse“ stellt Kernempfehlungen aus Leitlinien zusammen	38
2.18	Insulinanalogon Glargin: Beunruhigende Daten	38
2.19	Selektive Publikation von Studiendaten behindert bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten	40
2.20	Internationale methodische Standards anwenden und mit entwickeln	42
2.21	Commonwealth-Umfrage 2009 – internationale Vergleiche statt Nabelschau	44
2.22	IQWiG sucht die öffentliche Diskussion	45
2.23	Das IQWiG im Internet	46
2.24	IQWiG-Patienteninformationen: Gute Noten von der WHO	47
3.	Finanzen	49
4.	Die Ressorts und ihre Aufgaben	50
4.1	Institutsleitung	50
4.2	Ressort Arzneimittelbewertung	50
4.3	Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren	51
4.4	Ressort Medizinische Biometrie	51
4.5	Ressort Gesundheitsökonomie	52
4.6	Ressort Kommunikation	52
4.7	Ressort Versorgungsqualität	53
4.8	Ressort Gesundheitsinformation	53
4.9	Ressort Verwaltung	54



5.	Übersicht für den Zeitraum 01.01.09 bis 31.12.09	55
5.1	Organe und Einrichtungen der Stiftung	55
5.2	Aufträge	58
5.2.1	Neu erteilte Aufträge	58
5.2.2	Abgeschlossene Aufträge	59
5.2.3	Abgeschlossene Vorberichte	61
5.2.4	Abgeschlossene Berichtspläne	62
5.3	Publikationen	63
5.3.1	Publikationen des IQWiG	63
5.3.1.1	Berichte, Arbeitspapiere und Methodenpapier	63
5.3.1.2	Produkte des Ressorts	63
5.3.2	Publikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	72
5.3.2.1	Beiträge in Fachzeitschriften (auch Leserbriefe, Originalarbeiten, Übersichten)	72
5.3.2.2	Bücher, Monographien und Buchbeiträge	77
5.3.2.3	Publizierte Abstracts von Postern und Vorträgen	79
5.3.2.4	Nicht publizierte Vorträge und Poster	89
5.3.2.5	Sonstige Publikationen	97
5.4	Ehrungen und Ernennungen	97
5.5	Tätigkeiten in wissenschaftlichen Gremien	97
5.6	Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien	99
5.7	Lehre, Betreuung von Doktorandinnen und Doktoranden sowie Diplomandinnen und Diplomanden	101
6.	Impressum	104





Vorwort



Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki

2009 wurde das IQWiG fünf Jahre alt. Es waren anstrengende, aber auch spannende Jahre. Wir hatten keine Zeit für Probeläufe, die Arbeit an den Berichten begann bereits mitten in den Aufbauarbeiten. Inzwischen haben wir nicht nur eine funktionierende Infrastruktur und gut eingespielte Teams von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, sondern auch eine Methodik für die Bewertung von Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnissen entwickelt. Insgesamt 67 Abschlussberichte und eine wachsende Zahl von allgemein verständlichen Patienteninformationen auf der Website Gesundheitsinformation.de zeugen von einer hohen Produktivität. Auch im Ausland zollt man unserer Methodik und unseren Ergebnissen hohe Anerkennung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Produkten auf Gesundheitsinformation.de 2009 bescheinigt, dass sie höchsten Ansprüchen genügen. Die Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Arbeit haben wir erfolgreich verteidigen können: Keine Interessengruppe hat bisher auf die Inhalte der Berichte Einfluss genommen. Und bei keinem einzigen Bericht mussten wir die Ergebnisse revidieren. Mit dieser Bilanz können wir zufrieden sein.

Auch 2009 war arbeits- und ereignisreich. Neben zahlreichen Berichten legten wir – nach rund zweijähriger Entwicklungsarbeit – die Methodik zur Kosten-Nutzen-Bewertung vor und Ende des Jahres folgten auch schon die ersten beiden Aufträge des G-BA.

Um langfristig die Qualität der Arbeit zu sichern und die Strukturen zu optimieren, hat das IQWiG 2009 eine Unternehmensberatung mit einer Organisationsuntersuchung beauftragt. Knapp fünf Jahre nach der Gründung und einem phasenweise rasanten



Wachstum war der richtige Zeitpunkt gekommen, die Prozesse und Strukturen auf den Prüfstand zu stellen. Dazu wurde zunächst eine europaweite Ausschreibung durchgeführt, nach deren Ende die Firma PROGNOs den Zuschlag erhielt. Innerhalb von drei Monaten analysierte das Team der PROGNOs AG die Aufbau- und Ablauforganisation, das Projekt- und Personalmanagement sowie die IT-Struktur des IQWiG und erarbeitete entsprechende Empfehlungen. Im III. Quartal konnte dann die Umsetzungsphase beginnen, an der zahlreiche hausinterne Arbeitsgruppen beteiligt sind. Das von einer Lenkungsgruppe der Träger begleitete Projekt wird das Institut auch 2010 weiter beschäftigen.

Ich werde das Amt des Institutsleiters Ende August aufgeben. Ich habe die Aufgabe des Instituts auch als die eines Kartografen verstanden, der mit einer möglichst gewissenhaften Landkarte eine verlässliche Orientierung geben will. Ich denke, das ist gelungen. Bei meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möchte ich mich für die erfolgreiche und auch für mich lehrreiche Zusammenarbeit bedanken. Es war eine gute Zeit. Meinem Nachfolger wünsche ich viel Glück und Erfolg und hoffe, es wird ihm gelingen, die Unabhängigkeit des Instituts weiterhin zu wahren. Denn bei einem Institut, das strittige Fragen beantwortet und dessen Ergebnisse weitreichende Folgen für die Gesundheitsversorgung haben können, ist und bleibt Unabhängigkeit eine unverzichtbare Voraussetzung.



Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki,
Köln im August 2010



1. Das Institut

1.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Das IQWiG ist ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten untersucht. Es informiert laufend darüber, welche Vor- und Nachteile verschiedene Therapien und Diagnoseverfahren haben können. Mit seinen verlässlichen und objektiven Informationen zum Nutzen und Schaden sowie zur Qualität und zu den Kosten unterstützt das Institut die Entscheidungsfindung bei gesundheitsbezogenen Maßnahmen.

Im Juni 2004 im Zuge der Gesundheitsreform als Einrichtung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet, ist das IQWiG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) tätig. Die gesetzliche Grundlage für die Gründung und die Aufgaben des Instituts ist in § 139a und § 35b des SGB V (Sozialgesetzbuch V) formuliert. Mit dem am 1.4.2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden die Aufgaben des Instituts erweitert: Für Arzneimittel kann das IQWiG nicht nur den Nutzen, sondern auch das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen bewerten. Finanziert wird das Institut durch Zuschläge für stationäre und ambulante medizinische Leistungen, die überwiegend von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet werden.

Zu den Institutsaufgaben gehört unter anderem die Bewertung von Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimitteln sowie Behandlungsleitlinien. Auf der



Basis der Methoden der evidenzbasierten Medizin erarbeitet das IQWiG außerdem die Grundlagen für neue Disease-Management-Programme (DMPs) – strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Zudem stellt das Institut unabhängige, evidenzbasierte und allgemeinverständliche Informationen für alle Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung. Das Institut trägt so dazu bei, die medizinische Versorgung in Deutschland zu verbessern.

1.2 Organe und Einrichtungen der Stiftung

Das Institut ist eine Einrichtung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Deren organisatorischen Aufbau – und damit ein Stück weit auch den des Instituts selbst – gibt die Satzung der Stiftung vor.

Organe

Organe der Stiftung sind der Stiftungsrat und der Vorstand. Der Rat ist Repräsentant der Trägerverbände: Die zwölf Mitglieder sind je zur Hälfte Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer, das heißt der niedergelassenen Ärzte (KBV), Zahnärzte (KZBV) und Kliniken (DKG). Der Stiftungsrat genehmigt den Haushaltsplan des Instituts und benennt den Vorstand.

Der Vorstand ist oberstes Exekutivorgan der Stiftung: Er wickelt die laufenden Geschäfte ab und führt die Aufsicht über das IQWiG. Dabei hat er die wissenschaftliche und fachliche Unabhängigkeit des Insti-



tuts zu wahren. Vier der fünf Vorstandsmitglieder bestellt der Stiftungsrat für die Dauer von vier Jahren. Ein weiteres Mitglied wird vom BMG benannt.

Zusätzlich wird ein Finanzausschuss eingesetzt, der die Organe der Stiftung berät. Seine Aufgabe besteht insbesondere darin, den von der Institutsleitung vorbereiteten Haushaltsplan sowie den Jahresabschluss zu prüfen.

Die Mitglieder von Vorstand, Stiftungsrat und Finanzausschuss des Jahres 2009 sind auf S.55 und S.58 namentlich aufgeführt.

Gremien

Beratende Gremien des Instituts sind das Kuratorium und der Wissenschaftliche Beirat. Das Kuratorium besteht aus 30 Mitgliedern, darunter fünf Repräsentantinnen und Repräsentanten von Patientenorganisationen sowie die Patientenbeauftragte oder der Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Die übrigen Mitglieder werden von maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer und Sozialpartner und von den Selbstverwaltungsorganen des G-BA entsandt.

Der Wissenschaftliche Beirat wird vom Vorstand bestellt und besteht aus nationalen und internationalen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die die Institutsleitung in grundsätzlichen Fragen beraten.

Die Mitglieder des Kuratoriums und des Wissenschaftlichen Beirats sind auf S.56 – 58 namentlich aufgeführt.





2. Meilensteine der Institutsarbeit 2009

2.1 Abgeschlossene und neu erteilte Aufträge des G-BA

2009 hat das Institut insgesamt 28 Abschlussberichte, zehn Vorberichte und acht Berichtspläne fertiggestellt. 21 dieser Abschlussberichte haben ein mehrstufiges Stellungnahmeverfahren durchlaufen. Bei den übrigen sieben handelt es sich um sogenannte Rapid Reports, zu denen keine Stellungnahmen eingeholt werden. Mit einer Ausnahme wurden diese Rapid Reports binnen weniger Monate an den Auftraggeber geliefert. Was die Themen betrifft, dominierten bei den Abschlussberichten in diesem Jahr wieder die Arzneimittelbewertungen (zwölf). Die nichtmedikamentösen Verfahren waren mit acht Berichten vertreten. Ebenso viele entfielen auf das Ressort Versorgungsqualität, wobei hier die Hälfte als Rapid Report erarbeitet worden ist.

Nachdem das IQWiG im Jahr 2007 erkennbar an Kapazitätsgrenzen gestoßen war, hatte der G-BA 2008 lediglich zwei neue Projekte beauftragt. 2009 erhöhte sich die Zahl nun wieder auf 18. Sie erscheint allerdings nur auf den ersten Blick sehr hoch. Denn dahinter verbirgt sich in vier Fällen eine sogenannte „orientierende Aufbereitung“ vorhandener Informationen zu einem Indikationsgebiet, die als Rapid Report, also ohne Stellungnahmeverfahren, binnen weniger Monate erarbeitet werden konnte (vgl. Abschnitt 2.16). Bei drei weiteren Aufträgen handelt es sich um Aktualisierungen oder Ergänzungen zu bereits abgeschlossenen Aufträgen (Cholinesterasehemmer, medikamentöse Behandlung des Bluthochdrucks, nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms). Diese

sind weniger zeitaufwändig, weil erprobte Recherestrategien verwendet werden können und sie zudem als Rapid Report erarbeitet werden.

Weitere fünf neu erteilte Aufträge entfallen auf das Ressort Versorgungsqualität: Hier sollen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler systematisch aktuelle Leitlinien recherchieren, um herauszufinden, ob diese neue relevante Empfehlungen für Disease-Management-Programme (DMPs) enthalten (DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, DMP KHK, DMP-Modul Herzinsuffizienz). Zudem beauftragte der G-BA die Erstellung einer Leitlinienrecherche zur Behandlung der Adipositas bei Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes. Die Ergebnisse des Berichts sollen als Grundlage für ein mögliches neues Modul Adipositas im DMP Diabetes mellitus Typ 2 dienen.

Von den übrigen neu erteilten Aufträgen betreffen drei Arzneimittel: Zum einen soll die Wirkstoffkombination Dipyridamol und ASS in der Sekundärprävention nach ischämischem Schlaganfall oder transitorisch ischämischer Attacke (TIA) im Vergleich zu einer anderen medikamentösen Behandlung oder Placebo bewertet werden. Zum anderen soll das IQWiG Nutzen und Schaden des Wirkstoffs Prasugrel beim akuten Koronarsyndrom untersuchen. Hinzu kam ein Ergänzungsauftrag zu den Cholinesterasehemmern. Denn die bereits erwähnte Aktualisierungsrecherche zeigte, dass seit Abgabe des entsprechenden Abschlussberichts neue Studien abgeschlossen worden sind (zu Galantamin) und es eine Neuzulassung gegeben hat (Rivastigmin als Pflaster) (vgl. Abschnitt 2.3).



In der letzten Plenumsitzung des Jahres, am 17.12.2009, beschloss der G-BA schließlich die ersten Aufträge für eine Kosten-Nutzen-Bewertung. Dies war möglich, nachdem das IQWiG nach rund zweijähriger Entwicklungszeit die entsprechende Methodik im Oktober 2009 finalisiert und veröffentlicht hatte (vgl. Abschnitt 2.2). Auf den Prüfstand kommen sollen demnach vier Arzneiwirkstoffe zur Behandlung von Depressionen (Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion und Mirtazapin). Das Verhältnis zwischen Nutzen und Kosten ermitteln soll das IQWiG zudem für Clopidogrel beim akuten Koronarsyndrom und bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Für diese Arzneimittel hatte das IQWiG bereits eine Nutzenbewertung vorgelegt und Clopidogrel und Venlafaxin in den genannten Indikationen einen Zusatznutzen bescheinigt (zu den Antidepressiva vgl. Abschnitt 2.6, zu Clopidogrel vgl. Abschnitt 2.10 sowie Jahresbericht 2006, S. 18ff.).

2.2 IQWiG legt Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung vor

Mit der Gesundheitsreform (GKV-WSG) von 2007 erweiterte der Gesetzgeber die Aufgaben des Instituts: Konnte es bis dahin Arzneimittel nur in Hinblick auf ihren medizinischen Nutzen bewerten, sollte es fortan auch die Kosten in Betracht ziehen und in ein Verhältnis zu dem zuvor ermittelten Nutzen setzen können. Voraussetzung ist, dass der G-BA einen entsprechenden Auftrag erteilt. Die Ergebnisse sollen zum einen dem GKV-Spitzenverband dazu dienen, Höchstbeträge für bestimmte Medikamente festzulegen, die nicht in eine Festbetragsgruppe einbezogen werden können. Zum anderen können sie den G-BA dabei unterstüt-

zen, die Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen zu beurteilen.

Denn bislang gab es in Deutschland kein transparentes und im System der gesetzlichen Krankenversicherung formal etabliertes Verfahren, mit dem der medizinische Nutzen einer Behandlung gegen die dabei anfallenden Kosten abgewogen werden konnte. Dies ist aber die Voraussetzung, damit von den zuständigen Gremien und Institutionen entschieden werden kann, welche Kosten bei welchem Nutzen für die Versicherungsgemeinschaft angemessen und zumutbar sind.

Beraten von einem internationalen Expertenpanel und seinem Wissenschaftlichen Beirat erarbeitete das IQWiG deshalb in den letzten zwei Jahren eine Methodik zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen, die bereits im Entwurf breit in und mit der Fachöffentlichkeit diskutiert wurde (vgl. auch Jahresbericht 2007, S. 24ff. und 2008, S. 15ff.). Dabei galt es auch, sich auf verschiedene Betrachtungsweisen einzulassen, auf die Perspektive der Medizin und der Ökonomie ebenso wie auf die von Recht und Ethik.

In 2009 wurden dabei einige wichtige Meilensteine der Entwicklung erreicht. Zunächst wurde Mitte März die Version 2.0 des Entwurfs der Methodik veröffentlicht. Diese Version setzte die zahlreichen Kommentare um, die das Institut zu früheren Entwürfen erhalten hatte. Im nächsten Schritt gab es drei „Testläufe“, also Pilotprojekte, in denen verschiedene externe Wissenschaftler die neu entwickelte Methodik anhand von konkreten Projekten testeten. Die vorläufigen Ergebnisse wurden dann im Juni bei einer eigenen Veranstaltung in Berlin diskutiert (vgl. Abschnitt 2.22).



Die dabei gewonnenen Erfahrungen sind wichtiger Bestandteil der dann im Oktober veröffentlichten Methodik i.o. Auf Grundlage dieser Methoden kann das Institut entsprechende Aufträge bearbeiten. Die ersten beiden Aufträge erteilte der G-BA in seiner letzten Plenarsitzung zum Jahresende (vgl. Abschnitt 2.1).

Nutzen kommt stets vor Kosten

Das IQWiG hat ein zweistufiges Verfahren gewählt: Der erste Schritt ist die Analyse des medizinischen Nutzens eines Arzneimittels im Vergleich zu Therapiealternativen nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin. Nur wenn in dieser Nutzenbewertung ein Zusatznutzen erkennbar ist, kann sich eine Kosten-Nutzen-Bewertung anschließen.

Das setzt auch die gesetzlichen Vorgaben um. Denn auch laut Gesetz dürfen Höchstbeträge nur unter zwei Bedingungen festgelegt werden: Die Arzneimittel müssen gegenüber anderen Therapien einen Zusatznutzen haben. Arzneimittel, zu denen es bislang keine zweckmäßige Alternative gibt, sind von der Bewertung ausgeschlossen.

Im zweiten Schritt ermitteln die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Kosten und stellen die wesentlichen Nutzen- und Kostenaspekte gegenüber. Aus den Verhältnissen zwischen Kosten und Nutzen lassen sich Effizienzgrenzen ableiten.

Da sich die Fragestellung von der unterscheidet, die beispielsweise das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien zu bearbeiten hat, vergleicht das IQWiG Kosten-Nutzen-Ver-



hältnisse dabei jeweils nur für eine Erkrankung. Es gibt auch keinen sogenannten indikationsübergreifenden Schwellenwert, d. h. eine einheitliche Kostenobergrenze unabhängig von der Art der Erkrankung. Diesen braucht das NICE, da es gerade nicht auf die Preise einwirken kann, sondern bei vorgegebenem Preis nur über die Erstattung entscheiden kann, die nach dem Kriterium „Maximierung von Gesundheit“ gefällt wird. Ein solcher Schwellenwert stünde auch nicht im Einklang mit dem deutschen Sozialgesetzbuch.

Schließlich formuliert das Institut auf Basis der Effizienzgrenze eine Empfehlung, welcher Betrag für ein Arzneimittel höchstens angemessen ist. Für die Festlegung des konkreten Höchstbetrags ist jedoch der GKV-Spitzenverband zuständig. Dabei muss er neben der IQWiG-Empfehlung auch Entwicklungskosten der Hersteller berücksichtigen. Darüber hinaus kann er auch weitere Aspekte wie etwa die Schwere oder Häufigkeit der Erkrankung einbeziehen.

Kein deutscher Sonderweg

Besonders häufig wurde während der Erarbeitung der Methodik der Vorwurf laut, dass das Institut mit der Effizienzgrenze einen deutschen Sonderweg beschreite. Aber auch wenn Deutschland einen anderen Weg geht als Großbritannien, beschreitet das IQWiG mit der „Analyse der Effizienzgrenze“ im internationalen Vergleich keineswegs komplett Neuland. So gibt es zum Beispiel deutliche Parallelen zu Australien, dem Land mit der längsten Erfahrung in Sachen Kosten-Nutzen-Bewertungen.



Dort wirken sich die Entscheidungen des Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) auf die Höchstpreise der Arzneimittel aus. Das PBAC legt diese auf Basis von Kosten-Nutzen-Bewertungen fest, die die pharmazeutische Industrie vorlegt. Auch das IQWiG wird künftig Höchstbeträge empfehlen. Dafür wird das IQWiG darstellen, wie viel es kosten würde, einen bestimmten Nutzen mit der neuen Therapie gegenüber bestehenden Alternativen in einem Therapiegebiet zu erreichen. Und wie das IQWiG insistiert das PBAC darauf, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung zunächst nur auf die durch Studien belegten Endpunkte Bezug nimmt. Im Hinblick auf die Perspektive der Kosten-Nutzen-Bewertungen betrachtet das PBAC – wie das IQWiG – zunächst nur Kosten, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Erkrankung im Gesundheitssektor anfallen. Weiter reichende finanzielle Folgen, wie etwa Auswirkungen auf die Produktivität, werden – wie zukünftig auch beim IQWiG – in ergänzenden Analysen dargestellt.

2.3 Alzheimer Demenz: Nur von wenigen Therapien können Patienten nachweislich profitieren

2009 hat das Institut das Auftragspaket zu Behandlungsalternativen der Alzheimer Demenz abschließen können. 2007 und 2008 wurden die Abschlussberichte zur Wirkstoffgruppe der Cholinesterasehemmer (vgl. Jahresbericht 2007, S. 10ff.) und zu ginkgohaltigen Präparaten (vgl. Jahresbericht 2008, S. 21ff.) publiziert. Beiden Therapien konnte das IQWiG einen Nutzen attestieren, der allerdings jeweils auf bestimmte Aspekte begrenzt bleibt. Cholinesterasehemmer zeig-



ten Effekte bei der Kognition, während sich Ginkgo biloba zumindest in einer hohen Dosierung positiv auf die alltagspraktischen Fähigkeiten auswirken kann. Im März 2009 folgte dann der Bericht zu den nicht-medikamentösen Verfahren und im September 2009 schließlich der Bericht zum Wirkstoff Memantin.

Der große zeitliche Abstand zwischen den verschiedenen Berichten machte eine Aktualisierungsrecherche zu den Cholinesterasehemmern nötig, die das Institut dem G-BA im Oktober 2009 in Form eines Rapid Reports vorlegte. Da dieser Bericht zeigte, dass zwischenzeitlich eine neue Studie publiziert worden war (zu Galantamin) und es eine Neuzulassung gegeben hatte (Rivastigmin in der Darreichungsform als Pflaster), beschloss der G-BA noch im Dezember 2009, einen Ergänzungsauftrag zu den Cholinesterasehemmern zu erteilen. Denn um Richtlinienentscheidungen zu Alzheimertherapien treffen zu können, benötigt der G-BA Informationen, die für alle Behandlungsalternativen auf dem aktuellen Stand sind. Das IQWiG nahm den vorläufigen Abschluss des Auftragspakets zum Anlass für eine kurze Gesamtschau in Hinblick auf die Forschungslage.

2.3.1 Nutzen nichtmedikamentöser Verfahren bleibt unklar

Ob Menschen mit Alzheimer Demenz langfristig von nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren profitieren, bleibt eine ungeklärte Frage. Mit diesem unbefriedigenden Befund publizierte das IQWiG Mitte März 2009 seinen Abschlussbericht. Zwar fanden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu einzelnen Therapieansätzen Hinweise auf einen Nutzen, sie



entdeckten aber auch Hinweise auf einen Schaden. Insgesamt stellten sie einen gravierenden Mangel an aussagekräftigen Studien fest.

Identifiziert hat das IQWiG 33 Studien mit insgesamt 3800 an Alzheimer Erkrankten, deren Berichtsqualität jedoch zum größten Teil (29 Studien) als mangelhaft einzustufen war. Zu einer ganzen Reihe von Behandlungskonzepten waren gar keine Studien verfügbar. Vergleiche mit medikamentösen Therapien fehlten ganz.

Vergleichsweise gut untersucht ist das sogenannte Angehörigenttraining: Allein 17 der 33 Studien befassen sich mit diesem Verfahren. Hier fanden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch Hinweise auf einen Nutzen, und zwar sowohl im Hinblick auf begleitende Symptome wie Depressivität oder agitiertes Verhalten als auch hinsichtlich der Lebensqualität der betreuenden Angehörigen. Es bleibt jedoch unklar, ob die statistisch signifikanten Unterschiede groß genug sind, um klinisch relevant, d. h. für die Betroffenen im Alltag von Bedeutung zu sein.

Durch das Angehörigenttraining scheint sich auch die Unterbringung der Demenzkranken in einem Pflegeheim deutlich hinauszögern zu lassen. Allerdings könnte diese Behandlungsform auch Schäden verursachen: Patienten, deren Angehörige an einem Training teilgenommen hatten, wurden häufiger ins Krankenhaus eingewiesen oder in die Notfallambulanz aufgenommen.

Angesichts dieser uneindeutigen Ergebnisse hält das Institut zusätzliche randomisierte kontrollierte Stu-

dien für unbedingt erforderlich. Dies ist umso wichtiger, als einige der nichtmedikamentösen Verfahren zumindest Potenzial zu haben scheinen. Es gibt aber keine Studien, die dies belegen könnten. Bei ihnen eine Ausnahme zu machen und sie ohne solche Belege breit einzusetzen und damit auch Risiken in Kauf zu nehmen, hält das Institut nicht für gerechtfertigt.

2.3.2 Nutzen von Memantin bei Alzheimer Demenz ist nicht belegt

Es gibt keine wissenschaftlichen Belege, dass Patientinnen und Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Alzheimer Demenz von Medikamenten profitieren, die den Wirkstoff Memantin enthalten – so steht es in dem Anfang September publizierten Abschlussbericht des IQWiG. Damit wird die zentrale Aussage aus dem Vorbericht vom August 2008 bestätigt, die die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aufgrund unvollständiger Daten seinerzeit noch unter Vorbehalt hatten stellen müssen.

In die Bewertung einbeziehen konnte das IQWiG beim Abschlussbericht sieben Studien mit insgesamt knapp 2000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen Memantin jeweils mit einem Scheinmedikament verglichen wurde. Nicht für alle Therapieziele waren diesen Studien gesicherte Informationen zu entnehmen. Zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind deshalb ebenso wenig Aussagen möglich wie zu der Frage, ob Memantin einen Einfluss darauf hat, wie lange Menschen mit Demenz noch zu Hause gepflegt werden können. Was die Sterblichkeit und begleitende psychopathologische Symptome wie Depression, Schlafstörungen oder starke Unruhe betrifft, dokumentieren



die Studien keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Immerhin scheint Memantin auch keine auffälligen Arzneimittelrisiken aufzuweisen.

Bei den Aspekten alltagspraktische Fähigkeiten und kognitive Leistungsfähigkeit gibt es zwar Unterschiede zwischen den Gruppen, allerdings sind diese minimal. Es ist deshalb zweifelhaft, ob Betroffene oder Angehörige diese Unterschiede überhaupt als Vorteil wahrnehmen können. Zudem werden die statistisch gemessenen Unterschiede infrage gestellt, weil noch immer Studiendaten fehlen. Zwar lieferte der Hersteller, die Firma Merz, im Zuge des Stellungnahmeverfahrens bislang unveröffentlichte Studienauswertungen. Weil noch immer maßgebliche Informationen zu zwei Studien fehlen, bleibt jedoch auch die Datenbasis des Abschlussberichts unvollständig. Die wenigen, unter anderem auf Kongressen veröffentlichten Informationen über diese beiden Studien lassen jedoch vermuten, dass die minimalen Effekte bei der Kognition und bei den alltagspraktischen Fähigkeiten unter Einbeziehung der fehlenden Daten noch geringer ausfallen würden. Weil sich am Gesamtergebnis, dem Fehlen eines Nutzenbelegs, also nichts ändern würde, hat das Institut den Abschlussbericht aber nicht mehr unter Vorbehalt gestellt. Das Beispiel Memantin zeigt erneut, wie wichtig eine verbindliche Regelung der Publikationspflicht für klinische Studien wäre (vgl. Abschnitt 2.19).



2.3.3 Erhebliche Defizite bei aussagekräftigen Studien

Wie das IQWiG zum Abschluss des Auftragspakets zusammenfassend feststellte, gibt es im Feld der Alzheimertherapie noch Nachholbedarf, was gute Studien anbelangt. Obwohl die drei vom IQWiG bewerteten Medikamente beziehungsweise Medikamentengruppen (Cholinesterasehemmer, Ginkgo, Memantin) vergleichsweise gut untersucht sind, gibt es deutliche Forschungslücken: Der überwiegende Teil der Studien hatte eine Laufzeit von maximal einem halben Jahr, sodass unklar bleibt, welche Effekte die Präparate bei einer längeren Anwendung haben. Das gilt auch und gerade für unerwünschte Nebenwirkungen. Zudem fehlen aussagekräftige Studien, die die Arzneistoffe untereinander oder mit nichtmedikamentösen Therapien vergleichen.

Noch gravierender sind die Forschungsdefizite allerdings bei den nichtmedikamentösen Therapien: Zwar fanden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine ganze Reihe von Studien. Schwächen bei der Planung oder Durchführung führten jedoch dazu, dass die Ergebnisse nicht zuverlässig interpretierbar waren. Einen Beleg für den Nutzen eines der Verfahren konnte das IQWiG deshalb nicht feststellen.

Was die Studienmethodik betrifft, hinken die nichtmedikamentösen Verfahren generell den Arzneimitteln hinterher. Ein wichtiger Grund für den Rückstand ist, dass es hier zum Teil kein Zulassungsverfahren und damit auch keine Behörde gibt, die Studien mit einem methodischen Mindeststandard einfordert. Anders als in der Pharmabranche fehlen in der Regel



auch finanzstarke Großunternehmen, die Studien finanzieren.

Erneut musste das IQWiG konstatieren, dass in Deutschland eine öffentliche, von der Industrie unabhängige Forschungsfinanzierung für Fragestellungen fehlt, die für die Behandlung der Patienten wichtig sind. Das machte sich bei bestimmten Therapieansätzen zur Alzheimer Demenz besonders deutlich bemerkbar. Das Institut forderte deshalb, endlich auch hierzulande öffentliche Geldquellen in ausreichender Größenordnung für kontrollierte klinische Studien zu erschließen.

2.4 Wichtige Therapien für Menschen mit Diabetes mellitus bewertet

Die Behandlung des Diabetes mellitus war auch 2009 ein Themenschwerpunkt des IQWiG. Insgesamt fünf Abschlussberichte befassen sich mit dieser Indikation. Denn der G-BA hatte bereits im Februar 2005 den Auftrag erteilt, wichtige Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Diabetes zu bewerten. Einer der beiden 2009 abgeschlossenen Berichte befasst sich mit einem oralen Antidiabetikum, zwei weitere mit Insulinanaloga. Untersucht wurde außerdem der Nutzen der Zuckerselbstmessung bei Typ-2-Diabetes sowie der Nutzen einer Reihenuntersuchung auf Schwangerschaftsdiabetes.



2.4.1 Keine Nutzenbelege für Glinide

Glinide (Repaglinid, Nateglinid) gehören zur Gruppe oraler Antidiabetika. Ihr Wirkmechanismus besteht darin, dass sie die Produktion von Insulin in der Bauchspeicheldrüse anregen. Wie bei den anderen oralen Antidiabetika, die beim IQWiG bisher auf den Prüfstand kamen, sollte das IQWiG auch bei den Gliniden den Nutzen einer langfristigen Anwendung bewerten. Wie die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler jedoch feststellen mussten, gibt es gar keine Langzeitstudien – und dies obwohl Glinide schon seit acht Jahren zugelassen sind.

Aber auch bei der Auswertung der vorhandenen Studien mit einer Laufzeit von mindestens 24 Wochen blieben wesentliche Fragen unbeantwortet. Das lag vor allem daran, dass in den verfügbaren Studien viele der im Berichtsplan des Instituts festgelegten Therapieziele, wie z. B. Vermeidung von Folgekomplikationen, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Therapiezufriedenheit, überhaupt nicht untersucht wurden.

