



Jahresbericht 2008





Inhalt

Vorwort	4
1. Das Institut	6
1.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen	6
1.2 Organe und Einrichtungen der Stiftung	6
2. Meilensteine der Institutsentwicklung 2008	8
2.1 Neue und zurückgenommene Aufträge	8
2.2 IQWiG pflegt Dialog mit Akteuren und Interessengruppen	8
2.3 Sozialgericht Berlin attestiert IQWiG korrekte Arbeitsweise	12
2.4 Arbeit an den Methoden	13
2.4.1 Version 3.0 der Allgemeinen Methoden	13
2.4.2 Kosten-Nutzen-Bewertung	15
2.5 Neubesetzung der Gremien und Organe verlief reibungslos	19
2.6 Das IQWiG im Internet	19
2.7. Änderungsbedarf von drei Chronikerprogrammen abschließend geprüft	20
2.8 Ginkgo biloba bei Alzheimer Demenz: Studienlage uneinheitlich	21
2.9 Glitazone: Noch immer nicht ausreichend untersucht	22
2.10 Benignes Prostatasyndrom: Stellenwert von weniger eingreifenden Operationsverfahren bleibt unklar	23
2.11 Fixkombinationen bei Asthma: Noch immer keine Belege für Zusatznutzen	24
2.12 Asthma bei Kleinkindern: Leitlinien liefern keinen Referenzstandard für die Diagnose	25
2.13 Testgüte des Ultraschallscreenings in der Schwangerschaft: Einfluss von Ärztequalifikation und Gerätequalität unklar	26
2.14 Mindestfallzahlen bei Frühgeborenen: Hinweise auf Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und Leistungsmenge	27
2.15 Kinder und Jugendliche könnten von Stammzelltransplantation durch Fremdspender profitieren	29
3. Finanzen	30





4.	Die Ressorts und ihre Aufgaben	31
4.1	Institutsleitung	31
4.2	Ressort Arzneimittelbewertung	31
4.3	Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren	32
4.4	Ressort Medizinische Biometrie	32
4.5	Ressort Gesundheitsökonomie	32
4.6	Ressort Kommunikation	33
4.7	Ressort Versorgungsqualität	33
4.8	Ressort Gesundheitsinformation	34
4.9	Ressort Verwaltung	35
5.	Übersicht für den Zeitraum 01.01.08 bis 31.12.08	37
5.1	Organe und Einrichtungen der Stiftung	37
5.2	Personelle Struktur	41
5.3	Aufträge	45
5.3.1	Neu erteilte Aufträge	45
5.3.2	Abgeschlossene Aufträge (Abschlussberichte)	45
5.3.3	Abgeschlossene Vorberichte	46
5.3.4	Abgeschlossene Berichtspläne und Amendments zu Berichtsplänen	47
5.4	Publikationen	48
5.4.1	Publikationen des IQWiG	48
5.4.1.1	Berichte, Arbeitspapiere und Methodenpapier	48
5.4.1.2	Produkte des Ressorts Gesundheitsinformation	52
5.4.2	Publikationen der Mitarbeiter	58
5.4.2.1	Beiträge in Fachzeitschriften	58
5.4.2.2	Bücher, Monographien und Buchbeiträge	63
5.4.2.3	Publizierte Abstracts von Postern und Vorträgen	65
5.4.2.4	Nicht publizierte Vorträge und Poster	74
5.4.2.5	Sonstige Publikationen	80
5.5	Ehrungen und Ernennungen	80
5.6	Tätigkeiten in wissenschaftlichen Gremien	80
5.7	Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien	82
6.	Impressum	84



Vorwort



Es war ein schwungvoller Auftakt: Zu Jahresbeginn, im Januar, legte das Institut den mit Spannung erwarteten Entwurf für die Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen bei Arzneimitteln vor. Die Resonanz war – erwartungsgemäß – ebenso groß wie kontrovers: Vertreter der Industrie und einige deutsche GesundheitsökonomInnen behaupteten, das Konzept der „Effizienzgrenzen“ entspreche nicht „internationalen Standards“. Das IQWiG beschreibe unnötigerweise einen „Sonderweg“, warnten einige Kritiker in Anspielung auf die Debakel der deutschen Geschichte.

Die Debatte, die sich über das ganze Jahr hinzog, zeigte jedoch, dass es für die spezifischen Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems und der Sozialgesetzgebung bislang keine vorgefertigte Methode gab, die man hätte übernehmen können. Im Laufe des Jahres gelang es zunehmend, weitere maßgebliche Akteure in die Methodenentwicklung einzubinden und die Diskussion zu versachlichen. Dass wir im Mai 2008 auch eine überarbeitete Version unserer Allgemeinen Methoden erstellt und publiziert haben, ging im Trubel um die Kosten-Nutzen-Bewertung fast unter.

2008 haben wir aber nicht nur zwei wichtige Methodenpapiere vorgelegt. Es ist uns auch gelungen, insgesamt 11 Abschlussberichte, 20 Vorberichte und 14 Berichtspläne fertigzustellen. Alle diese Berichte hatten ein mehrstufiges Stellungnahmeverfahren durchlaufen. Bei drei Aufträgen (A05-19B Ginkgo bei Alzheimer, A05-09 Antihypertensiva, N04-01 Nicht-medikamentöse Verfahren bei gutartiger Prostatavergrößerung) hatte der Vorbericht sogar zweimal eine Anhörung absolvieren müssen, weil sich mit dem

GKV-WSG die gesetzlichen Anforderungen im Laufe der Berichtserstellung geändert hatten.

Der größte Teil der abgeschlossenen Aufträge, nämlich fünf von insgesamt elf, befasst sich mit Themen der Versorgungsqualität, wobei vier dieser fünf wiederum auf der Analyse von Leitlinien basieren. Erstmals in der jungen Geschichte des Instituts dominierten damit bei den Abschlussberichten nicht die Arzneimittelbeauftragte. Dies ist freilich kein Hinweis auf einen „Kurswechsel“ oder eine veränderte Priorisierung bei der Auftragserteilung oder -bearbeitung. Vielmehr ist es 2008 gelungen, Aufträge des Ressorts Versorgungsqualität abzuschließen, die aus den verschiedensten Gründen in den Vorjahren nicht prioritär bearbeitet worden waren.

Zudem hatten wir, dem Wunsch des G-BA folgend, Ressourcen gebündelt und unter der Federführung des Ressorts Medizinische Biometrie den Bericht zu den Mindestmengen bei Frühgeborenen (V07-01) in einer Rekordzeit von nur 13 Monaten abschließen können – und das einschließlich zweier Stellungnahmerunden. Dass Arzneimittel nach wie vor ein Schwerpunkt der Institutsarbeit sind, zeigt allein der Blick auf die Themen der 2008 publizierten Vorberichten: 11 von 20 betreffen Medikamente.

Ein für das Institut zentrales Thema war 2008 die Optimierung unserer administrativen Prozesse. Nachdem wir uns in den ersten Jahren auf unsere wissenschaftlichen Aufgaben und die Sicherung der Ergebnisqualität der Berichte konzentriert hatten, rückte nun die administrative Prozessqualität stärker in den Mittelpunkt: Das Ressort Verwaltung



wurde personell aufgestockt und dabei insbesondere um Sachverstand in den Bereichen Recht, Projektcontrolling und Personalmanagement erweitert. Gemeinsam mit dem Vorstand der Stiftung IQWiG haben wir einen Verhaltenskodex erarbeitet und die bestehende Vergaberichtlinie angepasst. Ein Vergaberechtler begleitet jetzt Ausschreibungen und die Vergabe von Aufträgen an externe Sachverständige und andere Dienstleister.

Diese Maßnahmen haben u. a. die Funktion, das Institut vor Angriffen und Verleumdungen zu schützen, wie es sie zuletzt Ende 2007 gegeben hat. Dergleichen hat sich zum Glück nicht wiederholt. Erfreulicherweise ist die Kritik am Institut insgesamt sachlicher und konstruktiver geworden. Das mag auch der Tatsache geschuldet sein, dass wir von Anfang an den Dialog mit Akteuren im Gesundheitswesen gesucht und in den letzten Jahren weiter verstärkt haben. Durch eine Vielzahl von Kommunikationsmaßnahmen – von der Website über das Symposium bis zu Anhörungen im IQWiG – haben wir unsere Arbeit konsequent transparent gemacht.



Und diese Transparenz beginnt nun offenbar, sich auszahlen. Wir sind nicht mehr der neue unbekannte „Player“, von dem man nicht weiß, woran man bei ihm ist. Inzwischen kennt man uns, wir sind zu einer festen und verlässlichen Größe im deutschen Gesundheitswesen geworden.

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki,
Köln im August 2009



1. Das Institut

1.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Das IQWiG ist ein 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.

Im Juni 2004 im Zuge der Gesundheitsreform als private Stiftung 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. April 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 von 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 evidenzbasierter Medizin erarbeitet das IQWiG außerdem die Grundlagen für neue Disease-Management-Programme (DMP) – strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke.



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 organisatorischer Aufbau – und damit ein Stück weit auch der 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 Instituts 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 2008 sind auf S. 37-38 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 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 durch den 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. 39-41 namentlich aufgeführt.





2. Meilensteine der Institutsentwicklung 2008

2.1 Neue und zurückgenommene Aufträge

Insgesamt 115 Aufträge hat das IQWiG seit seiner Gründung erhalten. Bislang konnten 38 abgeschlossen werden, davon 11 im Jahr 2008. Ebenso viele (38) waren bis Ende 2008 – in Absprache mit dem Auftraggeber – zurückgestellt worden, denn bereits im Laufe des Jahres 2007 war deutlich geworden, dass das Institut an die Grenzen seiner Kapazität stieß.

Hatte der G-BA in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Aufträge in zweistelliger Höhe vergeben (2004: 11, 2005: 60, 2006: 20), beschränkte er sich 2007 auf vier neue Projekte und 2008 auf zwei: Das Ressort Gesundheitsinformation sollte in einem Bericht herausarbeiten, wie sich die Praxis bei der Beratung und Aufklärung zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft derzeit darstellt und welche ethischen und rechtlichen Aspekte dabei zu beachten sind. Parallel sollte ein Merkblatt entstehen. Das Projekt steht inhaltlich in engem Zusammenhang mit der 2008 abgeschlossenen Nutzenbewertung der Testgüte des Ultraschallscreenings in der Schwangerschaft (vgl. Kapitel 2.13). Zudem erteilte der G-BA einen Nachfolgauftrag zu der bereits im März 2007 abgeschlossenen Nutzenbewertung der kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes. Mangels Belegen für einen Zusatznutzen hatte der G-BA – wie schon im Fall der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (siehe hierzu ausführlich Jahresberichte 2005, S. 10ff.; 2006, S. 13ff.; 2007, S. 17ff.) – die Medikamente von der Erstattung ausgeschlossen, solange sie teurer sind als das herkömmliche Humaninsulin. Da der Hersteller Novo Nordisk Bereitschaft signalisierte, dem IQWiG

bisher unter Verschluss gehaltene Daten zu Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zu übermitteln, erteilte der G-BA im Juli 2008 den Nachfolgauftrag, der ausschließlich den Nutzen für diese jungen Patienten untersucht.

Im Oktober und Dezember 2007 hatte der G-BA erstmalig Aufträge formell zurückgenommen. Dabei handelte es sich um Projekte, die zuvor bereits längere Zeit zurückgestellt worden waren, weil sie – aus verschiedensten Gründen – für die Versorgung keine besondere Relevanz (mehr) hatten. Im Februar 2008 zog der G-BA einen weiteren Auftrag zurück: Die Nutzenbewertung des unter dem Wirkstoffnamen Exubera vertriebenen inhalativen Insulins erübrigte sich, nachdem der Hersteller angekündigt hatte, das Produkt vom Markt zu nehmen. Einen Rapid Report, also eine Bewertung ohne förmliches Stellungnahmeverfahren, hatte das IQWiG bereits im Mai 2006 publiziert, zeitgleich mit der Markteinführung des neuen Produkts.

2.2 IQWiG pflegt Dialog mit Akteuren und Interessengruppen

Um seine Arbeit noch transparenter zu machen, hat das Institut 2008 die Kommunikation mit verschiedensten Akteuren und Interessengruppen intensiviert: Zusätzlich zum jährlichen Kölner Herbstsymposium und dem – mittlerweile zweiten – gemeinsamen Workshop mit dem Gesundheitsforschungsrat hat das Institut mit „IQWiG im Dialog“ Ende Mai 2008 eine neue Veranstaltungsreihe eröffnet. Thema der ersten Diskussionsrunde waren methodische Aspekte der „Nutzenbewertung und Replikation von Studienergebnissen“.



Die Referenten kamen aus dem IQWiG, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und der Pharmaindustrie (Firma Pfizer). Im Mittelpunkt der Vorträge standen das Vorgehen und die methodischen Grundlagen des IQWiG bei der Nutzenbewertung sowie die Bedeutung der sogenannten Zwei-Studien-Regel für die Beurteilung von Studienergebnissen. In der anschließenden Diskussion ging es vor allem um die Frage, in welchen Fällen nicht randomisierte Studien bei der Nutzenbewertung eine Rolle spielen können. Lebhaft debattiert wurden auch Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei den Anforderungen an Studien aus Sicht der Zulassungsbehörden und des IQWiG. Der Thematik entsprechend waren die Teilnehmer vor allem Biostatistiker aus der pharmazeutischen Industrie sowie Methodiker wissenschaftlicher Institute mit Bezug zum Gesundheitswesen.