Zudem ließen auch die Daten zu den untersuchten Therapiezielen keine sichere Aussage darüber zu, ob Patienten von der Behandlung mit Gliniden profitieren. Denn die Daten wurden zum Teil nicht ausreichend transparent dargestellt oder die Studien waren anfällig für Verzerrungen.

Insgesamt ist nach Aussage des IQWiG und seiner externen Sachverständigen also weder ein Nutzen noch ein Zusatznutzen gegenüber anderen Therapieoptionen belegt.

2.4.2 Langwirksame Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes: Vorteil gegenüber Humaninsulin ist nicht belegt

Im Januar konnten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IQWiG den Abschlussbericht zum Nutzen der langwirksamen Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes abschließen und im März dann auch publizieren. Dies war der dritte Abschlussbericht zum Themenkomplex der Insulinanaloga: Bereits im Dezember 2005 hatte das IQWiG den Bericht zu den kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes (vgl. Jahresbericht 2005, S. 10, 18) und im März 2007 den Bericht zu den kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes (vgl. Jahresbericht 2007, S. 17) dem G-BA vorgelegt.

In seiner Grundaussage unterscheidet sich der aktuelle Bericht nicht von den früheren Berichten zu Insulinanaloga: Für einen Zusatznutzen von langwirksamen Insulinanaloga im Vergleich zu Humaninsulin bei Typ-2-Diabetes fehlen die Belege. Insgesamt identifizierten das IQWiG und seine externen Sachverständigen 18 Studien, in denen einer der beiden zugelassenen Analogwirkstoffe (Detemir, Glargin) über einen Zeitraum von mindestens 24 Wochen mit Humaninsulin verglichen wurde. Dabei fiel auf, dass in einem Großteil der Studien zu Glargin (sieben von neun) die Präparate nicht so eingesetzt wurden, wie es in Deutschland üblich ist: Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten in den Studien Humaninsulin nur einmal täglich spritzen, obwohl es im Alltag oft häufiger angewendet wird. Die Aussagekraft dieser Studien ist damit stark eingeschränkt.

Gesicherte Aussagen zu langfristigen Vor- und Nachteilen zu treffen, war den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern nicht möglich, da die Laufzeiten der Studien recht kurz waren. Mit Ausnahme einer Studie zu Glargin betrug sie maximal ein Jahr. Die fünfjährige Glargin-Studie ließ nur begrenzt Aussagen zu Folgekomplikationen des Diabetes zu. Was Herzkrankungen betrifft, zeigte sie im Vergleich mit Humaninsulin keine Hinweise auf einen Unterschied. Ziel der Studie war zu untersuchen, ob Glargin zu Veränderungen des Augenhintergrundes führt. Hier zeigten die Daten jedoch keinen Hinweis auf einen möglichen Schaden.

Aber auch für kurzfristige Vorteile gibt es keine Belege. Es existieren allerdings einige Hinweise: Bei bestimmten Therapieschemata scheinen unter Insulin Detemir nicht schwere Unterzuckerungen seltener vorzukommen, und das unter Berücksichtigung der individuellen Senkung des HbA_{1c}-Wertes. Zudem lieferte die Fünfjahresstudie einen Hinweis darauf, dass unter Insulin Glargin schwere Unterzuckerungen weniger häufig als unter Humaninsulin auftreten.

Im direkten Vergleich untereinander schneidet keines der beiden Analogpräparate eindeutig besser ab. Allerdings brachen unter Insulin Detemir mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Studien wegen unerwünschter Ereignisse ab als unter Insulin Glargin. Wer der Detemir-Gruppe zugeteilt war, nahm durchschnittlich weniger Gewicht zu als in der Glargin-Gruppe. Allerdings waren die Unterschiede mit 0,9 bis 1,3 kg gering. Bei einer Laufzeit von sechs bis zwölf Monaten bleibt ohnehin unklar, wie nachhaltig dieser Effekt ist.



2.4.3 Kurzwirksame Insulinanaloga: Kaum praxisrelevante Studien zu Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes

Im November 2009 veröffentlichte das IQWiG einen Abschlussbericht zu kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes, der sich speziell mit Kindern und Jugendlichen befasste. Bei dieser Untersuchung handelte es sich um das Nachfolgeprojekt zu einer bereits im März 2007 abgeschlossenen Nutzenbewertung der kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes (vgl. Jahresbericht 2007, S. 18). Darin hatten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler lediglich Aussagen für Erwachsene treffen können, denn zu Kindern und Jugendlichen fehlten ihnen Daten aus abgeschlossenen, aber noch unpublizierten Studien. Der Sponsor dieser Studien, die Firma Novo Nordisk, hatte sich seinerzeit geweigert, entsprechende Informationen zur Verfügung zu stellen. Erst auf öffentlichen Druck hin änderte Novo Nordisk ihre Haltung und sagte zu, die gewünschten Daten zu liefern.

Da eine Bewertung unter diesen veränderten Bedingungen neue Erkenntnisse versprach, erteilte der G-BA einen entsprechenden Nachfolgeauftrag. Geprüft hat das IQWiG alle drei in Deutschland zugelassenen Analogwirkstoffe: Insulin Aspart (Handelsname: Novorapid), Insulin Lispro (Handelsname: Humalog, Liprolog) und Insulin Glulisin (Handelsname: Apidra).

Wie die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler feststellen mussten, gibt es derzeit kaum praxisrelevante Studien – und dies obwohl zumindest zwei der derzeit drei Analogpräparate auch Kindern und Jugendlichen bereits seit über zehn Jahren verschrieben



werden. Insgesamt konnten sie nur vier geeignete Studien in die Bewertung einbeziehen. Alle untersuchten den Einsatz der Analoginsuline in der intensivierten Spritzen-therapie, keine untersuchte die häufig angewandte Pumpentherapie. Auch die längste Studie dauerte nur ein Jahr.

Belege für einen Zusatznutzen der Analoga konnte das IQWiG in diesen Studien nicht finden. Das gilt sowohl für den Vergleich mit Humaninsulin als auch für den Vergleich der Analoga untereinander. Daten lagen im Wesentlichen für die langfristige Blutzuckerkontrolle in Form des HbA_{1c}-Werts und für die Häufigkeit von Unterzuckerungen vor. Wertet man die Ergebnisse zu diesen beiden Aspekten aus, zeigt sich in den Studien jeweils kein Vorteil für eines der Analoginsuline.

Schadenspotenzial ist unklar

Zur Lebensqualität und zur Therapiezufriedenheit lassen die Studien keine Aussagen zu. Beide Aspekte wurden lediglich in jeweils einem klinischen Vergleich erhoben. Allerdings waren die Ergebnisse auch hier letztlich nicht interpretierbar, weil die verwendeten Messinstrumente für Kinder und Jugendliche offenkundig nicht geeignet waren. Dies ist völlig unverständlich, da für Kinder und Jugendliche adäquate Instrumente seit Längerem zur Verfügung stehen.

Da angemessene mehrjährige Studien fehlen, sind auch zum Schadenspotenzial kaum Aussagen möglich. In einigen der Studien traten bei Patienten, die Insulinanaloga spritzten, häufiger schwerwiegende, zu einem Koma führende Stoffwechselentgleisungen (ketoazidotische Komata) auf. Die Unterschiede wa-



ren aber nicht statistisch signifikant, d. h. es könnte sich um eine reine Zufallsbeobachtung handeln. Aufgrund der kurzen Beobachtungsdauer und der wenigen Ereignisse lässt sich nicht sagen, ob die Verwendung von kurzwirksamen Insulinanaloga das Risiko für Ketoazidosen steigert.

Angesichts dieser Studienlage fordert das IQWiG weitere klinische Vergleiche. Typ-1-Diabetes tritt meist bereits im Kindes- und Jugendalter auf und die Patientinnen und Patienten müssen das Insulin ein Leben lang spritzen. Deshalb ist es hier besonders notwendig, die Auswirkungen einer langfristigen Behandlung zu untersuchen. Zudem haben diese jungen Patientinnen und Patienten Wachstum und Entwicklung noch vor sich. Insulinanaloga könnten bestimmte Körperfunktionen durchaus anders beeinflussen als Humaninsulin. Heute kennt man bereits mehr als 100 verschiedene Wirkungen von Insulin. Gerade wenn Insuline in der Wachstumsphase verabreicht werden, müssen sie besonders sorgfältig in Studien überprüft werden.

2.4.4 Screening auf Gestationsdiabetes: Hinweis auf positiven Effekt

Es ist normal, dass sich im Laufe der Schwangerschaft der Stoffwechsel der Frau umstellt und Zucker langsamer aus dem Blut in den Körper aufgenommen wird. Schwangere jedoch, die während der Schwangerschaft deutlich erhöhte Blutzuckerwerte entwickeln (sogenannter Schwangerschafts- oder Gestationsdiabetes), haben ein erhöhtes Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, wie z. B. einen Kaiserschnitt oder Verletzungen des Kindes bei



der Geburt. Da es allerdings keine Schwelle für den Blutzuckerwert gibt, an der diese Risiken sprunghaft zunehmen, ist umstritten, ab wann Schwangere mit dieser Diagnose behandelt werden sollten.

Momentan wird den meisten Schwangeren in Deutschland unsystematisch ein Blutzuckertest vorgeschlagen, um diejenigen Frauen zu erkennen, bei denen im Verlauf der Schwangerschaft die Blutzuckerwerte zu stark ansteigen. Diesen Test müssen Frauen oft selber bezahlen. Beauftragt vom G-BA ist das IQWiG der Frage nachgegangen, wie gut der Nutzen einer systematischen Reihenuntersuchung (engl.: Screening) auf einen Gestationsdiabetes belegt ist. Davon abhängig wird der G-BA entscheiden, ob in Zukunft allen gesetzlich krankenversicherten Schwangeren diese Untersuchung oder eine Alternative routinemäßig angeboten werden soll.

Die Nutzenbewertung von Screeningmaßnahmen ist komplex, da häufig keine adäquaten Studien vorliegen, die eine Strategie mit Durchführung der Screeningmaßnahme mit einer Strategie ohne Screeningmaßnahme direkt vergleichen. Solche Studien sind aber im Grundsatz erforderlich, um in gleicher Weise den potenziellen Nutzen und Schaden bewerten zu können. Leider lagen solche Studien nicht vor beziehungsweise es gab nur entsprechende Studien, deren Ergebnisse aufgrund von Qualitätsmängeln nicht ausreichend sicher zu interpretieren waren. In einer solchen Situation ohne adäquate direkte Vergleichsstudien der Screeningmaßnahme kann man aus Studien, die die Therapie von Schwangeren mit der Diagnose eines Gestationsdiabetes untersuchen, gegebenenfalls indirekt Hinweise auf einen Nutzen ableiten.



Um den Nutzen einer Therapie von Schwangeren mit der Diagnose eines Gestationsdiabetes zu bewerten, hat das IQWiG 25 Studien ausgewertet. Daraus ergab sich ein Hinweis darauf, dass bei Schwangeren mit einer ausgeprägten Störung des Zuckerstoffwechsels eine Behandlung das Risiko für das Auftreten bestimmter seltener Geburtskomplikationen verringert. Auch wenn ein Hinweis auf den Nutzen einer solchen Behandlung existiert, bedeutet das nicht automatisch, dass auch eine Reihenuntersuchung sinnvoll ist, um Schwangere mit Gestationsdiabetes zu erkennen. Denn die Reihenuntersuchung kann auch ungünstige Auswirkungen (einen Schaden) haben, die in den Therapiestudien nicht zutage treten. Damit kann man aber zunächst die potenziell nützlichen und schädlichen Aspekte nicht gegeneinander abwägen.

Angesichts dieser Unsicherheit hat das Institut eine lange Liste möglicher Nachteile betrachtet. Die potenziellen Risiken wurden jedoch als nicht so schwerwiegend bewertet, als dass sie den möglichen Nutzen aufwiegen könnten. Indirekt leitet das Institut deshalb einen Hinweis ab, dass ein Screening auf Gestationsdiabetes zu einer Reduktion von perinatalen Komplikationen führt.

In der Frage, wie Frauen mit einer Störung des Zuckerstoffwechsels routinemäßig entdeckt werden sollen, sind sich die Fachleute international uneinig. Ein so genannter oraler Glukosebelastungs- oder -toleranztest (oGTT) misst, wie der Stoffwechsel auf die schnelle Aufnahme einer größeren Zuckermenge reagiert. Vollständig ausgeführt ist dies ein aufwändiger Test, der einen hohen zeitlichen Aufwand für die Schwangere bedeutet. Eine alternative Teststrategie



wäre zum einen, nur diejenigen Frauen einen oGTT machen zu lassen, die bestimmte Risikofaktoren für Schwangerschaftsdiabetes aufweisen, oder zum anderen, zur Vorauswahl eine weniger aufwändige und zeitsparende Kurzvariante des oGTT einzusetzen.

Da die Schwangeren, für die die maßgeblichen Therapiestudien einen Nutzen gezeigt haben, durch einen Glukosekurztest ausgewählt worden sind, kann vorerst nur diese Strategie empfohlen werden. Aus Sicht des IQWiG ist daher eine Studie, die die Vor- und Nachteile verschiedener Screeningstrategien für Mutter und Kind direkt miteinander vergleicht, sinnvoll.

2.4.5 Zuckerselbstmessung bietet nicht insulinpflichtigen Patienten mit Typ-2-Diabetes keine Vorteile

Wer Insulin spritzt, sollte seinen Blutzucker regelmäßig selbst kontrollieren, um das Insulin bedarfsgerecht dosieren zu können – das gilt bei Patientinnen und Patienten mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes als etabliertes Verfahren. In seinem im Dezember 2009 publizierten Abschlussbericht war das IQWiG der Frage nachgegangen, ob auch Menschen mit Typ-2-Diabetes, die ohne Insulin auskommen, von einer Zuckerselbstmessung profitieren.

Wie sich herausstellte, ist die Studienlage unzureichend: Zwar identifizierte das IQWiG sechs Studien, die geeignet sind, den Einfluss der Messung auf den Krankheitsverlauf zu untersuchen. Allerdings waren die Laufzeiten mit sechs bis zwölf Monaten zu kurz, um Aussagen über den langfristigen Nutzen zu ermöglichen. Alle Studien betrafen den Bluttest, keine



den Urintest. Zudem wurden wichtige Kriterien des patientenrelevanten Nutzens in diesen Studien gar nicht erhoben. Das gilt insbesondere für die – durch den Diabetes bedingten – Begleit- und Folgeerkrankungen wie Augenschäden oder Herzerkrankungen. Andere Aspekte wie etwa Lebensqualität und Therapiezufriedenheit wurden in einigen wenigen Studien zwar erhoben, aber nur unzureichend berichtet, so dass die Ergebnisse nicht als zuverlässig gelten können. Auch die wenigen vorliegenden Daten zeigen keinen Vorteil für die Selbstmessung.

Alle in die Bewertung einbezogenen Studien hatten auch den Einfluss der Blutzuckerselbstmessung auf den HbA_{1c}-Wert, den Indikator für die langfristige Blutzuckereinstellung, untersucht. Tatsächlich zeigte sich bei der Auswertung, dass durch die Blutzuckerselbstmessung die Senkung des Blutzuckers unterstützt wird. Der Unterschied im Vergleich zu der Gruppe, die keine Selbstmessung durchgeführt hatte, war jedoch nur marginal. Er bewegte sich in einem Bereich, den man bei der Zulassung von Medikamenten akzeptiert, um ein neues Medikament als „nicht unterlegen“ gegenüber alten Medikamenten zu bezeichnen. Es ist also kein gesundheitlicher Vorteil von diesem Unterschied zu erwarten.

Vorteil bei Unterzuckerungen ist nicht belegt

Zudem ist der HbA_{1c}-Wert für die Bewertung des Nutzens einer Zuckerselbstkontrolle allein nicht aussagekräftig. Denn je mehr der Blutzucker gesenkt wird, umso höher ist das Risiko für Unterzuckerungen. Deshalb ist es notwendig, Veränderungen des HbA_{1c}-Werts immer auch in Abhängigkeit vom Auftreten



von Unterzuckerungen zu bewerten. Die vorliegenden Studien zur Blutzuckerselbstmessung waren dafür jedoch ungeeignet. Ein Vorteil bei Unterzuckerungen ist somit nicht belegt. Zudem bleibt unklar, ob die Zuckerselbstkontrolle dazu beigetragen hat, dass die Patientinnen und Patienten ihren Lebensstil ändern konnten.

In der Gesamtschau kommen das IQWiG und seine externen Sachverständigen deshalb zu dem Ergebnis, dass sich ein Nutzen der Blutzuckerselbstkontrolle anhand der verfügbaren Studien nicht belegen lässt. Mangels Studien zur Urinzuckerselbstmessung kann man auch keine Aussagen zu einem Vergleich zwischen Urin- und Bluttest treffen.

2.5 Behandlungsstrategien zur Blutdrucksenkung untersucht

2005 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss das IQWiG beauftragt, medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien für eine ganze Reihe sogenannter Volkskrankheiten zu bewerten. Dazu zählt auch der Bluthochdruck. Untersuchen sollte das Institut sowohl blutdrucksenkende Medikamente, sogenannte Antihypertensiva, als auch Ansätze, die ohne Medikamente auskommen, wie beispielsweise Stressbewältigung, vermehrte körperliche Bewegung oder Rauchverzicht und weniger Alkoholkonsum. Einen Bericht zu der Frage, wie sich Abnehmen auf den Blutdruck auswirken kann, legte das IQWiG bereits 2006 vor (vgl. Jahresbericht 2006, S. 20). 2009 folgten die Berichte zu den Antihypertensiva sowie zur Kochsalzreduktion.



2.5.1 Blutdrucksenker im Vergleich

Dass sich der Blutdruck wirkungsvoll mit Medikamenten senken lässt, hat sich in zahlreichen Studien erwiesen. Ungeklärt blieb bislang aber die Frage, ob es dabei Unterschiede zwischen verschiedenen Wirkstoffen gibt. Der Mitte September 2009 publizierte Abschlussbericht vergleicht deshalb den Nutzen von fünf in Deutschland zur Behandlung des Bluthochdrucks zugelassenen Wirkstoffgruppen: Diuretika (insbesondere Thiaziddiuretika), Betablocker, ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten und Angiotensin-II-Antagonisten. Maßstab für den Nutzen war dabei nicht die Senkung des Blutdrucks, sondern die Folgekomplikationen, die Bluthochdruck verursachen kann. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sind dabei besonders die Auswirkungen auf folgende Therapieziele bedeutsam: neben der Lebensverlängerung vor allem die Vorbeugung von Herzerkrankungen, Schlaganfällen, anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenschäden. Hinzu kommen Aspekte wie gesundheitsbezogene Lebensqualität, Therapiezufriedenheit und die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten. Auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurden untersucht.

Nur Studien mit vergleichbarem Therapieschema einbezogen

Von einer essenziellen Hypertonie spricht man dann, wenn keine organische Ursache der Blutdrucksteigerung erkennbar ist. Bei etwa der Hälfte dieser Patienten reicht eine Therapie mit nur einem Wirkstoff (Monotherapie) aus, um den Blutdruck zu kontrollieren. Bei den übrigen muss ein zweites oder gar ein drittes Medikament kombiniert werden. Es erscheint



deshalb sinnvoll, dass Patienten eine Therapie zunächst mit einem einzelnen Wirkstoff beginnen und erst nachfolgend bei Bedarf ein zweites (oder drittes) Mittel hinzunehmen.

Um einen fairen Vergleich zu ermöglichen, bezieht der Bericht nur randomisierte kontrollierte Studien ein, in denen die Patientengruppen zu Beginn tatsächlich nur einen einzigen Vertreter der fünf Wirkstoffgruppen erhalten haben und bei denen die später zusätzlich eingesetzten Medikamente vergleichbar waren.

Insgesamt konnten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler 16 Studien in die Bewertung einbeziehen. Allerdings lagen nicht für jede Wirkstoffgruppe und zu allen Fragestellungen direkte Vergleichsstudien mit allen übrigen Gruppen vor. Als am besten untersucht können sogenannte Thiaziddiuretika und die Kalziumantagonisten gelten. Die wenigsten Daten liegen für die Angiotensin-II-Antagonisten vor.

Was die Vermeidung von Folgekomplikationen betrifft, waren Diuretika ebenso gut wie alle anderen Wirkstoffgruppen, in einzelnen Aspekten wie der Vorbeugung von Herzinsuffizienz, Herzinfarkten und Schlaganfällen zum Teil sogar besser. In der Gesamtschau können Thiaziddiuretika deshalb als Therapie der ersten Wahl gelten, resümiert der Abschlussbericht. Soweit es bei einer Patientin oder einem Patienten keine besonderen Gründe gibt, wie z. B. andere Erkrankungen, die gegen diese Medikamente sprechen, lohnt sich der Versuch, eine Behandlung mit einem dieser Diuretika, zum Beispiel Chlortalidon, zu beginnen.

2.5.2 Kochsalzreduktion kann den Blutdruck senken

Nutzenbewertungen des IQWiG basieren in der Regel auf der systematischen Recherche und Auswertung von klinischen Studien, also von Primärliteratur. Prinzipiell ist es jedoch auch möglich, sie anhand von Sekundärliteratur zu erstellen. Voraussetzung ist, dass es sich dabei um qualitativ hochwertige und aktuelle systematische Übersichten zu der betreffenden Fragestellung handelt. Wie die Vorrecherche des IQWiG ergab, war dies beim Thema Kochsalzreduktion bei Hypertonie der Fall.

Gesucht haben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nach systematischen Übersichten, also einer methodisch hochwertigen zusammenfassenden Analyse von Studien, die folgende Patientinnen und Patienten mit essenzieller Hypertonie miteinander verglichen: eine Interventionsgruppe, die sich über einen längeren Zeitraum salzärmer ernähren sollte mit einer Kontrollgruppe, bei der diese Absicht entweder nicht bestand oder die beabsichtigte Kochsalzreduktion geringer war als in der Interventionsgruppe. Die Laufzeit der Studien sollte mindestens vier Wochen betragen.

Wie die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in ihrem im Juli publizierten Rapid Report feststellten, lassen die verfügbaren Daten keine Aussagen zu Folgekomplikationen zu. Das liegt daran, dass keine der Studien in erster Linie darauf ausgerichtet war zu untersuchen, wie sich eine salzärmere Kost auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder die Gesamtsterb-

lichkeit auswirkt. Zudem liefen die meisten Studien nur über wenige Monate und hatten meist geringe Teilnehmerzahlen, weshalb möglicherweise vorhandene Unterschiede bei den Folgeerkrankungen nicht mit größerer Wahrscheinlichkeit aufgefallen wären.

Nachhaltigkeit des blutdrucksenkenden Effekts ist ungewiss

Die Untersuchungen zeigen jedoch durchgehend, dass eine verminderte Kochsalzzufuhr helfen kann, den Blutdruck zu senken: Die systolischen Werte sanken innerhalb von bis zu einem Jahr um durchschnittlich 3,6 bis 8 mmHg, die diastolischen Werte um durchschnittlich rund 2 bis 3 mmHg. Dies gilt im Wesentlichen für Patientinnen und Patienten, die keine zusätzlichen blutdrucksenkenden Medikamente einnahmen.

Wie nachhaltig dieser Effekt ist, bleibt allerdings unklar. Autoren zumindest einer Übersichtsarbeit berichten, dass der beobachtete Vorteil verschwindet, wenn man die Analyse auf Studien mit einer längeren Laufzeit (mindestens sechs Monate) einschränkt.

Generell bleibt die Frage unbeantwortet, ob Menschen mit essenzieller Hypertonie durch eine geringere Salzaufnahme ihren Bedarf an blutdrucksenkenden Medikamenten vermindern können.



2.6 Antidepressiva auf dem Prüfstand

Welchen Nutzen Patientinnen und Patienten mit Depressionen von einer medikamentösen Therapie haben können, ist Gegenstand von insgesamt drei Aufträgen, die der G-BA dem IQWiG erteilt hat: Untersuchen soll das Institut die beiden Wirkstoffklassen selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sowie die drei Wirkstoffe Reboxetin, Mirtazapin und Bupropion XL. Während der erste und der letztgenannte Auftrag 2009 abgeschlossen werden konnten, blieb die Analyse der SSRI in Absprache mit dem G-BA weiter zurückgestellt. Die SSRI waren aber in den beiden anderen Aufträgen insofern präsent, als Studien einbezogen wurden, die einen der auf dem Prüfstand stehenden Wirkstoffe mit einem SSRI verglichen. Der Abschluss dieser Aufträge war Voraussetzung dafür, dass der G-BA im Dezember eine Kosten-Nutzen-Bewertung für SNRI sowie für Mirtazapin und Bupropion XL erteilen konnte. Reboxetin ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung, da es für diesen Wirkstoff keinen Nutzenbeleg gibt (vgl. Abschnitt 2.6.2).

2.6.1 Venlafaxin und Duloxetin lindern Beschwerden besser als Placebo

Patientinnen und Patienten mit Depressionen können von Medikamenten aus der Wirkstoffklasse der selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) profitieren. Für die beiden in Deutschland bisher zugelassenen Wirkstoffe Venlafaxin und Duloxetin ist der Nutzen gegenüber einem Scheinmedikament (Placebo) belegt. So steht es in

dem Mitte August publizierten Abschlussbericht des IQWiG.

Die Bewertung basiert auf insgesamt 80 klinischen Studien, zu denen die beiden Hersteller (Lilly und Wyeth) umfangreiche Daten zur Verfügung gestellt hatten. Wie das IQWiG und seine externen Sachverständigen bei ihrer Auswertung feststellten, sprechen Patientinnen und Patienten in der Akuttherapie auf beide Wirkstoffe besser an als auf ein Scheinmedikament. Die Beschwerden werden stärker gelindert und verschwinden bei einigen sogar so weit, dass sie die Kriterien für die Diagnose Depression nicht mehr erfüllen.

Was die Prävention von Rückfällen betrifft, gibt es zumindest einen Hinweis darauf, dass Betroffene von Duloxetin und Venlafaxin mehr profitieren als von einem Scheinmedikament. Von Rückfall spricht man dann, wenn sich bei Patientinnen oder Patienten, die schon auf dem Weg der Besserung aber noch nicht voll genesen waren, die volle Symptomatik der Depression wieder zeigt. Im Unterschied zu Duloxetin gibt es bei Venlafaxin zudem Belege dafür, dass das Medikament wirkungsvoller vor einem sogenannten Rezidiv schützt als Placebo. Von Rezidiv spricht man dann, wenn die Depression erneut auftritt, nachdem Patientinnen und Patienten bereits als genesen galten. In Hinblick auf die Linderung der depressionsbedingten Beschwerden erweist sich jedoch im direkten Vergleich kein Medikament dem anderen als überlegen.

Im Vergleich mit einer anderen Substanzklasse der Antidepressiva, den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), zeigt Venlafaxin einen Vor-



teil: Es lindert depressive Beschwerden besser als die Vergleichsmedikamente. Dies gilt allerdings nicht für Duloxetin.

Die Untersuchung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen ergab: Im direkten Vergleich ist Venlafaxin Duloxetin überlegen, da weniger Patienten die Therapie wegen Nebenwirkungen abbrechen. Beide Substanzen schneiden hier aber schlechter ab als SSRI.

2.6.2 Nutzen des Antidepressivums Reboxetin nicht belegt

Im November 2009 legte das Institut den mit Spannung erwarteten Abschlussbericht zu den drei Antidepressiva Reboxetin, Mirtazapin und Bupropion XL vor. Er enthielt eine abschließende Bewertung aller drei Wirkstoffe. In seinem Anfang Juni 2009 veröffentlichten Vorbericht hatte das IQWiG lediglich die Bewertungsergebnisse von Bupropion XL uneingeschränkt präsentieren können. Für Mirtazapin hatte es die Aussagen unter einen Vorbehalt stellen müssen, weil nicht auszuschließen war, dass Studiendaten, die der Hersteller Essex Pharma nicht zur Verfügung gestellt hatte, das Ergebnis maßgeblich beeinflussen könnten. Bei Reboxetin hatte das IQWiG völlig auf eine Auswertung der bis dahin öffentlich zugänglichen Studiendaten verzichtet. Denn es war offenkundig, dass der Hersteller, die Firma Pfizer, knapp zwei Drittel aller bislang in Studien erhobenen Daten unter Verschluss hielt und eine Auswertung der verfügbaren Daten allein ein verzerrtes Bild ergeben hätte. Trotz mehrfacher Anfragen hatte sich Pfizer bis dahin geweigert, dem IQWiG eine Liste aller publizierten und unpublizierten Daten zur Verfügung zu stellen.



Nach Erscheinen des Vorberichts entschlossen sich jedoch die Firmen Pfizer und Essex Pharma, die unveröffentlichten Daten und Informationen über Studien zugänglich zu machen. Erst jetzt war eine Bewertung aller drei Wirkstoffe auf vollständiger Datenbasis möglich. Die Publikation des Vor- und Abschlussberichts hatte das IQWiG zum Anlass genommen, eine verbindliche Regelung von Publikationspflichten zu fordern (vgl. Abschnitt 2.19).

Reboxetin: Belege für Schaden, nicht aber für Nutzen

Die Analyse der vollständigen Daten zeigt, dass die Entscheidung des IQWiG richtig war, auf eine Bewertung von Reboxetin ausschließlich auf Basis der publizierten Daten zu verzichten. Denn die Zusammenfassung der Ergebnisse der veröffentlichten und nicht veröffentlichten Studien belegt keinen Nutzen von Reboxetin, während die Daten aus den veröffentlichten Studien einen Nutzen suggerieren.

Bei der Erstellung des Abschlussberichts standen dem IQWiG zum Wirkstoff Reboxetin insgesamt 17 Studien zur Verfügung. Wie deren Auswertung zeigt, gibt es darin weder für die Akuttherapie noch für die Rückfallprävention einen Beleg für einen Nutzen. Weder sprachen die Patientinnen und Patienten besser auf die Therapie an als bei einem Scheinmedikament noch konnten sie ihren Alltag besser bewältigen.

Dem fehlenden Nachweis eines Nutzens von Reboxetin stehen Belege für einen Schaden gegenüber: Sowohl im Vergleich zu Placebo als auch im Vergleich zum Wirkstoff Fluoxetin, einem weiteren Antidepressivum,



sivum aus der Klasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), brachen Patientinnen und Patienten die Therapie häufiger wegen unerwünschter Nebenwirkungen ab.

Reboxetin wurde im Dezember 1997 in Deutschland zugelassen. Die deutsche Zulassungsbehörde hatte seinerzeit jedoch nicht alle Studien berücksichtigen können, die das IQWiG ausgewertet hat. Denn der IQWiG-Bericht bezieht auch Studien ein, die nach 1997 abgeschlossen wurden. Für die USA hat der Hersteller Pfizer ebenfalls eine Zulassung beantragt, die aber 2001 offenbar nicht erteilt worden war.

Was Reboxetin betrifft, hatte der Abschlussbericht unmittelbare Folgen: Die gerade neu erstellte Nationale Versorgungsleitlinie für die Behandlung der unipolaren Depression (S3-Leitlinie) wurde kurzfristig geändert und Reboxetin darin nicht länger als Medikament zur Behandlung der unipolaren Depression empfohlen.

Von Bupropion XL und Mirtazapin können Menschen mit Depressionen profitieren

Zu Mirtazapin konnten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler 27 Studien in den Abschlussbericht einbeziehen. Da nun vollständige Informationen zu diesen Studien zur Verfügung standen, musste das IQWiG die Ergebnisse im Unterschied zum Vorbericht auch nicht länger unter einen Vorbehalt stellen.