Zum Auftakt fand „IQWiG im Dialog“ in den Räumen des Instituts statt, deren Kapazitäten allerdings begrenzt sind. Um noch mehr Interessierten eine Teilnahme zu ermöglichen, wird die Veranstaltung 2009 außerhalb, in einem etwas größeren Rahmen, stattfinden. Allerdings wird man sich auch 2009 vorwiegend an ein methodisch interessiertes Fachpublikum richten. Wer bei der ersten Veranstaltung nicht dabei sein konnte, hat im Internet die Gelegenheit, zumindest die Folien der Referate abzurufen (<http://www.iqwig.de/index.767.html>).



Internationales Expertenpanel erläutert Methodenentwurf

Keinerlei räumliche Beschränkungen gab es indes beim Symposium zur Kosten-Nutzen-Bewertung Ende Februar. Rund 350 Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgten der Einladung des IQWiG nach Berlin. Ziel der Veranstaltung war es, den rund einen Monat zuvor publizierten Methodenentwurf vorzustellen und zu erläutern. Mitglieder des internationalen Expertenpanels, welches das IQWiG bei der Entwicklung der Methodik beraten und unterstützt hatte, hielten Vorträge und diskutierten mit den Teilnehmern Vor- und Nachteile der Effizienzgrenzen ebenso wie alternative Konzepte, die in anderen Ländern verwendet werden. Wichtiges Thema war auch die Bedeutung einer Kosten-Nutzen-Bewertung für politische Entscheider. Die Vorträge können auf der IQWiG-Website als Multimediale Dateien aufgerufen werden.

GFR-Workshop zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen

Zum festen Bestandteil der Arbeit an den Methoden ist inzwischen auch der jährliche Workshop mit dem Gesundheitsforschungsrat (GFR) geworden. Hatten bei der Auftaktveranstaltung 2007 Definitionen des Nutzens sowie der Zusammenhang zwischen „Nutzenbegriff und Bewertungsmethodik“ im Mittelpunkt gestanden, ging es beim Folgeworkshop im Oktober 2008 um die Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf die Situation in der Versorgung.

Zum Auftakt führte eine Reihe von Referaten eindrücklich vor Augen, dass sehr verschiedene Faktoren



die Übertragbarkeit – und die Übertragung – von Studienergebnissen in die klinische Praxis beeinträchtigen können: Da wäre zum einen die Flut z. T. widersprüchlicher Evidenz, die es schwer macht, daraus schnell umsetzbare Empfehlungen abzuleiten. Zum andern können ökonomische Regulative dazu führen, dass Daten nicht mehr verlässlich sind. So kann es zum Beispiel sein, dass Ärzte bei der Diagnoseverschlüsselung versuchen, für die Klinik möglichst finanziell günstige DRGs zu erzielen. Für die Nutzung der Daten in der Versorgungsforschung kann das erhebliche Bedeutung haben. Schließlich stehen Kliniker vor dem Problem, dass Medikamente z. B. vorwiegend an Männern jüngeren oder mittleren Alters getestet, im Alltag aber überwiegend älteren Frauen verordnet werden. Unter diesen Umständen ist nicht unbedingt gewährleistet, dass die Medikamente unter Alltagsbedingungen so wirken, wie es die Studienergebnisse nahelegen.

Nach diesem Problemaufriss wandten sich Referenten und Diskutanten der Frage zu, wie die Lücke zwischen Studienergebnissen und Versorgungsalltag geschlossen werden könnte. Einig war man sich darin, dass die Übertragung stark von den jeweiligen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen abhängt. Diese lassen sich zwar nicht unmittelbar verändern, wohl aber selbst evidenzbasiert untersuchen und mit ins Kalkül einbeziehen.

Als möglicher Lösungsansatz ausführlich diskutiert wurden auch sogenannte pragmatische Studien. Das sind randomisierte kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit einer Therapie unter Alltagsbedingungen, also deren „effectiveness“, zu ermitteln versu-



chen. Aufgrund ihrer breiteren Ein- und Ausschlusskriterien bilden sie die Versorgungswirklichkeit besser ab als explanatorische Studien. Zwar ist das Problem der Übertragbarkeit bei ihnen etwas vermindert, aber keineswegs gelöst. Nicht auszuschließen ist, dass das Problem so lediglich verschoben ist.

Dass pragmatische Studien einen wichtigen Beitrag leisten können, stand im Auditorium allerdings außer Frage. Sie sollten deshalb stärker gefördert werden. Da die Industrie wenig Interesse habe, müssten öffentliche Mittel mobilisiert werden. Einige Diskutanten schlugen als gangbaren Weg vor, dass der G-BA einen positiven Entscheid über die Erstattung von Verfahren mit der Auflage verbinden solle, anschließend pragmatische Studien durchzuführen. Allgemeinen Zuspruch fand der Vorschlag, ein neues Forschungsprogramm aufzulegen, um sogenannte Effektmodifikatoren zu identifizieren. Ziel wäre dabei, diejenigen Faktoren zu benennen, die bei der Übertragbarkeit in die Alltagssituation eine Rolle spielen könnten.

Mündliche Anhörungen geben Einblick in Institutsarbeit

Schließlich lud das IQWiG im Laufe des Jahres insgesamt 18 Mal zu mündlichen Erörterungen ins Institut ein. Sie können stattfinden, wenn schriftliche Stellungnahmen zu Berichtsplänen oder Vorberichten Fragen offenlassen, die diskutiert werden müssen. Wer eine solche schriftliche Stellungnahme eingereicht hat, kann dann zu einer Anhörung eingeladen werden. An den Erörterungen nahmen jeweils zwischen 4 und 25 geladene Gäste teil, zumeist Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen, medizi-



nischen Fachgesellschaften und von Herstellern oder Trägern der Selbstverwaltung. Auch wenn sie nicht öffentlich waren – und auch künftig nicht sein werden – geben die Erörterungen einem wachsenden Kreis von Akteuren und Betroffenen einerseits einen tiefen Einblick in die Arbeitsweise des Instituts und bieten andererseits die Möglichkeit, die eigene Sichtweise in die Arbeit des IQWiG einzubringen. Über die zusammen mit dem Vor- bzw. Abschlussbericht publizierten Wortprotokolle wird zumindest nachträglich auch eine „Öffentlichkeit“ hergestellt.

Wissenschaftlicher Austausch erhöht Transparenz und Akzeptanz

Wichtig für die wissenschaftliche Arbeit des Instituts und die Wahrnehmung in der (Fach-)Öffentlichkeit war auch ein vom Ressort Arzneimittel initiiertes Workshop mit den externen Sachverständigen des Instituts. Im kleinen Kreis wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern fachliche und organisatorische Fragen der Berichtsbearbeitung diskutiert. Ziel der Veranstaltungen ist, die Zusammenarbeit mit den bisherigen Sachverständigen weiter zu verbessern, aber auch, den Kreis der wissenschaftlichen Kooperationspartner noch zu erweitern. In einem weiteren Workshop erläuterte das IQWiG den Mitgliedern des Unterausschusses Arzneimittel beim G-BA, welche Probleme aus der selektiven Publikation von Studiendaten bei der Nutzenbewertung von Medikamenten erwachsen können.

Wissenschaftlicher Austausch und Kooperation standen auch im Mittelpunkt verschiedener wissenschaftlicher Veranstaltungen, an denen die Mitarbeiter des



IQWiG aktiv teilnahmen. Dazu gehörten neben großen Kongressen wie dem Cochrane Colloquium, dem EbM-Kongress des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und der Health Technology Assessment International Conference 2008 (HTAi 2008) auch kleinere Fachtagungen. Mit Vorträgen, Posterpräsentationen und Workshops stellten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Instituts zum einen die Ergebnisse ihrer Nutzenbewertungen und die Methodik des IQWiG vor, zum anderen die Ergebnisse ihrer eigenen wissenschaftlichen Arbeit. Eine Übersicht über alle Vorträge und Poster finden Sie unter (Kapitel 5.4.2, Veröffentlichungen).

Diese Leistung wurde 2008 auch vonseiten der internationalen Wissenschaftsvereinigung Cochrane Collaboration gewürdigt. Vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts wurde beim Freiburger Cochrane Colloquium der Bill-Silverman-Preis verliehen. Katharina Biester, PD Dr. med. Stefan Lange, Dr. med. Thomas Kaiser und Dr. rer. nat. Regine Potthast erhielten die Auszeichnung für einen Vortrag über den Umgang mit fehlenden Studiendaten aus Primärstudien in Cochrane Reviews. Mit dem Bill-Silverman-Preis würdigt das unabhängige Forschungsnetzwerk ausdrücklich kritische Arbeiten, die zum einen die Arbeit der Cochrane Collaboration verbessern und zum anderen dazu beitragen, dass Patienten, Angehörige und Ärzte informierte, evidenzbasierte Entscheidungen über Therapien treffen können.

Kommunikationswege ausgebaut

Seit 2008 verfügt das IQWiG über die technische Ausstattung für einen Messestand, die beim Cochra-



ne Colloquium erstmals zum Einsatz kam. Weil sich eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern engagierten und am Stand Besuchern die Arbeit des IQWiG erläuterten, wurde der erste Auftritt zu einem Erfolg. Ob sich diese Art der Kommunikation wird fortsetzen oder gar ausbauen lassen, wird allerdings von der künftigen personellen Ausstattung abhängen. Denn für eine gelungene Präsentation auf Messen oder anderen Veranstaltungen braucht man nicht nur die passende „Hardware“, sondern auch ausreichende „Manpower“.

Intensiver genutzt hat das IQWiG 2008 auch das Instrument Pressemitteilung. Insgesamt 49 Pressemitteilungen wurden an Journalisten und andere Interessierte verschickt und damit fast doppelt so viele wie im Vorjahr (2007: 28 PM). Davon beschäftigen sich 10 mit Abschlussberichten, 20 mit Vorberichten, 6 mit projektübergreifenden Themen und immerhin ein Dutzend mit Gesundheitsinformationen. Mitte des Jahres hat das Institut begonnen, mithilfe von Pressemitteilungen auch auf aktuelle Schwerpunktthemen der IQWiG-Website Gesundheitsinformation.de aufmerksam zu machen. Sie werden u. a. über einen speziellen Verteiler für Publikumsmedien verbreitet, um auf diese Weise Leser, Hörer und Zuschauer jenseits des engen Kreises der Fachleute zu erreichen.

2.3 Sozialgericht Berlin attestiert IQWiG korrekte Arbeitsweise

Das IQWiG wurde gegründet, um kontroverse Fragen zu beantworten. Proteste waren damit programmiert. Deshalb ist es enorm wichtig, dass die Ergebnisse – wissenschaftlich ebenso wie prozedural – verlässlich und korrekt sind. Diese Verlässlichkeit hat das Institut bereits unter Beweis gestellt, denn bislang musste es in keinem Punkt eines seiner Arbeitsergebnisse revidieren.

Erstmalig hat 2008 auch die Justiz dem Institut attestiert, dass es allen Anforderungen an wissenschaftliche Sorgfalt und formale Korrektheit genügt. Auf den gerichtlichen Prüfstand kam das IQWiG-Gutachten zu den kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes. Hier war das IQWiG bereits im Februar 2006 zu dem Ergebnis gekommen, dass es keine Belege für einen Zusatznutzen dieser Wirkstoffe gibt. Der G-BA hatte im Juli daraus die Konsequenz gezogen, dass sie – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht von den Kassen erstattet werden dürfen, solange die Analogpräparate teurer sind als herkömmliches Insulin. Der Hersteller Lilly zog gegen die Arzneimittel-Richtlinie des G-BA vor Gericht, weil er sich dadurch wirtschaftlich geschädigt sah. Er begründete die Klage unter anderem mit Verfahrensfehlern und einer fachlich unzutreffenden Bewertung der Insulinanaloga durch das IQWiG.

Das Sozialgericht Berlin wies den per Eilverfahren gestellten Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung Ende November 2008 jedoch zurück. In der Begründung heißt es: „Die Kammer konnte nicht fest-



stellen, dass das Verfahren des IQWiG zur Bewertung der Insulinanaloga zu beanstanden gewesen wäre und dementsprechend die Bewertung durch den Antragsgegner fehlerbehaftet oder sogar willkürlich vorgenommen worden wäre. Vielmehr ist die von dem IQWiG vorgenommene Auswahl der Studien nachvollziehbar. Auch die dementsprechend von dem Antragsgegner erfolgte Bewertung ist nicht zu beanstanden“ (Az: S 79 KA 1907/06 ER). Beim G-BA ebenso wie beim IQWiG sieht man sich durch dieses Urteil bestätigt und hofft, dass es Signalwirkung entfaltet.

2008 fand auch ein zweiter, lang währender Rechtsstreit ein Ende, bei dem die Justiz – in diesem Fall die Staatsanwaltschaft Köln – dem Institut wiederum bescheinigte, im Stellungnahmeverfahren korrekt gehandelt zu haben. Gegenstand des Streits waren diesmal Tonbandmitschnitte einer mündlichen Erörterung im Institut. Der Deutsche Diabetiker Bund (DDB) hatte gegen Institutsleiter Peter Sawicki im April 2007 Strafanzeige gestellt, weil er u. a. die Sitzung „heimlich“ aufgezeichnet und die Bänder manipuliert habe (vgl. Jahresbericht 2006, S.15ff.; Jahresbericht 2007, S.17). Die Staatsanwaltschaft ließ die Tonbänder kriminaltechnisch überprüfen und kam im August 2008 zu dem Ergebnis, dass alle Vorwürfe unbegründet sind.