Im Vergleich mit Placebo gibt es demnach einen Beleg dafür, dass in der Akutbehandlung mehr Patientinnen und Patienten eine Besserung der Depression



verspürten, wenn sie mit Mirtazapin behandelt wurden. Die Aussichten auf eine völlige Heilung waren in der Mirtazapin-Gruppe allerdings nicht besser als in der Placebo-Gruppe. Zudem erwies sich Mirtazapin in zahlreichen Vergleichen mit anderen Antidepressiva nicht als überlegen. Es zeigte sich auch, dass mit Mirtazapin behandelte Patientinnen und Patienten die Therapie häufiger wegen Nebenwirkungen (unerwünschter Ereignisse) abbrachen als die mit Placebo oder mit einigen anderen Antidepressiva behandelten Patientinnen und Patienten.

Zum Wirkstoff Bupropion XL wurden in der Recherche sieben Studien identifiziert, deren Studienberichte dem Institut von Herstellerseite von Beginn der Bewertung an vollständig zur Verfügung gestellt wurden. Für diesen Wirkstoff ergeben sich im Vergleich mit Placebo in der Akuttherapie und zur Vorbeugung eines Rückfalls in eine sogenannte Winterdepression Belege für einen Nutzen. Bei einigen Patientinnen und Patienten verringerten sich die Symptome so weit, dass sie die Kriterien für eine Diagnose Depression nicht mehr erfüllten (Remission). Hinweise auf Schäden fanden sich hier dagegen nicht. Venlafaxin XR ist der einzige Wirkstoff, mit dem Bupropion XL in Studien verglichen wurde: In der Akuttherapie zeigt sich Bupropion XL gegenüber Venlafaxin XR als unterlegen.



2.7. Großer Nachholbedarf an guten Studien zu zahnmedizinischen Verfahren

Eine unzureichende Studienlage musste das IQWiG bei zwei Aufträgen feststellen, die es 2009 zu zahnmedizinischen Verfahren abschloss. Es sind die bislang einzigen Aufträge, die der G-BA zu diesem Bereich der medizinischen Versorgung erteilt hat.

Bedeutung der Gegenbezahnung für Wahl des Zahnersatzes bleibt offen

Zahnlücken lassen sich entweder durch festsitzenden Zahnersatz in Form von Brücken oder durch herausnehmbare Teilprothesen schließen. In einem im Juni publizierten Abschlussbericht war das IQWiG der Frage nachgegangen, ob die Beschaffenheit der Zähne im gegenüberliegenden Kiefer einen Einfluss auf den für Patientinnen und Patienten bedeutsamen Nutzen von festem oder herausnehmbarem Zahnersatz hat.

Als Aspekte des patientenrelevanten Nutzens untersuchte das IQWiG die Funktionsdauer, die Veränderung des Ernährungsverhaltens, die Patientenzufriedenheit sowie den Aufwand für die Prothesenpflege und -nachsorge. Obwohl die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sich bei ihrer Recherche nicht auf randomisierte kontrollierte Studien beschränken konnten, konnten sie nur eine Studie identifizieren, die die beiden Zahnersatzformen direkt miteinander verglich. In den insgesamt 17 einbezogenen, zum Großteil methodisch schwachen Studien fanden sie lediglich einige Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten, die im gegenüberliegenden Kiefer bereits

eine Vollprothese haben, mit einem festsitzenden Zahnersatz durchschnittlich „zufriedener“ sind als Patientinnen und Patienten mit einem herausnehmbaren Zahnersatz. Da die verfügbaren Studien keine belastbaren Aussagen zulassen, musste die im Auftrag gestellte Frage aber letztlich offenbleiben.

Keine Belege für Zusatznutzen von implantatgetragenem Zahnersatz

Zur gleichen Schlussfolgerung kam auch ein zweiter, im September publizierter zahnmedizinischer Abschlussbericht. Hier war das IQWiG der Frage nachgegangen, ob Patientinnen und Patienten mit einer verkürzten Zahnreihe einen Vorteil davon haben, wenn der Zahnersatz auf ein im Kiefer fest verankertes Implantat aufgebracht wird. Fehlen am Ende der oberen oder unteren Zahnreihe ein oder mehrere Zähne, kann man alternativ auch eine konventionelle Prothese anbringen.

Den Nutzen machte das IQWiG an vier Zielgrößen fest: zum einen daran, wie die Patientinnen und Patienten ihre Mundgesundheit selbst erleben (mundgesundheitsbezogene Lebensqualität), zum anderen daran, wie lange der Zahnersatz funktionstüchtig ist (Funktionsdauer). Weitere Zielgrößen waren die Kaeffektivität, d. h. der Aufwand, der nötig ist, um Speisen schluckfähig zu machen, sowie die Ernährung. Allerdings konnten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu keiner dieser Zielgrößen methodisch belastbare Studien ausfindig machen, die es erlauben würden, verlässliche Aussagen zu Vor- oder Nachteilen der Therapiealternativen zu machen.



Aussagekräftige Studien sind auch in der Zahnmedizin möglich

In beiden Abschlussberichten empfiehlt das IQWiG deshalb dringend, weitere klinische Vergleiche anzustellen. Studien, die hinreichend sichere und interpretierbare Daten liefern, sind nach Auffassung des Instituts auch in der Zahnmedizin notwendig und möglich. Zwar gibt es in diesem Bereich der medizinischen Versorgung besondere Einschränkungen, etwa durch die Art der Kostenerstattung oder die Unmöglichkeit der Verblindung. Dennoch sollte die wissenschaftliche Zahnmedizin vermehrt Anstrengungen unternehmen, sich dem State of the Art der Studienplanung in anderen Bereichen der Medizin anzunähern und belastbare Evidenz zu schaffen. Der Abschlussbericht zum implantatgetragenen Zahnersatz enthält auch Vorschläge für die Planung künftiger Studien.

2.8 Nutzen von Diagnoseverfahren und Interventionen bei Asthma im Vorschulalter bleibt unklar

Der G-BA prüft derzeit, ob es sinnvoll ist, das bestehende Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale auf Kinder im Vorschulalter auszuweiten. Bisher können Kinder erst ab einem Alter von fünf Jahren dort eingeschrieben werden. Der G-BA hat deshalb das IQWiG beauftragt zu untersuchen, welche Diagnoseverfahren am besten geeignet sind, Asthma bei Kindern im Vorschulalter festzustellen. Zudem sollte das Institut ermitteln, welcher Nutzen oder Schaden sich aus den auf die Diagnose folgenden therapeutischen Maßnahmen bei diesen Kindern ergeben kann.



Die Sicherheit der Diagnostik ist bei dieser Patientengruppe besonders wichtig, denn Asthma beginnt häufig im frühen Kindesalter, ist zu diesem Zeitpunkt aber nur schwer eindeutig festzustellen. Einerseits sollen bei der Untersuchung keine Asthmafälle übersehen werden, damit sie frühzeitig angemessen therapiert werden können. Andererseits sollen Kinder, die in Wirklichkeit kein chronisches Asthma haben, nicht fälschlicherweise stigmatisiert werden.

Ergebnis eines ersten Teilauftrags, den das IQWiG Anfang Februar 2008 beim G-BA abieferte, war, dass es kein Diagnoseverfahren gibt, das als Referenzstandard gelten kann. Als Referenzstandard bezeichnet man die jeweils aktuell beste und zuverlässigste Methode, eine Krankheit zu diagnostizieren oder auszuschließen (vgl. Jahresbericht 2008, S. 25ff.).

Dieser Befund hatte Auswirkungen auf die Bearbeitung eines zweiten, im Juni 2008 abgeschlossenen und im August 2009 publizierten Teilauftrags, der sich mit der Zuverlässigkeit von Asthmatests befasste. Denn die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IQWiG mussten nun die Genauigkeit von Testverfahren ohne Bezug zu einem Referenzstandard untersuchen. Wie sie feststellen mussten, weisen die verfügbaren Studien kein Diagnoseverfahren als besonders geeignet aus. Es ließ sich nicht feststellen, ob ein Test besser als einer der anderen zwischen symptombehafteten, aber nicht dauerhaft behandlungsbedürftigen Kindern einerseits und ein chronisches Asthma entwickelnden Kindern andererseits unterscheiden kann.

Um die Diagnoseverfahren zu bewerten, haben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch deren



Wirksamkeit eingeschätzt. Die Tests können nur dann als wirksam bezeichnet werden, wenn sich aus ihnen therapeutische Konsequenzen ziehen lassen, d. h. die Patientinnen und Patienten so behandelt werden können, dass sie davon profitieren. Wie die Recherche zeigte, gibt es derzeit aber keine Diagnosestudien, anhand derer sich die Frage nach der Wirksamkeit der Tests direkt beantworten ließe. Denn dies setzt ein Studiendesign voraus, das eine – aus einem Test und einer auf dem Testergebnis beruhenden Behandlung bestehende – Interventionsstrategie untersucht.

Therapien für Kinder zwischen 2 und 4 Jahren schlecht untersucht

In einem dritten, im Juni 2009 veröffentlichten Abschlussbericht war das IQWiG schließlich der Frage nachgegangen, ob 2- bis 4-Jährige mit bronchialer Obstruktion oder Asthma bronchiale von Maßnahmen profitieren, die im DMP Asthma bislang nur älteren Kindern angeboten werden. Geprüft wurden dabei sowohl medikamentöse als auch nichtmedikamentöse Verfahren. Wie das IQWiG jedoch feststellen musste, liegen für die meisten der im DMP Asthma etablierten Therapien keine Untersuchungen über den Nutzen und Schaden bei Kleinkindern vor.

Klinische Vergleiche gibt es zu Fluticasonpropionat, einem inhalativen Kortikosteroid, und zum Leukotrienrezeptorantagonisten Montelukast. Wie die beiden Studien zu Fluticasonpropionat zeigen, sinkt bei Einnahme dieses Medikaments die Rate akuter Verschlechterungen (Exazerbationen) und die Zahl asthmafreier Tage steigt. Die geschilderten Vorteile müssen aber gegen ein höheres Schadenspotenzial in



Form eines gebremsten Längenwachstums abgewogen werden. Für Fluticasonpropionat ist insofern nur ein begrenzter Nutzen nachweisbar.

Zwar gibt es auch zwei Studien zum Leukotrienantagonisten Montelukast in der fraglichen Altersklasse. Ihre Ergebnisse können allerdings nicht auf Kleinkinder in Deutschland übertragen werden, weil in der Studie Patientinnen und Patienten behandelt wurden, für die das Medikament hierzulande nicht zugelassen ist. Somit ist hier keine Aussage zum Nutzen oder Schaden einer Therapie mit Montelukast möglich.

2.9 Keine sicheren Aussagen zum Nutzen der PET bei Lymphdrüsenkrebs möglich

Welchen Stellenwert die Positronenemissionstomographie (PET) allein oder integriert mit der Computertomographie (CT) bei der Diagnose von malignen Lymphomen (Lymphdrüsenkrebs) hat, war Gegenstand einer Untersuchung, für die das IQWiG den abschließenden Bericht Ende Mai der Öffentlichkeit präsentierte. Da eine zusätzliche Untersuchung nur dann medizinisch sinnvoll ist, wenn sie auch zu einer besseren Behandlung führt, wurde in erster Linie geprüft, ob die möglicherweise größere diagnostische Genauigkeit der PET oder der PET/CT auch einen Einfluss auf den Erfolg der Therapie des Lymphoms hat. Als Nutzen gewertet wurden dabei Ereignisse, die für die Patientinnen und Patienten auch fassbare Konsequenzen haben, also beispielsweise eine niedrigere Sterblichkeit oder eine geringere Häufigkeit von Rückfällen, eine passgenauere Wahl der Therapieform oder mehr Lebensqualität.



Die einzige Studie, die den Nutzen der PET vergleichend untersuchte, kommt zu dem Ergebnis, dass ein negativer Befund in der PET keine sichere Aussage darüber zulässt, ob ein Tumor nach einer First-Line-Therapie tatsächlich verschwunden ist (Remission). In dieser Studie wurden Patientinnen und Patienten, die nach der Chemotherapie einen verdächtigen (Rest-)Befund in der CT hatten (Restgewebe), bei denen die PET jedoch unauffällig war, per Zufall zwei Gruppen zugeteilt: Eine erhielt die übliche zusätzliche Strahlentherapie, der anderen wurde diese erspart. Im Ergebnis waren Rezidive in der nicht bestrahlten Gruppe häufiger, was wiederum die diagnostische Güte der PET trotz vermeintlich höherer Spezifität infrage stellt.

Das IQWiG deutet dieses Ergebnis vorsichtig: Die Studie gibt keinen Hinweis darauf, dass ein unauffälliger PET-Befund nach der Therapie eines bestimmten Lymphomtyps (Hodgkin-Lymphom) eine ausreichende Sicherheit dafür bietet, dass der Krebs vollständig verschwunden ist. In der Studie wurde allerdings ein zumindest in Deutschland nicht übliches Chemotherapie-schemata eingesetzt. Gegenwärtig wird diese bzw. eine ähnliche Fragestellung in einer großen multizentrischen Studie in Deutschland erneut geprüft (HD-18-Studie). Von den Ergebnissen verspricht man sich wichtige Erkenntnisse zum patientenrelevanten Nutzen der PET.

Was die diagnostische Güte betrifft, kommt der Abschlussbericht zu der Schlussfolgerung, dass die Rolle der PET bei der erstmaligen Bestimmung des Tumorstadiums und dem Nachweis von Rezidiven derzeit noch unklar ist. Bei der Rezidivdiagnostik fehlen ent-

sprechende Studien ganz. Beim primären Staging sind die Ergebnisse der vorliegenden Studien anfällig für Verzerrungen, zudem fehlt ein Referenzstandard.

IQWiG fordert aussagekräftige Studien

Zu einer anderen Einschätzung kommen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Hinblick auf das Ansprechen des Tumors auf die Therapie. Die diagnostische und prognostische Güte der PET scheint hier höher zu sein als die der Galliumszintigraphie und der CT. Allerdings ist unklar, ob die Patientinnen und Patienten davon tatsächlich profitieren. Deshalb bleibt abzuwarten, zu welchen Ergebnissen derzeit noch laufende – randomisierte und nicht randomisierte prospektive – Studien kommen, die den patientenrelevanten Nutzen der PET beim Therapieansprechen untersuchen.

Um den Nutzen der PET bzw. der PET/CT für alle Fragestellungen des Berichts klären zu können, sind nach Auffassung des IQWiG weitere kontrollierte, idealerweise randomisierte Studien nötig. Das betrifft vor allem den Nutzen bei Kindern. Denn diese Patientengruppe ist zum einen bislang am wenigsten untersucht, zum anderen würde sie von einer toxizitätsreduzierten Therapie besonders profitieren.



2.10 Kombination von Acetylsalicylsäure (ASS) und Clopidogrel senkt Herzinfarktrisiko bei akutem Koronarsyndrom

Um Blutgerinnseln besser vorzubeugen, kann bei einer akuten Durchblutungsstörung des Herzmuskels zusätzlich zu Acetylsalicylsäure (ASS) auch der Wirkstoff Clopidogrel verordnet werden. In seinem Ende März 2009 veröffentlichten Abschlussbericht war das IQWiG der Frage nachgegangen, ob diese Kombination mit Clopidogrel für Patientinnen und Patienten tatsächlich einen höheren Nutzen hat als die alleinige Gabe von ASS.

Zugelassen ist Clopidogrel in Kombination mit ASS für Patientinnen und Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom (AKS), also mit einer akuten Verengung der Herzkranzgefäße. Dabei handelt es sich zum einen um Menschen mit einem akuten Herzinfarkt, der sich im Elektrokardiogramm (EKG) in einer sogenannten charakteristischen Hebung der Herzstromkurve zwischen „S“ und „T“ (ST-Strecken-Hebung) deutlich niederschlägt (STEMI). Zum anderen sind dies Patientinnen und Patienten mit einer akuten schweren Durchblutungsstörung des Herzens, die aber nicht zu einem Herzinfarkt mit einer solchen „ST-Strecken-Hebung“ im EKG führt.

Die einzige Studie, die zum AKS ohne ST-Strecken-Hebung bewertet werden konnte, liefert Belege dafür, dass bei einer Kombinationstherapie seltener Herzinfarkte auftreten. Dabei wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer bis zu zwölf Monate behandelt. Zugleich sind schwerwiegende Blutungskomplikationen häu-

figer als bei einer ASS-Monotherapie. Wie lange die Kombinationstherapie sinnvollerweise gegeben werden sollte, damit sie mehr nützt als schadet, lässt sich anhand der verfügbaren Daten nicht abschließend beurteilen. Hier fehlen spezielle Studien. Insgesamt scheinen die Patientinnen und Patienten aber besonders in der Frühphase der Behandlung von der Kombination profitieren zu können.

Zeitpunkt des Therapiebeginns ist wichtig

Was das Auftreten erneuter Herzinfarkte bei Fällen mit STEMI betrifft, ist die Datenlage eindeutig: In den vier Studien, die hier bewertet werden konnten, fanden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Belege dafür, dass die zusätzliche Gabe von Clopidogrel während des Klinikaufenthalts die Infarktrate stärker senkt als ASS allein. Dass es für diese Patientinnen und Patienten vorteilhaft ist, auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beide Wirkstoffe einzunehmen, ist jedoch bislang nicht belegt. Auch bei einem AKS mit STEMI treten unter der Kombinationsbehandlung mit Clopidogrel häufiger Blutungskomplikationen auf, allerdings sind diese in der Regel nicht gravierend.

Die Studien zeigten auch, dass für den Therapieerfolg der Zeitpunkt des Therapiebeginns wichtig ist. Es gibt Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten insbesondere dann profitieren, wenn die Therapie spätestens sechs Stunden nach dem ersten Auftreten der Symptome begonnen wird.

Die Ergebnisse zu einem Auftrag, der den Nutzen einer Monotherapie mit Clopidogrel im Vergleich zu ASS



bei bestimmten Gefäßerkrankungen bewertet, hatte das IQWiG bereits 2006 vorgelegt (vgl. Jahresbericht 2006, S. 18).

2.11 Nutzen von Screening auf Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter nicht belegt

Sprache ist ein zentrales Element des sozialen Lebens. Sie ist nicht nur die Voraussetzung für persönliche Beziehungen, sondern auch für schulischen Erfolg und berufliche Chancen. Wenn die sprachliche Entwicklung eines Kindes gestört ist, kann das weitreichende Nachteile haben. Es wäre deshalb gut, wenn man solche Kinder sehr frühzeitig erkennen könnte, die von einer gezielten Förderung profitieren.

Das Institut hat daher im Auftrag des G-BA untersucht, ob eine flächendeckende frühe Untersuchung (Screening) bei Kindern auf eine „umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache“ (UESS) einen Nutzen bringt. Allerdings konnte das IQWiG keine Belege für den Nutzen eines solchen Sprachscreenings vor Vollendung des sechsten Lebensjahres finden. Es fehlen zurzeit insbesondere Studien zu Früherkennungsuntersuchungen, aber auch zuverlässige Diagnoseinstrumente für die Indikation UESS. Zu diesem Ergebnis kommt der Abschlussbericht, den das IQWiG im August 2009 vorgelegt hat.

Neben den diagnostischen Verfahren untersuchte der Bericht auch den Nutzen möglicher Therapien. Insgesamt 16 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) konnten die Autorinnen und Autoren dazu identifizie-



ren. Die Interpretation der Studienergebnisse gestaltete sich jedoch schwierig: Fast alle Studien waren anfällig für Verzerrungen. Sie waren außerdem sehr unterschiedlich, was die Art der Therapie, die Einschlusskriterien, den Schweregrad der Störung, die Intensität und die Dauer der Maßnahme betrifft.

Bei den Kindern, die eine Sprachtherapie erhielten, zeigten sich zwar kurzfristig überwiegend positive Effekte auf die sprachliche Entwicklung. Kaum untersucht ist dagegen, ob diese Effekte langfristig bestehen bleiben und ob die Therapien sich auch auf die Lebensqualität oder den schulischen Erfolg der Kinder positiv auswirken. Ob die Behandlung möglicherweise auch unerwünschte Folgen hat, wurde in den Studien nicht untersucht.

Hinweise oder Belege dafür, dass die Therapien bei jüngeren Kindern einen höheren Nutzen haben als bei älteren, liegen ebenfalls nicht vor. Dies wäre schließlich die Begründung für ein Screening. Keine der ausgewerteten Therapiestudien untersuchte die Effekte eines frühen Therapiebeginns, zum Beispiel mit drei Jahren, gegenüber einem Therapiebeginn mit sechs Jahren. Die Frage nach dem optimalen Zeitpunkt für eine sprachtherapeutische Behandlung lässt sich anhand der identifizierten Studien somit nicht beantworten.

Aus Sicht der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler fehlen daher in Deutschland derzeit die methodischen Grundlagen, um ein flächendeckendes Screening auf UESS einzuführen. Es sind daher zunächst umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen notwendig. Erst danach wäre es möglich, die Auswir-



kungen eines solchen Screenings zu untersuchen und mit dem bisherigen Vorgehen im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, den sogenannten U-Untersuchungen, zu vergleichen.

2.12 Hohe Überlebenschancen für krebskranke Kinder in Deutschland

Rund 1800 Kinder unter 15 Jahren erkranken in Deutschland jährlich an Krebs. Um ihnen die bestmögliche Versorgung nach verbindlichen Standards zu ermöglichen, hat der G-BA bereits 2007 eine sogenannte Strukturvereinbarung („Qualitätssicherungsvereinbarung Kinderonkologie“) getroffen. Um die Qualität der Versorgung langfristig sicherzustellen, hat der G-BA darüber hinaus das IQWiG beauftragt, den Status quo, also die bestehenden Strukturen und die Versorgungsqualität vor Beginn der Vereinbarung, wissenschaftlich darzustellen, international vergleichend zu bewerten und mögliche Verbesserungspotenziale zu benennen.

Da die medizinische Versorgung im Bereich der Onkologie sehr komplex ist, wurden neben insgesamt 98 Therapieoptimierungs-, Kohorten- und Querschnittstudien auch Leitlinien, narrative Übersichtsarbeiten und offizielle Statistiken einbezogen. Die Untersuchung wurde auf die häufigsten onkologischen Erkrankungen im Kindesalter beschränkt: akute lymphoblastische Leukämie (ALL), akute myeloische Leukämie (AML), Non-Hodgkin-Lymphome (NHL), Morbus Hodgkin und Tumoren des Zentralnervensystems (ZNS).

Wie das IQWiG in seinem im Oktober 2009 veröffentlichten Abschlussbericht feststellt, überleben insgesamt mehr als 80 % der zwischen 2000 und 2004 in Deutschland an einem der oben genannten bösartigen Tumoren erkrankten Kinder mindestens fünf Jahre. 90 % der krebskranken Kinder werden hierzulande in Therapieoptimierungsstudien behandelt, was als Indikator für einen hohen Versorgungsstandard angesehen werden kann. Die Überlebenschancen im internationalen Vergleich zeigt, dass sich die Versorgung innerhalb der pädiatrischen Onkologie in Deutschland in den vergangenen 20 bis 30 Jahren deutlich verbessert hat und aktuell sehr gut ist. Andere Aspekte wie etwa Lebensqualität, Schmerzen und Langzeitfolgen der Erkrankung sind jedoch noch zu wenig in Studien untersucht, so dass unklar bleibt, wie gut die medizinische Versorgung hier ist.

Für die Untersuchung der aktuellen Prozess- und Strukturqualität fehlen bislang in Deutschland zuverlässige, klar definierte Qualitätsindikatoren für Prozesse und Strukturen in der pädiatrischen Onkologie. Daher wurden Querschnittstudien identifiziert, die zumindest punktuell Strukturmerkmale beschreiben. In diesen konnten Hinweise auf wichtige strukturelle Aspekte, wie z. B. die Ausstattung der größten Kliniken, die palliative Versorgung und die Situation der psychosozialen Dienste, gefunden werden. Eine systematische, flächendeckende Untersuchung sowie Aussagen zu bestimmten Strukturmerkmalen waren auf dieser Basis jedoch nicht möglich.

Das IQWiG hält deshalb weitere Studien für notwendig, insbesondere solche, die die bisher vernachlässigten patientenrelevanten Endpunkte Lebensqua-



lität, Schmerzen und Langzeitfolgen untersuchen. Denn nur so kann beantwortet werden, ob sich hinter diesen Wissenslücken tatsächlich auch Versorgungslücken verbergen. Auch die Diskussion um messbare Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität muss weitergeführt werden, damit die bisher eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung messbar werden.

2.13 Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkom: Anwendung ist derzeit nur innerhalb von Studien vertretbar

Weichteilsarkome sind bösartige (maligne) Tumoren, deren Gewebsstruktur den Weichteilen des menschlichen Körpers ähnelt, zumeist dem Muskel-, Fett- oder Stützgewebe. Patientinnen und Patienten, bei denen der Tumor bereits Fernmetastasen gebildet hat, werden standardmäßig einer Chemotherapie unterzogen. Ziel ist dabei, die Krebszellen abzutöten. Allerdings tritt die Erkrankung häufig erneut auf. Um auch im Verborgenen überdauernde Krebszellen zu erreichen, wird deshalb in bestimmten Fällen empfohlen, eine Hochdosischemotherapie mit nachfolgender autologer Stammzelltransplantation unmittelbar anzuschließen.

Durch eine solche Hochdosischemotherapie werden aber in der Regel neben den Tumorzellen auch die lebenswichtigen blutbildenden Stammzellen geschädigt. Deshalb werden den Patienten zuvor Stammzellen entnommen, um sie ihnen nach der Behandlung wieder zurück zu übertragen. Diese Stammzellen siedeln sich zumeist im Knochenmark wieder an und bringen dort die Blutbildung erneut in Gang. Stam-

men die übertragenen Stammzellen von den Kranken selbst, spricht man von einer autologen Stammzelltransplantation.

Um den Nutzen der autologen Stammzelltransplantation (ASZT) bei Weichteilsarkomen zu bewerten, hat das IQWiG im Auftrag des G-BA verglichen, wie sich die Therapieergebnisse von Patientinnen und Patienten mit und ohne eine solche Stammzelltransplantation darstellen. Im Mittelpunkt des im November 2009 vorgelegten Berichts stehen sogenannte Hochrisikopatienten: Das sind Patientinnen und Patienten, die an einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Weichteilsarkom erkrankt sind.

Auch Studien ohne Vergleichsgruppe berücksichtigt

Stammzelltransplantationen bei Weichteilsarkomen sind – wie die Erkrankung selbst – relativ selten. Das europaweite Knochenmarksregister (European Group for Blood and Marrow Transplantation, EBMT) weist beispielsweise für das Jahr 2005 insgesamt nur 69 autologe Stammzelltransplantationen aufgrund der Diagnose Weichteilsarkom aus. Angesichts der niedrigen Fallzahlen und der erwartbar geringen Zahl klinischer Studien insgesamt schränken die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihre Suche nicht auf bestimmte Studientypen ein. Obwohl Studien ohne Vergleichsgruppe, wie beispielsweise Fallberichte, in der Regel mit einer hohen Ergebnisunsicherheit behaftet sind, wurden sie in diese Nutzenbewertung einbezogen. Denn unter bestimmten Bedingungen können sie dazu beitragen, dramatische Effekte oder unerwünschte Ereignisse zu erkennen.



Trotz der breit angelegten Recherche nach geeigneten Studien reicht die verfügbare Evidenz jedoch nicht aus, um einen möglichen zusätzlichen Nutzen oder Schaden der autologen Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen ableiten zu können. Denn alle Studien waren in hohem Maße anfällig für Verzerrungen, zum Teil kamen sie zu widersprüchlichen Ergebnissen. Somit bleibt unklar, ob Patientinnen und Patienten profitieren können.

Aus Sicht des IQWiG ist es deshalb derzeit nicht vertretbar, diese Therapieform außerhalb von kontrollierten klinischen Studien einzusetzen. Mithilfe dieser Studien ließen sich auch die derzeitigen Wissenslücken am besten schließen und so die Patientensicherheit erhöhen. Bei diesen klinischen Vergleichen müsste es sich nicht ausschließlich um randomisierte Studien handeln. Es müsste allerdings sichergestellt sein, dass die Therapieergebnisse zwischen den Gruppen wirklich vergleichbar sind. Für unabdingbar halten es die Expertinnen und Experten des IQWiG, dass Patientinnen und Patienten vor einer Entscheidung für oder gegen eine solche Therapie eingehend über die derzeit noch unsichere Datenlage informiert werden.

2.14 Frauen mit Brustkrebs könnten von einer autologen Stammzelltransplantation profitieren

Die autologe Stammzelltransplantation (ASZT) bewertete das IQWiG 2009 auch für die Indikation Brustkrebs. Eingeschlossen in die Untersuchung wurden Patientinnen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom, mit und ohne Fernmetastasen. Mit einem An-

teil von über 25 % an den Krebserkrankungen ist das Mammakarzinom die häufigste Krebsart bei Frauen. Zunächst mit großen Erwartungen verbunden und in den 1980er-Jahren breit eingesetzt, wird diese Therapie für Patientinnen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom in der Wissenschaft heute kontrovers diskutiert. In ihrem im Dezember 2009 publizierten Abschlussbericht kommen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu dem Ergebnis, dass die ASZT im Vergleich zur konventionellen Chemotherapie für Patientinnen mit Brustkrebs einen Vorteil hat, indem sie das ereignisfreie Überleben verlängert. Darunter versteht man den Zeitraum zwischen der Zuteilung der Patientinnen zu einer der Behandlungsgruppen und dem erneuten Auftreten der Erkrankung, dem Fortschreiten der Erkrankung oder dem Tod. Entsprechende Belege fanden sie für Patientinnen mit und ohne Fernmetastasen.

Diesem Beleg für einen Nutzen steht allerdings ein Hinweis auf einen möglichen Schaden gegenüber: Denn bei der ASZT traten schwerwiegende, nahezu alle Organsysteme betreffende Komplikationen häufiger auf als unter den Kontrolltherapien. Allerdings war der Unterschied nicht genau quantifizierbar, weil in den Studien nur unzureichend über Komplikationen berichtet wurde. Hinweise auf entsprechende Unterschiede fanden sich sowohl bei metastasierten als auch bei nicht metastasierten Tumoren. Die Lebensqualität der Patientinnen war während und unmittelbar nach der ASZT schlechter als bei einer konventionellen Chemotherapie. Nach etwa einem Jahr glichen sich die Werte jedoch weitgehend an. Insgesamt konnte das IQWiG 19 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) in die Bewertung einbezie-



hen. Davon untersuchten 13 Studien Patientinnen mit Brustkrebs ohne Fernmetastasen, sechs Studien Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom. Insgesamt war die Studienlage damit deutlich besser als bei allen bisherigen IQWiG-Berichten zum Thema Stammzelltransplantation. Die verfügbaren Studien waren jedoch zum Teil recht alt. Gerade bei den Patientinnen mit nicht metastasiertem fortgeschrittenem Mammakarzinom werden heute üblicherweise andere Chemotherapieschemata angewendet.

Nach Auffassung der Autorinnen und Autoren des Abschlussberichts müssen insbesondere für Patientinnen mit einem metastasierten Mammakarzinom, für das es nach wie vor keine kurative Therapie gibt, Alternativen erprobt werden. Das gilt auch für Therapien in Verbindung mit einer ASZT. Angesichts der Risiken, die mit der ASZT verbunden sind, sollte dies jedoch ausschließlich im Rahmen von klinischen Studien geschehen. Um den Schaden und Nutzen besser einschätzen zu können, wäre es insbesondere sinnvoll, in weiteren klinischen Studien zu untersuchen, ob Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom unter einer Therapie in Verbindung mit ASZT nicht nur länger ohne erneuten Brustkrebsbefund („ereignisfreies Überleben“) bleiben, sondern auch länger leben („Gesamtüberleben“).