2.4 Arbeit an den Methoden

2.4.1 Version 3.0 der Allgemeinen Methoden

Die Arbeit an den Methoden nahm 2008 breiten Raum ein. Das betraf nicht nur den gesetzlichen Auftrag, eine Methodik für die Kosten-Nutzen-Bewertung neu zu entwickeln, sondern auch die Allgemeinen Methoden. Denn um die Qualität seiner Arbeit auf wissenschaftlich hohem Niveau zu halten und die Transparenz sicherzustellen, aktualisiert das Institut dieses Methodenpapier in regelmäßigen Abständen. Das Dokument definiert den allgemeinen wissenschaftlichen und prozeduralen Rahmen für die Arbeit des Instituts und ist verbindliche Grundlage für die Mitarbeiter ebenso wie für die externen Sachverständigen. Es beschreibt unter anderem die Grundlagen der Bewertung und den Ablauf der Erstellung von IQWiG-Produkten, aber auch die Abfolge der einzelnen Arbeitsschritte, die Beteiligung von Betroffenen, das externe Review und die Publikation der Ergebnisse.

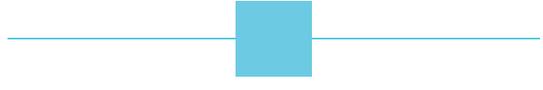
Die seit Dezember 2006 gültige Version 2.0 hatte das Institut zunächst intern überarbeitet und dann mit seinem Wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Ergebnis war eine erste Entwurfsfassung für die Version 3.0, die das Institut im November 2007 über das Internet einer breiten Fachöffentlichkeit vorstellte (siehe hierzu auch Jahresbericht 2007, S. 22–24). Stellungnahmen, die bis Mitte Dezember eingingen, wurden gesichtet und eingearbeitet. Ende Mai 2008 ging dann die Version 3.0 online und ist seitdem verbindliche Grundlage für die Arbeit des Instituts.



Gesetzliche Vorgaben umgesetzt: Erweitert Möglichkeiten zur Stellungnahme und zur Diskussion

Mit der Version 3.0 wurden die Anforderungen umgesetzt, die das im April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) an die Nutzenbewertung stellt. Das betraf u. a. erweiterte Beteiligungsmöglichkeiten für Betroffene (v. a. Patienten, Unternehmen, Ärzte, Wissenschaftler). Wie bereits in den Methoden 2.0 festgelegt, gibt es getrennte Stellungnahmeverfahren zur berichtsspezifischen Methodik (Berichtsplan) und zu den vorläufigen Ergebnissen (Vorbericht). Und wie schon beim Vorbericht üblich, gibt es auch beim Berichtsplan eine zusätzliche Option zur mündlichen Erörterung. Eine Erörterung kann stattfinden, wenn in den schriftlichen Stellungnahmen zum vorläufigen Berichtsplan Aspekte unklar bleiben. Stellungnahmen und Ergebnisse der Diskussion fließen in die endgültige Version des Berichtsplans ein. Nachfolgende Änderungen werden als sogenanntes Amendment veröffentlicht, wobei das Institut auch in diesem Fall die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme eröffnet.

Die ausführliche Beschreibung von Produkten und Produktionsabläufen in der Version 3.0 macht auch deutlich, dass Patientenvertreter inzwischen an allen Berichten beteiligt werden. Gefragt ist ihre – auf das jeweilige Thema bezogene – Expertise insbesondere bei der Definition der patientenrelevanten Endpunkte zu Beginn einer Bewertung. Laut dem neuen Methodenpapier sind Patientenvertreter nicht nur an den Gesundheitsinformationen für Bürgerinnen und Bürger regelmäßig zu beteiligen, sondern auch an – vom



G-BA oder vom Bundesgesundheitsministerium – beauftragten Berichten und Rapid Reports. Die vom IQWiG selbst initiierten Arbeitspapiere sehen eine optionale Beteiligung vor.

Um maximale Transparenz zu sichern, hatte das Institut bislang die Namen aller externen Sachverständigen in den Abschlussberichten und Rapid Reports veröffentlicht. Einige Wissenschaftler berichteten allerdings, dass sie aufgrund ihrer Arbeit für das IQWiG berufliche Nachteile in Kauf nehmen mussten. Das neue Methodenpapier sieht deshalb vor, keine Namen zu nennen, wenn externe Sachverständige – oder der Auftraggeber – dies ausdrücklich verlangen. Entsprechende Regelungen zur Anonymität von wissenschaftlichen Gutachtern sieht das SGB V (§ 35 Abs. 1) für die Arbeit des G-BA vor.

Alle validen Informationen werden berücksichtigt

Grundlegend revidiert wurde die Gliederung des Methodenpapiers. Aspekte der Bewertung von Nutzen und Schaden wurden in einem eigenen Kapitel zusammengefasst, neu strukturiert und die Begriffe genauer beschrieben. Dabei wurde klargestellt, dass sich das IQWiG auch künftig nicht allein auf randomisierte kontrollierte Studien stützt. Grundlage der Empfehlungen bilden vielmehr alle Studien, die belastbare Aussagen darüber zulassen, ob die zu bewertende Intervention tatsächlich die Ursache eines bestimmten Effekts ist. Die Kriterien, nach welchen Studiendesigns primär recherchiert wird, werden im Berichtsplan festgelegt. Sollten im Stellungnahmeverfahren allerdings qualitativ angemessene Unterla-



gen niedrigerer Evidenzstufen eingereicht werden, so werden diese in Hinblick auf die Validität ihrer Aussagen beurteilt. Somit bleiben keine validen Informationen unbeachtet, unabhängig davon, welchem Evidenzlevel sie zuzuordnen sind.

2.4.2 Kosten-Nutzen-Bewertung

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 unterstützen, die Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen zu beurteilen. Denn bislang gab es in Deutschland kein transparentes und formal akzeptiertes Verfahren, mit dem der medizinische Nutzen einer Behandlung gegen die dabei anfallenden Kosten abgewogen werden konnte. Dies ist aber Voraussetzung, um entscheiden zu können, welche Kosten bei welchem Nutzen für die Versichertengemeinschaft angemessen und zumutbar sind.

Beraten durch ein internationales Expertenpanel und seinen Wissenschaftlichen Beirat erarbeitete das IQWiG deshalb im Laufe des Jahres 2007 einen ersten Entwurf (vgl. Jahresbericht 2007, S. 24–25), den es am 24. Januar 2008 im Rahmen einer Pressekonferenz in



Berlin der Öffentlichkeit vorstellte. Im Februar folgte ein gut besuchtes wissenschaftliches Symposium in Berlin, bei dem auch die beteiligten Sachverständigen aus dem Ausland den Entwurf erläuterten.

Effizienzgrenze bildet bisher bestehende Kosten-Nutzen-Relationen ab

Die vom IQWiG als Analyse der Effizienzgrenze bezeichnete Methode lässt sich sehr flexibel für den Vergleich der Kosten-Nutzen-Relation einer beliebigen Zahl von Therapiealternativen nutzen. Das Konzept schließt als zweites Element der Bewertung eine sogenannte Budget-Impact-Analyse (Ausgaben-Einfluss-Analyse) ein. Mit ihr lässt sich abschätzen, wie sich eine Entscheidung auf die Ausgaben im Gesundheitswesen insgesamt auswirken kann.

Stark verkürzt lässt sich das vom IQWiG favorisierte Vorgehen wie folgt beschreiben: GesundheitsökonomInnen bezeichnen eine Intervention im Vergleich zu einer anderen als effizient, wenn sie bei gleichen Kosten einen höheren Nutzen aufweist oder bei gleichem Nutzen kostengünstiger ist. Die Effizienzgrenze wird bildlich dargestellt als eine Kurve, die die effizientesten Maßnahmen verbindet. Die Koordinaten dieser Punkte werden zum einen bestimmt durch Nutzeneinheiten. Diese bilden in der Regel direkte Aspekte patientenrelevanten Nutzens ab, wie etwa eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder der Lebensqualität, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer oder eine Verringerung von Nebenwirkungen. Je nach Fragestellung kann es aber auch notwendig sein, aus diesen direkten Nutzenaspekten zunächst wertende Gewicht-



tungen abzuleiten, um sie dann auf der Nutzenachse aufzutragen.

Zum anderen sind es die Kosten, die die Lage der Punkte bestimmen: Auf der Kostenachse werden die Kosten abgebildet, die entstehen, um den zuvor bestimmten speziellen Nutzen zu erreichen. So macht die grafische Darstellung auf einen Blick deutlich, welche bestehenden Therapien effizient sind und welche nicht.

Mithilfe der Grafik lässt sich auch ein angemessener Preis für ein neues Medikament („Höchstbetrag“) beschreiben: Bei Medikamenten, die nützlicher, aber teurer als die bisher verwendeten sind, kann ermittelt werden, wo ihr Preis liegen müsste, damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis im akzeptierten Effizienzbereich liegt.

Medizinischer Nutzen geht vor Kosten

Einer Kosten-Nutzen-Bewertung ist laut IQWiG-Konzept immer eine Bewertung des medizinischen Nutzens vorgeschaltet. So bleibt der Nutzen das Fundament der Entscheidung. Zudem ist so gewährleistet, dass nur die für die Patienten tatsächlich relevanten Nutzenaspekte in die Bewertung eingehen, wie etwa eine kürzere Krankheitsdauer oder verminderte Nebenwirkungen.

Der GKV-Spitzenverband kann auf Basis einer Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG einen Höchstbetrag für Arzneimittel festlegen, bis zu dem die Kassen die Kosten der Medikamente tragen. Die Hersteller können daraufhin den Preis senken oder auch nicht. Wenn sie



dies nicht tun, müssen die Patienten die Differenz zwischen Herstellerpreis und Höchstbetrag selbst aufbringen. Das Prinzip der vorgeschalteten Nutzenbewertung stellt aber sicher, dass nur solche Arzneimittel einer Kosten-Nutzen-Bewertung unterzogen und danach möglicherweise nicht mehr voll erstattet werden, für die es eine zweckmäßige Alternative gibt.

Kein indikationsübergreifender Vergleich

Jede Erkrankung wird für sich bewertet, das heißt, es werden keine indikationsübergreifenden Vergleiche angestellt. Denn bislang lässt sich die Frage, ob Krebs „schlimmer“ ist und damit möglicherweise höhere Ausgaben rechtfertigt als beispielsweise ein Schlaganfall, wissenschaftlich nicht beantworten. Die Antwort wäre immer durch subjektive Werturteile geprägt und könnte einzelne Patientengruppen benachteiligen.

Um bei der Anwendung dieser Methode einen fairen Vergleich zu gewährleisten, müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein: Zunächst müssen die relevanten Therapiealternativen für eine bestimmte Erkrankung darin abgebildet sein. Andernfalls könnte sich der Verlauf der Kurve ändern, was unmittelbare Auswirkungen auf die Höhe des angemessenen Preises hätte. Zudem müssen die wesentlichen Kosten berücksichtigt werden; neben den Ausgaben der Kassen können dazu auch Zuzahlungen der Patienten zählen.



Vielstimmige Kritik am Methodenentwurf

Erwartungsgemäß rief dieser Entwurf eine Vielzahl von Kritikern auf den Plan: Die Industrie äußerte sich ebenso wie Fachgesellschaften, Ärzteverbände und Patientenorganisationen. Als Mitglieder im Kuratorium waren einige von ihnen auch unmittelbar dazu aufgefordert. Am lautesten Gehör verschaffte sich eine Reihe von deutschen Gesundheitsökonomen. Diese waren zum damaligen Zeitpunkt noch nicht in einer eigenen Fachgesellschaft organisiert, weshalb es für das IQWiG schwer war, Vertreter dieser Disziplin von Anfang an einzubinden. Erst Ende 2008 gründeten sie – gewissermaßen als eine „Nebenwirkung“ der Methodenentwicklung – einen eigenen Verband, die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ).

Ihr Haupteinwand: Der IQWiG-Vorschlag entspreche nicht internationalen Standards, da er nicht die gängige Kosten-Nutzwert-Analyse mit QALYs (quality adjusted life years) als Maßeinheit des Nutzens einsetze und auf indikationsübergreifende Schwellenwerte verzichte. Letztere werden üblicherweise mit QALYs abgebildet. In der öffentlichen Debatte machte das IQWiG klar, dass das internationale Expertenpanel gerade zu dem Ergebnis gekommen war, dass es zwar ein Set von gesundheitsökonomischen Instrumenten gab, die als Standard der noch relativ jungen Zunft gelten konnten. Es gab jedoch keine Methode, die für die spezifischen deutschen Anforderungen angemessen war oder sich aus einem anderen Land hätte übertragen lassen. Das QALY als ein mögliches aggregiertes Maß des Nutzens hatte das IQWiG auch nicht prinzipiell aus dem Methodenrepertoire ausschließen



wollen, wie das Institut klarstellte. Mitte Oktober publizierte das IQWiG eine redaktionell überarbeitete Fassung des Entwurfs und ging auf häufig vorgebrachte Argumente von Kritikern ein.

BMG: Einheitliche Schwellenwerte nicht in Einklang mit Sozialgesetzbuch

Klar wandte sich das Institut aber gegen die Forderung nach indikationsübergreifenden Bewertungen und einem einheitlichen Schwellenwert, da dies dem Auftrag des Instituts widersprochen hätte. Nach Auffassung des IQWiG hatte sich die Politik bewusst gegen eine Erstattungsobergrenze entschieden. Bereits im Sommer 2008 sorgte hier das Bundesgesundheitsministerium für die nötige Klarstellung: „Der Ansatz, Arzneimittel mit Kosten oberhalb eines festgesetzten, einheitlichen Schwellenwerts von der Leistungspflicht auszuschließen, ist mit der gesetzlichen Regelung in Deutschland unvereinbar“, heißt es in der Stellungnahme des BMG. Stattdessen müsse für innovative Arzneimittel ein fairer Preis ermittelt werden, der dem therapeutischen Mehrwert entspreche.

Das Ministerium verweist auch darauf, dass sich nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin der Nutzen von Arzneimitteln nur bezogen auf das gleiche Anwendungsgebiet vergleichen lasse. Ein Medikament könne in unterschiedlichen Anwendungsbereichen einen unterschiedlichen Nutzen haben: „Maßgebend für die Verordnungsentscheidung des Arztes kann nur sein, ob das Arzneimittel zur Erreichung des Therapieziels, das heißt im jeweiligen Anwendungsgebiet, zweckmäßig und wirtschaftlich ist.“



Von Gesundheitsökonominnen ebenso wie von Vertretern der Industrie mehrfach geäußert wurde auch der Einwand, die Methode der Effizienzgrenzen schreibe die vorhandenen Preisstrukturen in unterschiedlichen Segmenten fest und erschwere so innovativen Medikamenten bei einem niedrigen Preisniveau den Markteintritt. Tatsächlich bildet das Konzept die bestehenden Kosten-Nutzen-Verhältnisse am Markt ab. Die Befürchtung, dass die Kosten innovativer Arzneimittel dann nicht mehr finanziert werden, ist nach Auffassung des IQWiG dennoch unbegründet, denn im Gesetz ist ausdrücklich vorgesehen, dass Hersteller mindestens die Forschungs- und Entwicklungskosten geltend machen können.

Alle für die GKV-Versicherten wichtigen ökonomischen Aspekte abbilden

Widerspruch rief auch ein Missverständnis hervor: Im ersten Entwurf war der Eindruck entstanden, das Institut werde ausschließlich diejenigen Kosten berücksichtigen, die von der GKV erstattet werden. Zwar sieht sich das IQWiG der Versichertengemeinschaft der GKV verpflichtet, versteht darunter aber alle ökonomischen Aspekte, die für die Versicherten von Bedeutung sind. Neben Zuzahlungen der Patienten – sei es für Medikamente oder Kosten beispielsweise für eine Diät – können dies auch Kosten anderer Sozialversicherungsträger sein. So hält es das IQWiG beispielsweise für sinnvoll, bei der Behandlung der Demenz Kosten für die Unterbringung in Pflegeheimen mitzubetrachten. Regelmäßig eine gesamtgesellschaftliche Perspektive zu wählen, die beispielsweise auch volkswirtschaftliche Folgekosten in Form von Produktivitätsminderung durch Krankheit einbe-



ziehen würde, hielt das IQWiG zum damaligen Zeitpunkt indes nicht für machbar.

Wissenschaftlicher Beirat des IQWiG stärker eingebunden

Um die in Fachkreisen lebhaft geführte Diskussion zu unterstützen, publizierte das Institut Mitte Oktober 2008 nicht nur eine redaktionell überarbeitete Version 1.1 des Entwurfs, der Missverständnisse aufklärte und auf häufige Nachfragen reagierte. Es stellte auch alle bis dahin eingegangenen Stellungnahmen nebst einer Würdigung der dort vorgetragenen Argumente sowie drei technische Anhänge ins Internet. Letztere beleuchteten zentrale Aspekte der praktischen Umsetzung der Methodik der Effizienzgrenzen.

Dem Auftrag gemäß, eine dem internationalen Standard entsprechende Methode zu entwickeln, hatte in der ersten Phase das internationale Expertenteam eine zentrale Rolle gespielt. Nachdem der erste Entwurf vorgestellt worden war, wurde der Wissenschaftliche Beirat des IQWiG noch intensiver in die Beratungen eingebunden. Dafür hatte dieses Gremium eine eigene Arbeitsgruppe gegründet: Um einerseits Kontinuität zu wahren und weiterhin internationalen Sachverstand zu sichern, andererseits aber auch der Gesundheitsökonomie deutscher Prägung mehr Gewicht zu verleihen, berief der Wissenschaftliche Beirat auch externe Wissenschaftler. Sie kamen aus der Arbeitsgruppe Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), aus dem Ausschuss für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik sowie aus dem internationalen



gesundheitsökonomischen Expertenpanel des IQWiG. Diese Arbeitsgruppe beriet den Wissenschaftlichen Beirat im Laufe des Jahres. Ende 2008 vergab das IQWiG den Auftrag an mehrere externe Forschergruppen, die Praktikabilität der Methode für Deutschland anhand mehrerer Probeläufe zu überprüfen. Laut Plan sollen die Methoden 1.0 im September 2009 vorliegen.

2.5 Neubesetzung der Gremien und Organe verlief reibungslos

Mit Spannung blickte das IQWiG Ende 2007 auf die unmittelbar bevorstehende Reorganisation des G-BA und der GKV-Spitzenverbände, denn die durch das GKV-WSG verfügte Neuordnung würde sowohl direkte als auch indirekte Auswirkungen auf das Institut haben. Das galt insbesondere für den Aufbau des GKV-Spitzenverbandes, der zum einen eine Änderung der Satzung der Stiftung notwendig machte. Zum anderen mussten Vertreter des GKV-Spitzenverbandes die Plätze der kassenartspezifischen Spitzenverbände in den Gremien und Organen des Instituts und seiner Stiftung einnehmen. Für den Vorstand galt das ebenso wie für das Kuratorium und den Stiftungsrat. Sie sind für die Institutsarbeit von großer Bedeutung, weil sie unter anderem den Haushalt aufstellen und verabschieden.

Die personelle Neu- bzw. Umbesetzung verlief glücklicherweise weitgehend reibungslos, sodass die Gremien und Organe ihre Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten konnten und das Institut das ganze Jahr über Planungssicherheit hatte. Das galt auch und gerade für den Haushalt, der termingerecht am 24. November 2008



vom Stiftungsrat verabschiedet werden konnte. In der gleichen Sitzung übernahm Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, den Vorsitz im Rat. Der bisherige Ratsvorsitzende, Dr. Jürgen Fedderwitz von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), wurde zu ihrem Stellvertreter gewählt.

Die Organe der Stiftung haben 2008 aber nicht nur den Haushalt fristgemäß aufgestellt und verabschiedet; darüber hinaus wurde auch die Satzung überarbeitet. Zusammen mit dem Vorstand hat die Institutsleitung zudem einen Verhaltenskodex erarbeitet und die bestehende Vergaberichtlinie angepasst. Ein Vergaberechtler begleitet jetzt Ausschreibungen und die Vergabe von Aufträgen an externe Sachverständige und andere Dienstleister. Mit der Satzungsänderung erhielten der kaufmännische Geschäftsführer, zugleich der Leiter der Verwaltung, sowie die Justiziarin das Recht, direkt an den Vorstand zu berichten und dort auch selbst Anträge zu stellen.

2.6 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



ge 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.

Das Internetangebot des IQWiG findet weiterhin regen Zuspruch: Insgesamt haben im Jahr 2008 rund 262.000 Besucher die Website www.iqwig.de genutzt, um sich über aktuelle Projekte oder das Institut zu informieren. Das sind gut 19 % mehr Besucher als im Vorjahr. Insgesamt wurden die Seiten knapp 8 Millionen Mal aufgerufen – mehr als doppelt so oft wie im Vorjahr.

Die Zahl der Aufrufe spiegelt auch die Produktivität des Instituts im Jahr 2008 wider: Auf den Internetseiten wurden im Laufe des Jahres rund 44 auftragsbezogene Publikationen und 50 Pressemitteilungen zu IQWiG-Produkten veröffentlicht. Außerdem wurden unter www.gesundheitsinformation.de zahlreiche Patienteninformationen zu den unterschiedlichsten Themen veröffentlicht. Dazu gehören unter anderem evidenzbasierte Informationen zu Allergien, gutartiger Prostatavergrößerung, Brustkrebs, Schlaflosigkeit und Migräne bei Kindern und Jugendlichen.

Um Interessierten aktuelle Informationen aus dem IQWiG schnell und einfach zukommen zu lassen, wurde im August 2007 der IQWiG-Infodienst ins Leben gerufen. Über diesen Abo-service können aktuelle Pressemitteilungen, neue Veröffentlichungen des Instituts sowie Hinweise zu Ausschreibungen, Stellungnahmeverfahren und ihren Fristen per E-Mail bezogen werden. Rund 2.000 Nutzerinnen und Nutzer, darun-



ter sowohl medizinische Dienstleister als auch Vertreter der Industrie und Universitäten, nutzten diesen neuen Service bis Ende 2008 bereits. Er erleichtert es allen Interessierten, sich an der Arbeit des Instituts zu beteiligen und beispielsweise fristgerecht Stellungnahmen abzugeben. Die Abläufe werden so noch leichter für Außenstehende nachvollziehbar.

Pünktlich zum Jahresende erhielt www.iqwig.de außerdem ein neues Gesicht. Übersichtlicher und mit einer zentral platzierten Suche informiert die neue Startseite weiterhin über aktuelle Projekte. Ein kurzer Text auf der Startseite beschreibt außerdem die Funktion des IQWiG – für all diejenigen, die zum ersten Mal die Website besuchen.

2.7. Änderungsbedarf von drei Chronikerprogrammen abschließend geprüft

Disease-Management-Programme (DMP) sollen laufend auf den neuesten wissenschaftlichen Stand gebracht werden. Um dies gewährleisten zu können, hat der G-BA das IQWiG beauftragt, für eine ganze Reihe dieser Chronikerprogramme anhand von aktuellen, methodisch hochwertigen Leitlinien zu ermitteln, ob Änderungsbedarf besteht. Im Laufe des Jahres 2008 haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts Versorgungsqualität drei dieser Projekte abschließen können: Im März ging der Bericht zum Thema koronare Herzkrankheit (KHK) an den Auftraggeber, im September folgten die Gutachten zu Brustkrebs sowie Asthma bronchiale und zur chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD).



Ziel und methodisches Vorgehen waren in allen drei Fällen im Prinzip identisch: Zunächst suchten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch nach neuen Leitlinien und bewerteten deren methodische Qualität. In einem zweiten Schritt extrahierten sie aus den methodisch hochwertigen Leitlinien diejenigen Kernempfehlungen und stellten sie zusammen, die für die geplante Überarbeitung des jeweiligen DMP von Bedeutung sein konnten. Zudem dokumentierten sie die in den Leitlinien aufgeführten wissenschaftlichen Belege für diese Empfehlungen. Überprüft haben sie die Evidenz allerdings nicht; darin unterscheidet sich die Leitlinienbewertung von den sonstigen Nutzenbewertungen des Instituts.

Zu welchen Ergebnissen führten diese Update-Recherchen? Während sich die Chronikerprogramme für Asthma und die COPD sowie für die KHK als leitliniengerecht erwiesen und das IQWiG Änderungsbedarf allenfalls im Detail identifizierte, empfahlen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, das DMP Brustkrebs zu ergänzen und zu aktualisieren. Das betraf insbesondere die Empfehlungen zur Antikörpertherapie mit Trastuzumab als generelle Indikation bei bestimmten Formen des Mammakarzinoms. Dieser Wirkstoff war erst nach der letzten Überarbeitung des DMP zur adjuvanten, also zur unterstützenden Therapie zugelassen worden. Abgesehen davon, dass diese – und eine Reihe anderer, weniger bedeutsamer – Neuerungen noch nicht aufgenommen waren, stand aber auch das DMP Brustkrebs inhaltlich an keiner Stelle in Widerspruch zu den aktuellen Behandlungsleitlinien (vgl. auch Kapitel 2.12)



2.8 Ginkgo biloba bei Alzheimer Demenz: Studienlage uneinheitlich

Patientinnen und Patienten mit Alzheimer Demenz können von ginkgohaltigen Präparaten profitieren, sofern sie diese in einer hohen Dosierung einnehmen. Durch Studien ist belegt, dass ihnen die alltäglichen Verrichtungen damit leichterfallen. Was ihr Erinnerungsvermögen und ihre psychische Verfassung sowie den emotionalen Stress der Angehörigen betrifft, gibt es zumindest Hinweise auf positive Effekte. So lautet das Fazit der Ende September abgeschlossenen und im November veröffentlichten Nutzenbewertung von Ginkgo biloba.