2.15 IQWiG gibt Überblick über Versorgungsstandard bei starkem Übergewicht

Im Kontext von DMPs (Disease-Management-Programmen) stand der Auftrag des G-BA, evidenzbasier-

te Leitlinien zum Thema Fettleibigkeit auszuwerten. Denn der G-BA entwickelt für die Fettleibigkeit, medizinisch als Adipositas bezeichnet, ein Modul, das bereits bestehende DMPs ergänzen soll. Im April 2009 stellte das IQWiG die Ergebnisse der Öffentlichkeit vor.

Zusammen mit externen Sachverständigen hatten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler systematisch nach evidenzbasierten Leitlinien zur Adipositas recherchiert. In einem ersten Schritt bewerteten sie deren methodische Qualität. Danach extrahierten sie die darin enthaltenen Empfehlungen und prüften, inwieweit diese – nach Aussage der Leitlinien – auf hochwertigen Studien beruhen. Insgesamt konnten sie zehn Leitlinien einschließen. Überprüft wurde die Evidenz, die den einzelnen Empfehlungen zugrunde lag, allerdings nicht. Darin unterscheiden sich die Leitlinienbewertungen von den Nutzenbewertungen des Instituts.

Insgesamt konnten die Expertinnen und Experten in den Leitlinien vergleichsweise viele evidenzbasierte Empfehlungen zur Gewichtsreduktion identifizieren. Anders stellte sich die Situation bei den Versorgungsaspekten Einteilung, Monitoring und langfristige Gewichtsstabilisierung sowie bei Qualitätsindikatoren und der Koordination der Versorgung dar. Hier gibt es nur wenige Empfehlungen, die nach Aussage der Leitlinien durch hochwertigen Studien belegt sind.

Für die Einteilung des Gewichts empfehlen die Leitlinien, den sogenannten Body-Mass-Index (BMI) zu berechnen. Der BMI ist eine Maßzahl, die das Verhältnis des Gewichts zur Körpergröße beschreibt (kg/m^2). Als übergewichtig gelten Menschen mit einem BMI



zwischen 25 und 30, als adipös, wenn der BMI über 30 liegt. Laut den Leitlinien sollte zusätzlich zum BMI der Taillenumfang ermittelt und eine sorgfältige Anamnese durchgeführt werden.

Bei der Gewichtsreduktion gelten kalorienreduzierte Ernährung, körperliche Bewegung sowie verhaltenstherapeutische Verfahren als Mittel der ersten Wahl. Sie sollten möglichst kombiniert werden. Zur Unterstützung dieser Therapien können in seltenen Fällen auch bestimmte Medikamente eingesetzt werden, z. B. wenn Patienten einen BMI von 30 kg/m² oder höher aufweisen. Eine operative Therapie sollte erst ab einem BMI von 40 kg/m² erwogen werden. Bestimmte Erkrankungen können eine Gewichtsreduktion schon bei relativ geringem Übergewicht erfordern.

2.16 IQWiG unterstützt G-BA bei Themenauswahl für Aufträge an das AQUA

Tun wir das Richtige richtig? Dies ist die Kernfrage der Qualität im Gesundheitswesen. Aufgabe des IQWiG ist es, mit seinen Nutzenbewertungen zu klären, welche Therapieverfahren die „richtigen“ sind. Seit 2009 steht dem G-BA mit dem AQUA-Institut eine weitere wissenschaftliche Einrichtung zur Seite. Das AQUA geht der Frage nach, ob das „Richtige“ im Versorgungsalltag auch optimal, also „richtig“ angewendet wird. Die Entwicklung von sektorübergreifend abgestimmten Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität gehört deshalb zu den Kernaufgaben des Göttinger Instituts.



Um zu klären, welche Themen sich für eine Beauftragung des AQUA-Instituts eignen, bat der G-BA das IQWiG im Sommer 2009 um Unterstützung: Für vier Verfahren des ambulanten Operierens sollte das IQWiG bestehende Informationen für den G-BA inhaltlich aufbereiten. Dazu gehören die Katarakt-OP (grauer Star), die Konisation bei Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses, die Varizenchirurgie (Krampfadern in den Beinen) sowie die Dekompression des Karpaltunnelsyndroms. Bei Letzterem handelt es sich um die Beseitigung einer Engstelle auf der Innenseite des Handgelenks, durch die ein Nerv und mehrere Sehnen verlaufen.

Das IQWiG sollte für diese vier Verfahren insbesondere prüfen, ob es Hinweise auf bestehende Qualitätsdefizite und Qualitätssicherungsmaßnahmen gibt. Als Quelle nutzten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IQWiG neben Leitlinien und systematischen Übersichten auch Studien zur Versorgungsqualität.

Wie das IQWiG in seinen vier, jeweils als „orientierende Aufbereitung“ betitelten Berichten (Rapid Reports) feststellt, eignen sich die Verfahren der Konisation sowie die Katarakt-OP besser für eine Beauftragung des AQUA als die beiden anderen Themen. Konisation und Katarakt gehörten dann auch zu den insgesamt fünf Themengebieten, für die der G-BA im Dezember 2009 AQUA beauftragte, Indikatoren und Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität zu entwickeln.



2.17 Neues IQWiG-Produkt „Leitliniensynopse“ stellt Kernempfehlungen aus Leitlinien zusammen

Der G-BA will seine Arbeit künftig stärker an einzelnen Erkrankungen orientieren und das Versorgungsgeschehen breiter in den Blick nehmen. Das bedeutet, dass das Gremium prüfen will, an welchen Stellen der Versorgungskette zu einer Erkrankung Probleme bestehen und welche dieser Probleme er durch Richtlinien (z. B. Methodenbewertung, Qualitätssicherung, Arzneimittel) regeln könnte, um diese dann auch in Angriff zu nehmen. Dieses Vorgehen wird im G-BA aktuell in einem Pilotprojekt modellhaft erprobt.

Um den G-BA dabei zu unterstützen, hat das IQWiG 2009 ein neues Vorgehen entwickelt, mit dem sich in kurzer Zeit die Versorgungsstandards in einem Indikationsgebiet darstellen lassen. Basis sind evidenzbasierte Leitlinien, deren Empfehlungen von den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zu „Kernaussagen“ zusammengefasst werden. Erstmals angewendet wurde die sogenannte Leitliniensynopse des IQWiG bei der unipolaren Depression. Die im Juli vorgelegte Synopse bietet einen Überblick über die bestehenden Versorgungsstandards bei dieser Erkrankung im internationalen Vergleich und gibt Hinweise auf mögliche Lücken und Diskrepanzen in der Versorgungskette.

Weitere Forschung zu einigen Versorgungsaspekten notwendig

Wie die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler feststellten, gibt es für viele Aspekte der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer De-



pression bereits Standards, die auf hochwertiger Evidenz beruhen. Das gilt insbesondere für den Bereich der Pharmakotherapie. Allerdings wird bei der Synopse auch deutlich, dass es Versorgungsaspekte gibt, für die nur schwache oder gar keine Standards formuliert sind. Dies liegt häufig daran, dass keine Evidenz vorliegt oder dass die Evidenz unzureichend ist. Betroffen sind davon zum Beispiel einige Aspekte der pharmakologischen Behandlung (z. B. Suizidalität, Behandlung leichter Depressionsformen) sowie der psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung (z. B. computergestützte kognitive Verhaltenstherapie, Bewegungstherapie). Gezielte Recherchen und weitere Studien könnten helfen, diese Lücken zu füllen oder Unterschiede in der Versorgung auszugleichen.

2.18 Insulinanalogon Glargin: Beunruhigende Daten

Mit einer beunruhigenden Nachricht wurde die Öffentlichkeit im Frühsommer 2009 konfrontiert. Wie Wissenschaftler des IQWiG und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK in einem in der Zeitschrift „Diabetologia“ erschienenen Aufsatz berichteten, könne das langwirksame Insulinanalogon Glargin (Handelsname: Lantus) das Risiko für Krebs erhöhen. In ihrem Aufsatz hatten die Wissenschaftler Daten von fast 130.000 deutschen Patientinnen und Patienten analysiert, die zwischen Januar 2001 und Juni 2005 mit Humaninsulin oder dem Analoginsulin Lispro (Handelsname: Humalog), Aspart (Novorapid) oder Glargin (Lantus) behandelt worden waren. Bei mit Glargin behandelten Patientinnen und Patienten wurde demnach häufiger Krebs diagnostiziert als bei



denjenigen Patientinnen und Patienten, denen eine vergleichbare Dosis Humaninsulin verordnet worden war. Dabei stieg das Risiko für die Krebsdiagnose mit der Höhe der verabreichten Glargin-Dosis. Für die kurzwirksamen Insulinanaloga Lispro und Aspart fand sich dagegen kein Unterschied zu Humaninsulin.

Die Wissenschaftler betonten, dass der gefundene Zusammenhang zwischen der Verordnung von Glargin und einem höheren Krebsrisiko eine sogenannte statistische Assoziation sei. Es könnte also sein, dass nicht Glargin, sondern andere, noch unbekannte Faktoren die Ursache des höheren Risikos sind. Beunruhigend fanden sie jedoch, dass von drei weiteren, in derselben Ausgabe von „Diabetologia“ veröffentlichten Studien zwei ebenfalls eine mit Glargin verbundene Erhöhung des Krebsrisikos beschrieben.

Dabei ist die sogenannte Mitogenität der Insulinanaloga, also das Potenzial, das Wachstum von Krebszellen zu begünstigen, kein neues Thema. Das gilt gerade für das seit 2000 in Deutschland zugelassene Glargin. Seitdem wurden mehrfach Laborversuche veröffentlicht, die darauf hindeuteten, dass das Analoginsulin unter bestimmten Bedingungen das Wachstum von Krebszelllinien stärker anregen kann als Humaninsulin. Diese Hinweise wurden zwar in der Fachwelt diskutiert, sie wurden aber nie durch angemessene Studien ausgeräumt. Insgesamt hatten sich nach Einschätzung des IQWiG jetzt die Hinweise auf ein Risiko durch Glargin so weit verdichtet, dass das Medikament nur dann eingesetzt werden sollte, wenn es besonders wichtige Gründe gibt. Das sollte so lange gelten, bis verlässliche Studien die Sicherheit von Glargin im Vergleich zu Humaninsulin belegen.

Zulassungsbehörden gehen dem Verdacht weiter nach

Die für die Arzneimittelsicherheit zuständigen Zulassungsbehörden reagierten ebenso prompt wie besonnen: Das deutsche Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlichte noch im Juni 2009 eine Bewertung der Studienergebnisse: Es maß ihnen große Bedeutung bei, auch vor dem Hintergrund von Labortestergebnissen, die es erst wenige Monate zuvor zusammen mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum gefunden und publiziert hatte.

Die europäische Arzneimittelagentur EMA gab im Juli 2009 eine Pressemitteilung mit ihren Schlussfolgerungen heraus: Ihrer Auffassung nach können die neuen Studien die Möglichkeit weder bestätigen noch ausschließen, dass Glargin krebsfördernd ist. Die EMA äußerte vorläufig keine weiteren Bedenken, was den Einsatz von Glargin angeht, prüft aber weiter vorhandene Daten und bat dazu auch das IQWiG um Mitarbeit. Das IQWiG hat das Kooperationsangebot gerne angenommen und inzwischen weitere Auswertungen der Versichertendaten an die EMA geliefert.

Das US-amerikanische Pendant, die Food and Drug Administration (FDA), gab am 1. Juli eine Meldung heraus, in der sie mitteilte, sie werde nun verschiedene Informationsquellen zur Sicherheit von Glargin auswerten und auch nach wichtigen Informationen in allen abgeschlossenen und laufenden Studien zu Glargin suchen. Die FDA werde mit dem Hersteller weiter diskutieren, ob zusätzliche Sicherheitstests erforderlich seien.



Auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDÄ) reagierte zeitnah: Ebenfalls am 1. Juli, also knapp eine Woche nach der Publikation der Aufsätze in „Diabetologia“, hatte sich die Kommission ein Bild von der Datenlage gemacht. Die AKDÄ sah keine Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten, die Glargin nehmen, nun unmittelbar auf ein anderes Präparat umzustellen. Sie empfahl jedoch, bis auf Weiteres Patientinnen und Patienten, die erstmals langwirksames Insulin benötigen, nicht Glargin, sondern eine Alternative zu verordnen.

Die Bewertung der Daten durch die Zulassungsbehörden ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Wie lange sie noch dauern wird, ist unklar. Es ist auch offen, ob die derzeit verfügbaren Studiendaten ausreichen, um die Frage nach der Sicherheit von Glargin definitiv zu beantworten.

2.19 Selektive Publikation von Studiendaten behindert bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten

Das Problem ist seit mehr als 20 Jahren bekannt und inzwischen auch gut erforscht: Von den Ergebnissen klinischer Studien kommt nur ein Teil zeitnah an die Öffentlichkeit. Der Rest verschwindet länger – oder für immer – in der Schublade. Auch für die Arbeit des IQWiG ist dies ein Hindernis. Denn eine verlässliche Bewertung des Nutzens und des Schadens von Arzneimitteln und anderen medizinischen Leistungen ist nur dann möglich, wenn alle Daten zur Verfügung stehen. Im Jahr 2009 hat das Institut den sogenann-



ten Publikations-Bias (bias = englisch für Verzerrung, Schiefelage) zu einem Schwerpunktthema gemacht und eine verbindliche Veröffentlichungspflicht für alle klinischen Studien gefordert. Anlass bot vor allem der Auftrag zu drei Antidepressiva, bei dessen Bearbeitung das Problem fehlender Studiendaten in besonderer Schärfe hervortrat: Weil Hersteller Informationen zu Studien lange Zeit unter Verschluss hielten, war eine Bewertung im Vorbericht nicht oder nur unter Vorbehalt möglich gewesen.

IQWiG fordert Veröffentlichungspflicht für alle klinischen Studien

Sind die Ergebnisse klinischer Studien zu Arzneimitteln positiv, verspricht ein Wirkstoff also Aussicht auf Heilung oder Linderung, werden sie meist schnell publiziert. Negative Resultate werden dagegen seltener oder erst mit großer zeitlicher Verzögerung bekannt. Die Gründe sind vielfältig: Forscher bekommen eher Forschungsmittel, solange Aussicht auf Erfolg besteht, die Industrie hat kein Interesse an Ergebnissen, die für das Marketing ihrer Produkte unvorteilhaft sind, und auch Fachzeitschriften berichten lieber über Durchbrüche als über Niederlagen. Die Folge ist ein verzerrtes Bild vom Nutzen und von der Wirksamkeit der jeweiligen Wirkstoffe. Es herrscht „chronischer Überoptimismus“, wie der Freiburger Gesundheitsforscher Gerd Antes formulierte. Ein prägnantes Beispiel: Wie Wissenschaftler für eine Reihe antidepressiver Wirkstoffe zeigen konnten, wird deren Wirkung in der publizierten Literatur ausnahmslos um bis zu 70 % überschätzt, im Mittel sind es immerhin 30 %.



Keine informierte Entscheidung möglich

Die Folgen der selektiven Publikation von Studiendaten sind gravierend: Ärzten und Kranken wird die Möglichkeit genommen, die individuell beste Therapie zu wählen, weil ihnen Informationen fehlen. Unter Umständen bekommen Kranke eine nutzlose oder gar schädliche Behandlung. Schaden entsteht auch für die Versichertengemeinschaft. Denn über die Verteilung knapper Ressourcen können Institutionen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nur dann sinnvoll entscheiden, wenn sicher ist, was wirklich nützt und was überflüssig ist. Mit dem Verschweigen von Studiendaten verstoßen Hersteller und Sponsoren auch gegen Vereinbarungen, die sie mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studien geschlossen haben: Sie stellen sich freiwillig und uneigennützig für die Experimente zur Verfügung und gehen dabei Risiken ein, weil sie durch die Teilnahme und die Veröffentlichung der Ergebnisse anderen Erkrankten helfen wollen.

In seiner Arbeit massiv behindert wird auch das IQWiG. Um Medikamente auf Grundlage sämtlicher Daten zu bewerten, fragt das Institut immer auch bei Herstellern nach noch unveröffentlichten Studien. Ob sie diese liefern, liegt bislang allerdings allein im Ermessen der Unternehmen. Tatsächlich bekam das IQWiG in den vergangenen Jahren nur auf rund 60 % seiner Anfragen die vollständigen Unterlagen. Zwar sichern die meisten Unternehmen unverbindlich Transparenz zu, verweigern bei konkreten Nachfragen dann aber häufig die Kooperation. Und dies, obwohl das IQWiG mit dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) bereits 2005 eine Muster-



vereinbarung zur Übergabe bislang nicht veröffentlichter Studiendaten getroffen hat (vgl. Jahresbericht 2005, S. 11f.). Darüber hinaus haben die internationalen Verbände der pharmazeutischen Industrie im Jahr 2005 eine Selbstverpflichtung zur Offenlegung von Informationen aus klinischen Studien abgegeben. Die Erfahrung des IQWiG lehrt jedoch: Auf diese von der Industrie als Königsweg zur Herstellung von Transparenz gepriesenen „Selbstverpflichtungen“ ist kein Verlass. Dringend notwendig sind vielmehr verbindliche Regelungen.

Studien gleich zu Beginn öffentlich registrieren

Im Laufe des Jahres wandte sich das IQWiG deshalb mehrfach mit der Forderung nach einer Veröffentlichungspflicht für alle klinischen Studien an die Öffentlichkeit. Anlass bot die Publikation des Vor- und Abschlussberichts der Nutzenbewertung der drei antidepressiven Wirkstoffe Reboxetin, Mirtazapin und Bupropion XL (vgl. Abschnitt 2.6.2). Dessen Erstellung war durch Firmen behindert worden, indem sie Daten aus klinischen Studien unter Verschluss hielten und erst auf öffentlichen Druck hin zur Verfügung stellten. Zu Reboxetin fehlten in der bis dahin zugänglichen Literatur die Daten von etwa zwei Dritteln aller Patientinnen und Patienten. Dabei suggerierten die veröffentlichten Ergebnisse einen Nutzen, der sich bei Betrachtung aller Daten jedoch nicht belegen lässt.

Nach Auffassung des Instituts muss eine Veröffentlichungspflicht zweierlei regeln: Zum einen müssen Studienvorhaben, inklusive der Studienprotokolle, schon vor Beginn in ein öffentliches Register einge-



tragen werden. Nur so lässt sich verhindern, dass „unbequeme“ Ergebnisse später unterschlagen werden. In einem solchen Register können sich Patientinnen und Patienten zudem informieren, ob und wo Studien laufen, an denen sie teilnehmen können. Zum anderen muss das Gesetz sicherstellen, dass die Ergebnisse zeitnah nach Abschluss der Studien auch veröffentlicht werden.

USA hat Publikationspflicht bereits gesetzlich geregelt

Dass das keine weltfremde, utopische Forderung ist, zeigt das Beispiel USA: Seit September 2008 sind Hersteller gesetzlich verpflichtet, alle für die Zulassung in den USA relevanten Studien vorab zu registrieren und die Resultate später in einer allgemein zugänglichen Datenbank zu publizieren. Zuwiderhandlungen können bis zu 10.000 US-Dollar täglich kosten.

In Europa ist man davon noch weit entfernt: Bereits seit 2004 gibt es eine Datenbank, in der zulassungsrelevante Arzneimittelstudien registriert werden. Zugriff auf EudraCT haben bislang aber nur die Zulassungsbehörden der Mitgliedsländer – auch das IQWiG oder der G-BA sind außen vor. Zwar kündigt eine Verordnung der EU-Kommission an, Teile der EudraCT öffentlich zugänglich zu machen. Auch die Erweiterung auf Ergebnisse wird vage in Aussicht gestellt. Offen ist jedoch, wann genau dies geschehen wird und wie umfassend Resultate dokumentiert werden sollen. Zu diesem Ergebnis kam auch ein vom IQWiG in Auftrag gegebenes international vergleichendes Rechtsgutachten, das inzwischen in der Zeitschrift „GesundheitsRecht“ (Nr. 1, 2010) publiziert ist.



Angesichts dieser Lage ist nach Auffassung des IQWiG die Bundesregierung gefragt. Sie muss Druck machen, dass das EU-Vorhaben tatsächlich zeitnah umgesetzt wird. Immerhin sieht der derzeit noch im Gesetzgebungsverfahren befindliche Entwurf des Gesetzes zur Arzneimittelmarktneuordnung (AMNOG) vor, dass die Ergebnisse von klinischen Studien zu Arzneimitteln binnen sechs Monaten nach der Zulassung veröffentlicht werden müssen.

2.20 Internationale methodische Standards anwenden und mit entwickeln

Um sicherzustellen, dass das IQWiG nach internationalen methodischen Standards arbeitet, und um selbst aktiv an der Weiterentwicklung dieser Standards mitwirken zu können, engagiert sich das Institut in einer Vielzahl von internationalen Gremien und Netzwerken. Dort ist das IQWiG inzwischen an allen wichtigen Aktivitäten beteiligt und als kompetenter und verlässlicher Partner anerkannt.

So ist das IQWiG institutionelles Mitglied der internationalen Fachgesellschaft HTAi (Health Technology Assessment International). HTAi richtet sich gleichermaßen an die Ersteller und die Nutzer von HTA. Mitglieder sind akademische Einrichtungen ebenso wie Regierungen oder die Industrie. IQWiG-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter publizieren im Rahmen der HTAi und erhalten wichtige Informationen über die aktuelle Entwicklung des Wissenschaftszweiges. Sie sind aktiv in die methodischen Arbeitsgruppen eingebunden, wie z. B. der Arbeitsgruppe Ethik, und stehen in



engem Austausch mit dem Vorstand der Fachgesellschaft. Die Aktivitäten fließen auch in die Ergebnisse der Fachgesellschaft ein.

Ausschließlich an Ersteller von HTA, an die sogenannten HTA-Agenturen, richtet sich das INHATA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment). Hier sind im Unterschied zur HTAi ausschließlich öffentliche Einrichtungen, also Non-Profit-Organisationen wie das IQWiG, organisiert. Im Mittelpunkt stehen neben der Methodenentwicklung insbesondere der globale Austausch von Arbeitsergebnissen und die Frage, wie man als HTA-Agentur die Entscheidungsträger besser erreichen und unterstützen kann. Auch beim INHATA ist das IQWiG nicht nur passives Mitglied, sondern arbeitet aktiv mit: Ein IQWiG-Mitarbeiter war von 2006 bis 2009 im Vorstand des Netzwerkes und ist Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Interne Kommunikation“ des INHATA.

Die HTA-Aktivitäten von 28 europäischen Ländern, davon 25 EU-Mitgliedstaaten, soll das EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment) unterstützen. Ziel des aus EU-Mitteln finanzierten Projektes ist es, eine effiziente Nutzung von HTA-Ressourcen zu ermöglichen, ein nachhaltiges System des Wissensaustauschs zu organisieren sowie die „gute Praxis“ bei HTA-Methoden und -Prozessen zu fördern. Auch hier sind die Mitglieder ausschließlich Non-Profit-Organisationen. Deutschland wird vom IQWiG und vom DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) vertreten und gehört zu den Gründungsmitgliedern des EUnetHTA. Das Institut arbeitet in zwei Projekten mit: im HTA-Core-Projekt, in dem Verfahren entwickelt und getes-



tet werden, ob und wie Elemente von HTA-Berichten gemeinsam genutzt oder ausgetauscht werden können. Im Projekt „relative effectiveness of pharmaceuticals“ werden HTA-Methoden für die vergleichende Bewertung mehrerer Interventionen unter Alltagsbedingungen entwickelt und geprüft. Darüber hinaus ist das IQWiG über das Ressort Versorgungsqualität in die Steuerungsgruppe des EUnetHTA integriert.

Um Behandlungsleitlinien geht es im Guidelines International Network (G-I-N). Die länderübergreifende Non-Profit-Organisation steht Institutionen und Personen offen, die Leitlinien entwickeln oder anwenden. Ziel des G-I-N ist es, die Qualität der Gesundheitsversorgung durch eine stärkere internationale Kooperation auf dem Gebiet der Leitlinien zu verbessern. Auch hier arbeitet das IQWiG in mehreren Arbeitsgruppen mit und bringt seine Kompetenz bei der inhaltlichen und formalen Bewertung von Leitlinien ein (ADAPTE, AGREE, Evidence Table Group).

Beteiligt sind IQWiG-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter auch beim GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Die internationale Gruppe hat einen Ansatz entwickelt, um die Qualität von Evidenz, insbesondere im Zusammenhang mit der Erstellung von Leitlinien, zu bewerten.

Nicht fehlen darf das IQWiG bei dem wohl größten internationalen Wissenschaftsnetzwerk zur Verbreitung und Förderung der evidenzbasierten Medizin, der Cochrane Collaboration. Auf Initiative und unter dem Vorsitz des IQWiG, vertreten durch das Ressort Gesundheitsinformation, fand 2009 ein Exploratory Meeting der Cochrane-Methodengruppe zum The-



ma Priorisierung statt. Ziel des Treffens war es, die gegenwärtige Prioritätensetzung bei den Cochrane Reviews und die damit verbundenen Herausforderungen zu diskutieren und zu erörtern, ob eine Priority Setting Methods Group etabliert werden soll. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts Medizinische Biometrie sind aktive Mitglieder der Statistical Methods Group der Cochrane Collaboration, in der unter anderem statistische Verfahren für Meta-Analysen diskutiert und entwickelt werden. Ein Schwerpunkt ist hierbei der Umgang mit Multiplizität in systematischen Übersichten. Eine auf Initiative des IQWiG eingerichtete Topic Action Group erarbeitet Methoden und Regeln zum Problem des multiplen Testens in systematischen Übersichten.

Im Jahr 2009 initiiert hat das Ressort Gesundheitsinformation auch eine sogenannte Keep-Up Collaboration mit wichtigen EbM-Organisationen: Die Cochrane Collaboration, maßgebliche HTA-Agenturen und Herausgeber von Leitlinien sowie die nationalen elektronischen Bibliotheken aus Großbritannien, Belgien und Norwegen arbeiten künftig eng zusammen, um die eigenen Informationen aktuell zu halten und die Methoden zur Aktualisierung der Evidenz zu harmonisieren.

Engen Kontakt hält das IQWiG bereits seit mehreren Jahren mit seinen Schwesterinstituten in Großbritannien und Frankreich, dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) und der Haute Autorité de Santé (HAS). Die halbjährlichen Treffen dienen vor allem dem Erfahrungsaustausch auf der Leitungsebene.

Das IQWiG engagiert sich jedoch nicht nur in bestehenden Gremien und Netzwerken, sondern beobachtet auch die Entwicklung neuer internationaler Zusammenschlüsse, um gegebenenfalls mitarbeiten zu können (z. B. das neue EU-Projekt EuSaNH [European Science Advice Network for Health]). Diese Aufgabe hat das Ressort Versorgungsqualität übernommen.

2.21 Commonwealth-Umfrage 2009 – internationale Vergleiche statt Nabelschau

Auch im Jahr 2009 hat sich das IQWiG an der internationalen Umfrage des Commonwealth Fund beteiligt. Die private Stiftung mit Sitz in Washington, USA, hat bereits 1999 in fünf Ländern begonnen, mit einer einheitlichen Methodik Parameter der Gesundheitsversorgung zu erheben. Auf diese Weise will man Unterschiede, Stärken und Schwächen der nationalen Gesundheitssysteme aufspüren. Bis 2004 fanden die Erhebungen in Australien, Kanada, Neuseeland, den USA und dem Vereinigten Königreich statt. 2005 beteiligte sich Deutschland erstmals an der Untersuchung. Als weitere Länder sind 2006 die Niederlande, 2008 Frankreich und 2009 Norwegen und Schweden hinzugekommen. Die deutschen Erhebungen wurden vom IQWiG finanziert und mit konzipiert.

Zielgruppen und Schwerpunkte der Commonwealth-Umfragen wechseln von Jahr zu Jahr. Wie schon 2006 galt die Untersuchung im Jahr 2009 den Hausärzten und ihren Erfahrungen in der primärärztlichen Versorgung sowie ihrer Einschätzung des Gesundheitssystems in Deutschland. Die zufällig ausgewählten

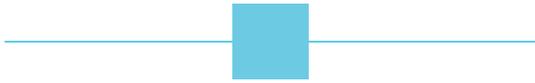


Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zu einer Reihe von Aspekten befragt, darunter „Allgemeine Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem“, „Wahrgenommene Qualität medizinischer Versorgung“, „Zugangsmöglichkeiten der Patienten zur Versorgung“, „Unterstützung bei chronischen Krankheiten“, „Qualitätsverbesserung und Ausbau spezieller Kompetenzen“ sowie „Erfahrungen mit finanziellen Anreizsystemen zur Verbesserung von Qualität, Leistung und Versorgungskoordination“.

Erste Ergebnisse der Umfrage wurden im Herbst 2009 von Cathy Schoen und Kollegen in der Zeitschrift „Health Affairs“ veröffentlicht (Health Affairs, 28, No. 6 [2009]: w1171-w1183 <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/28/6/w1171>). Die Hausärzte bewerten Aspekte des Gesundheitssystems, ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit und des Umgangs mit Patientinnen und Patienten in den untersuchten Ländern sehr unterschiedlich. Auffällig ist, dass in Deutschland die Unzufriedenheit besonders ausgeprägt ist: In keinem anderen Land wird ein so grundsätzlicher Reformbedarf gesehen wie in Deutschland. Eine allgemein negative Einschätzung der Lage wurde in Deutschland schon in der Erhebung von 2006 beobachtet. Ausführlich beschrieben werden die Ergebnisse in einer eigenen Publikation.

2.22 IQWiG sucht die öffentliche Diskussion

Um seine Arbeit möglichst breit und transparent darzustellen, hat das IQWiG auch 2009 eigene Veranstaltungen organisiert. Den Auftakt bildete Mitte



Juni ein Diskussionsforum aus der Reihe „IQWiG im Dialog“. Zu den gesetzlichen Aufgaben des IQWiG gehört es, neben den erwünschten Wirkungen und dem (Zusatz-)Nutzen auch den möglichen Schaden medizinischer Maßnahmen zu bewerten. Die Bewertung des Schadens von Therapien ist in systematischen Übersichten und HTA-Berichten allerdings nicht so gut definiert wie die Bewertung des Nutzens. „IQWiG im Dialog“ widmete sich 2009 daher der adäquaten Berücksichtigung von Schadensaspekten bei der Nutzenbewertung medizinischer Maßnahmen. Neben IQWiG-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern, die von der bisherigen Arbeit des Instituts berichteten, referierte auch je ein Vertreter des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und eines global aufgestellten Pharmaunternehmens. Im Anschluss an die Vorträge gab es im Kölner Kolpinghaus eine rege Diskussion zwischen den rund 110 Besucherinnen und Besuchern und den Vortragenden.