Es fiel damit für den Wirkstoff insgesamt günstiger aus als noch im Vorbericht, wo das IQWiG keinerlei Belege für einen Nutzen, sondern lediglich Hinweise gefunden hatte. In der Zwischenzeit waren jedoch eine weitere, relativ große Studie abgeschlossen und publiziert worden, die das Gesamtergebnis maßgeblich beeinflusste. Diese Studie, bei denen die Patienten in besonders hohem Maße von Ginkgo biloba profitierten, war in der Ukraine durchgeführt worden. In der Gesamtschau aller Studien zeigte zwar die tägliche Gabe von 240 mg Ginkgo biloba eine positive Wirkung. Allerdings gab es auch klinische Vergleiche, in denen Patientinnen und Patienten, die Ginkgo einnahmen, im Vergleich zu denen, die nur ein Scheinmedikament bekamen, keine Vorteile hatten. Weil die Ergebnisse derart uneinheitlich waren, blieb offen, wie groß der Effekt letztlich ist. Aus den Studien war auch nicht ersichtlich, warum die Ergebnisse so verschieden ausfielen. Eine Rolle könnte gespielt haben, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hin-



sichtlich Alter, Geschlecht und Stadium der Erkrankung stark voneinander unterschieden.

Für niedrigere Dosierungen fanden sich ohnehin weder Belege für noch Hinweise auf einen Nutzen. Mangels verlässlicher Studien waren auch keine Aussagen darüber möglich, wie Ginkgo biloba gegenüber anderen Alzheimer-Medikamenten abschneidet.

Das IQWiG plädierte deshalb für weitere klinische Vergleiche: Sie sollten in einem Versorgungskontext durchgeführt werden, der westlichem Standard entspricht und damit dem deutschen Gesundheitssystem vergleichbar ist. Denn nur so ließe sich prüfen, ob die herausragend positiven Ergebnisse von zwei ukrainischen Studien übertragbar sind. Zum anderen sollten sie geeignet sein, die Patientengruppen genauer einzugrenzen, die tatsächlich von Ginkgo biloba profitieren könnten.

Mit dem Ginkgo-Bericht schloss das IQWiG den zweiten Teilauftrag zum Themenpaket Alzheimer Demenz ab. Bereits 2007 hatte das Institut den Abschlussbericht zu einer weiteren medikamentösen Therapie, zu den Cholinesterasehemmern, an den Auftraggeber übergeben (vgl. Jahresbericht 2007, S. 10). Noch in Bearbeitung waren Ende 2008 die Projekte zum Wirkstoff Memantine und zu nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden.

2.9 Glitazone: Noch immer nicht ausreichend untersucht

Seit rund 10 Jahren werden zur medikamentösen Therapie des Typ-2-Diabetes Wirkstoffe aus der Gruppe der Glitazone eingesetzt. Sie erhöhen die Empfindlichkeit für Insulin im Fettgewebe, in der Skelettmuskulatur und in der Leber und hemmen die Freisetzung von Zucker aus der Leber. Allerdings gelten die als Tabletten verfügbaren Glitazone nicht als Antidiabetikum erster Wahl und sind deshalb nur eingeschränkt zugelassen. Im Auftrag des G-BA hatte das IQWiG den Nutzen einer langfristigen Anwendung der beiden derzeit zugelassenen Wirkstoffe Pioglitazon und Rosiglitazon untersucht. In ihrem Abschlussbericht, den die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Ende November 2008 ihrem Auftraggeber vorlegten, kommen sie zu dem Ergebnis, dass es bislang keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, dass Glitazone die Sterblichkeit oder Komplikationen, die durch Schäden an den Blutgefäßen verursacht werden, besser vermindern als alternative Therapien.

Weil Langzeitstudien fehlen, sind verlässliche Aussagen zum langfristigen Nutzen oder Schaden dieser oralen Antidiabetika nur eingeschränkt möglich. Zu Rosiglitazon lagen nur Ergebnisse von Studien mit Laufzeiten von höchstens 12 Monaten vor. Orale Antidiabetika wie die Glitazone werden aber über Jahre, oft sogar über Jahrzehnte eingenommen. Etwas besser stellte sich die aktuelle Studienlage bei Pioglitazon dar: Hier gibt es immerhin eine Langzeitstudie (Laufzeit 34,5 Monate) mit rund 5.000 Patienten (PROactive-Studie). Allerdings müssten nach Auffassung des IQWiG auch deren Ergebnisse



in weiteren Studien überprüft beziehungsweise bestätigt werden.

Keine Belege für einen Zusatznutzen der Glitazone fanden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Hinblick auf makro- und mikrovaskuläre Folgekomplikationen des Typ-2-Diabetes (Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Augen- oder Nierenschäden) oder auf die Sterblichkeit. Bei Pioglitazon gibt es indes einen Hinweis auf einen Vorteil für den kombinierten Endpunkt aus Gesamtmortalität (Sterblichkeit), nicht tödlichem Herzinfarkt (ohne „stillen“ Myokardinfarkt) und Schlaganfall. Zudem scheinen Patientinnen und Patienten zu profitieren, die bereits einen Schlaganfall hatten, denn unter Pioglitazon wiederholten sich Schlaganfälle seltener.

Diesem möglichen Zusatznutzen stehen jedoch Hinweise auf höhere Risiken gegenüber: In der PROactive-Studie wurden bei der Therapieoptimierung mit Pioglitazon mehr Fälle von Herzinsuffizienz diagnostiziert, wobei es sich zum Teil um eine schwerwiegende, zu Krankenhausaufenthalten führende Herzschwäche handelte. Außerdem traten Ödeme auf, weshalb die Teilnehmerinnen und Teilnehmer häufiger die Studie abbrachen. Frauen erlitten überdies öfter Knochenbrüche.

Nach Auffassung des Instituts und der am Bericht beteiligten externen Sachverständigen müssen der potenzielle Nutzen und der Schaden der Glitazone sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Um sichere Aussagen über ihre Vor- und Nachteile treffen zu können, sind in jedem Fall mehr Studien von guter Qualität und mit mehrjähriger Laufzeit nötig. Zwar



werden in den nächsten Jahren mehrere klinische Vergleiche abgeschlossen; ob deren Ergebnisse alle wichtigen offenen Fragen werden beantworten können, bleibt jedoch abzuwarten. In jedem Fall werden sie die internationale Debatte bereichern, die seit rund zwei Jahren international zum Risikopotenzial der Glitazone geführt wird.

2.10 Benignes Prostatasyndrom: Stellenwert von weniger eingreifenden Operationsverfahren bleibt unklar

Beschwerden beim Wasserlassen, deren Ursache eine gutartige Vergrößerung der Prostata ist, treten bei älteren Männern relativ häufig auf. Die Symptome können so unangenehm sein, dass die Betroffenen eine operative Behandlung wünschen. Inzwischen steht beim sogenannten benignen Prostatasyndrom (BPS) eine Vielzahl von chirurgischen Therapieoptionen zur Verfügung. Das IQWiG hatte deshalb im Auftrag des G-BA den Nutzen operativer Verfahren, speziell minimalinvasiver (also weniger eingreifender) Maßnahmen, zur Behandlung des BPS vergleichend bewertet.

Als Standard gelten Verfahren wie die transurethrale Resektion (TURP) oder die Prostataentfernung (Adenomektomie). Bei der TURP wird mittels einer über die Harnröhre eingeführten Resektionsschlinge Gewebe in der Vorsteherdrüse mechanisch abgehobelt und dann ausgespült. Bei den neueren, als schonender geltenden Methoden spielt häufig Lasertechnik eine Rolle: Entweder wird das Gewebe mittels einer



Lasersonde „herausgeschnitten“ oder so stark erhitzt, dass es abstirbt. Andere Ansätze erzielen die Überwärmung mittels Mikrowellen oder Ultraschall.

Insgesamt konnten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler 56 Studien mit insgesamt rund 6.000 Teilnehmern einbeziehen, bei denen die Patienten zumeist per Zufallsauswahl (randomisiert) einer Behandlungsgruppe zugeteilt worden waren. Die Ergebnisse sind dennoch nur eingeschränkt interpretierbar. Denn bei der Erhebung, Auswertung oder bei der Art der Darstellung der Daten zeigten sich Mängel, so dass die Ergebnisse anfällig für Verzerrungen sind. Beispielsweise wurden Folgekomplikationen nicht systematisch erfasst.

Was die Linderung der Symptome betrifft, gibt es jedenfalls keine wissenschaftlichen Belege, dass neuere, häufig als schonender bezeichnete Verfahren den als Standard anerkannten Operationsmethoden überlegen oder zumindest gleichwertig sind. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass Patienten bei einigen der weniger invasiven Methoden schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden können und möglicherweise seltener bestimmte schwere Folgekomplikationen erleiden.

Die Standardbehandlung kann aber im Hinblick auf die Dauer der Krankenhausaufenthalte durchaus Nachteile haben. Eine der Alternativmethoden kann sogar vollständig ambulant durchgeführt werden und erfordert zudem keine Vollnarkose. Was die Lebensqualität und die Katheterisierungsdauer betrifft, lassen die Studien keine einheitlichen Aussagen zu. Dies gilt auch für die unerwünschten Ereignisse. Allerdings



gibt es Hinweise darauf, dass bei einigen der weniger invasiven Verfahren später zwar häufiger erneute Eingriffe notwendig sind, dafür aber Folgekomplikationen, beispielsweise schwere Blutungen, seltener auftreten als bei einer Standardtherapie.

Kommt es Patienten vor allem darauf an, ihre Beschwerden beim Wasserlassen sicher zu lindern, bietet sich nach Auffassung des IQWiG zunächst eines der Standardverfahren an. Haben jedoch andere Aspekte wie etwa die Dauer des Klinikaufenthaltes oder die Vermeidung von bestimmten Folgekomplikationen Priorität, könnten einige der Alternativverfahren von den Patienten bevorzugt werden. Aus Sicht des IQWiG ist es nötig, Patienten umfassend über die möglichen Vor- und Nachteile der jeweiligen Operationsmethoden aufzuklären. Das gilt insbesondere für die Erfolgsaussichten in Hinblick auf eine Linderung der Symptome. Erst diese Informationen versetzen Patienten in die Lage, selbstbestimmt über die Wahl des operativen Verfahrens zu entscheiden.

2.11 Fixkombinationen bei Asthma: Noch immer keine Belege für Zusatznutzen

Nicht alle Patienten mit Asthma bronchiale sind mit Kortikosteroiden (ICS) ausreichend behandelt. Für sie kommt eine Kombinationstherapie mit langwirksamen Beta-2-Rezeptoragonisten (LABA) in Betracht. Die beiden Substanzgruppen können getrennt mithilfe von zwei Inhalatoren eingenommen werden. Seit einigen Jahren gibt es aber auch Kombinationspräparate, bei denen ein Gerät beide Wirkstoffe in einem



festen Mischungsverhältnis abgibt. Von diesen Fixkombinationen profitieren Patienten aber nicht stärker als von den Einzelgaben der gleichen Wirkstoffe. Zu diesem Schluss waren die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IQWiG im Frühjahr 2007 gekommen, als sie erstmals den Nutzen von fixen und freien Kombinationen bewertet hatten (vgl. Jahresbericht 2007, S. 16).

Da zwischenzeitlich in Deutschland eine neue Wirkstoffkombination auf den Markt kam und eine ältere eine erweiterte Zulassung erhielt, erteilte der G-BA einen Ergänzungsauftrag. Hatte das IQWiG in der ersten Nutzenbewertung lediglich die beiden Fixkombinationen aus Budesonid und Formoterol (Handelsname: Symbicort) und aus Fluticason und Salmeterol (Handelsnamen: Viani und Atmadisc) mit der jeweils getrennten Inhalation der gleichen Wirkstoffe sowie die Fixkombinationen untereinander verglichen, kam nun auch die später zugelassene Kombination aus Beclometasondipropionat und Formoterol (Handelsnamen: Foster, Inuvair) auf den Prüfstand. Erstmals bewertet wurde auch der Einsatz von Budesonid und Formoterol (Symbicort) in der Erhaltungs- und Bedarfstherapie (Herstellerbezeichnung: SMART).

Auch diesmal kam das IQWiG zu dem Ergebnis, dass die Fixkombinationen der Gabe von Einzelkomponenten nicht überlegen sind. Werden die gleichen Inhalationssysteme verwendet, liefern die verfügbaren Studien zur fixen und zur freien Kombination von Budesonid/Formoterol und Fluticason/Salmeterol in der Gesamtschau bei Erwachsenen und Jugendlichen vielmehr ähnliche Ergebnisse. Für die neue Kombination Beclometasondipropionat/Formoterol fehlen entsprechende Studien.

Eine Ausnahme gilt hier lediglich für Budesonid/Formoterol in der Erhaltungs- und Bedarfstherapie (SMART, Hersteller: AstraZeneca), d. h. in der Anwendung, für die der Hersteller eine erweiterte Zulassung erhalten hat. Hier gibt es Hinweise darauf, dass die Fixkombination aus Budesonid und Formoterol ernsthafte Krankheitsschübe (Exazerbationen) besser verhindern könnte. Das Institut stellt diesen Befund jedoch unter einen Vorbehalt, da unklar ist, ob für die Nutzenbewertung alle bislang durchgeführten Studien zur Verfügung standen. Auf Nachfrage des IQWiG war der Hersteller des Präparats – wie schon bei der ersten Nutzenbewertung – nicht bereit, eine Liste aller durchgeführten Studien zur Verfügung zu stellen. Es bleibt deshalb unklar, ob die Ergebnisse weiterer Studien den vermuteten Vorteil von Budesonid und Formoterol in der Dauer- und Bedarfstherapie aufheben könnten.

2.12 Asthma bei Kleinkindern: Leitlinien liefern keinen Referenzstandard für die Diagnose

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 5 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 unnötig behandelt und dadurch womöglich geschädigt werden. Genau dies könnte aber passieren, wenn Kinder, die gar kein Asthma haben, fälschlicherweise in ein DMP eingeschrieben werden.

In einem ersten Teilauftrag, den das IQWiG Anfang Februar 2008 beim G-BA ablieferte, gingen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler deshalb der Frage nach, welche Maßnahmen bei Verdacht auf Asthma bronchiale im Kleinkindalter zur Diagnosestellung empfohlen werden und ob es einen Referenzstandard gibt, an dem die diagnostische Sicherheit einzelner Verfahren gemessen werden könnte. Zu diesem Zweck recherchierten sie systematisch ärztliche Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften und untersuchten sie daraufhin, ob ein Referenzstandard beschrieben wird oder sich aus den Empfehlungen ableiten lässt.

Der Befund des Abschlussberichts ist eindeutig: In keiner Leitlinie wurde ein Diagnoseverfahren ausdrücklich als Referenzstandard beschrieben. Zwar wurde in allen betont, dass die Diagnose über eine Kombination verschiedener Untersuchungsschritte zu stellen ist. Ein bestimmter Algorithmus, also welche Maßnahmen speziell bei den 2- bis 5-Jährigen in welcher Reihenfolge miteinander zu kombinieren sind, geht



aus den Leitlinien jedoch nicht hervor. Dieser Befund hat Konsequenzen für die weiteren, Ende 2008 noch in Bearbeitung befindlichen Teilaufträge: So wird das IQWiG die Genauigkeit der Diagnoseverfahren bewerten müssen, ohne auf einen Referenzstandard Bezug nehmen zu können. Gegenstand eines weiteren Teilauftrags wird die wissenschaftliche Bewertung medikamentöser und nichtmedikamentöser Interventionen bei Asthma sein.

2.13 Testgüte des Ultraschallscreenings in der Schwangerschaft: Einfluss von Ärztequalifikation und Gerätequalität unklar

Ultraschalluntersuchungen haben in Deutschland einen festen Platz in der medizinischen Betreuung von Schwangeren. Diese zielen unter anderem darauf, fetale Anomalien möglichst früh zu erkennen. Dabei kommt es auf eine möglichst fehlerfreie Beurteilung an: Wenn die Eltern es wünschen, sollen sie über ihr individuelles Risiko für eine schwere Fehlbildung oder eine Chromosomenanomalie informiert werden. Falsche Verdachtsdiagnosen, die werdende Eltern erheblich belasten, müssen dabei aber weitestgehend vermieden werden.

Um die Mutterschaftsrichtlinien zu überprüfen und an den aktuellen Stand der Erkenntnis anpassen zu können, beauftragte der G-BA das Institut zu untersuchen, welchen Einfluss die Qualität der Untersucher und die Qualität der Geräte auf die Testgüte haben, wenn es darum geht, schwerwiegende fetale Anomalien zu entdecken.



Routinemäßig werden den Schwangeren hierzulande drei Ultraschalltests angeboten (in jedem Trimester einer). Dabei ist das deutsche Programm dezentral organisiert: Die Basisdiagnostik übernehmen in der Regel niedergelassene Frauenärzte. Treten dabei Auffälligkeiten auf, werden diese auf der zweiten Stufe in Schwerpunktpraxen mit mehrjähriger Erfahrung oder in Kreiskrankenhäusern mit zertifizierten Untersuchern überprüft. Muss ein Befund weiter abgeklärt werden oder bedarf es spezifischer Behandlungsverfahren für Mutter oder Kind, stehen Einrichtungen der Stufe drei zur Verfügung. Das sind v. a. universitäre Zentren.

Wie die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IQWiG sowie die beteiligten externen Sachverständigen in ihrem im April 2008 abgeschlossenen Bericht resümieren, liefern internationale Studien durchaus Hinweise darauf, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Qualifikation der Untersucher sowie der Qualität der eingesetzten Geräte einerseits und der Entdeckungsrate von Fehlbildungen in der Schwangerschaft andererseits. Unklar ist allerdings, welche Mindestvoraussetzungen jeweils erfüllt sein müssen, um ausreichend hohe Entdeckungsraten bei schweren fetalen Anomalien zu erzielen.

Unbeantwortet bleibt auch die Frage, ob es den für andere Gesundheitssysteme beschriebenen Zusammenhang auch unter den besonderen organisatorischen Gegebenheiten (Mehrstufenkonzept) in Deutschland gibt, denn international sind die Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft sehr unterschiedlich organisiert. Häufigkeit und Zeitpunkt der Untersuchung betrifft das ebenso wie die Anforderungen

an Untersucher und Geräte. Und hinreichend aussagekräftige Studien zum deutschen – oder einem zumindest vergleichbaren – Screeningprogramm fehlen bislang ganz.

Angesichts dieses Mangels regt das Institut an, in Deutschland eigene Studien aufzulegen. Nur so ließe sich die Qualität des hiesigen Mehrstufenkonzepts abbilden. Um die Entwicklung der getesteten Kinder zu verfolgen und mit den Screeningergebnissen vergleichen zu können, sollten diese Studien zudem an Perinatalregister gekoppelt sein. Solche Register müssten in der Bundesrepublik erst noch aufgebaut werden.

War es bei diesem Auftrag ausschließlich um die Testgüte gegangen, so beauftragte der G-BA das IQWiG im Mai 2008 damit, ergänzend zu untersuchen, wie sich die Praxis bei der Beratung und Aufklärung zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft derzeit darstellt und welche ethischen und rechtlichen Aspekte dabei zu beachten sind.

2.14 Mindestfallzahlen bei Frühgeborenen: Hinweise auf Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und Leistungsmenge

Bei der medizinischen Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 g gibt es Hinweise darauf, dass die Sterblichkeit mit der steigenden Fallzahl einer Klinik sinkt. Dass die höhere Leistungsmenge Ursache für die geringere Sterberate ist, lässt sich aus den derzeit verfügbaren



Studiendaten jedoch nicht ableiten. Da zudem ausreichende Daten zu Folgeerkrankungen fehlen, ist eine Aussage über die Bedeutung der Fallzahl für die Ergebnisqualität insgesamt nicht möglich. Zu diesem Ergebnis kam das IQWiG in einem Bericht, der Mitte August 2008 an den G-BA ging.

Damit hatte das Institut einen Auftrag in Rekordzeit abgearbeitet. Inklusiv zweier Stellungnahmerunden hatte das Projekt nur 13 Monate in Anspruch genommen. Das hohe Tempo hatte freilich seinen Preis, mussten im IQWiG doch Ressourcen umverteilt und andere Arbeiten dafür zurückgestellt werden. Der G-BA hatte das Institut gebeten, den Auftrag prioritär zu behandeln, da der G-BA erwog, Mindestmengen für die Behandlung von Frühgeborenen zeitnah einzuführen. Hintergrund des Vorhabens war, dass immer mehr Kliniken sogenannte Perinatalzentren einrichteten. Experten befürchteten, dass damit nicht nur die Zahl der behandelten Frühgeborenen je Einrichtung, sondern auch der Behandlungserfolg sinken könne. Um dem entgegenzuwirken, erwog der G-BA, die Anforderungen an Perinatalzentren um Mindestmengen zu erweitern. Um 2009 in deutschen Kliniken in Kraft treten zu können, musste der G-BA eine entsprechende Regelung bereits im Sommer 2008 beschließen, und bis dahin sollte der Bericht als Entscheidungshilfe vorliegen.

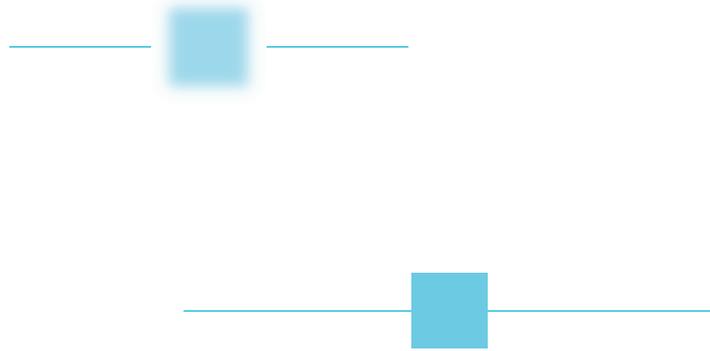
Zwar fanden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in sogenannten Beobachtungsstudien Hinweise auf einen statistischen Zusammenhang zwischen den Behandlungszahlen und der Sterblichkeit. Daraus kann man aber nicht ohne Weiteres schließen, dass die höhere Leistungsmenge die Ursache für die

geringere Sterberate ist. Denn ein kausaler Zusammenhang lässt sich nur mithilfe von sogenannten Interventionsstudien belegen, bei denen Regionen mit und ohne Mindestmengenregelungen direkt miteinander verglichen werden. Da solche Studien bisher fehlen, ist unklar, ob die Erhöhung der Fallzahl zu einer besseren Ergebnisqualität führen würde.

Da zudem keine der verfügbaren Studien darauf ausgelegt war, Schwellenwerte für Mindestmengen zu ermitteln, trifft der Abschlussbericht auch keine Aussagen darüber, ab welcher Fallzahl die Ergebnisqualität nicht weiter zunimmt. Eine sichere wissenschaftliche Basis für konkrete Schwellenwerte gibt es nach Auffassung des IQWiG zurzeit nicht.

Sofern Mindestmengen eingeführt werden sollten, empfiehlt das Institut deshalb, den Prozess wissenschaftlich zu begleiten, um zu erfassen, ob und wie sich eine solche Maßnahme auswirkt. In ihrem Abschlussbericht betonen die IQWiG-Sachverständigen aber auch, dass bei der Versorgung von sehr früh geborenen Babys viele andere Faktoren berücksichtigt werden müssen. So sollte ein Perinatalzentrum gut ausgestattet sein, über ausreichend Fachkräfte verfügen und die Neugeborenen rund um die Uhr überwachen und betreuen können.

Zwar lag der IQWiG-Bericht termingerecht vor, der G-BA hatte inzwischen jedoch das Prozedere der Beratung verändert. In der Dezembersitzung 2008 modifizierte das höchste Gremium der Selbstverwaltung u. a. die Anforderungen an die Strukturqualität der Perinatalzentren und führte eine sogenannte Regelmäßigkeitszahl ein, wonach monatlich mindestens



ein Frühgeborenes mit unter 1.250 g Geburtsgewicht auf einer Abteilung betreut werden muss. Die Ergebnisdaten einschließlich der Sterblichkeitsraten müssen publiziert werden.

2.15 Kinder und Jugendliche könnten von Stammzelltransplantation durch Fremdspender profitieren

Ob und welche Patientinnen und Patienten mit einer erworbenen schweren aplastischen Anämie von einer Stammzelltransplantation eines nicht verwandten Spenders profitieren können, war Gegenstand einer Nutzenbewertung, die das IQWiG im April 2007 vorgelegt hatte. Der damalige Befund: Es gibt keine hinreichend gesicherten Daten aus Studien, die die Transplantation mit der Therapiealternative Immunsuppression vergleichen. Aus Gründen der Patientensicherheit und um die Wissenslücken so schnell wie möglich zu schließen, sollte diese Art der Stammzelltransplantation deshalb bis auf Weiteres nur innerhalb von adäquaten klinischen Studien eingesetzt werden.

Bereits während ihrer Arbeit an diesem Bericht hatten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aber auch eine erste prospektiv geplante Studie mit einer Kontrollgruppe aufgefunden, die seinerzeit aber lediglich als Abstract publiziert war. Bewerten konnten sie sie deshalb nicht. Das holte das IQWiG aber nach, sobald die vollständigen Ergebnisse zugänglich waren. In einem Mitte Februar 2008 veröffentlichten Arbeitspapier wies das IQWiG den G-BA darauf hin, dass dieser klinische Vergleich die Schlussfolgerung

der ersten Nutzenbewertung verändern könnte, denn zumindest bei Kindern und Jugendlichen liefert diese in Japan durchgeführte Studie Hinweise auf einen Vorteil der Fremdspender-Transplantation im Vergleich zur Immunsuppression (vgl. hierzu ausführlich Jahresbericht 2007, S. 13–14).



3. Finanzen

Die Finanzierung des Instituts erfolgt gemäß § 139c Abs. 1 SGB V 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 85a SGB V um einen entsprechenden Vomhundertsatz. Der Zuschlag für jeden Krankenhausfall und die Anteile der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden jährlich durch den G-BA festgelegt, eingezogen und an das Institut weitergeleitet.

Der G-BA hatte in seiner Sitzung vom 19. Dezember 2007 die Höhe des Systemzuschlags im ambulanten und stationären Sektor für das Jahr 2008 festgelegt. Danach betrug der Systemzuschlag im ambulanten vertragsärztlichen Sektor 1,9061373 Cent pro Fall, im ambulanten vertragszahnärztlichen Sektor 1,9109955 Cent pro Fall und im stationären Sektor 0,65 Euro pro Fall. Welche konkreten Beträge davon das IQWiG erhält, bestimmt der Stiftungsrat der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Dieser hatte in seiner Sitzung am 9. November 2007 den Haushaltsplan 2008 mit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 14.941.000 Euro aufgestellt. Die Vorgaben des Haushaltsplans 2008 konnten weitestgehend eingehalten werden.