Nur knapp zwei Wochen später stand das Thema Kosten-Nutzen-Bewertung auf dem Programm: Im Rahmen eines Workshops in Berlin stellte das IQWiG vor rund 160 Gästen die vorläufigen Ergebnisse von drei sogenannten Pilotstudien vor. Diese bei externen Sachverständigen in Auftrag gegebenen Expertisen gingen der Frage nach, ob die vom IQWiG vorgeschlagene Methode der Effizienzgrenze (vgl. Abschnitt 2.2) in konkreten Beispielen durchgeführt werden kann. Die drei Kosten-Nutzen-Bewertungen untersuchten die Fragestellung der Thrombozytenaggregationshemmer in der Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit, einer Therapie von chronischen Schmerzen



bei der peripheren diabetischen Polyneuropathie und einer antiviralen Therapie der chronischen Hepatitis C. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Methode durchaus anwendbar und machbar ist, auch wenn die Pilotprojekte Fragen zu technischen Details der Durchführung aufwarfen.

Thematisch weniger anwendungsbezogen war das IQWiG-Herbst-Symposium, das 2009 bereits zum fünften Mal in Köln stattfand: Welche Wertentscheidungen werden in der medizinischen Wissenschaft getroffen? Wie viele Entscheidungen in der Medizin beruhen auf wissenschaftlichen Belegen, auf gesichertem Wissen? Ist objektive Forschung durch die Industrie möglich? Dürfen wir das Gut „Gesundheit“ überhaupt rationieren und welche Reformen brauchen wir für eine bessere Medizin? Dies waren die Fragen, die die Referentinnen und Referenten mit rund 290 Gästen diskutierten. Während sich der erste Tag vornehmlich mit „Glauben und Wissen in der Medizin“ befasste, ging es am zweiten Tag um verschiedene Aspekte der ökonomischen Bewertung von medizinischen Maßnahmen. Wer keine Gelegenheit hatte, Ende November nach Köln zu kommen, kann die Vorträge als Multimediapräsentation auf der Website des IQWiG abrufen.

Schließlich lud das IQWiG im Laufe des Jahres insgesamt zwölf Mal zu mündlichen Erörterungen nach Köln ein. Sie finden statt, wenn schriftliche Stellungnahmen zu Berichtsplänen oder Vorberichten Fragen offenlassen, die diskutiert werden müssen. Wer eine schriftliche Stellungnahme eingereicht hat, kann zu einer solchen Erörterung eingeladen werden.



Wichtig für die wissenschaftliche Arbeit des Instituts war auch ein vom Ressort Arzneimittel initiiertes Workshop mit externen Sachverständigen. Im kleinen Kreis wurden fachliche und organisatorische Fragen der Berichterstellung diskutiert. Ziel der Veranstaltung war es, die Zusammenarbeit mit den bisherigen Sachverständigen zu verbessern. In einem weiteren Workshop wurde mit Mitgliedern des Unterausschusses Arzneimittel beim G-BA diskutiert, welche internationalen Modelle es gibt, um nach der Zulassung schnell zu einer Bewertung neuer Arzneimittel zu kommen.

2.23 Das IQWiG im Internet

Das Internet ist für das Institut eine wichtige Plattform, um seinen gesetzlich verankerten Informationspflichten gegenüber der Öffentlichkeit nachzukommen und über seine Arbeitsweise, die aktuellen Arbeitsergebnisse sowie die Beteiligungsmöglichkeiten zu informieren.

Bereits seit Februar 2006 stellt das IQWiG nicht nur der Fachöffentlichkeit Informationen zur Verfügung, sondern bietet über eine eigene Website, www.gesundheitsinformation.de, auch evidenzbasierte Gesundheitsinformationen an, die speziell für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und andere Interessierte aufbereitet wurden. Über die beiden Websites des Instituts (www.iqwig.de, www.gesundheitsinformation.de) sind damit jederzeit sowohl die Berichte und Ergebnisse des IQWiG als auch unabhängige Patienteninformationen verfügbar.



Insgesamt wurden auf www.iqwig.de im Laufe des Jahres 46 auftragsbezogene Publikationen und 52 Pressemitteilungen zu IQWiG-Produkten veröffentlicht. Das Jahr 2009 stand außerdem im Zeichen der Erneuerung: Die Seite www.iqwig.de erhielt eine neue und übersichtlichere Navigation, es wurden mehr Informationen über die Arbeitsweise des Instituts veröffentlicht und auch die Darstellung der einzelnen Projekte wurde überarbeitet, um es Nutzern zu erleichtern, die Arbeit des IQWiG zu verfolgen. Darüber hinaus wurde auch die Suchfunktion innerhalb der IQWiG-Seiten optimiert. Suchergebnisse werden jetzt nicht nur nach Relevanz geordnet, sie können auch strukturiert im Projektzusammenhang angezeigt werden. Außerdem werden auch Ergebnisse der Seite www.gesundheitsinformation.de angezeigt, so dass auch die allgemein verständlichen Texte schnell und einfach über eine Suche gefunden werden.

Die Website [Gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) hatte im Jahr 2009 mehr als eine Million Besucherinnen und Besucher. Viele Gesundheitsinformationen wurden bei Google unter den Top Ten gelistet, beispielsweise die Informationen zu fortgeschrittenem Brustkrebs, Statinen und Regelschmerzen. Ende des Jahres wurde zudem bei den Newsletter-Abonnentinnen und -Abonnenten die 8000er-Grenze überschritten.

Im Laufe des Jahres wurden zahlreiche Patienteninformationen zu den unterschiedlichsten Themen veröffentlicht. Dazu gehören unter anderem evidenzbasierte Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen, zur Venenthrombose und zur Gewichtsabnahme nach der Schwangerschaft. Neu auf der Website ist ein Bereich mit dem Titel „Behandlungen

wählen“. Hier finden sich Informationen zu übergreifenden Themen wie beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen und Disease-Management-Programmen sowie ein Merkblatt und eine Entscheidungshilfe zur Wahl von Behandlungen.

Mit der Bertelsmann Stiftung wurde eine Vereinbarung geschlossen, die die Einbettung der IQWiG-Gesundheitsinformationen in die Weiße Liste vorsieht – ein unabhängiges Internetportal für die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus. Wenn jemand in der Weißen Liste zum Beispiel nach einer Entbindungsklinik sucht, werden automatisch auch Gesundheitsinformationen zum Thema Schwangerschaft und Geburt angezeigt. Die neue Version der Weißen Liste ging im Mai 2010 online.

2.24 IQWiG-Patienteninformationen: Gute Noten von der WHO

Als das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2003 etwa vier Jahre alt war, lud es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein, zwei seiner Arbeitsprogramme zu bewerten. Das IQWiG war von der Strenge und dem Nutzen dieser Evaluation beeindruckt und beschloss, es dem NICE nachzutun. Als auch das IQWiG vier Jahre bestand, lud es 2008 die WHO daraufhin ebenfalls ein, sein Gesundheitsinformationsprogramm zu evaluieren. Das Institut wollte seine Methoden für die Auswahl von Themen, die Beurteilung der Evidenz, die Erstellung von Patienteninformationen sowie seine Qualitätssicherungs- und Beurteilungsmechanismen von der WHO bewerten lassen. Dabei sollten auch die Qualität



und die Richtigkeit der Informationen selbst evaluiert und die Auffassungen der verschiedenen Interessengruppen berücksichtigt werden.

Ein fünfköpfiges WHO-Expertenteam suchte daraufhin das IQWiG im Jahr 2008 zwei Mal in Köln auf: Es prüfte die Dokumente und die Website des Instituts, führte Gespräche mit den Institutsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern sowie der Institutsleitung und eine Reihe von Gesprächen mit externen Interessengruppen, darunter Vertreter des deutschen Gesundheitsministeriums, der Krankenversicherungen, der Patientenorganisationen und Ärzteverbände sowie der Industrie. Gespräche fanden auch mit Expertinnen und Experten statt, die im IQWiG im Ressort Gesundheitsinformation tätig sind. Das Team wählte Gesundheitsinformationen zu drei Themen aus (Allergien, Asthma und postnatale Depression) und unterzog diese einer eingehenden Prüfung.

Ende 2009 lag dann der mit Spannung erwartete Prüfbericht vor, im Frühjahr 2010 wurde er – vom IQWiG und von der WHO selbst – publiziert. Das WHO-Team zeigte sich darin hochzufrieden und stellte dem Institut gute Noten aus: Als „relevant, objektiv und unabhängig“ stufte es die Produkte auf Gesundheitsinformation.de ein. Die Methoden des IQWiG seien ein „valider, hochwertiger Ansatz, der das Risiko von Verzerrungen auf ein Minimum beschränkt“. „In den Prozess sind relevante Interessengruppen eingebunden. Auch die Einbeziehung von Informationen, die durch Interviews mit Patientinnen und Patienten gewonnen wurden, sowie die Berücksichtigung qualitativer Evidenz stellen eine wertvolle perspektivische Erweiterung dar“, so die Prüfer. Sie lobten das Insti-

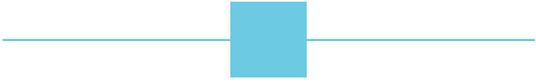
tut und seine Leitungsgremien für „ihre eindrucksvollen Leistungen, ihre hohe fachliche Kompetenz sowie das Engagement der Institutsleitung und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts“.

Die Gesundheitsinformationen seien auch eine Quelle für andere Länder auf der ganzen Welt – die Übersetzung in weitere Sprachen wäre deshalb ein echter Gewinn. Deshalb verlinkt die WHO seit Frühjahr 2010 auf die IQWiG-Informationen.

Der Abschlussbericht der Gruppe enthält auch eine Reihe von Empfehlungen, wie das IQWiG sein Programm weiterentwickeln und seine Stellung als ein führender Produzent von patientenzentrierten und evidenzbasierten Gesundheitsinformationen ausbauen könnte.



3. Finanzen



Die Finanzierung des Instituts nach § 139a Abs. 1 SGB V erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und durch die zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 87a SGB V um einen entsprechenden Vomhundertsatz. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Der Zuschlag für jeden Krankenhausfall, die Anteile der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, eingezogen und an das Institut weitergeleitet.

Der G-BA hat in seiner Sitzung vom 18.12.2008 die Höhe des Systemzuschlags im ambulanten und stationären Sektor für das Jahr 2009 festgelegt. Danach beträgt der Systemzuschlag im ambulanten vertragsärztlichen Sektor 2,481716 Cent pro Fall, im ambulanten vertragszahnärztlichen Sektor 2,49 Cent pro Fall und im stationären Sektor 0,85 Euro pro Fall. Der Stiftungsrat der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat in seiner Sitzung am 24.11.2008 den Haushaltsplan 2009 mit den Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 15.184.000 Euro aufgestellt. Die Vorgaben des Haushaltsplans 2009 konnten weitestgehend eingehalten werden.

4. Die Ressorts und ihre Aufgaben

4.1 Institutsleitung

Leiter des Instituts ist seit dem 1.9.2004 Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki. Vom Stiftungsvorstand für sechs Jahre in sein Amt bestellt, vertritt er das IQWiG nach innen und nach außen. Er ist dafür verantwortlich, dass das Institut seine gesetzlichen Aufgaben erfüllt und dabei den vom G-BA gesetzten Prioritäten folgt. Auch für die Einhaltung des Haushaltsplans und der Geschäftsordnung hat er Sorge zu tragen. Als Institutsleiter ist er – neben seinem Stellvertreter und den Ressortleiterinnen und Ressortleitern sowie dem kaufmännischen Geschäftsführer – Mitglied des sogenannten Steuergremiums.

Dieses Gremium berät sowohl über institutsinterne Angelegenheiten als auch solche mit externem Bezug: Es erstellt und überarbeitet die Verfahrensweisen und Methoden der wissenschaftlichen Arbeit und überwacht deren Einhaltung. Seit dem 1.4.2005 hat das IQWiG auch einen stellvertretenden Institutsleiter: PD Dr. med. Stefan Lange, bis Ende 2007 zugleich Leiter des Ressorts Nichtmedikamentöse Verfahren, wurde vom Vorstand in das bis dahin noch unbesetzte Amt bestellt. Sein Vertrag als stellvertretender IQWiG-Leiter endet zeitgleich mit der Amtszeit von Peter Sawicki.

4.2 Ressort Arzneimittelbewertung

Das Ressort bewertet den Nutzen und Schaden von Arzneimitteln. Es vergleicht dazu Arzneimittel mit medikamentösen und nichtmedikamentösen Alternativen. Damit soll festgestellt werden, ob ein Medikament auf Dauer für die Patientinnen und Patienten einen Zusatznutzen hat.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts erstellen auf Basis des Auftrags und in Zusammenarbeit mit externen Sachverständigen die Nutzenbewertungen.

Bei der Bearbeitung

- werden die Zielkriterien von Arzneimittelbewertungen festgelegt,
- werden relevante Studien identifiziert und nach der Methodik des Instituts auf ihre Evidenz (Beweiskraft) hin ausgewertet,
- wird mittels zusätzlicher Recherchen geprüft, ob es weitere, unveröffentlichte Studien gibt und ob die öffentlich verfügbare Information den Nutzen des Medikaments hinreichend sicher abbildet (Problem der unpublizierten Daten),
- werden die Ergebnisse in einer Gesamtaussage zum Nutzen und Schaden zusammengefasst.

Außerdem

- arbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter allgemein an der Weiterentwicklung der Methodik zur Bewertung des Nutzens und Schadens von Arzneimitteln und
- informieren die (Fach-)Öffentlichkeit in Vorträgen und Publikationen über die Ergebnisse und die Methodik des IQWiG sowie über neue wis-



wissenschaftliche Erkenntnisse aus ihrer Arbeit. Ein Schwerpunkt der wissenschaftlichen Arbeit des Ressorts ist dabei das Thema Ergebnisverzerrung durch selektive Datenveröffentlichung.

Teil des Ressorts Arzneimittelbewertung ist auch die Recherchegruppe. Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Recherchegruppe unterstützen als Dienstleister alle Ressorts sowie die externen Sachverständigen des IQWiG beim Auffinden von relevanten Studien. Die Weiterentwicklung der Recherchemethodik auch durch eigene wissenschaftliche Projekte ist ebenfalls Bestandteil der Arbeit.

4.3 Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren

Das Ressort bewertet hauptsächlich medizinische Interventionen, die sich nicht oder nicht allein auf den Einsatz von Arzneimitteln stützen.

Dazu zählen beispielsweise Operationsmethoden, strahlentherapeutische Verfahren, zahnmedizinische Behandlungen, aber auch komplexere Interventionen, bei denen verschiedene Therapiekomponenten zu einem Verfahren zusammengefasst werden. Das Ressort bewertet außerdem Diagnosemethoden und Reihenuntersuchungen (Screening) zur Früherkennung von Krankheiten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts erstellen auf Basis des Auftrags und in Zusammenarbeit mit externen Sachverständigen die Nutzenbewertungen.

Bei der Bearbeitung werden

- die Zielkriterien des Projektes festgelegt (bei Beauftragung in Anlehnung an die Auftragsbeschreibung),
- relevante Studien identifiziert und nach der Methodik des Instituts auf ihre Aussagekraft hin ausgewertet,
- die Ergebnisse in einer Gesamtaussage zum Nutzen und Schaden zusammengefasst.

Außerdem

- arbeiten sie allgemein an der Weiterentwicklung der Methodik zur Nutzen- und Risikobewertung von nichtmedikamentösen Verfahren und
- informieren die (Fach-)Öffentlichkeit in Vorträgen und Publikationen über die Ergebnisse und die Methodik des IQWiG sowie über neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus ihrer Arbeit.

4.4 Ressort Medizinische Biometrie

Das Ressort „Medizinische Biometrie“ ist verantwortlich für die biometrische Bewertung von Studien und die statistische Analyse von Daten. Damit unterstützt es die anderen Ressorts bei der Bearbeitung von Projekten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- leisten die biometrische Betreuung der Institutspunkte und bearbeiten in Einzelfällen auch eigene Projekte zu speziellen Fragestellungen in Zusammenarbeit mit externen Sachverständigen,
- präsentieren und interpretieren Studienergebnisse,



- entwickeln statistische Methoden zur Beurteilung von Leistungen des Gesundheitswesens,
- beobachten kontinuierlich die aktuelle biometrische Fachliteratur und
- übernehmen die statistische Fortbildung der Kolleginnen und Kollegen im Institut.

Darüber hinaus treibt das Ressort die interdisziplinäre inhaltliche Auseinandersetzung mit auftragsbezogenen Fragestellungen aus der Sicht der Biometrie voran. Neue Erkenntnisse aus IQWiG-Projekten werden in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert und im Rahmen von nationalen wie internationalen Fachtagungen präsentiert.

4.5 Ressort Gesundheitsökonomie

Das Ressort Gesundheitsökonomie bearbeitet ökonomische Fragestellungen im deutschen Gesundheitssystem. Ziel seiner Arbeit ist es, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sicherzustellen und Fehl-, Unter- und Überversorgung zu vermeiden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts

- bearbeiten in Zusammenarbeit mit externen Sachverständigen gesundheitsökonomische Projekte,
- unterstützen andere Ressorts in gesundheitsökonomischen Fragen und
- haben maßgeblich eine wissenschaftliche Methodik zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen im Kontext des SGB V auf Basis internationaler Standardansätze der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie entwickelt.

Die Entwicklung dieser Methodik erfolgte in enger Kooperation mit nationalen und internationalen Expertinnen und Experten. Sie soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungshilfen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien zur Verfügung stellen. Weiterhin sollen auf Basis dieser Methodik Empfehlungen für den GKV-Spitzenverband bezüglich der Festsetzung von Höchstbeträgen generiert werden.

4.6 Ressort Kommunikation

Das Ressort verantwortet die interne und externe Kommunikation. Damit kommt ihm eine wichtige Position in der Präsentation des IQWiG nach innen und außen zu.

Das Aufgabenspektrum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist breit gefächert:

- klassische Pressearbeit und Bereitstellen von Informationsmaterialien verschiedenster Art
- Konzeption und Pflege der Website und internetgerechte Aufbereitung der wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse
- Planung und Organisation von Veranstaltungen (z. B. Pressekonferenzen, wissenschaftlichen Symposien)
- Kontaktpflege mit Journalisten, Politikern, Verbandsvertretern und anderen Gruppen sowie Einzelpersonen der interessierten Öffentlichkeit
- Unterstützung bei formalen und technischen Fragen der Berichterstellung
- Übersetzung von Informationen und Artikeln ins Englische



Die interne Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IQWiG dient dem kontinuierlichen Informationsaustausch von aktuellen Ereignissen und Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und im Institut.

4.7 Ressort Versorgungsqualität

Versorgungsstandards identifizieren und beschreiben, das ist die Hauptaufgabe des Ressorts. Grundlage dafür sind vor allem Leitlinien. Anhand von Leitlinien lassen sich in der Regel Krankheitsbilder und Erkrankungsverläufe über die gesamte Versorgungskette hinweg abbilden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erstellen in Zusammenarbeit mit externen Sachverständigen die Produkte des Ressorts.

Sie

- werten Leitlinien aus und erstellen Leitliniensynopsen,
- vergleichen aktuelle Leitlinien mit den Anforderungen an bestehende Disease-Management-Programme (DMPs), um Aktualisierungsbedarf bei DMPs zu identifizieren,
- vergleichen Standards mit der anhand von Sekundärdaten gemessenen Versorgungsqualität, um Grundlagen für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Versorgungskonzepten zur Verfügung zu stellen.

Außerdem

- entwickeln sie gemeinsam mit nationalen und internationalen Expertengruppen wissenschaftliche Methoden für die inhaltliche Bewertung von Leitlinien,
- sind sie aktiv an zwei Projekten der Europäischen Union beteiligt: Coordination of Cancer Clinical Practice Guidelines in Europe (CoCanCPG) und European Network for HTA (EUnetHTA).

Das Ressort ist darüber hinaus zuständig für den Aufbau und die Pflege von Kontakten zu internationalen Fachgesellschaften und Netzwerken aus dem Bereich Health Technology Assessment und Leitlinien. Auf diese Weise ist das Institut in die internationale methodische Diskussion und Entwicklung in diesen Fachbereichen eingebunden. Eine ausführlichere Darstellung findet sich in den Abschnitten 2.15 bis 2.17.

4.8 Ressort Gesundheitsinformation

Das Ressort Gesundheitsinformation stellt unabhängige, evidenzbasierte und allgemein verständliche Informationen für alle Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung.

Ziel des IQWiG ist es, mit diesem Angebot

- Bürgerinnen und Bürgern eine aktive und informierte Entscheidungsfindung bei gesundheitlichen Fragen zu ermöglichen,
- die kritische Nutzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen zu fördern,
- das Wissen um die körperliche, psychische und emotionale Gesundheit zu verbessern,



- das Verständnis medizinischer und wissenschaftlicher Informationen zu verbessern und
- die Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch ihre Familie und Freunde zu ermöglichen.

Kernprojekt des Ressorts ist dabei die Website Gesundheitsinformation.de.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts

- suchen und bewerten die Evidenz, um für Patientinnen und Patienten wichtige und interessante Gesundheitsthemen zu identifizieren,
- erstellen speziell aufbereitete Gesundheitsinformationen,
- aktualisieren und erweitern die Inhalte von Gesundheitsinformation.de regelmäßig,
- erstellen allgemein verständliche Informationen zu Abschlussberichten des IQWiG und
- bearbeiten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auch eigene Projekte.

4.9 Ressort Verwaltung

Das Ressort betreut die internen und externen Geschäfte des Institutes. Dabei versteht es sich als Dienstleister sowohl für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts als auch für die Organe und Gremien der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Der Ressortleiter ist gleichzeitig der kaufmännische Geschäftsführer.



Das Ressort Verwaltung gliedert sich in folgende Bereiche:

- Justizariat
- Finanzen, Projektcontrolling, Beschaffungswesen und Facility Management
- Personalmanagement
- Informationstechnologie
- Empfang



5. Übersicht für den Zeitraum 01.01.09 bis 31.12.09

5.1 Organe und Einrichtungen der Stiftung

Mitglieder des Vorstands 2009

Sprecher:

- Diplom-Volkswirt Georg Baum
Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Gernot Kiefer
GKV-Spitzenverband
- Dr. Andreas Köhler
Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Dr. Klaus Theo Schröder
Bundesgesundheitsministerium
- Freiherr Johann-Magnus von Stackelberg
GKV-Spitzenverband
- Dr. Herbert Reichelt
GKV-Spitzenverband
- Rolf Stuppardt
GKV-Spitzenverband
- Thomas Ballast
GKV-Spitzenverband
- Rolf Stadié
GKV-Spitzenverband
- Dr. Carl-Heinz Müller
Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Horst Dieter Schirmer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Dr. Nicole Schlottmann
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Mitglieder des Stiftungsrats 2009

Vorsitzende:

- Dr. Doris Pfeiffer
GKV-Spitzenverband
 - Andreas Wagener
Deutsche Krankenhausgesellschaft
 - Prof. Dr. Christoph Fuchs
Bundesärztekammer
- ohne Stimmrecht, beratend:
- Dr. Rainer Hess
Gemeinsamer Bundesausschusses

stellvertretender Vorsitzender:

- Dr. Jürgen Fedderwitz
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Wolfgang Schmeinck
GKV-Spitzenverband



Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats 2009

- Prof. Dr. Guido Adler
Medizinische Universitätsklinik Ulm
- Prof. Dr. Maria Blettner
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- Prof. Dr. Hans-Werner Hense
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster (Stellvertretender Vorsitzender)
- PD Dr. Peter Jüni
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern
- Prof. Dr. med. Johannes Köbberling
Kliniken St. Antonius, Wuppertal (Vorsitzender)
- Prof. Dr. Georg Marckmann
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen
- Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser
Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften, Universität Hamburg
- Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik – Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen

- Prof. Dr. Holger Schünemann
MD, PhD, Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics, McMaster University Health Sciences Centre, Canada
- Prof. Dr. Petra Thürmann
Helios Research Center/ Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie des Helios Klinikums Wuppertal
- Prof. Dr. Jürgen Windeler
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen
- Prof. Dr. med. Christiane Woopen
Deutscher Ethikrat, Universität zu Köln

Ausgeschieden in 2009 sind:

- PD Dr. Dr. Afschin Gandjour (16.09.2009)
- Prof. Dr. Dominik Groß (16.09.2009)
- Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann (20.01.2009)

Mitglieder des Kuratoriums 2009

Vorsitzender:

- Dr. med. Frank Johannes Hensel
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln

Stellvertretender Vorsitzender:

- Gregor Bornes
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und Initiativen



- Leo Blum
GKV-Spitzenverband

- Willi Budde
GKV-Spitzenverband

- Professor Dr. Hans-Ulrich Dallmann
Evangelische Kirche Deutschland

- Dr. Martin Danner
Patientenvertreter

- Professor Dr. Albrecht Encke
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften

- Dr. Wolfgang Eßer
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

- Dr. Stefan Etgeton
Verbraucherzentrale Bundesverband

- Brigitte Faber
Patientenvertreterin

- Prof. Raimund Geene
Patientenvertreter

- Dr. med. Leonhard Hansen
Kassenärztliche Bundesvereinigung

- Dr. Volker Hansen
GKV-Spitzenverband



- Dr. Regina Klakow-Franck
Bundesärztekammer

- Monika Konitzer
Bundespsychotherapeutenkammer

- Dr. Christiane Koruskéwitz
Deutsche Rentenversicherung Bund

- Helga Kühn-Mengel, MdB
Patientenbeauftragte der Bundesregierung

- Joachim Manz
Deutsche Krankenhausgesellschaft

- Dr. Bernd Metzinger
Deutsche Krankenhausgesellschaft

- Gert Nachtigal
Bundesvereinigung der Deutschen
Arbeitgeberverbände

- Dr. Dietmar Oesterreich
Bundeszahnärztekammer

- Dr. Franz Josef Oldiges
Patientenvertreter

- Prof. Martina Roes
Deutscher Pflegerat e.V.

- Wolfgang Schelter
GKV-Spitzenverband

- Prof. Dr. Martin Schulz
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- Prof. Dr. Barbara Sickmüller
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.
- Dr. Heinz Stapf-Finé
Deutscher Gewerkschaftsbund
- Dr. Stefan Wahler
Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.
- Rolf Wille
GKV-Spitzenverband
- Dr. Theodor Windhorst
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Mitglieder des Finanzausschusses 2009

- Dr. Leonhard Hansen
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Dr. Günther E. Buchholz
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Jürgen Kellermann
GKV-Spitzenverband
- Dr. Axel Meeßen
GKV-Spitzenverband
- Karl-Dieter Voß
GKV-Spitzenverband

- Andreas Wagener
Deutsche Krankenhausgesellschaft

5.2 Aufträge

5.2.1 Neu erteilte Aufträge (Datum der Erteilung)

- A09-01
Dipyridamol + ASS zur Sekundärprävention nach Schlaganfall oder TIA (20.07.2009)
- A09-02
Prasugrel bei akutem Koronarsyndrom (25.08.2009)
- A09-03
Aktualisierungsrecherche zum Bericht A05-19A (Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz) – Rapid Report (20.08.2009)
- A09-04
Medikamentöse Behandlung des Bluthochdruck – Ergänzungsrecherche (Rapid Report) (16.11.2009)
- A09-05
Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz – Ergänzungsauftrag: Rivastigmin Pflaster und Galantamin (18.12.2009)
- G09-01
Kosten-Nutzen-Bewertung von Venlafaxin, Duloxetine, Bupropion und Mirtazapin bei der Depression (17.12.2009)



G09-02
Kosten-Nutzen-Bewertung von Clopidogrel beim akuten Koronarsyndrom und der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (17.12.2009)

N09-01
Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms – Update – Rapid Report (14.09.2009)

V09-01A
Orientierende Aufbereitung für das Thema „Dekompression des Karpaltunnelsyndroms“ (19.03.2009)

V09-01B
Orientierende Aufbereitung für das Thema „Konisation der Cervix uteri“ (19.03.2009)

V09-01C
Orientierende Aufbereitung für das Thema „Kataraktoperation“ (19.03.2009)

V09-01D
Orientierende Aufbereitung für das Thema „Varizenchirurgie“ (19.03.2009)

V09-02
Erstellung einer Leitlinienrecherche zur Fragestellung der Behandlung der Adipositas bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (12.11.2009)



V09-03
Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 (17.12.2009)

V09-04
Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 (17.12.2009)

V09-05
Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP KHK (17.12.2009)

V09-06
Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP-Modul Herzinsuffizienz (17.12.2009)

5.2.2 Abgeschlossene Aufträge (Abschlussberichte, Datum der Fertigstellung)

A09-03
Aktualisierungsrecherche zum Bericht A05-19A (Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz) – Rapid Report (12.10.2009)

A08-01
Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 – Nachfolgeauftrag (24.09.2009)



A05-21B
Kochsalzreduktion bei essentieller Hypertonie
– Rapid Report (18.06.2009)

A05-20A
Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) zur Behandlung der Depression (17.06.2009)

A05-20C
Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression (09.11.2009)

A05-19D
Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz (13.01.2009)

A05-19C
Memantin bei Alzheimer Demenz (08.07.2009)

A05-09
Verschiedene antihypertensive Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie (15.07.2009)

A05-08
Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2 (14.10.2009)

A05-05C
Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (06.04.2009)

A05-03
Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (Version 1.0; Januar 2009 / Version 1.1; 26.02.2009)

A04-01B
Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom (28.01.2009)

Do6-01A
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei malignen Lymphomen (31.03.2009)

No5-01
Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen (09.07.2009)

No5-02
Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbezahnung (20.04.2009)

No5-03D
Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen (17.09.2009)

No5-03E
Autologe Stammzelltransplantation beim Mammakarzinom (15.10.2009)

No9-01
Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms – Update
– Rapid Report (14.12.2009)

So6-01

Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache bei Kindern (17.06.2009)

So7-01

Screening auf Gestationsdiabetes (25.08.2009)

V09-01A

Orientierende Aufbereitung für das Thema „Dekompression des Karpaltunnelsyndroms“ – Rapid Report (20.04.2009)

V09-01B

Orientierende Aufbereitung für das Thema „Konisation der Cervix uteri“ – Rapid Report (20.04.2009)

V09-01C

Orientierende Aufbereitung für das Thema „Kataraktoperation“ – Rapid Report (20.04.2009)

V09-01D

Orientierende Aufbereitung für das Thema „Varizenchirurgie“ – Rapid Report (20.04.2009)

Vo6-06

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas (06.02.2009)

Vo6-02B

Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion (09.03.2009)

Vo6-02C

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren (20.05.2009)

Vo6-01

Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologischen Versorgung (13.08.2009)

5.2.3 Abgeschlossene Vorberichte (Datum der Fertigstellung)

Ao8-01

Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 – Nachfolgeauftrag (25.06.2009)

Ao5-20C

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression (29.05.2009)

Ao5-08

Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2 (16.06.2009)

Ao5-01

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 (02.07.2009)

Do7-01

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose (09.12.2009)



No5-01
Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen (14.01.2009)

No5-03D
Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen (16.02.2009)

No5-03E
Autologe Stammzelltransplantation beim Mammakarzinom (08.06.2009)

So7-01
Screening auf Gestationsdiabetes (13.01.2009)

Vo6-01
Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologischen Versorgung (10.03.2009)

5.2.4 Abgeschlossene Berichtspläne (Datum der Fertigstellung)

Berichtspläne

Ao9-01
Dipyridamol + ASS zur Sekundärprävention nach Schlaganfall oder TIA (vorläufige Version; 11.11.2009)

Ao8-01
Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 – Nachfolgeauftrag (Berichtsplan nach Anhörung; 02.03.2009)

Ao5-08
Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2 (Berichtsplan nach Anhörung; 29.01.2009)

Ao4-02
L-Methionin bei Patienten mit neurogenen Blasenstörungen (vorläufige Version; 10.09.2009)

Ao4-02
L-Methionin bei Patienten mit neurogenen Blasenstörungen (Berichtsplan nach Anhörung; 24.11.2009)

Do6-01B
Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei Kopf- und Halstumoren (vorläufige Version; 27.05.2009)

Do6-01B
Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei Kopf- und Halstumoren (Berichtsplan nach Anhörung; 09.11.2009)

Do6-01C
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei rezidivierendem kolorektalen Karzinom (vorläufige Version; 20.08.2009)

Do6-01C
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei rezidivierendem kolorektalen Karzinom (Berichtsplan nach Anhörung; 17.12.2009)



Do6-01D

Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei Gliom mit hohem Malignitätsgrad (III und IV) (vorläufige Version; 09.11.2009)

No5-03F

Allogene Stammzelltransplantation mit nicht verwandtem Spender bei Hodgkin Lymphom (Berichtsplan nach Anhörung; 12.02.2009)

5.3 Publikationen

5.3.1 Publikationen des IQWiG

5.3.1.1 Berichte, Arbeitspapiere und Methodenpapier

Aktualisierungsrecherche zum Bericht A05-19A (Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz): Rapid Report. Köln: IQWiG; 2009.

Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten Version 1.0. Köln: IQWiG; 2009.

Allogene Stammzelltransplantation mit nicht verwandtem Spender bei Hodgkin Lymphom: Berichtsplan (nach Anhörung). Köln: IQWiG; 2009.

Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Autologe Stammzelltransplantation beim Mammakarzinom: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Autologe Stammzelltransplantation beim Mammakarzinom: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Dipyridamol + ASS zur Sekundärprävention nach Schlaganfall oder TIA: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2009.

Entwurf einer Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung Version 2.0. Köln: IQWiG; 2009.

Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache bei Kindern: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.



Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Kochsalzreduktion bei essentieller Hypertonie: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2009.

Kostenbestimmung: Arbeitspapier. Köln: IQWiG; 2009.

Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 – Nachfolgauftrag: Berichtsplan (nach Anhörung). Köln: IQWiG; 2009.

Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 – Nachfolgauftrag: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 – Nachfolgauftrag: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Leitliniensynopse zum Thema „Depression“: Arbeitspapier. Köln: IQWiG; 2009.

L-Methionin bei Patienten mit neurogenen Blasenstörungen: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2009.

L-Methionin bei Patienten mit neurogenen Blasenstörungen: Berichtsplan (nach Anhörung). Köln: IQWiG; 2009.

Memantin bei Alzheimer Demenz: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Modellierung: Arbeitspapier. Köln: IQWiG; 2009.

Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms – Update: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2009.

Orientierende Aufbereitung für das Thema „Dekompression des Karpaltunnelsyndroms“: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2009.

Orientierende Aufbereitung für das Thema „Konisation der Cervix uteri“: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2009.

Orientierende Aufbereitung für das Thema „Kataraktoperation“: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2009.



Orientierende Aufbereitung für das Thema „Varizen-
chirurgie“: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2009.

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Os-
teoporose: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei Gliom
mit hohem Malignitätsgrad (III und IV): Berichtsplan
(vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2009.

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT
bei Kopf- und Halstumoren: Berichtsplan (vorläufige
Version). Köln: IQWiG; 2009.

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT
bei Kopf- und Halstumoren: Berichtsplan (nach An-
hörung). Köln: IQWiG; 2009.

Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei mali-
gnen Lymphomen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG;
2009.

Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei rezidi-
vierendem kolorektalen Karzinom: Berichtsplan (vor-
läufige Version). Köln: IQWiG; 2009.

Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei rezi-
divierendem kolorektalen Karzinom: Berichtsplan
(nach Anhörung). Köln: IQWiG; 2009.

Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologi-
schen Versorgung: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.



Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologi-
schen Versorgung: Abschlussbericht.
Köln: IQWiG; 2009.

Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbeziehung:
Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Screening auf Gestationsdiabetes: Vorbericht.
Köln: IQWiG; 2009.

Screening auf Gestationsdiabetes: Abschlussbericht.
Köln: IQWiG; 2009.

Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederauf-
nahme-Hemmer (SNRI) zur Behandlung der Depressi-
on: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung
sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter
Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-
Moduls Adipositas: Abschlussbericht.
Köln: IQWiG; 2009.

Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mel-
litus Typ 2: Berichtsplan (nach Anhörung).
Köln: IQWiG; 2009.

Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mel-
litus Typ 2: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mel-
litus Typ 2: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Verschiedene antihypertensive Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2009.

5.3.1.2 Produkte des Ressorts Gesundheitsinformation

(aktualisiert und publiziert auf „www.gesundheitsinformation.de“ in 2009)

Asthma, Allergien und Atemwege

Merksblatt:

- Anstrengungsasthma (27.09.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Akute Krankheitsschübe bei einer COPD: Können Antibiotika helfen? (26.02.2009).
- Asthma: Lohnt sich ein spezielles Atemtraining? (05.06.2009).
- Asthma: Kann man es bei Kindern im Alter von zwei bis vier Jahren zuverlässig diagnostizieren? (18.08.2009).
- Asthma-Medikamente: Wie schneidet Montelukast im Vergleich ab? (18.08.2009).

- Asthmatische Beschwerden: Wie gut untersucht sind die Behandlungen im DMP Asthma bei Kindern im Alter von zwei bis vier Jahren? (11.09.2009).
- Asthma und Bewegung: Wie schneidet Schwimmen im Vergleich zu anderen Sportarten ab? (27.09.2009).

Demenz und geistige Fitness

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Alzheimer Demenz: Können ginkgohaltige Mittel helfen? (13.03.2009).
- Alzheimer Demenz: Wie gut helfen Cholinesterasehemmer? (16.04.2009).
- Alzheimer Demenz: Können nichtmedikamentöse Behandlungen wie Schulungen für Angehörige Menschen mit Alzheimer helfen? (09.10.2009).
- Geistige Fitness: Sind Denksportaufgaben im Alter ein gutes Training? (22.12.2009).

Diabetes und Drüsenerkrankungen

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Typ-2-Diabetes: Wo liegen die Vor- und Nachteile der Blutzuckersenkung mit Glitazonen? (26.02.2009).
- Typ-2-Diabetes: Sind langwirksame Insulinanaloga besser als herkömmliche langwirksame Insuline? (30.06.2009).
- Schilddrüsenüberfunktion: Welche Vor- und Nachteile hat eine Kombinationstherapie mit Thyreostatika und Radiojod? (16.07.2009).
- Basedow'sche Erkrankung: Fängt man besser langsam mit der Therapie an? (16.07.2009).



- Typ-2-Diabetes: Wie schneiden Glinide im Vergleich zu anderen Medikamenten ab? (14.08.2009).
- Arzneimittelsicherheit: Warum wirft das langwirksame Insulinanalogon Glargin (Lantus) Sicherheitsfragen auf? (17.12.2009).
- Typ-2-Diabetes: Wo liegen die Vor- und Nachteile von Exenatide-Injektionen? (17.12.2009).

Fortpflanzung

Merkblätter:

- Regelschmerzen (31.07.2009).
- Regelschmerzen – Infos für Mädchen (19.11.2009).
- Prämenstruelles Syndrom (31.12.2009).
- Starke Regelblutung (Hypermenorrhoe) (31.12.2009).
- Tagebuch: Starke Regelblutung (31.12.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Eingeschränkte Fruchtbarkeit: Verbessert die Behandlung einer Varikozele die Fruchtbarkeit bei Männern? (07.08.2009).
- Polyzystisches Ovarialsyndrom: Erhöhen Diabetesmedikamente wie Metformin die Fruchtbarkeit? (04.12.2009).
- Prämenstruelles Syndrom: Können Entspannungsverfahren oder psychotherapeutische Verfahren die Beschwerden lindern? (31.12.2009).

Zusatzelemente:

- Wie hormonelle Verhütungsmittel wirken (06.11.2009).

- Erfahrungsbericht zum Thema „Starke Regelblutung“ (31.12.09).

Gewicht, körperliche Aktivität und Vorbeugung

Merkblatt:

- Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (19.06.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Gewichtsabnahme: Wie wird man das in der Schwangerschaft zugenommene Gewicht am besten wieder los? (19.06.2009).
- Bewertung von internationalen Leitlinien: Adipositas (16.07.2009).
- Raucherentwöhnung: Hilft Vareniclin und gibt es ernsthafte Sicherheitsbedenken? (23.07.2009).

Zusatzelement:

- Quiz: Gewicht (19.06.2009).

Haut

Merkblätter:

- Rosazea (16.04.2009).
- Rosazea-Tagebuch (16.04.2009).
- Migräne-Infos zum Anhören als MP3 (23.04.2009).
- Vorbeugung von Druckgeschwüren (16.07.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Neurodermitis: Kann es die Beschwerden lindern, bestimmte Lebensmittel wegzulassen? (20.03.2009).

- Rosazea: Welche Behandlungen sind gut erprobt? (16.04.2009).
- Grindflechte: Wie wird man sie schneller wieder los? (16.04.2009).
- Dekubitus: Können spezielle Matratzen und Auflagen das Entstehen von Druckgeschwüren verhindern? (16.07.2009).

Herz und Kreislauf

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Tiefe Venenthrombose (TVT): Können Medikamente Thrombosen in ruhiggestellten Beinen verhindern? (23.07.2009).
- Tiefe Venenthrombose (TVT): Wie hoch ist das Risiko durch Flugreisen, und ist eine TVT vermeidbar? (23.07.2009).
- Hypertonie: Hilft es, weniger Kochsalz zu sich zu nehmen? (28.08.2009).
- Herzschwäche: Helfen Sportprogramme, fit zu bleiben? (27.09.2009)

Zusatzelement:

- Tipps für eine kochsalzärmere Ernährung (28.08.2009).

Bakterielle Infektionen und Viruserkrankungen

Informationsbericht:

- Akute Mittelohrentzündung bei Babys und Kindern (30.06.2009).

Merkmale:

- Akute Nasennebenhöhlenentzündung (27.03.2009).

- Schweinegrippe (Neue Grippe) (13.05.2009).
- Erkältung (13.05.2009).
- Akute Mittelohrentzündung bei Babys und Kindern (30.06.2009).
- HPV-Impfung zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs (09.10.2009).
- HPV-Impfung – Infos für Mädchen (Flyer) (19.11.2009).
- Artikel HPV-Impfung – Infos für Mädchen (19.11.2009).
- Akute Nasennebenhöhlenentzündung (11.12.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Akute Atemwegsinfektionen: Kann Umckaloabo die Beschwerden lindern? (26.02.2009).
- Akute Nasennebenhöhlenentzündung: Können Antibiotika helfen? (27.03.2009).
- Erkältungen: Antibiotika nehmen oder lieber doch nicht? (13.05.2009).
- Erkältungen: Schadet es, erst einmal auf Antibiotika zu verzichten? (13.05.2009).
- Erkältungen: Was ist vom Ratschlag „viel trinken“ zu halten? (13.05.2009).
- Halsschmerzen: Verschwinden sie schneller durch Antibiotika? (13.05.2009).
- Durchfall: Verkürzen probiotische Bakterien die Zeit auf der Toilette? (19.05.2009).
- Blasenentzündung: Genügen drei Tage Antibiotika? (05.06.2009).
- Mittelohrentzündung: Können Antibiotika bei Säuglingen und Kleinkindern die Beschwerden lindern? (30.06.2009).
- Hepatitis B: Soll ich mich testen lassen? (17.09.2009).

- Gebärmutterhalskrebs: Kann die HPV-Impfung davor schützen? (09.10.2009).
- Vaginose: Welche antibakteriellen Behandlungen helfen nicht-schwangeren Frauen? (22.12.2009).

Zusatzelement:

- Erfahrungsbericht zum Thema „Mittelohrentzündung“ (30.06.09).

Informierter Umgang mit Versorgungsfragen

Merkblätter:

- Was Sie über Früherkennungsuntersuchungen wissen sollten (30.09.2009).
- Auf einen Blick: Früherkennung – was Ihnen bei der Entscheidung helfen kann (30.09.2009).
- Auf einen Blick: Zwischen Behandlungsalternativen wählen (11.12.2009).
- Unerwünschte Wirkungen – mehr zu wissen kann helfen, die besten Entscheidungen für Ihre Behandlung zu treffen (17.12.2009).
- Entscheidungshilfe: Behandlungsalternativen wählen (17.12.2009).

Kurzantwort auf eine wissenschaftliche Frage:

- Früherkennung: Welche Untersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt? (30.09.2009).

Zusatzelemente:

- Quiz: Screening (30.10.2009).
- Blutzucker, Cholesterinspiegel, Knochendichte: Kann man in Studien allein aus Messwerten ableiten, ob eine Behandlung hilft? (31.12.2009).

Kind und Familie

Merkblätter:

- Fieber bei Kindern (31.07.2009).
- Auf einen Blick: Fieber bei Kindern – worauf sollte ich achten? (31.07.2009).
- Kopfläuse (18.08.2009).

Zusatzelement:

- Quiz: Kinder und Krankheiten (17.09.2009).

Kopf und Nerven

Merkblätter:

- Medikamente zur Migränebehandlung bei Erwachsenen (02.02.2009).
- Tinnitus – wenn Ohrgeräusche den Alltag belasten (06.11.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Migränemedikamente: Gibt es Unterschiede zwischen den Triptanen? (02.02.2009).
- Kopfschmerzen: Was gibt es außer Medikamenten? (05.06.2009).

Körper

Zusatzelemente:

- Wie funktioniert das Auge? (29.05.2009).
- Wie funktioniert die Leber? (17.09.2009).
- Wie funktioniert die Haut? (27.09.2009).
- Wie funktioniert das Gehirn? (09.10.2009).
- Wie funktioniert das Nervensystem? (30.10.2009).



- Wie funktioniert der weibliche Zyklus? (06.11.2009).
- Wie funktioniert die Bauchspeicheldrüse? (13.11.2009).
- Wie funktionieren die Nieren? (19.11.2009).
- Wie funktioniert die Wirbelsäule? (04.12.2009).
- Wie funktioniert das Harnsystem? (11.12.2009).
- Wie funktioniert das Herz? (11.12.2009).
- Wie funktionieren Gelenke? (22.12.2009).
- Wie funktioniert der Magen? (31.12.2009).
- Wie funktioniert der Darm? (31.12.2009).
- Was macht das Blut? (31.12.2009).

Krebs

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Frauen mit Brustkrebs-Metastasen im Skelett: Können Bisphosphonate Knochenbrüchen vorbeugen? (13.03.2009).
- Lymphdrüsenkrebs: Welchen Einfluss hat die Untersuchung mit einem Positronen-Emissions-Tomographen auf die Behandlungsergebnisse? (30.06.2009).

Zusatzelemente:

- Umfrage zum Thema fortgeschrittener Brustkrebs: Ergebnisse (13.03.2009)
- Krebszellen: Wie sie wachsen und sich ausbreiten (17.12.2009).

Muskeln, Knochen und Gelenke

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Rheumatoide Arthritis: Wie gut hilft niedrig dosiertes Kortison gegen Schübe? (13.03.2009).

- Offene Knochenbrüche: Wie gut schützen Antibiotika vor Wundinfektionen? (31.07.2009).
- Nacken- und Schulterschmerzen am Arbeitsplatz: Was hilft? (14.08.2009)
- Nackenschmerzen: Hilft die Mobilisation oder Manipulation der Halswirbelsäule? (14.08.2009).
- Rheumatoide Arthritis: Welche Bewegungsart könnte helfen und ist sicher für die Gelenke? (22.12.2009).

Zusatzelement:

- Umfrage: Gelenkersatz (05.01.2009).

Operationen und stationäre Behandlungen

Infobericht:

- Was man gegen die Angst vor einer Operation tun kann (30.10.2009).

Merkblatt:

- Was man gegen die Angst vor einer Operation tun kann (30.10.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Operationen: Wie lange dürfen Kinder vor Operationen nicht trinken? (19.05.2009).
- Grauer Star: Operation in der Tagesklinik oder im Krankenhaus? (05.06.2009).
- Komplikationen nach einer Operation: Sinkt das Risiko, wenn man vor einem Eingriff mit dem Rauchen aufhört? (03.09.2009).
- Operation eines Bandscheibenvorfalles: Wie gut können Bewegungs- und Rehabilitationsprogramme bei der Genesung helfen? (04.12.2009).



- Starke Regelblutung: Wie erfolgreich ist die Entfernung der Gebärmutter im Vergleich zu weniger schwerwiegenden Operationen? (31.12.2009).

Allgemein verständliche Hintergrundinformationen:

- Dekompression des Karpaltunnelsyndroms (29.09.2009).
- Konisation der Cervix uteri (29.09.2009).
- Kataraktoperation (29.09.2009).
- Varizenchirurgie (29.09.2009).

Parkinson

Kurzantwort auf eine wissenschaftliche Frage:

- Parkinson: Können Bewegungsübungen helfen, die Beweglichkeit zu verbessern? (13.03.2009).

Psyche und Gemüt

Merklblätter:

- Kognitive Verhaltenstherapie (07.01.2009).
- Wegweiser Psychotherapie (28.08.2009).
- Vorbeugung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen (16.10.2009).

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Depressionen nach Herzinfarkt: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Depressionen und Herzproblemen? (07.01.2009).
- Depressionen: Können Mittel aus Johanniskraut (Hypericum) helfen? (19.05.2009).
- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen: Vorbeugung durch psychologische Programme? (16.10.2009).

- Depressionen: Können Entspannungsverfahren helfen? (13.11.2009).

Zusatzelemente:

- Kognitive Verhaltenstherapie auf einen Blick (07.01.2009).
- Anzeichen für eine Depression (16.10.2009).

Schlaganfall

Kurzantwort auf eine wissenschaftliche Frage:

- Nach einem Schlaganfall: Verbessert Fitnesstraining die Gesundheit und Mobilität? (22.12.2009).

Schwangerschaft, Geburt und nach der Geburt

Kurzantworten auf wissenschaftlichen Fragen:

- Abpumpen von Muttermilch: Eignen sich bestimmte Methoden besser als andere? (20.03.2009).
- Wasser und Geburtswehen: Bringt ein warmes Bad Erleichterung? (19.06.2009).
- Raucherentwöhnung: Was hilft während der Schwangerschaft? (31.07.2009).
- Schwangerschaft: Benötigt jede schwangere Frau täglich Eisenpräparate und welche möglichen Nebenwirkungen gibt es? (31.12.2009).

Sehen, Hören und Sprechen

Merklblatt:

- Schwachsichtigkeit bei Kindern – Wenn ein Auge besser sieht als das andere (29.05.2009).



Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Früherkennungsprogramme: Haben Sehtests für alle Vorschulkinder mehr Vor- als Nachteile? (29.05.2009).
- Früherkennungsprogramme: Welchen Nutzen haben routinemäßige Sprachtests für Kinder? (30.09.2009).

Zähne

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Karies bei Kindern und Jugendlichen: Können fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte vorbeugen? (29.05.2009).
- Karies: Welche Fluorid-Präparate schützen am besten? (29.05.2009).

5.3.2 Publikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

5.3.2.1 Beiträge in Fachzeitschriften (auch Leserbriefe, Originalarbeiten, Übersichten)

Al-Muharraqi MA, Fedorowicz Z, Al Bareeq J, Al Bareeq R, Nasser M. **Botulinum toxin for masseter hypertrophy**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1): CD007510.

Bender R, Grouven U. **Multivariable model-building**. P. Royston and W. Sauerbrei (2008). New York: Wiley. ISBN: 978-0-470-02842-1 [Rezension]. Biom J 2009; 51(5): 874-875.

Biester K, Skipka G, Lange S. **Leserbrief zum Artikel von R. Muschter, Lasertherapie der benignen Prostatahyperplasie**, Akt Urol 2008; 39: 359-368. Aktuelle Urologie 2009; 40(4): 250-251.

Chalkidou K, Tunis S, Lopert R, Rochaix L, Sawicki PT, Nasser M et al. **Comparative effectiveness research and evidence-based health policy: experience from four countries**. Milbank Q 2009; 87(2): 339-367.

Diener HC, Hartung HP, Bien CG, Hacke W, Ringelstein EB, Ludolph A, Deusch G, Wiltfang J, Weller M, Steinhausen K, Stemper B, Klatt J, Drepper J, Griewing B, Meier U, Herschel M, Hummel K, Paar WD, Dintsios CM et al. **Klinische Studien in der Neurologie in Deutschland**. Aktuelle Neurologie 2009; 36(1): 8-18.

Dintsios CM, Koch K, Sawicki PT. **Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen: ein Vorschlag, die Kontroverse und ihre Hintergründe**. Monitor Versorgungsforschung 2009; 2(1): 32-37.

Dorri M, Nasser M, Oliver R. **Resorbable versus titanium plates for facial fractures**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1): CD007158.

Ernst AS, Kaiser T. **Alle Ergebnisse auf den Tisch**. Gesundheit und Gesellschaft 2009; 12(9): 48.

Ernst AS, Kaiser T. **Pharmafirmen halten Daten aus klinischen Studien zurück und behindern so die bestmögliche Versorgung**. Die Ersatzkasse 2009; (10): 365-367.





Fedorowicz Z, Nasser M, Wilson N. **Adhesively bonded versus non-bonded amalgam restorations for dental caries.** Cochrane Database Syst Rev 2009; (4): CD007517.

Glaeske G, Augustin M, Abholz H, Banik N, Brüggengjürgen B, Hasford J, Hoffmann W, Kruse J, Lange S et al. **Memorandum des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung: epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 2).** Gesundheitswesen 2009; 71(10): 685-693.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Intravaskuläre Brachytherapie bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit: systematische Übersicht zur medizinischen Wirksamkeit und gesundheitsökonomische Modellierung.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2009; 103(6): 331-340.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Gesundheitsökonomische Modellierung zum Einsatz von Medikamenten freisetzenden Stents im Vergleich zu Bypassoperationen bei koronarer Herzkrankheit.** Herz 2009; 34(3): 231-239.

Haensch K, Schultz A, Krauss T, Grouven U, Schultz B. **Frauen benötigen mehr Propofol als Männer während EEG-überwachter total-intravenöser Anästhesie.** Biomed Tech (Berl) 2009; 54(2): 76-82.

Hasenbein U, Gerken M, Eikermann M, Grouven M, Lelgemann M. **A more cautious conclusion is needed.** Pediatrics [online] 27.04.2009 [elektronischer Leserbrief]. URL: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/eletters/123/3/e519>.

Hausdorf G, Sawicki P, Adler G. **Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die Versorgung.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2009; 103(6): 357-359.

Hein S, Lauterbach KW, Plamper E, Gerber A. **Wie wirkt sich die Einführung des Qualitätsmanagements auf die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung aus: exemplarische Untersuchung in einer Klinik.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2009; 103(4): 219-227.

Hemkens LG, Bender R, Grouven U, Sawicki PT. **Insulin glargine and cancer.** Lancet 2009; 374(9703): 1743-1744.

Hemkens LG, Grouven U, Bender R, Gunster C, Gutschmidt S, Selke GW et al. **Risk of malignancies in patients with diabetes treated with human insulin or insulin analogues: a cohort study.** Diabetologia 2009; 52(9): 1732-1744.

Herrmann-Frank A, Koch K, Lange S, Sawicki PT. **Re: allogeneic stem cell transplantation in acute myeloid leukemia; establishment of indications on the basis of individual risk stratification; statement was not sufficiently supported.** Dtsch Arztebl Int 2009; 106(6): 98.

Hildebrandt M, Vervölgyi E, Bender R. **Calculation of NNTs in RCTs with time-to-event outcomes: a literature review.** BMC Med Res Methodol 2009; 9: 21.



Jost MM, Lamerz J, Tammen H, Menzel C, De Meester I, Lambeir AM et al. **In vivo profiling of DPP4 inhibitors reveals alterations in collagen metabolism and accumulation of an amyloid peptide in rat plasma.** Biochem Pharmacol 2009; 77(2): 228-237.

Keil T, Kulig M. **Do parents who smoke really cause asthma or allergies in their children?** Pediatric Health 2009; 3(3): 203-204.

Keil T, Lau S, Roll S, Gruber C, Nickel R, Niggemann B, Wahn U, Willich SN, Kulig M. **Maternal smoking increases risk of allergic sensitization and wheezing only in children with allergic predisposition: longitudinal analysis from birth to 10 years.** Allergy 2009; 64(3): 445-451.

Koch K. **Sprung mit dem Fallschirm: oder doch lieber ohne?** Transkript 2009; 15(3): 41-42.

Koch K. **Nutzen und Kosten von Arzneimitteln: die aktuelle Diskussion.** Bauchredner 2009; (2): 36-39.

Koch K. **Nicht schlecht versorgt, aber trotzdem unzufrieden.** Die Ersatzkasse 2009; 89(8): 281-282.

Koch K. **Werden Sie bitte konkret, Herr Wolf!** Die Krankenversicherung 2009; (7): 154-155.

Koch K. **Nur neu oder auch gut?** KU Gesundheitsmanagement 2009; (9): 30-32.

Koch K, Dintsios CM, Sawicki PT. **Methodenvorschlag des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Verfahren.** Gesundheitswesen 2009; 71(Suppl 1): S34-S40.

Koch K, Lange S. **Response to the expertise: procedures and methods of benefit assessments for medicines in Germany, by Geertruida E. Bekkering and Jos Kleijnen.** Eur J Health Econ 2009; 10(2): 233-236.

Koch K, Lange S. **Verfahrensweisen und Methoden zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln in Deutschland: ein Auftragsgutachten;** Zschrift Nr. 1. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134(7): 317-319.

Koch K, Sawicki PT. **Arzneimittel: das IQWiG ist nicht puristisch.** Dtsch Arztebl 2009; 106(26): A1364-A1365.

Koch K, Sawicki PT. **Innovationen: ein Versprechen.** Am Puls 2009; (4): 18-20.

Koch K, Sawicki PT. **Entscheidungsunterstützung durch wissenschaftliche Evidenz.** Forum Public Health 2009; 17(64): 12-13.

Koller M, Neugebauer EAM, Augustin M, Büssing A, Farin E, Klinkhammer-Schalke M, Lorenz W, Münch K, Petersen-Wert C, Wieseler B. **Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung: konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen.** Gesundheitswesen 2009; 71(12): 864-872.



Kowalski C, Nitzsche A, Scheibler F, Steffen P, Albert US, Pfaff H. **Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate.** Patient Educ Couns 2009; 77(3): 344-348.

Kreis J, Kaiser T, Wieseler B. **If shrimps had lips, they could whistle.** J Am Geriatr Soc 2009; 57(10): 1947.

Kreis J, Scheibler F, Lange S. **Re: early identification of language delay by direct language assessment or parent report?** J Dev Behav Pediatr 2009; 30(2): 175-176.

Lange S, Scheibler F, Windeler J. **Leserbrief zu F. Porzolt, J. Schreyögg: „Die wissenschaftliche Evidenz und der Preis für Innovationen im Gesundheitssystem“ (Med Klin 2009;104: 622-630).** Med Klin 2009; 104(11): 899-900.

Lührmann PM, Bender R, Edelmann-Schäfer B, Neuhäuser-Berthold M. **Longitudinal changes in energy expenditure in an elderly German population: a 12-year follow-up.** Eur J Clin Nutr 2009; 63(8): 986-992.

Lüngen M, Schröer-Günther MA, Passon A, Gerber A, Lauterbach K. **Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz.** Med Klin 2009; 104(2): 101-107.

Nasser M, Javaheri H, Fedorowicz Z, Noorani Z. **Carnitine supplementation for inborn errors of metabolism.** Cochrane Database Syst Rev 2009; (2): CD006659.

Nasser M, Sawicki P. **Institute for Quality and Efficiency in Health Care: Germany.** Issue Brief (Commonw Fund) 2009; 57: 1-12.

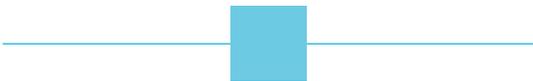
Nasser M, Tibi A, Savage-Smith E. **Ibn Sina's Canon of Medicine: 11th century rules for assessing the effects of drugs.** J R Soc Med 2009; 102(2): 78-80.

Peinemann F, Grouven U, Kröger N, Pittler M, Zschorlich B, Lange S. **Unrelated donor stem cell transplantation in acquired severe aplastic anemia: a systematic review.** Haematologica 2009; 94(12): 1732-1742.

Pittler MH. **No effect of cannabis on induced inflammatory pain.** Focus on Alternative and Complementary Therapies 2009; 14(1): 19-20.

Pittler MH. **Bioflavonoid formula OPC-3 might affect some parameters of cardiovascular risk.** Focus on Alternative and Complementary Therapies 2009; 14(1): 18-19.

Pittler MH. **Spa treatment might improve chronic venous insufficiency: commentary.** Focus on Alternative and Complementary Therapies 2009; 14(2): 128-129.



Pittler MH. **Camellia sinensis (green tea) catechins seem to affect body composition positively: commentary.** Focus on Alternative and Complementary Therapies 2009; 14(2): 98-99.

Sawicki PT. **Communal responsibility for health care: the example of benefit assessment in Germany.** N Engl J Med [online] 2009; 361(20): e42.

Sawicki PT. **Nutzen und Schaden in der Medizin: IQWiG Herbst-Symposium 2008.** Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2009; 103(5): 247-248.

Scheibler F, Finger RP, Grosselfinger R, Dintsios CM. **Patientenberichtete und patientengewichtete Endpunkte in der Augenheilkunde.** Ophthalmologie 2009; 107(3): 235-240.

Scheibler F, Schütte G. **Patients`Experience Questionnaire: das IQWiG und die Bertelsmann Stiftung wollen die Suche nach Kliniken transparenter machen.** Monitor Versorgungsforschung 2009; 2(5): 24-26.

Schmidt H, Gerber A, Stock S. **What can we learn from German health incentive schemes?** BMJ 2009; 339: b3504.

Schmidt H, Kreis J. **Lessons from abroad.** Hastings Cent Rep 2009; 39(6): 20-22.



Schmucker C, Grosselfinger R, Riemsma R, Antes G, Lange S, Lagreze W et al. **Diagnostic accuracy of vision screening tests for the detection of amblyopia and its risk factors: a systematic review.** Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2009; 247(11): 1441-1454.

Schmucker C, Grosselfinger R, Riemsma R, Antes G, Lange S, Lagreze W et al. **Effectiveness of screening preschool children for amblyopia: a systematic review.** BMC Ophthalmol 2009; 9: 3.

Schröer-Günther MA, Lungen M, Pfaff H, Passon AM, Kulig M, Gerber A. **Finland as an example for integrative prevention and health promotion: a qualitative study.** European Journal of Integrative Medicine 2009; 1(3): 125-130.

Siebenhofer A, Horvath K, Jeitler K, Berghold A, Stich AK, Matyas E et al. **Long-term effects of weight-reducing drugs in hypertensive patients.** Cochrane Database Syst Rev 2009; (3): CD007654.

Steffen P, Kowalski C, Scheibler F, Würstlein R, Pfaff H. **Informationsvermittlung und Shared Decision-Making bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom: Ergebnisse der Patientinnenbefragung in den NRW-Brustzentren.** Geburtsh Frauenheilk 2009; 69(11): 1005-1011.



Stollenwerk B, Gerber A, Lauterbach KW, Siebert U. **The German coronary artery disease risk screening model: development, validation, and application of a decision-analytic model for coronary artery disease prevention with statins.** *Med Decis Making* 2009; 29(5): 619-633.

Weissenfeld J, Lungen M, Stock S, Drabik A, Gerber A. **Substitution of theophylline slow-release formulations according to the rebate contracts in the German statutory health insurance.** *Arzneimittelforschung* 2009; 59(9): 476-481.

Windeler J, Lange S. **Methodische Anforderungen an klinische Studien und ihre Interpretation.** *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2009; 52(4): 394-401.

Windeler J, Lange S, Antes G, Seiler C. Leserbrief zu F. Porzsolt, H. Kliemt: **„Ethische und empirische Grenzen randomisierter kontrollierter Studien“ (Med Klin 2008;103: 836-842).** *Med Klin* 2009; 104(5): 411-415.

5.3.2.2 Bücher, Monographien und Buchbeiträge

Bastian H, Bühler D, Sawicki PT. **Für Bürger und Patienten: die evidenzbasierten Gesundheitsinformationen des IQWiG.** In: Roski R (Ed). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure, Audience Segmentation, Anwendungsfelder.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. S. 183-197.

Bastian H, Knelangen M, Zschorlich B. **Making information available to patients and the general public: the example of „Informed Health Online“ from Germany.** In: Edwards A, Elwyn G (Ed). *Shared decision-making in health care: achieving evidence-based patient choice.* Oxford: Oxford University Press 2009. S. 185-190.

Bender R. **Introduction to the use of regression models in epidemiology.** In: Verma M (Ed). *Cancer epidemiology, vol. 1: host susceptibility factors.* Totowa: Humana Press; 2009. S. 179-195. (Methods in Molecular Biology; Band 471).

Büscher G, Gerber A. **Gesundheitsökonomische Evaluation als Ansatz zur Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen.** In: Lauterbach KW, Lungen M, Schrappe M (Ed). *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine.* Stuttgart: Schattauer; 2009. S. 63-81.

Gerber A. **Schweiz.** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). *Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe.* Bern: Huber; 2009. S. 221-224.

Gerber A. **Frankreich.** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). *Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe.* Bern: Huber; 2009. S. 225-232.



Gerber A. **Die Begriffe Gesundheit und Krankheit.** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber; 2009. S. 25-30.

Gerber A, Büscher G. **Gesundheitsökonomische Evaluation.** In: Lauterbach KW, Lungen M, Schrappe M (Ed). Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer; 2009. S. 466-473.

Gerber A, Klever-Deichert G. **Determinanten von Gesundheit und Krankheit oder: was hält uns gesund und was macht uns krank?** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber; 2009. S. 31-36.

Gerber A, Lauterbach KW. **Grundlegende ethische Theorien im Bereich des Gesundheitswesens.** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber; 2009. S. 57-62.

Gerber A, Plamper E, Lungen M, Stock S. **Methodische Grundlagen von Gesundheitssystemvergleichen.** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber; 2009. S. 209-220.

Gerber A, Plamper E, Lungen M, Stock S. **USA.** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber; 2009. S. 269-276.

Gerber A, Plamper E, Schwalm A, Thelen M, Stock S, Passon AM et al. **Evidence-based medicine and the evaluation of the quality of interventions in prevention and health promotion part II: a criteria catalogue and a new instrument to display results [online].** 26.05.2009 [Zugriff: 15.04.2010]. (Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft; Band 4/2009). URL: http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2009-04_intervention_prevention2.pdf

Gerber A, Stock S, Passon AM, Lungen M. **Evidence-based medicine and the evaluation of the quality of interventions in prevention and health promotion part I: the epistemological chasm can be bridged! [online].** 26.05.2009 [Zugriff: 15.04.2010]. (Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft; Band 3/2009). URL: http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2009-03_intervention_prevention.pdf

Klever-Deichert G, Gerber A, Stock S, Lungen M. **Das deutsche Gesundheitswesen: Zahlen und rechtlicher Rahmen.** In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber; 2009. S. 75-104.

Koch K, Sawicki PT. **Qualität im Gesundheitswesen basiert auf Wissenschaft.** In: Bandelow N, Eckert F, Rüsenberg R (Ed). Gesundheit 2030: Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. S. 122-127.



Kulig M. **Nutzenbewertung durch das IQWiG: Hürde oder sinnvolles Verfahren zur Prüfung der Patientenrelevanz?** In: Schmitz-Rode T (Ed). *Runder Tisch Medizintechnik: Wege zur beschleunigten Zulassung und Erstattung innovativer Medizinprodukte*. Berlin: Springer; 2009. S. 49-51.

Lange S. **Bedeutung von Biomarkern aus Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**. In: Schmitz G, Endres S, Götte D (Ed). *Biomarker: Bedeutung für medizinischen Fortschritt und Nutzenbewertung*. Stuttgart: Schattauer; 2009. S. 56-63.

Passon A, Lungen M, Gerber A, Redaelli M, Stock S. **Das Krankenversicherungssystem in Deutschland**. In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). *Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe*. Bern: Huber; 2009. S. 105-136.

Redaelli M, Stock S, Gerber A. **Die Arzneimittelversorgung**. In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (Ed). *Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe*. Bern: Huber; 2009. S. 187-206.

Sawicki PT. **Die aktive Rolle des Patienten am Beispiel der Therapie arterieller Hypertonie: Ergebnisse des strukturierten Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramms**. In: Schumpelick V, Vogel B (Ed). *Volkskrankheiten: gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft; Beiträge des Symposiums vom 4. bis 7. September 2008 in Cadenabbia*. Freiburg: Herder; 2009. S. 188-222.



Scheibler F, Eyding D. **Sichtweise der Wissenschaft: Patientenbefragungen boxen in der Schwergewichtsliga!** In: Gerlach C, Altenhöner T, Schwappach D (Ed). *Der Patients' Experience Questionnaire: Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. Gütersloh: Bertelsmann; 2009. S. 35-42.

Scheibler F, Loh A. **Therapeutische Effekte mit Shared Decision Making: ein Blick über die internationale Studienlage**. In: Klusen N, Fließgarten A, Nebling T (Ed). *Informiert und selbstbestimmt: der mündige Bürger als mündiger Patient*. Baden-Baden Nomos; 2009. S. 66-79. (Beiträge zum Gesundheitsmanagement; Band 24).

Ungar WJ, Gerber A. **The uniqueness of child health and challenges to measuring costs and consequences**. In: Ungar WJ (Ed). *Economic evaluation in child health*. Oxford: Oxford University Press; 2009. S. 3-32.

5.3.2.3 Publierte Abstracts von Postern und Vorträgen

Bartel C, Burkhardt-Hammer T, Rüter A. **Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zum Thema „gesundheitsbezogene Lebensqualität bei krebskranken Kindern in Deutschland“ [A223]**. *Gesundheitswesen* 2009; 41(8/9): Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS): Solidaritäten im Wandel; 23.-25.09.2009; Hamburg, Deutschland): 582.



Bartel C, Burkhardt-Hammer T, Rüter A. **Versorgungsanalyse in der pädiatrischen Onkologie in Deutschland anhand publizierter Daten? [P106]**. In: Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (Ed). 4. Jahrestagung der DGEpi: von der Prävention zur Prognose; Epidemiologie und patientenorientierte Forschung; abstracts; 16.-19.09.2009; Münster, Deutschland. 2009. S. 65.

Bartel C, Burkhardt-Hammer T, Simon M, Rüter A. **Darstellung der Versorgungsqualität in der pädiatrischen Onkologie in Deutschland anhand publizierter Literatur? [WS69]**. Z Allgemeinmed 2009; 85(Sonderausgabe: 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 01.-03.10.2009; Heidelberg, Deutschland): 72.

Bastian H, Büchter R, Keller S, Knelangen M, Zschorlich B. **Evaluation der Qualität evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und von Nutzererfahrungen [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebmo66.shtml>

Bastian H, Ehrlich M, Knelangen M, Lange S. **Diskordanz und Qualität von systematischen Übersichten [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebmo18.shtml>

Bastian H, Nasser M, Waltering A. **Thumbs up, thumbs down: an analysis of online user ratings of summaries of systematic reviews [P105]**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 65.

Bender R. **Schätzung adjustierter NNTs mithilfe der logistischen Regression in randomisierten kontrollierten Studien [online]**. In: 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS); 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland. 02.09.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/gmids2009/oggmids132.shtml>

Bender R. **Wie wichtig sind die statistischen Modellannahmen bei der Anwendung von Regressionsmodellen? [Abstract eines eingeladenen Vortrags] [online]**. In: 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS); 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland. 02.09.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/gmids2009/oggmids137.shtml>



Bender R. **Estimating the number needed to treat with adjustment for balanced covariates in clinical trials [S31.1]**. In: 30th Annual Conference of the International Society for Clinical Biostatistics; 23.-27.12.2009; Prag, Tschechische Republik; programme & abstract book. 2009. S. 100.

Bender R, Sturtz S. **Meta-Analysen mit indirekten Vergleichen: ein Überblick über Methoden und Probleme**. In: Foraita R, Gerds T, Hothorn LA, Kieser M, Kuß O, Munzel U et al (Ed). Neue Methoden der Biometrie: Beiträge des 55. Biometrischen Kolloquiums an der Leibniz Universität Hannover 2009; 17.-19.03.2009; Hannover, Deutschland; Zusammenfassungen der Vorträge und Poster. Hannover: Internationale Biometrische Gesellschaft; 2009. S. 11.

Biester K, Herrmann-Frank A. **Berücksichtigung von nichtrandomisierten kontrollierten Studien in der Nutzenbewertung [online]**. In: 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS); 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland. 02.09.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/gm2009/09gm2009149.shtml>

Büchter R, Knelangen M, Huber P, Bastian H. **Messbarkeit und Vergleich der Lesbarkeit von Gesundheitsinformationen: ein Pilotprojekt [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/09ebm068.shtml>

Danner M, Bartel C, Hoffmann W, Siering U, Rütger A. **Identifizierung evidenzbasierter Versorgungsstandards: Leitliniensynopse am Beispiel der Depression [A60]**. Gesundheitswesen 2009; 41(8/9: Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS): Solidaritäten im Wandel; 23.-25.09.2009; Hamburg, Deutschland): 535.

Danner M, Hoffmann W, Holzmann N, Eikermann M, Rütger A, Bartel C. **Evidence based clinical practice guidelines: how traceable is the evidence base of recommendations? [P17]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 688.

De Souza R, Sequeira P, Nasser M, Fedorowicz Z, Shihiri M. **Is Google Translate useful for the selection of studies to be included in Cochrane reviews? [P76]**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 55.

Dintsios CM, Droste S, Herrmann-Frank A, Kulig M. **Evidenzlücke bei Evaluation der Zahnprothetik identifiziert: wie kann dem entgegengewirkt und eine evidenzbasierte zahnärztliche Prothetik etabliert werden? [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/09ebm061.shtml>



Dintsios CM, Herrmann-Frank A, Scheibler F, Droste S. **Technology-driven new diseases in the context of traditional assessment of effectiveness: are they recorded appropriately and are the potential risks / benefits considered under ethical aspects? [O5.6]**. Ann Acad Med Singapore 2009; 38(6 Suppl: 6th Annual Meeting of the HTAi: globalisation and Health Technology Assessment (HTA); 21.-24.06.2009; Singapur): S28-S29.

Dintsios CM, Volz F, Seidl A. **Different study results of utilities in relation to the documenting method used and the guarantee of legally compliant IQWiG recommendations within the framework of a cost-benefit assessment [PMC 73]**. Value Health 2009; 12(7: ISPOR 12th Annual European Congress; 24.-27.10.2009; Paris, Frankreich): A400.

Droste S, Dintsios CM. **Die Niederlande: weltweit führend in chirurgischen Publikationen? Ein Plädoyer für die Einbeziehung von Bias und EbM-Qualitätskriterien in die Bibliometrie [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/0gebm091.shtml>



Droste S, Dintsios CM, Scheibler F. **Ist die Versorgung von berufstätigen Hämodialysepatienten in Deutschland hinsichtlich ihrer zeitlichen und räumlichen Bedürfnisse effizient gestaltet? [PS59]**. Z Allgemeinmed 2009; 85(Sonderausgabe: 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 01.-03.10.2009; Heidelberg, Deutschland): 184.

Ebrahim S. **Stellenwert der Lebensqualität in der Nutzenbewertung aus Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [WS 28]**. Z Allgemeinmed 2009; 85(Sonderausgabe: 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 01.-03.10.2009; Heidelberg, Deutschland): 56.

Ebrahim S. **Lebensqualität als Methode und Gegenstand der Versorgungsforschung [WS2]**. Z Allgemeinmed 2009; 85(Sonderausgabe: 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 01.-03.10.2009; Heidelberg, Deutschland): 45.

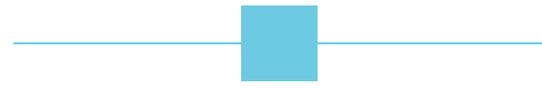


Eikermann M. **Using clinical practice guidelines to identify subject areas for quality assurance measures [O44]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 646.

Eikermann M, Biester K, Skipka G, Grouven U, Rütger A, Kulig M et al. **When can recommendations for diagnostic procedures be derived from linking of results from diagnostic and therapeutic trials? [P69]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 710.

Eikermann M, Biester K, Skipka G, Schramm S, Boukhemair D, Grouven U et al. **„Linked Evidence“: wann lassen sich aus der Verknüpfung der Ergebnisse von Therapie- und Diagnostikstudien Hinweise auf den Patientennutzen diagnostischer Verfahren gewinnen? [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/ogebmo16.shtml>

Eikermann M, Hasenbein U, Hausner E, Rütger A. **Is there an international standard for the appraisal of content quality of clinical practice guidelines? [P59]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 705.



Eikermann M, Holzmann N, Hoffmann W, Potthast R, Vervölgyl V, Kaiser T et al. **How valid are evidence based guidelines: comparative analysis of guideline recommendations with current systematic reviews using the example of diabetes mellitus type 2 [O18]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 634-635.

Eyding D. **Ergebnisse der Nutzenbewertung von Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression**. In: Schneider F, Grözinger M (Ed). Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne: Abstractband zum DGPPN Kongress 2009; 25.-28.11.2009; Berlin, Deutschland. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; 2009. S. 430-431.

Gorenoi V, Dintsios C, Schönermark MP, Hagen A. **Int-ravascular brachytherapy for peripheral vascular disease: medical evaluation [P22.1]**. Ann Acad Med Singapore 2009; 38(6 Suppl: 6th Annual Meeting of the HTAi: globalisation and Health Technology Assessment (HTA); 21.-24.06.2009; Singapur): S117-S118.

Gorenoi V, Dintsios C, Schönermark MP, Hagen A. **Int-ravascular brachytherapy for peripheral vascular disease: health economic evaluation [P22.2]**. Ann Acad Med Singapore 2009; 38(6 Suppl: 6th Annual Meeting of the HTAi: globalisation and Health Technology Assessment (HTA); 21.-24.06.2009; Singapur): S118.



Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Gesundheitsökonomische Modellierung zum Einsatz von intravaskulärer Brachytherapie bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebmo78.shtml>

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Systematische Übersicht zur medizinischen Wirksamkeit von intravaskulärer Brachytherapie bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebmo57.shtml>

Hasenbein U. **Wie wahr können Leitlinieninhalte sein? [A57]**. Gesundheitswesen 2009; 41(8/9: Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS): Solidaritäten im Wandel; 23.-25.09.2009; Hamburg, Deutschland): 534.



Hasenbein U, Eikermann M, Scheike I, Bartel C, Rüther A. Empfehlungen: eine unterschätzte Herausforderung in Leitlinien [online]. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/ogebmo32.shtml>

Herrmann-Frank A, Droste S, Scheibler F, Krones T. **Wie lassen sich ethische Aspekte in HTA-Berichte integrieren? Ein Pilotprojekt am Beispiel der autologen Stammzelltransplantation beim Mammakarzinom [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/ogebmo82.shtml>

Herrmann-Frank A, Sturtz S, Lerch C, Richter B, Bartel C, Droste S et al. **Autologous stem cell transplantation versus standard or dose-dense chemotherapy in high risk breast cancer: a systematic review**. Cancer Res 2009; 69(24 Suppl: 32nd Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; 09.-13.12.2009; San Antonio, USA): 2096.

Hildebrandt M, Dormann N, Bender R. **Use of the number needed to treat (NNT) in Cochrane reviews [P114]**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 68-69.



Hoffmann W, Danner M, Hasenbein U, Rütger A. **Does the development process of clinical practice guidelines influence implementability? [P37]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 696.

Hoffmann W, Laurence M, Hasenbein U, Kulig M, Rütger A, Mlika-Cabanne LM. **Refinement of the ADAPTE manual and process to fit the needs of the CoCanCPG partners [O79]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 660.

Hoffmann W, Weingärtner V, Siering U. **Does the methodological quality of evidence based clinical practice guidelines differ from non-evidence based guidelines? [P22]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 690.

Holzmann N, Grossefänger R, Rütger A. **Standardisierung unterschiedlicher Evidenzklassifizierungssysteme in Leitlinien am Beispiel der Adipositas [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/ogebmo45.shtml>

Holzmann N, Langer T, Siering U, Weinbrenner S, Rütger A. **Systematische Leitlinienrecherche und Extraktion der Kernempfehlungen für die Erarbeitung eines DMP-Moduls Adipositas [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/ogebmo34.shtml>

Jahn R, Biester K, Buchberger B, Lange S, Schnell-Inderst P, Skipka G et al. **Benignes Prostatasyndrom (BPS): Nutzenbewertung der Holmium-Laserverfahren [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebmo60.shtml>

Kaiser T, Kerekes MF, Wieseler B. Industry clinical trial registries as a data source for systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 9.

Koch K, Schürmann C, Sawicki P. **Internationale Umfrage bei schwerer Erkrankten zu Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen [WS88]**. Z Allgemeinmed 2009; 85(Sonderausgabe: 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 01.-03.10.2009; Heidelberg, Deutschland): 78.



Kolominsky-Rabas PL, Ten Thoren C, Dintsios C. **Budget impact analysis in the statutory health insurance system of German [P1.10]**. Ann Acad Med Singapore 2009; 38(6 Suppl: 6th Annual Meeting of the HTAi: globalisation and Health Technology Assessment (HTA); 21.-24.06.2009; Singapur): S62-S63.

Krleza-Jeric K, Djubegovic B, Nasser M, Reveiz L, Huic M, Lemmens T et al. **International standards for public Reporting of Clinical Trial Outcomes and Results (PROCTOR): a proposal to increase the quality of evidence produced by systematic reviews**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 4-5.

Lange S. **Die Methodik des IQWiG zur Bewertung des Nutzens medizinischer Interventionen [online]**. In: 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS); 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland. 02.09.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2009/09gmds169.shtml>

Lange S. **Validity of biomarkers and aspects of their benefit assessment**. In: Schneider F, Grözinger M (Ed). Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne: Abstractband zum DGPPN Kongress 2009; 25.-28.11.2009; Berlin, Deutschland. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; 2009. S. 509-510.

Langer T, Holzmann N, Siering U, Weinbrenner S, Ollenschläger G. **Von der Literatur zur Empfehlung: Systeme für die Verknüpfung von Empfehlungen und beigeordneten Informationen in internationalen Adipositas-Leitlinien [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 07.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/09ebmo46.shtml>

Matthias K, Schwalm A. **Umgang des G-BA mit „fehlender“ oder „schwacher“ Evidenz [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 19.01.2010]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/09ebmo22.shtml>

Matyas E, Horvath K, Jeitler K, Koch K, Püringer U, Lange S et al. **Short acting insulin analogues versus regular human insulin in women with gestational diabetes: patient-relevant outcomes; systematic review**. Diabetologia 2009; 52(Suppl 1: 45th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes; 29.09.-02.10.2009; Wien, Österreich): S459-S460.

Nasser M, Bastian H, Knelangen M, Waltering A. **Does the message still reflect the evidence? [P94]**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 62.



Nasser M, Fedorowicz Z, Gruen R, Tavender E, Mayhew A. **Komplexität bei der Durchführung systematischer Übersichten zur Versorgung im Gesundheitssystem [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/static/de/meetings/ebm2009/ogebmo79.shtml>

Nasser M, Fedorowicz Z, Sequeira P, De Souza R, Javaheri H. **Evaluating the impact of the ViTaMIN (Virtual Training and Mentoring International Network) project [P6]**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 28.

Nasser M, Türp J, Antes G, Motschall E. **Systematische Übersichten in der Zahnmedizin: Eine Landkarte der zahnmedizinischen Evidenz [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebmo58.shtml>

Nasser M, Welch V, Tugwell P, Ueffing E, Bastian H. **An equity lens for identifying priority topics for Cochrane reviews**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 26.

Peinemann F, Hildebrandt M, Kulig M, Herrmann-Frank A. **Synthesis of individual data from case reports and case series on survival [P113]**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 68.

Potthast R, Vervölgyi E, Kaiser T, Skipka G. **Wie bewertet man „Intention to treat“-Analysen? [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebm115.shtml>

Raatz H, Suter K, Scheibler F, Kulig M, Lange S, Kunz R. **FDG-Positronen-Emissions-Tomographie (PET) zur Beurteilung des Behandlungsansprechens von malignen Lymphomen während der Therapie (Interim-PET): ein systematischer Review**. Nuklearmedizin 2009; 48(2): 47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin; 22.-25.04.2009; Leipzig, Deutschland): 101-102.

Rhodes T, Büchter R, Ehrlich M, Fechtelpeter D, Knelangen M, Zschorlich B. **Was wollen Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsinformation. de zu einer Erkrankung wissen? [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/ogebmo69.shtml>



Scheibler F, Antes G, Großelfinger R, Jefferson T, Lange S, Kleijnen J et al. **Screening for visual impairment for children younger than 6 years [Abstract eines eingeladenen Vortrags]**. In: 3rd Rotterdam Amblyopia Meeting: cost effectiveness of the amblyopia screening; 12.02.2009; Rotterdam, Niederlande. Rotterdam: Erasmus MC University Medical Centre; 2009. S. 5.

Scheibler F, Felgenträger K, Großelfinger R, Herrmann-Frank A, Hommerich J, Koch K et al. **Wikipedia: ein geeignetes Glossar für EbM-Begriffe? [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/ebm2009/09ebm093.shtml>

Schröder-Günther MA, Gerber A. **Wie erfolgreich sind Gewichtsreduktionsprogramme in Finnland? Ein systematisches Review [V31]**. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134(Suppl 9: 3. Nationaler Präventionskongress; 27.-28.11.2009; Dresden, Deutschland): S350.

Schüler YB. **Ergebnisse der Nutzenbewertung von SNRI bei der Behandlung der Depression**. In: Schneider F, Grözinger M (Ed). Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne: Abstractbuch zum DGPPN Kongress 2009; 25.-28.11.2009; Berlin, Deutschland. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; 2009. S. 430.



Schürmann C. **Nichtparametrische Modellierung von Zeitreihen mit wöchentlichen Infektionshäufigkeiten**. In: Foraita R, Gerds T, Hothorn LA, Kieser M, Kuß O, Munzel U et al (Ed). Neue Methoden der Biometrie: Beiträge des 55. Biometrischen Kolloquiums an der Leibniz Universität Hannover 2009; 17.-19.03.2009; Hannover, Deutschland; Zusammenfassungen der Vorträge und Poster. Hannover: Internationale Biometrische Gesellschaft; 2009. S. 163.

Séblain-El Guerche C, Mazeau-Woyнар V, Hasenbein U, Hoffmann W, Kulig M, Rütger A et al. **Application of the Coordination of Cancer Clinical Guidelines in Europe: ADAPTE Manual on Prostate Cancer CPG of the French National Cancer Institute [O80]**. Acta Med Port 2009; 22(5: 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lissabon, Portugal): 660-661.

Siering U, Bartel C, Eikermann M, Hasenbein U, Hoffmann W, Holzmann N et al. **Welche Themen eignen sich für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren? Methodik und Ergebnisse einer orientierenden Aufbereitung zu qualitätssichernden Maßnahmen für 4 Themen des ambulanten Operierens [WS300]**. Z Allgemeinmed 2009; 85(Sonderausgabe: 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 01.-03.10.2009; Heidelberg, Deutschland): 142.

Skipka G. **Ableitung von Nutzenbelegen für Interventionen in systematischen Übersichten bei unterschiedlichen Effekten zwischen 3 Subgruppen [online]**. In: 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS); 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland. 02.09.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/gmds2009/oggmds108.shtml>

Suter K, Raatz H, Scheibler F, Lange S, Kunz R. **Nutzen und diagnostische Güte der PET und PET/CT bei malignen Lymphomen: ein Health Technology Assessment Bericht**. Nuklearmedizin 2009; 48(2): 47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin; 22.-25.04.2009; Leipzig, Deutschland): 103-104.

Waffenschmidt S, Hausner E, Kaiser T. **Nutzen einer Recherche in der Datenbank CCMed zur Erstellung von systematischen Übersichten [online]**. In: 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland. 04.03.2009 [Zugriff: 10.12.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2009/ogebmo8o.shtml>

Weingärtner V, Siering U, Rüter A. **Developing methods for appraisal of content quality of clinical practice guidelines recommendations: checking consistency of clinical practice guidelines recommendations [P36]**. Acta Med Port 2009; 22(5): 6th International G-I-N Conference; 01.-04.11.2009; Lisbon, Portugal): 696.

Wieseler B, Vervölgyi V, Kaiser T. **Evaluation of harms in HTAs and systematic reviews of drug interventions [P83]**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (Suppl 2009: 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur): 57-58.

5.3.2.4 Nicht publizierte Vorträge und Poster

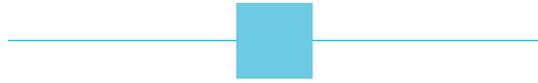
Bastian H. Bild Dir Deine Meinung? **Wer hat die Deutungshoheit bei Gesundheitsinfos: Yellow Press oder IQWiG? [eingeladener Vortrag]**. 2. Kongress Gesundheitskommunikation; 10.-11.02.2009; Berlin, Deutschland.

Bastian H. **Erfahrungen des IQWiG beim Erstellen von Patienteninformationen [Vortrag]**. 1. Berliner Fachtag zur Patientenberatung und Information (UPD); 04.03.2009; Berlin, Deutschland.

Bastian H. **Erfahrungen des IQWiG beim Erstellen von Patienteninformationen [Vortrag]**. UPD Verbundkonferenz; 19.03.2009; Berlin, Deutschland.

Bastian H. Problems for the patient [Vortrag]. Intervention description meeting; 15.-19.04.2009; Oxford, England.

Bastian H. **Promotion of general health and scientific literacy via consumer and patient information: the role of the IQWiG [Vortrag]**. EUFEP-Kongress für evidenzbasierte Prävention; 24.-26.06.2009; Baden bei Wien, Österreich.



Bastian H. **Why deliberate and effective priority-setting is essential [Vortrag]**. Establishment of a Prioritisation Methods Group Exploratory Meeting. 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur.

Dintsios C (in Vertretung für Rüter A). **Health Technology Assessment in Europe: is harmonization possible? The perspective of a public HTA agency [Vortrag]**. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias taller de evaluación económica; 01.-05.06.2009; Madrid, Spanien.

Dintsios CM. **Die Perspektive der Gesundheitsökonomie [Vortrag]**. Workshop „Priorisierung in der Medizin: welche Evidenz wird benötigt?“. 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin; 07.03.2009; Berlin, Deutschland.

Dintsios CM. **Sind sie politisch erwünscht? [Vortrag]**. Symposium „Wie viel allergologische Innovation können und wollen wir uns leisten?“. 4. Gemeinsamer Deutscher Allergie-Kongress; 03.-06.09.2009; Berlin, Deutschland.

Dintsios CM. **Primär- & Sekundärdaten zu QALYs in der Versorgungsforschung: Umsetzung in deutschen Studien und Weiterentwicklungsbedarf [Vortrag]**. Workshop „Daten für die gesundheitsökonomische Evaluation in der Versorgungsforschung“. 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 01.-03.10.2009; Heidelberg, Deutschland.

Dintsios CM. **Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das IQWiG: wo stehen wir heute und was erwarten wir in Zukunft? [Vortrag]**. Novartis Veranstaltung „Fit für HTA“; 30.11.2009; Nürnberg, Deutschland.

Dintsios CM, Weigel C, Volz F, Seidel A. **Unterschiedliche Studienergebnisse von Nutzwerten in Abhängigkeit von der eingesetzten Erhebungsmethode und die Gewährleistung von rechtssicheren Empfehlungen des IQWiG im Rahmen der Kosten-Nutzen-Bewertung [Vortrag]**. Jahreskonferenz 2009 der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie; 23.-24.05.2009; Hannover, Deutschland.

Dintsios CM (in Vertretung für Rüter A). **Welche Parameter kann man nehmen, welche sollte man nehmen? [Vortrag]**. Methodik der Versorgungsforschung, Braun Melsungen; 18.02.2009; Melsungen, Deutschland.

Dintsios CM (in Vertretung für Sawicki PT). **Das Konzept der Kosten-Nutzen-Bewertung [Vortrag]**. 5. Mitteldeutsche Fortbildungstage für Ärzte; 12.-13.06.2009; Dresden, Deutschland.

Eikermann M. **Leitlinien und HTA: Parallelen und Perspektiven für Synergien [Vortrag]**. Wissenschaftliches Kolloquium zum 15-jährigen Bestehen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften: sicher entscheiden für eine gute Gesundheitsversorgung; Health Technology Assessment richtig einsetzen; 23.-24.04.2009; Bielefeld, Deutschland.



Eikermann M, Hasenbein U. **Gibt es einen internationalen Standard zur Bewertung inhaltlicher Leitlinienqualität? [Vortrag]**. Workshop „Inhaltliche Leitlinienbewertung“. 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland.

Fiks A, Gerber A, Khan S, Forrest C, Alessandrini E. **Impact of clinician computer skill on pediatric primary care acute visits conducted with electronic health records [Poster]**. 2nd Annual Healthcare Informatics Symposium; 24.04.2009; Philadelphia, USA.

Fiks A, Gerber A, Khan S, Forrest C, Alessandrini E. **Impact of clinician computer skill on pediatric primary care acute visits conducted with electronic health records [Poster]**. Pediatric Academic Societies 2009 Annual Meeting; 02.-05.05.2009; Baltimore, USA.

Fiks A, Gerber A, Khan S, Forrest C, Alessandrini E. **Impact of clinician computer skill on pediatric primary care acute visits conducted with electronic health records [Poster]**. Academic Pediatric Association Region II and III Meeting; 27.03.2009; Philadelphia, USA.

Fiks A, Gerber A, Khan S, Forrest C, Alessandrini E. **Impact of clinician computer skill on pediatric primary care acute visits conducted with electronic health records [Vortrag]**. Eastern Society for Pediatric Research 21st Annual Meeting; 13.-15.03.2009; Philadelphia, USA.



Fiks AG, Gerber A, Khan S, Alessandrini E, Forrest C. **Impact of clinician computer skill on pediatric primary care acute visits conducted with electronic health records (EHRs) [Poster]**. AHRQ 2009 Annual Meeting: research to reform; achieving health system change; 13.-16.09.2009; Rockville, USA.

Gerber A. **Alternativen zur Zweiklassenmedizin: Vorschläge für ein leistungsfähiges und gerechtes Gesundheitswesen [Vortrag]**. Tagung der ev.-luth. Kirche Berlin-Brandenburgs; 14.03.2009; Brandenburg/ Havel, Deutschland.

Gerber A. **Germany's two regulatory bodies for benefits and quality II: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) [Vortrag]**. American and German healthcare: Berlin Seminar on Health Policy; a transatlantic experts' forum; 23.09.2009; Berlin, Deutschland.

Gerber A. **What to do with future unrelated costs in health economic analysis? [Vortrag]**. IHEA 7th World Congress on Health Economics: harmonizing health and economics; 12.-15.07.2009; Peking, China.