4. Die Ressorts und ihre Aufgaben

4.1 Institutsleitung

Leiter des Instituts ist seit dem 1. September 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 acht Ressortleiterinnen und Ressortleitern – Mitglied des sogenannten Steuergremiums.

Dieses Gremium regelt sowohl institutsinterne Angelegenheiten als auch solche mit externem Bezug: Es erstellt und überarbeitet die Verfahrensweisen und Methoden der wissenschaftlichen Arbeit und überwacht deren Einhaltung. Zudem entscheidet es über die Zusammenstellung interner Projektgruppen und über die Vergabe von Aufträgen an Dritte. Seit dem 1. April 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 bearbeitet vorrangig Aufträge zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln, die durch den G-BA oder das BMG erteilt werden. Ziel ist es herauszufinden, ob ein Medikament den Patienten mehr nützt als schadet. Eine wesentliche Datenquelle stellen bislang unveröffentlichte Studien der pharmazeutischen Industrie dar. Bislang gibt es für Hersteller keine gesetzliche Verpflichtung, die Ergebnisse klinischer Studien zu publizieren oder Institutionen wie dem IQWiG zur Verfügung zu stellen. Das Institut hat deshalb mit dem Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) einen Rahmenvertrag vereinbart. In diesem ist geregelt, wie Firmen dem IQWiG Daten übermitteln können.

Die zuvor unveröffentlichten Daten werden dann in den Berichten des Ressorts publiziert. Wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, ist ein Großteil der relevanten Daten zu Arzneimitteln nicht öffentlich zugänglich, sodass die Berichte auch als Datenquelle für andere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler international eine große Bedeutung erlangen können. Die Erfahrungen zeigen aber auch, dass längst nicht alle Firmen der pharmazeutischen Industrie die Selbstverpflichtung zur Transparenz ernsthaft umsetzen. Noch immer gibt es viele Firmen, die einer vollständigen Datenübermittlung an das IQWiG nicht zustimmen und wesentliche Daten unter Verschluss halten. Hier klärt das Ressort durch zusätzliche Recherchen, ob es weitere unveröffentlichte Studien gibt und ob die öffentlich verfügbare Information den Nutzen des Medikaments hinreichend sicher abbildet. Es kann dann durchaus sein, dass das Institut den pu-



blizierten Daten allein kein Vertrauen schenkt und ein Medikament keine „positive“ Bewertung bekommt.

Dem Ressort Arzneimittelbewertung ist die Recherchegruppe des Instituts zugeordnet. Diese ist insbesondere für die Institutsbibliothek und für die Informationsbeschaffung bei der Erstellung von IQWiG-Berichten zuständig. Dabei sind die stetige Auseinandersetzung mit neuen Entwicklungen der Recherchemethodik und die Durchführung eigener Forschungsprojekte wesentliche Bestandteile der Arbeit. Im vergangenen Jahr wurde intensiv die Methodik der Erstellung von Recherchestrategien mithilfe von Instrumenten zur Textanalyse fortentwickelt. Dies sichert die Qualität und die Effizienz der Recherchen.

4.3 Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren

Das Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren bearbeitet in erster Linie Aufträge zu medizinischen Interventionen, die sich 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. Darüber hinaus befasst sich das Ressort mit der Bewertung von Diagnosemethoden und Reihenuntersuchungen (Screenings) zur Früherkennung von Krankheiten.

4.4 Ressort Medizinische Biometrie

Das Ressort Medizinische Biometrie ist verantwortlich für die methodische Bewertung von Studien und die statistische Analyse von Daten bei Projekten des IQWiG. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter präsentieren und interpretieren Studienergebnisse und entwickeln statistische Methoden zur Beurteilung von Leistungen des Gesundheitswesens. Zu ihren Aufgaben gehören zudem ein kontinuierliches Monitoring der aktuellen biometrischen Fachliteratur und die statistische Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts.

Das Ressort treibt die interdisziplinäre inhaltliche Auseinandersetzung mit auftragsbezogenen Fragestellungen aus der Sicht der Biometrie voran. Neue Erkenntnisse aus IQWiG-Projekten werden in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert und auf nationalen und internationalen Fachtagungen präsentiert.

4.5 Ressort Gesundheitsökonomie

Das Ressort Gesundheitsökonomie bearbeitet ökonomische Fragestellungen zu medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren und Versorgungsabläufen im deutschen Gesundheitswesen, die für den G-BA oder das BMG von grundsätzlicher Bedeutung sind.

Um diesem Auftrag gerecht zu werden, entwickelt das Ressort wissenschaftliche Methodiken zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen auf Basis internati-



onaler Standardansätze der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie. Die Methodenentwicklung erfolgt in enger Kooperation mit nationalen und internationalen Experten. An die Entwicklung der Methodik schließt sich die konkrete Bearbeitung von Aufträgen und Projekten an.

Ziel dieser Evaluationen ist es u. a., Entscheidungshilfen für die Festsetzung von Höchstbeträgen bereitzustellen. Da diese Entscheidungen auf die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung abzielen, müssen die Entscheidungshilfen wissenschaftlich begründet und für die Öffentlichkeit transparent sein.

4.6 Ressort Kommunikation

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

Das Aufgabenspektrum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist breit gefächert: Die Konzeption und Pflege der Website und die internetgerechte Aufbereitung der wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse gehören ebenso dazu wie klassische Pressearbeit und das Bereitstellen von Informationsmaterialien verschiedenster Art. Hier werden auch öffentliche Veranstaltungen in Form von Pressekonferenzen oder wissenschaftlichen Symposien geplant und organisiert. Die tägliche Arbeit schließt die Pflege von Kontakten zu Journalisten, Politikern, Verbandsvertretern und anderen Gruppen und Einzelpersonen der interessierten Öffentlichkeit



ein. Die Kommunikation mit den Mitarbeitern des IQWiG dient dem kontinuierlichen Austausch von Informationen über aktuelle Ereignisse und Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und im Institut.

Zudem unterstützt das Ressort die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei technischen Fragen der Berichtserstellung, sorgt für die Übersetzung von IQWiG-Berichten ins Englische und leistet institutsweit Hilfe beim Verfassen englischsprachiger Texte.

4.7 Ressort Versorgungsqualität

Hauptaufgabe des Ressorts Versorgungsqualität ist es, Versorgungsstandards zu identifizieren und zu beschreiben. Dazu werten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem Leitlinien aus und erstellen sogenannte Leitliniensynopsen. Anhand von Leitlinien lassen sich in der Regel Krankheitsbilder und Erkrankungsverläufe abbilden – und das über die gesamte Versorgungskette hinweg. Die Berichte des Ressorts unterscheiden sich folglich in mehrfacher Hinsicht von den Nutzenbewertungen (einzeln) medizinischer Maßnahmen, wie sie von anderen Ressorts des IQWiG erstellt werden.

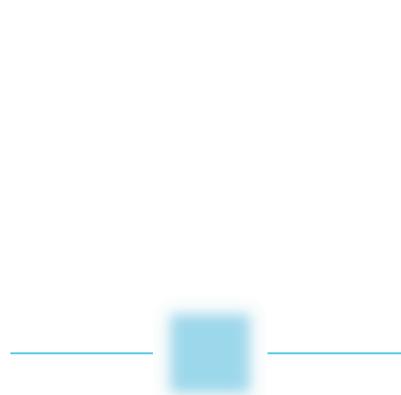
Die Analysen der Versorgungsstandards lassen sich vielfach nutzen, wenn man sie in einem zweiten Arbeitsschritt mit anderen Daten aus der Versorgung in Beziehung setzt: Gleichet man beispielsweise Empfehlungen aus hochwertigen aktuellen Leitlinien mit Disease-Management-Programmen (DMP) ab, so lässt sich aufzeigen, wo potenzieller Aktualisierungsbedarf bei den DMP besteht. Eine zweite Einsatzmöglichkeit



besteht darin, die identifizierten Standards mit der anhand von Sekundärdaten gemessenen Versorgungsqualität zu vergleichen. Auf diese Weise wird sichtbar, wo die Versorgung relativ gut ist und wo es Probleme gibt. Aber auch als Basis für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und von Versorgungskonzepten ließen sich die Berichte des Ressorts nutzen.

Neben den Berichten nimmt die Arbeit an den wissenschaftlichen Methoden auch im Ressort Versorgungsqualität breiten Raum ein. Für die formale Bewertung von Leitlinien gibt es bereits etablierte Verfahren, für die inhaltliche Bewertung stehen diese indes noch aus. Das Ressort hat sich zum Ziel gesetzt, zum einen die Methodik für die formale Bewertung zu optimieren. Zum anderen sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derzeit dabei, ein Instrumentarium für die inhaltliche Bewertung neu zu entwickeln und zu erproben. Dabei arbeiten sie intensiv mit nationalen und internationalen Expertengruppen zusammen.

Zudem ist es Aufgabe des Ressorts Versorgungsqualität, Verbindungen des IQWiG zu internationalen Fachgesellschaften und Netzwerken aus den Bereichen Health Technology Assessment und Leitlinien aufzubauen und zu pflegen. Dazu gehören zurzeit die Health Technology Assessment international (HTAi), das International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) und das Guidelines International Network (GIN). Darüber hinaus ist das Ressort aktiv beteiligt an den Projekten der Europäischen Union Coordination of Cancer Clinical Practice Guidelines in Europe (CoCanCPG) und European Network for HTA (EUnetHTA).



4.8 Ressort Gesundheitsinformation

Zu den gesetzlich verankerten Aufgaben des IQWiG gehört auch die Information der Bürger und Patienten über gesundheitsrelevante Fragen. Kernprojekt des Ressorts ist die am 14. Februar 2006 freigeschaltete Website www.gesundheitsinformation.de, auf der allgemeinverständliche Informationstexte, aber auch Grafiken und kurze Filme zu einem wachsenden Spektrum von Themen kostenlos zugänglich sind. Die Auswahl der Themen basiert auf drei Säulen: Erstens werden vom Ressort Gesundheitsinformation die Themen aufgegriffen, mit denen sich die anderen Ressorts des IQWiG im Auftrag des G-BA oder des BMG befassen. Zweitens bearbeitet das Ressort eigene Projektaufträge, die direkt vom G-BA oder BMG an das Ressort gerichtet sind. Drittens greift das Ressort aus eigener Initiative Themen auf, bei denen es einen Bedarf an unabhängiger Gesundheitsinformation für Bürger und Patienten sieht. Begleitend entwickelt das Ressort seine Methoden weiter, um solche Informationen evidenzbasiert zu erstellen und ihre Wirkungen zu überprüfen.

Das Ressort Gesundheitsinformation versteht seine Website nicht als „Ratgeber“ für Bürger und Patienten. Vielmehr ist es sein Anliegen, eigenständige und eigenverantwortliche Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu fördern. Die Website stellt Informationen bereit, die die Gesundheit der Bürger und ihre Autonomie als Patienten verbessern sowie die allgemeinen Gesundheits- und Wissenschaftskennntnisse („Health and scientific literacy“) fördern sollen.



Um sicherzustellen, dass sich die Informationen auf der Website auf die besten aktuellen Forschungsergebnisse stützen, führt das Ressort umfassende Literaturrecherchen nach relevanter Evidenz zu den Themen durch, die veröffentlicht werden. Grundlage sind in erster Linie systematische Reviews von Studien, um Fragen nach der Wirksamkeit medizinischer Behandlungen zu beantworten. Alle herangezogenen Studien werden durch das Team des Ressorts bewertet, um sicherzustellen, dass sie über eine angemessene Qualität verfügen.

Sämtliche Entwürfe zu den Artikeln durchlaufen eine mehrstufige Qualitätsbewertung innerhalb und außerhalb des Instituts, an der sowohl Patienten als auch deutsche und internationale Experten beteiligt sind. Das Ressort hält ständig Ausschau nach neuen systematischen Reviews, um neue Themen ausfindig zu machen, die für die Leser der Website von Interesse sein könnten. Auf diese Weise wird auch geprüft, welche der bereits ins Netz gestellten Artikel einer Aktualisierung bedürfen.

4.9 Ressort Verwaltung

Das Aufgabenspektrum der Verwaltung ist sehr breit gefächert: Finanzwesen, Projektcontrolling und Buchhaltung verantwortet das Ressort ebenso wie EDV und Technik, Personalmanagement, Justizariat und Empfang. Dabei versteht sich das Ressort 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 als Trägerin des Instituts.



Eine wichtige Aufgabe des Ressorts sind daher die Kommunikation mit den Organen und Gremien sowie die Vor- und Nachbereitung von deren Sitzungen.

Im Bereich Personal ist das Ressort verantwortlich für die Planung und die gesamte Administration – von der Ausarbeitung der Arbeitsverträge über die Gehaltsabrechnung bis hin zur Fortbildung. Darüber hinaus fungiert es als Ansprechpartner für die Institutsleitung und Beschäftigten in allen Fragen rund um das Personalwesen. Es entwirft interne Regelungen und Richtlinien und bereitet Entscheidungen der Institutsleitung und des Steuergremiums vor. Die für das Personal zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übernehmen zudem die Kommunikation mit dem Betriebsrat.