Gerber A. **Child care at risk: the economic factor [Vortrag]**. 4th European Pediatrics Congress (EPA/ UNEPSA); 03.-06.07.2009; Moskau, Russland.

Gerber A, Chalkidou K, Le Jeune C. **Comparative effectiveness research: perspectives from Germany [Vortrag]**. Educational-Symposium „Comparative effectiveness: can the agencies' demands be met?“. IS-POR 12th Annual European Congress; 24.-27.10.2009; Paris, Frankreich.



Gerber A, Del Torso S, Drabik A, Grossman Z, Huss G, Van Esso D. **Quality metrics: a brief introduction [Vortrag]**. EAP-UEMS Section of Pediatrics Delegates Meeting; 04.-05.12.2009; Brüssel, Belgien.

Gerber A (in Vertretung für Sawicki PT). **Kosten-Nutzen-Bewertung von innovativen Arzneimitteln [Vortrag]**. 7. Rheinischer Kongress für Gesundheitswirtschaft 2009: gemeinsam die Zukunft gestalten; 30.09.-01.10.2009; Köln, Deutschland.

Großelfinger R. **Die Bewertung von nicht-randomisierten Studien aus Sicht des IQWiG [eingeladener Vortrag]**. In: Die Qualitätsbewertung von Interventionsstudien: randomisierte und nicht-randomisierte Studien im Vergleich; Workshop des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover; 05.06.2009; Hannover, Deutschland.

Haensch K, Schultz A, Krauß T, Grouven U, Schultz B. **Geschlechtsadaptierte Propofoldosierung bei EEG-überwachten Narkosen [Poster]**. 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; 09.-12.05.2009; Leipzig, Deutschland.

Hasenbein U, Eikermann M, Siering U, Holzmann N, Rüter A. **Systematische Leitlinienanalyse zur Identifizierung von Versorgungsstandards am Beispiel des strukturierten Behandlungsprogramms für Asthma bronchiale [Vortrag]**. Workshop „DMP“. Fachtagung des Bundesverbandes Managed Care: „Versorgungsmanagement chronisch Kranker“; 24.06.2009; Berlin, Deutschland.

Hemkens LG. **Insulin, Insulinanaloga und Karzinogenität [eingeladener Vortrag]**. 21. Internationaler Fortbildungskurs in praktisch-klinischer Diabetologie für Fortgeschrittene; 20.-22.11.2009; Jena, Deutschland.

Herrmann-Frank A. **Tasks and scientific methods of IQWiG [eingeladener Vortrag]**. In: 2nd Annual Best Practice in Phase IV Clinical & Observational Research, 03.-04.12.2009; Prag, Tschechien.

Hildebrandt M, Dormann N, Bender R. **Verwendung von NNTs in Cochrane Reviews [Vortrag]**. Longitudinale und hochdimensionale Daten: gemeinsamer Workshop der AGs „Nichtparametrische Methoden“ (IBS-DR), „Statistische Methoden in der Medizin“ (IBS-DR), „Statistische Methodik in der klinischen Forschung“ (GMDS), und „Statistische Methoden in der Epidemiologie“ (DGEpi); 19.-20.11.2009; Remagen, Deutschland.

Hoffmann W, Hasenbein U, Rüter A, Mlika-Cabanne N, Laurence M. **CoCanCPG-ADAPTE [Vortrag]**. 3rd Annual Meeting of the Coordination of Cancer Clinical Practice Guidelines in Europe CoCanCPG; 11.-13.05.2009; Vilnius, Litauen.

Horvath K, Jeitler K, Koch K, Matyas E, Pieber TR, Lange S et al. **Insulin versus oral antidiabetic drugs in the therapy of elevated blood glucose concentrations in pregnant women: a systematic review [Poster]**. 45th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes; 29.09.-02.10.2009; Wien, Österreich.



Kaiser T. **Nutzenbewertung von Arzneimitteln: aktuelle und zukünftige Methoden [Vortrag]**. Pharmastammtisch; 02.12.2009; München, Deutschland.

Kaiser T. **Publikationsbias bei Cholesterinsenkern: Beobachtungen aus dem IQWiG [Vortrag]**. Fortbildungsveranstaltung „Lipidtherapie“ der KV Hessen und des Fördervereins für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V.; 30.09.2009; Frankfurt, Deutschland.

Kaiser T. **Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [Vortrag]**. Kurs der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung zum Ärztlichen Qualitätsmanagement; 26.06.2009; Düsseldorf, Deutschland.

Koch K. **Ratschläge für Verbraucher: Prioritäten bei der Nutzenbewertung pflanzlicher Arzneimittel, Phytotherapie [Vortrag]**. 7. Berliner Kongress Phytotherapie 2009; 10.-12.09.2009; Berlin, Deutschland.

Koch K. **Nutzen- und Risikoeinschätzungen von Screening-Untersuchungen [Vortrag]**. 43. Medizinische Woche Baden-Baden 2009; 30.10.-04.11.2009; Baden-Baden, Deutschland.

Lange S. **Schließen von Evidenzlücken [Vortrag]**. 3. KKS-Symposium: versorgungsnahe klinische Studien nach der Zulassung; 08.-09.10.2009; Freiburg, Deutschland.

Lange S. **Von der Messung von Nutzen und Schaden bis zu ihrer Abwägung [Vortrag]**. 20. Leitlinien-Konferenz der AWMF; 09.12.2009; Berlin, Deutschland.

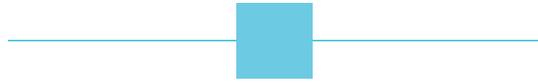
Lange S. **Männergesundheit oder Lifestyle: wer muss das bezahlen? [Vortrag]**. 5. Interdisziplinärer Krebskongress Vivantes; 03.-04.07.2009; Berlin, Deutschland.

Lange S. **Brauchen wir die Biometrie bei Notständen? [Vortrag]**. 6. Diskussionforum der SEG 6 und SEG 7 der MDK-Gemeinschaft: vier Jahre nach dem „Nikolaus-Beschluss“ des Bundesverfassungsgerichts; GKV-Leistungen bei minimaler Evidenz? 07.10.2009; Dortmund, Deutschland.

Lange S. **Ausblicke der Nutzenbewertung des IQWiG [Vortrag]**. 3. vfa-Symposium zur Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung; 21.04.2009; Berlin, Deutschland.

Lange S. **Abbau von Innovationshemmnissen in Bezug auf die Gesundheitswirtschaft [Vortrag]**. Expertenworkshop des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie; 30.06.2009; Berlin, Deutschland.

Lange S, Kreis J, Scheibler F. **Der Einsatz von HTAs in der Prävention [Vortrag]**. EUFEP-Kongress für evidenzbasierte Prävention; 24.-26.06.2009; Baden bei Wien, Österreich.



Lange S (in Vertretung für Sawicki PT). **Medizinische, ökonomische und zeitliche Aspekte der Bewertung neuer Methoden unter besonderer Berücksichtigung der PET [Vortrag]**. 7. Berliner PET/CT-Symposium: ist medizinischer Fortschritt heute noch bezahlbar? Die Ambivalenz von Diagnostik und Therapie in der Onkologie; 13.05.2009; Berlin, Deutschland.

Möller D, Kasper J, Von dem Kneesebeck O, Kreis J, Scheibler F, Kulig M et al. **Früherkennung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen: welchen Nutzen hat ein Sprachscreening? [Vortrag]**. 38. dbl-Kongress; 11.-13.06.2009; Mainz, Deutschland.

Nasser M. **Prioritising Cochrane review topics to reduce the know-do gap in low and middle income countries [Vortrag]**. Special Session „Assessing mechanisms for the prioritisation of review topics in the Cochrane Collaboration“. 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur.

Rüther A, Siering U. **Herausforderung inhaltliche Leitlinienbewertung: die Bewertung der inhaltlichen Leitlinienqualität durch das IQWiG [Vortrag]**. Workshop „Inhaltliche Leitlinienbewertung“. 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Wie viel medizinischen Fortschritt dürfen wir zukünftig in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem erwarten? [Vortrag]**. Hauptstadtkongress 2009: Medizin und Gesundheit; 27.-29.05.2009; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Was ist ein Zusatznutzen? Neue und innovative Medikamente auf dem Prüfstand [Vortrag]**. Rationelle Pharmakotherapie in der ambulanten Versorgung: gemeinsame Fortbildung für Ärzte und Apotheker; 25.03.2009; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. **Diabetestherapie: warum Patienteninformation und Beteiligung? [Vortrag]**. 42. Hessischer Internistentag Diabetes Centrum Bethanien; 07.11.2009; Frankfurt, Deutschland.

Sawicki PT. **Staatsmedizin und praktische Patientenbetreuung [Vortrag]**. 21. Internationaler Fortbildungskurs in praktisch-klinischer Diabetologie für Fortgeschrittene; 20.-22.11.2009; Jena, Deutschland.

Sawicki PT. **Qualität und Wirtschaftlichkeit: kein Widerspruch [Vortrag]**. DGG-Symposium 5: gesundheitspolitische Runde; Top-Qualität zu kleinen Preisen; die Quadratur des Kreises? 25. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie: Gefäßchirurgie 2009; multimodale Gefäßmedizin; 14.-17.10.2009; München, Deutschland.

Sawicki PT. **Patientenrelevante Aspekte bei der Nutzenbewertung [Vortrag]**. 8. Europäischer Gesundheitskongress; 22.10.-23.10.2009; München, Deutschland.

Sawicki PT. **Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln auf dem Prüfstand: neues aus dem IQWiG [Vortrag]**. Euroforum Konferenz „Arzneimittelmarkt 2009“; 08.-09.07.2009; Berlin, Deutschland.



Sawicki PT. **Die Methodik des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln [Vortrag]**. 2. Kölner Medizinrechtstag: Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung; 20.11.2009; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. **Medizinische Innovationen: Wirksamkeit und Nutzen [Vortrag]**. 8. Cadenabbia-Gespräch „Medizin – Ethik – Recht“: Innovation in Medizin und Gesundheitswesen; 24.09.2009; Cadenabbia, Italien.

Sawicki PT. **Lösungen zur adäquaten Arzneimittelversorgung mit limitierten Mitteln: eine Betrachtung mit fünf Lösungsansätzen und Beispielen [Vortrag]**. Symposium „Lösungen zur adäquaten Arzneimittelversorgung mit limitierten Mitteln“; 05.02.2009; Düsseldorf, Deutschland.

Sawicki PT. **Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln: Grundlagen des IQWiG [Vortrag]**. Workshop des G-BA zum Thema Arzneimittelversorgung; 05.06.09; Siegburg, Deutschland.

Sawicki PT. **Hürden auf dem Weg zu mehr Ergebnisqualität [Vortrag]**. 2. Nationales Symposium für Qualitätsmanagement in der Medizin; 12.03.2009; Bern, Schweiz.

Sawicki PT. **HTA im Spannungsfeld zwischen Medizin, Politik, Wissenschaft und Industrie [Vortrag]**. Jubiläum: 10 Jahre SNHTA; HTA in der Spitzenmedizin; die Quadratur des Kreises? 28.04.2009; Basel, Schweiz.

Sawicki PT. **How is comparative effectiveness conducted abroad? How is it used to make decisions regarding health coverage? [Vortrag]**. Comparative effectiveness: lessons from abroad; 01.10.2009; Irvine, USA.

Sawicki PT. **Health care reimbursement in Germany [Vortrag]**. ISPOR 12th Annual European Congress; 24.-27.10.2009; Paris, Frankreich.

Sawicki PT. **Health Technology Assessment: Evita/IQWiG [Vortrag]**. Innovationen: Preistreiber im Gesundheitswesen oder wertvolle Therapieoptionen? 19.11.2009; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Gute Medizin mit begrenzten Mitteln [Vortrag]**. Akademie für Palliativmedizin; 19.06.-20.06.2009; Dresden, Deutschland.

Sawicki PT. **Germany: the IQWiG approach [Vortrag]**. The risk-benefit value equation; 10.09.2009; Basel, Schweiz.

Sawicki PT. **Bedeutung des IQWiG für die praktische Medizin [Vortrag]**. 45. Klinischer Abend; 26.05.2009; Dortmund, Deutschland.

Sawicki PT. **Die Arbeit des IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und dessen Nutzen für PatientInnen [Vortrag]**. PatientenForum Berlin; 22.04.2009; Berlin, Deutschland.



Scheibler F. **IPDAS criteria and doctor and patient encounter [eingeladener Vortrag]**. Expert panel on patient decision support technologies; 17.-18.03.2009; Marburg, Deutschland.

Scheibler F. **Was aktuelle Instrumente zur Erhebung von Patientenpräferenzen im Rahmen der Nutzenbewertung (nicht) leisten [eingeladener Vortrag]**. In: Expertentagung „Kompetente Patienten?“ des Instituts für Transkulturelle Gesundheitswissenschaften (IntraG); 13.-14.11.2009; Frankfurt/Oder, Deutschland.

Scheibler F, Großelfinger R, Dintsios CM. **Das IQWiG-Konzept der Analyse von Effizienzgrenzen dargestellt am Beispiel des Excimer Lasers in der refraktiven Augenchirurgie [eingeladener Vortrag]**. In: 107. DOG-Kongress, 23.-25.09.2009; Leipzig, Deutschland.

Schüler YB. **Nutzenbewertung von Arzneimitteln: Fakten und Perspektiven [eingeladener Vortrag]**. Ferienakademie IV des Cusanuswerks: „Risiken und Nebenwirkungen; die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie“; 30.08.-11.09.2009; Papenburg, Deutschland.

Siebenhofer A, Koch K, Jeitler K, Matyas E, Püringer U, Bender R et al. **Screening for gestational diabetes: what is the evidence from therapeutic studies? [Poster]**. 5th International Symposium on Diabetes and Pregnancy; 26.-28.03.2009; Sorrent, Italien.



Skipka G. **Interpretation von Ergebnissen geringer Güte zu unerwünschten Ereignissen im Rahmen systematischer Übersichten am Beispiel von Studien zur benignen Prostatahyperplasie [Vortrag]**. IQWiG im Dialog; 19.06.2009; Köln, Deutschland.

Vervölgyi V. **Nutzenbewertung: methodische Aspekte der Studienbewertung; Landkarte der Beleglage [eingeladener Vortrag]**. Kommunikationsplattform Arzneimittel der KBV; 22.06.2009; Berlin, Deutschland.

Waffenschmidt S. **Literaturrecherche: umfassend und pragmatisch [Vortrag]**. Tutorial: systematische Übersichtsarbeiten; Tipps und Tricks für angehende Autoren; 06.09.2009. 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V.: Spitzenmedizin und Menschlichkeit; Krankheit behandeln und Gesundheit fördern; 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland.

Waltering A. **Statine: Primär- und Sekundärprävention [Vortrag]**. 21. Internationaler Fortbildungskurs in praktisch-klinischer Diabetologie für Fortgeschrittene; 20.-22.11.2009; Jena, Deutschland.

Wieseler B. **Bewertung des Schadens im Rahmen der Nutzenbewertung von Arzneimitteln [Vortrag]**. IQWiG im Dialog; 19.06.2009; Köln, Deutschland.



Wieseler B. **Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Versorgungsforschung [Vortrag]**. Workshop „Lebensqualität und Versorgungsforschung“ des VfA; 29.10.2009; Berlin, Deutschland.

Wieseler B. **Bewertung von Schäden im internationalen Vergleich [Vortrag]**. Workshop des wissenschaftlichen Beirats des IQWiG; 04.11.2009; Köln, Deutschland.

Wieseler B. **Bewertung des Nutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Bereich der analgetischen Therapie [Vortrag]**. Workshop „Pharmakotherapiebewertung nach Kosten-Nutzen-Kriterien im Bereich der analgetischen Therapie“. 5. Aachener Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“; 04.-05.12.2009; Aachen, Deutschland.

5.3.2.5 Sonstige Publikationen

Bender R. **Multiplicity in systematic reviews**. Cochrane Collaboration Methods Groups Newsletter 2009; 13: 8. URL: <http://www.cochrane.org/newslett/MethodsGroupsJune2009.pdf>.

Koch K. **Was bringt die Krebs-Vorsorge?** Westdeutsche Allgemeine Zeitung 26.09.2009; WTS9113.

Koch K, Gerber A, Sawicki PT. **Arzneimittelkosten: der Preis der Gesundheit**. Frankfurter Allgemeine Zeitung 21.10.2009; N1.

Sawicki PT. **Unumgängliche Rationierungen im Gesundheitswesen**. Frankfurter Allgemeine Zeitung 12.08.2009; 10.

5.4 Ehrungen und Ernennungen

Ralf Bender hat am 22.04.2009 das „**Certificate of Participation in Manuscript Review**“ der **American Medical Association (AMA)** für ein qualitativ hochwertiges Review für die Zeitschrift JAMA erhalten.

Uwe Hasenbein, Michaela Eikermann, Inger Scheike, Carmen Bartel und Alric Rüter haben am 06.03.2009 den **3. Posterpreis des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin** im Rahmen ihrer 10. Jahrestagung erhalten.

5.5 Tätigkeiten in wissenschaftlichen Gremien

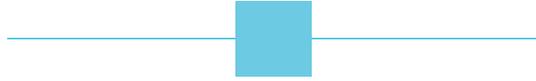
Hilda Bastian ist seit 2006 Mitglied der Working Group von GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Hilda Bastian ist seit 2007 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Cochrane Adverse Effects Methods Group.

Hilda Bastian ist seit 2008 Mitglied der Arbeitsgruppe Gute Praxis Patienteninformation des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin.

Hilda Bastian ist seit 2008 Mitglied der Arbeitsgruppe 4 des Nationalen Krebsplans am Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Hilda Bastian ist seit 2009 Convenor der KEEP-Up Collaboration.



Hilda Bastian war vom 25. bis 30.10.2009 eine Moderatorin des Ernst Strüngmann Forums, Envisioning Healthcare 2020, Frankfurt am Main.

Ralf Bender ist seit Juni 2003 Mitglied der Zertifikatskommission „Medizinische Dokumentation“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und des Deutschen Verbands Medizinischer Dokumentare (DVMD).

Ralf Bender ist seit März 2007 für 4 Jahre gewähltes Mitglied im Beirat der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (IBS-DR).

Ralf Bender war Gutachter für die 5. Ausschreibung des BMBF/DFG-Programms „Klinische Studien“ (2008/2009).

Ralf Bender war im April und Mai 2009 Gutachter für einen Projektantrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).

Ralf Bender ist seit 05.05.2009 (gemeinsam mit Jürgen Wellmann, Münster) Sektionsleiter der Sektion „Statistische Methoden in Medizin und Epidemiologie“ auf der 2. Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat) vom 23.03.-26.03.2010 in Dortmund.

Ralf Bender wurde am 15.05.2009 zum Wahlleiter der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft ernannt (IBS-DR).

Ralf Bender war im September und Oktober 2009 Gutachter für ein Forschungsprojekt des Health Research Boards (HRB), Dublin, Irland.

Ulrich Grouven ist seit September 2007 stellvertretender Leiter der AG „Methodik systematischer Reviews“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS).

Annegret Herrmann-Frank ist seit 2009 Mitglied in der AG Register des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung.

Mandy Hildebrandt ist seit November 2008 Schriftführerin der AG „Statistische Methoden in der Medizin“ der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft.

Klaus Koch ist seit 2009 Beisitzer des Vorstands des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin

Julia Kreis ist seit 2005 Sprecherin der Arbeitsgruppe „Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement von Prävention und Gesundheitsförderung“ in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).

Stefan Lange ist Mitglied und Schriftführer der Zertifikatskommission „Medizinische Biometrie“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Internationalen Biometrischen Gesellschaft – Deutsche Region (IBS-DR).



Stefan Lange ist Mitglied im Beirat des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC).

Stefan Lange war Gutachter für die 5. Ausschreibung des BMBF/DFG-Programms „Klinische Studien“ (2008/2009).

Mona Nasser ist seit 2006 Mitglied der RevMan Advisory Group der Cochrane Collaboration.

Mona Nasser ist seit 2008 Mitglied der Working Group von GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Mona Nasser ist seit 2007 Mitglied des HIFA₂₀₁₅ (Health care information for all by 2015) Advisory Panels.

Alric Rüter ist seit 2006 Leiter der Working Group Internal Communication des International Network of Agencies for HTA (INAHTA). Er war bis Sommer 2009 stellvertretender Vorsitzender der INAHTA. Nach drei erfolgreichen Jahren im Vorstand war eine Wiederwahl seitens der Statuten nicht mehr möglich.

Alric Rüter ist seit 2007 Mitglied des HTA-Council International Society for Pharmacoeconomic Outcome Research (ISPOR).

Alric Rüter hat seit 2005 die Leitung der AG Health Technology Assessment der GMDS inne.

Peter T. Sawicki ist Mitglied im Gesundheitsforschungsrat.

Beate Wieseler ist Mitglied einer Arbeitsgruppe des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung, in der im Rahmen des III. Memorandums des Netzwerks ein Methodenpapier zur Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung erarbeitet wurde.

Beate Zschorlich ist seit 2008 Mitglied der Arbeitsgruppe 4 des Nationalen Krebsplans am Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

5.6 Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien

Bender R, Janicki A. **IQWiG im Dialog 2009: Nutzenbewertung ohne Schadensaspekte?**; 19.06.2009; Köln, Deutschland.

Caro JJ, Kamae I, Dintios CM. **Uncertainty around an efficiency frontier [Workshop]**. ISPOR 14th Annual International Meeting; 16.-20.05.2009; Orlando, USA.

Eikermann M, Biester K. **Linked Evidence & Entscheidungsanalyse: Workshop mit einer Arbeitsgruppe der UMIT (Department of Public Health, Information Systems and Health Technology Assessment) und externen Sachverständigen des Universitätsklinikums Schleswig Holstein (Institut für Sozialmedizin)**; 10.11.2009; Köln, Deutschland.



Kaiser T, Wieseler B sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts Arzneimittelbewertung. **Kurz, knapp und richtig: schnelle Arzneimittelbewertungen in besonderen Situationen; 3. Gemeinsamer Workshop des Ressorts Arzneimittelbewertung mit dem Unterausschuss Arzneimittel des GBA**; 19.11.2009; Köln, Deutschland.

Nasser M, Bastian H. **Establishment of a Prioritisation Methods Group Exploratory Meeting [Meeting]**; 17th Cochrane Colloquium; 11.-14.10.2009; Singapur.

Potthast R, Vervölgyi V und weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts Arzneimittelbewertung. **Nutzenbewertung von Arzneimitteln: was gibt es neues bei Abläufen und Methoden? 3. Gemeinsamer Workshop des Ressorts Arzneimittelbewertung mit externen Sachverständigen**; 26.11.2009; Köln, Deutschland.

Potthast R, Vervölgyi E, Kaiser T, Skipka G. **Wie bewertet man „Intention to treat“-Analysen? [Workshop]**. 10. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin; Evidenz und Entscheidung; System unter Druck; 05.-07.03.2009; Berlin, Deutschland.

Rüther A, Schwarzer R, Siebert U. **Und was hat die GMDS davon? Berührungspunkte fachübergreifender europäischer Entwicklungen und Aktivitäten [Workshop]**. 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V.: Spitzenmedizin und Menschlichkeit; Krankheit behandeln und Gesundheit fördern; 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland.

Rüther A, Siering U, Kopp I, Lelgemann M, Weinbrenner S. **Inhaltliche Leitlinienbewertung [Workshop]**. 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V.: Spitzenmedizin und Menschlichkeit; Krankheit behandeln und Gesundheit fördern; 07.-10.09.2009; Essen, Deutschland.

Sawicki PT und Mitarbeiter. **IQWiG Veranstaltung: Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse der Pilotprojekte zur Bewertung von Kosten-Nutzen Relationen mit der Methode der Effizienzgrenze**; 30.06.2009; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT und Mitarbeiter. **IQWiG Herbst-Symposium 2009: „Glaube und Wissen in der Medizin“ und „Leben und Geld im Gesundheitswesen“**; 27.-28.11.2009; Köln, Deutschland.

Wieseler B. **Systematic Reviews [Workshop]**. 28th European Medical Writers Association Conference; 26.-30.05.2009; Ljubljana, Slowenien.



Wieseler B. **Systematic Reviews [Workshop]**. 29th European Medical Writers Association Conference; 12.-14.11.2009; Frankfurt, Deutschland.

Wieseler B, Eyding D, Lelgemann M, Lieb K, Härter M, Schüler YB. **Ergebnisse und Folgen der Bewertung von Antidepressiva durch das IQWiG [Symposium]**. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; 25.-28.11.2009; Berlin, Deutschland.

5.7 Lehre, Betreuung von Doktorandinnen und Doktoranden sowie Diplomandinnen und Diplomanden

Beger F.A, Schultz A, Grouven U. Psychometrische Tests zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach Allgemeinanästhesie. Medizinische Hochschule Hannover, WS 2008/2009.

Bender R, Neuhäuser M, Berres M. Betreuung und Begutachtung der Diplomarbeit von Carolin Loos zum Thema „Berechnung von Konfidenzintervallen für die Population Impact Number (PIN)“ beim FB Mathematik und Technik der FH Koblenz.

Grouven U, Neuhäuser M, Berres M. Betreuung und Begutachtung der Bachelorarbeit von Patrick Dubovy zum Thema „Publikationsbias in der Meta-Analyse“ beim FB Mathematik und Technik der FH Koblenz.

Bender R, König J. Betreuung der Masterarbeit von Volker Vervölgyi zum Thema „Schätzung adjustierter NNTs mit Hilfe logistischer Regression in randomisierten kontrollierten Studien – eine Simulationsstudie“ beim Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Johannes-Gutenberg Universität Mainz im Rahmen des Programms „Master of Science in Epidemiology“.

Dintsios CM. Entscheidungsanalyse, Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen MPH-Studiengang, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), SS 2009..

Dintsios CM. Kostennutzenbewertung des IQWiG in Deutschland, Modul 11 MDRA-10 Studiengang Master of Drug Regulatory Affairs der Universität Bonn SS 2009.

Dintsios CM. Nutzen-Risiko-Bewertung von Arzneimitteln, 5 Blockveranstaltung Studiengang Consumer Health Care, Universitätsmedizin Charité Berlin, SS 2009..

Dintsios CM. Das aktuelle Methodenpapier des IQWiG zur Kosten-Nutzen Bewertung. Vorlesung Querschnittsbereich Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg; 29.05.2009; Freiburg, Deutschland.



Fleer D. Health Technology Assessment. Weiterbildungsstudiengang Public Health der Heinrich Heine Universität Düsseldorf; 26.-27.09.2009; Düsseldorf, Deutschland.

Gerber A. Das US-amerikanische Gesundheits(wesen): zwischen Ineffizienz, Drittweltmedizin und Leuchttürmen einer effektiven Versorgung. Ringvorlesung Medizinethik der Universität Düsseldorf; 28.04.2009; Düsseldorf, Deutschland.

Hellmich M, Bender R. Praktische Übung zum Kompetenzfeld Metabolisches Syndrom II des Instituts für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE) der Universität zu Köln, WS 2008/2009.

Hellmich M, Bender R. Praktische Übung zum Kompetenzfeld Metabolisches Syndrom II des Instituts für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE) der Universität zu Köln, SS 2009.

Hellmich M, Bender R, Hahn M. Praktische Übung zum Kompetenzfeld Metabolisches Syndrom II des Instituts für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE) der Universität zu Köln, WS 2009/2010.

Annegret Herrmann-Frank beteiligt sich an der Vorlesung „Physiologie“ an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, WS2008/2009, SS 2009, WS2009/2010.

Michael Kulig beteiligt sich an der Vorlesung „Epidemiologie und Gesundheitsökonomie“ an der Charité, Berlin, WS 2008/2009, SS 2009, WS 2009/2010.

Lange S. Zu den Problemen medizinischer Nutzenbewertungen. Ringvorlesung „Aktuelle Probleme der Medizinethik“; 07.07.2009; Münster, Deutschland.

Lehmacher W, Mösges R, Wassmer G, Hellmich M, Bender R, Mitarbeiter. Praktische Übungen zu „Q1: Querschnittsbereich Epidemiologie, Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik“ des Instituts für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE) der Universität zu Köln, WS 2008/2009.

Lehmacher W, Mösges R, Wassmer G, Hellmich M, Bender R, Mitarbeiter. Praktische Übungen zu „Q1: Querschnittsbereich Epidemiologie, Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik“ des Instituts für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE) der Universität zu Köln, SS 2009.

Rüther A. Studiengang Gesundheitsökonomie und -management, Seminar Health Technology Assessment; 21.12.2009; Universität Bielefeld, Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement.

Rüther A. Masterstudiengang Consumer Health Care, Seminar „Qualitätssicherung durch HTA“; 17.03.2009; Charité Universitätsmedizin, Institut für klinische Pharmakologie und Toxikologie, Berlin.



Sawicki PT. Nutzenbewertung von Arzneimitteln.
Ringvorlesung Arzneimittelentwicklung der Universität Bonn; 20.07.2009; Bonn, Deutschland.

Scheibler F. Betreuung einer Doktorarbeit zum Thema „Entscheidungshilfen in der Pränataldiagnostik – eine systematische Übersicht: Welchen Effekt haben strukturierte Informationsmedien auf Wissen, Emotionen und Entscheidungen?“, Uni Duisburg-Essen.

Scheibler F. Betreuung einer Doktorarbeit zum Thema „Shared Decision Making im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme: Eine qualitative Versorgungsstudie“, Uni Köln.

Scheibler F. Betreuung einer Doktorarbeit zum Thema „Shared Decision Making in der Pränataldiagnostik: Eine Bedarfsermittlung“, Uni Köln.

Scheibler F. Betreuung einer Doktorarbeit zum Thema „Die Effekte eines amerikanischen Video-basierten Entscheidungs-Programms (Decision Aid) im Vergleich mit „herkömmlichen“ Patienteninformationsfilmen, auf die Therapieentscheidungen brustkrebs-erkrankter Frauen: eine kontrollierte klinische Studie mit deutschen Medizinstudenten“, Uni zu Köln.

Schultz B, Schultz A. & Grouven U. EEG-Monitoring auf der Intensivstation und im OP-Saal. Medizinische Hochschule Hannover, SS 2009.

Schultz B, Schultz A, Grouven U. EEG-Monitoring auf der Intensivstation und im OP-Saal. Medizinische Hochschule Hannover, WS 2009/2010.



6. Impressum

Angaben gemäß §6 TDG:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen

Dillenburg Str. 27

D- 51105 Köln

Tel: +49 (0) 221 – 35685 – 0

Fax: +49 (0) 221 – 35685 – 1

E-Mail: info@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Träger des Instituts:

Das Institut ist eine Einrichtung der „Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem ausschließlichen Zweck der Errichtung und Unterhaltung des Instituts errichtet hat (§ 1 und 2 der Stiftungssatzung).

Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Der Sitz der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist Berlin.

Postanschrift: Dillenburg Straße 27, 51105 Köln

Vertretung der Stiftung:

Die Stiftung wird durch das Vorstandsmitglied Georg Baum vertreten. (vgl. § 12 Abs. 1 der Stiftungssatzung)

Georg Baum

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Wegelystraße 3

10623 Berlin

Tel: +49 (0) 30 – 39801 – 1001

Fax: +49 (0) 30 – 39801 – 3011

Institutsleitung:

Prof. Dr. Peter T. Sawicki

Verantwortliche Redakteurin:

Dr. rer.-soc. Anna-Sabine Ernst

c/o IQWiG

Dillenburg Str. 27

51105 Köln





Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Tel. 0221 - 35685 - 0
Fax 0221 - 35685 - 1
E-mail: info@www.iqwig.de

www.iqwig.de
www.gesundheitsinformation.de