Auch für die Bereiche Finanzwesen und Projektcontrolling des Instituts ist das Ressort zuständig: Es bereitet den Haushaltsplan vor, erstellt den Jahresabschluss und überwacht die wirtschaftliche Verwendung der Geldmittel und die Einhaltung des Haushaltsplans. Daneben kontrollieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch die Projektabwicklung in finanzieller und zeitlicher Hinsicht.

Zuständig ist das Ressort auch für das sogenannte Beschaffungswesen. Darunter fallen u. a. die Ausschreibungen zur Gewinnung von externen Sachverständigen gemäß § 139b Abs. 3 SGB V. Das Justizariat prüft und erstellt u. a. Verträge mit externen Sachverständigen und Dienstleistern.



Die Justiziere im Haus prüfen und koordinieren aber nicht nur die Ausschreibungen. Sie bearbeiten vielmehr sämtliche Rechtsfragen, die sich im laufenden Institutsbetrieb ergeben, insbesondere solche aus dem Arbeitsrecht, dem Stiftungsrecht, dem Vertragsrecht, dem Urheberrecht und dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus betreuen sie die außergerichtlichen und gerichtlichen Verfahren.

Das Team EDV und Technik stellt die technische Infrastruktur – Hard- und Software sowie Telekommunikationseinrichtungen – und, in Zusammenarbeit mit dem Ressort Kommunikation, die Internet- und Intranetplattform bereit. Es bietet den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts darüber hinaus Unterstützung und Hilfe bei technischen Problemen.

Der Empfang spielt als Telefonzentrale, Auskunft- und Poststelle eine wichtige Rolle. Er organisiert zudem die Bereitstellung von Besprechungsräumen und das Catering.

Über das Ressort Verwaltung wird schließlich Arbeitsmaterial bereitgestellt, werden Reisekosten abgerechnet, Versicherungen abgeschlossen, das Facility Management organisiert sowie Maßnahmen des Arbeitsschutzes ergriffen.

5. Übersicht für den Zeitraum 01.01.08 bis 31.12.08

5.1 Organe und Einrichtungen der Stiftung

Mitglieder des Vorstands 2008

Sprecher:

- Gernot Kiefer (bis 12/08)
Mitglied des Vorstands des IKK-Bundesverbandes
- Diplom-Volkswirt Georg Baum
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Dr. Werner Gerdemann (bis 11/08)
Mitglied des Vorstands des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- Dr. Klaus Theo Schröder
Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium
- Freiherr Johann-Magnus von Stackelberg (ab 11/08)
stellv. Vorsitzender des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes

Mitglieder des Stiftungsrats 2008

Vorsitzender:

- Dr. Jürgen Fedderwitz (bis 11/08)
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Vorsitzende:

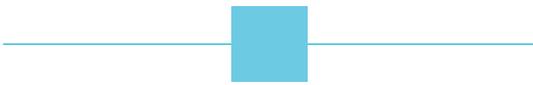
- Dr. Doris Pfeiffer (ab 11/08)
Vorsitzende des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes, davor Mitglied des Stiftungsrates als Vorsitzende des Vorstandes des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Stellvertretender Vorsitzender:

- Wolfgang Schmeinck (bis 11/08)
Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen

Stellvertretender Vorsitzender:

- Dr. Jürgen Fedderwitz (ab 11/08)
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Dr. Hans Jürgen Ahrens
Vorsitzender des Vorstandes des AOK-Bundesverbandes benannt durch GKV-Spitzenverband (ab 11/08), davor Mitglied des Stiftungsrats als Vorsitzender des Vorstandes des AOK-Bundesverbandes
- Rolf Stuppardt
Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverband der Innungskrankenkassen benannt durch GKV-Spitzenverband (ab 11/08), davor Mitglied des Stiftungsrats als Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverband der Innungskrankenkassen



- Rolf Stadié
Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See benannt durch GKV-Spitzenverband (ab 11/08), davor Mitglied des Stiftungsrats als Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Dr. Harald Deisler (bis 11/08)
Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Dr. Carl-Heinz Müller
Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Horst Dieter Schirmer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Dr. Nicole Schlottmann
Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Andreas Wagener
Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Prof. Dr. Christoph Fuchs
Bundesärztekammer
- Thomas Ballast
Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. benannt durch GKV-Spitzenverband (ab 11/08), davor Mitglied des Stiftungsrats als Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ohne Stimmrecht, beratend:

- Dr. Rainer Hess
Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats 2008

- Prof. Dr. Guido Adler
Medizinische Universitätsklinik Ulm
- PD Dr. Dr. Afschin Gandjour, MBA
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln
- Prof. Dr. Dominik Groß
Lehrstuhl für Geschichte und Ethik der Medizin an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen
- Prof. Dr. Hans-Werner Hense
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster
- PD Dr. Peter Jüni
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern
- Prof. Dr. Johannes Köbberling
Kliniken St. Antonius, Wuppertal
- 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. Reiner Leidl
Ludwig-Maximilians-Universität München, Lehrstuhl für Betriebswirtschaft; Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen (bis 05/08)
- Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik - Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen (ab 07/08)
- Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Universität Tübingen
- Prof. Dr. Holger Schünemann, MD, PhD
Unita di Epidemiologia Italian National Cancer Institute Regina Elena, Roma
- Prof. Dr. Jürgen Windeler
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen

Mitglieder des Kuratoriums 2008

Vorsitzender:

- Dr. Frank Johannes Hensel
katholische Kirche

Stellvertretender Vorsitzender:

- Gregor Bornes
Patientenvertreter

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften:

- Prof. Dr. Albrecht Encke

Bundesärztekammer:

- Dr. Regina Klakow-Franck

Bundespsychotherapeutenkammer:

- Monika Konitzer

Bundesverband der Innungskrankenkassen:

- Rolf Wille

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.:

- Prof. Dr. Barbara Sickmüller

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände:

- Prof. Dr. Martin Schulz

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände:

- Gert Nachtigal

Bundeszahnärztekammer:

- Dr. Dietmar Oesterreich

Deutscher Gewerkschaftsbund:

- Dr. Heinz Stapf-Finé

Deutsche Krankenhausgesellschaft:

- Dr. Martin Walger (bis 10/08), Dr. Bernd Metzinger (ab 11/08), Joachim Manz

Deutsche Rentenversicherung Bund:

- Dr. Christiane Korsukéwitz

Deutscher Pflegerat e.V.:

- Prof. Martina Roes

evangelische Kirche:

- Prof. Dr. Hans-Ulrich Dallmann

Bundesverband der Betriebskrankenkassen:

- Willi Budde

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.:

- Wolfgang Schelter

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See:

- Leo Blum

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberver-
bände:

- Dr. Volker Hansen

Kassenärztliche Bundesvereinigung:

- Dr. Leonard Hansen, Dr. Theodor Windhorst

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung:

- Dr. Wolfgang Eßer

Patientenbeauftragte der Bundesregierung:

- Helga Kühn-Mengel, MdB

Patientenvertreter:

- Dr. Franz Josef Oldiges, Brigitte Faber, Karin Stötzner (bis 09/08), Prof. Raimund Geene (ab 10/08), Christoph Nachtigaller (bis 09/08), Dr. Martin Danner (ab 10/08)

Verbraucherzentrale Bundesverband:

- Dr. Stefan Etgeton

Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.:

- Dr. Steffen Wahler

Mitglieder des Finanzausschusses 2008

Mitglieder bis November 2008

Vorsitzender:

- Dr. Leonhard Hansen

Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-
rhein

- Dr. Günther E. Buchholz

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

- Dr. Harald Deisler

BV der landwirtschaftlichen Krankenkassen

- Dr. Hildegard Demmer

Stellvertreterin des Vorstandes des Bundesverbandes
der Betriebskrankenkasse

- Dr. Bernhard Egger

Leiter des Stabsbereichs Medizin des AOK Bundesver-
bandes

- Dr. Thomas Liedtke

Kassenärztliche Bundesvereinigung

- Andreas Wagener

Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deut-
schen Krankenhausgesellschaft



- Dr. Martin Walger
Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- Sylvia Weber
IKK-Bundesverbandes
- Dieter Wille
VdAK/AEV

Mitglieder seit November 2008

Vorsitzender

- Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
- Dr. Günther E. Buchholz
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
- Jürgen Kellermann
Abteilungsleiter Zentrale Dienste des GKV-Spitzenverbandes
- Dr. Axel Meeßen
Abteilungsleiter Medizin des GKV-Spitzenverbandes
- Karl-Dieter Voß
Mitglied des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes
- Andreas Wagener
Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft



5.2 Personelle Struktur

Personelle Entwicklung des IQWiG in 2008

Am 31.12.2008 waren insgesamt 91 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festangestellt.

Institutsleitung

Institutsleitung:

- Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki

Stellvertreter:

- PD Dr. med. Stefan Lange

Assistentin der Institutsleitung:

- Kerstin Ehlgen, Dipl.-Kffr.

Leitender Redakteur Medizinmedien:

- Dr. rer. medic. Klaus Koch

Wissenschaftlicher Leiter:

- Dr. med. Dr. phil. Max Pittler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

- Anne Kathrin Stich, Dipl. Soz.-päd., MPH

Sachbearbeiterin:

- Annette Kochlowski-Ress

Sekretariat:

- Yvonne Finken
- Suzanne Williams

**Studentische Hilfskraft:**

- Nadine Kaiser

Arzneimittelbewertung**Ressortleiter:**

- Dr. med. Thomas Kaiser

Stellvertreterin:

- Dr. rer. nat. Beate Wieseler

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Susanne Ebrahim, Dipl.-Psych.
- Dr. rer. nat. Dirk Eyding
- Dr. rer. nat. Daniel Fleer
- Dr. rer. nat. Marco Jost
- PD Dr. Heike Kölsch
- Dr. rer. nat. Regine Potthast
- Dr. med. Yvonne-Beatrice Schüler
- Elke Vervölgyi, Dipl.-Math.
- Dr. med. vet. Volker Vervölgyi

Sachbearbeiterin:

- Dagmar Keitsch

Dokumentarinnen:

- Michaela Florina Kerekes
- Katharina Quitmann

Studentische Hilfskräfte des Ressorts:

- Irene Fettich
- Heike Koralli

**Recherchegruppe:**

- Elke Hausner, BScN
- Ulrike Lampert, Dipl.-Dok.
- Siw Waffenschmidt, Dipl.-Sportlehrerin
- Verena Wekemann, Dipl.Dok.

Studentische Hilfskräfte der Recherchegruppe:

- Yvonne Böhm
- Diana Hilmer
- Simone Mörsheim

Nichtmedikamentöse Verfahren**Ressortleiterin:**

- PD Dr. med. Michael Kulig, MPH

Stellvertreterin:

- PD Dr. rer. nat. Annegret Herrmann-Frank

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Katharina Biester, Dipl.-Ges.Oec. (FH)
- Dr. med. Robert Großelfinger
- Julia Hommerich, Dipl. -Psych.
- Julia Kreis, Dipl. -Psych.
- Dr. med. Frank Peinemann
- Dr. rer. medic. Fülöp Scheibler
- Inger Scheike, MSc
- Dr. phil. Andrea Steinzen

Sachbearbeiterin:

- Susanne Atkinson

Dokumentarin:

- Katja Felgenträger

Studentische Hilfskräfte:

- Antonia Gans
- Nadine Czyply

Medizinische Biometrie

Ressortleiter:

- Prof. Dr. rer. biol. hum. Ralf Bender, Dipl.-Stat.

Stellvertreter:

- Dr. rer. nat. Guido Skipka, Dipl.-Stat.

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- PD Dr. rer. biol. hum. Ulrich Grouven, Dipl.-Stat.
- Dr. rer. nat. Sibylle Sturtz, Dipl.-Stat.
- Mandy Hildebrandt, Dipl.-Biomath.

Studentische Hilfskraft:

- Meike Novak

Gesundheitsökonomie

Ressortleiter:

- PD Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas, MBA

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Charalabos-Markos Dintsios, MA, MPH
- Elske Jaskulla, Dipl.-Volkswirtin
- Dr. phil. Corinna ten Thoren, Dipl.-Psych., Ges.-Oek. (EBS)
- Carolin Weigel, Dipl.-Betriebswirtin (BA)

Studentische Hilfskräfte:

- Linda Ohrtmann

Kommunikation

Ressortleiterin:

- Dr. rer. soc. Anna-Sabine Ernst (Dipl.-Pol.)

Mitarbeiter/-innen:

- Andrea Janicki
- Natalie Masche, Dipl.-Dok.
- Natalie McGauran
- Jochen Stier, Dipl. Bibliothekar

Studentische Hilfskraft

- Laura Borgolte

Versorgungsqualität

Ressortleiter:

- Dr. med. Alric Rüter

Stellvertreter:

- Ulrich Siering, Dipl.-Soz.

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Dr. med. Carmen Bartel
- Marion Danner, Dipl.-Vw., MPH
- Sigrid Droste, Dipl.-Geogr.
- Dr. med. Michaela Eikermann
- Dr. P.H. Uwe Hasenbein, Dipl. Soz.
- Nicole Holzmann, Dipl.-Pflegerin (FH)
- Petra Lange, Dipl.-Ges.Oec. (FH)

Aushilfskraft:

- Ursula Dickes

**Studentische Hilfskräfte:**

- Vera Weingärtner

Gesundheitsinformation**Ressortleiterin:**

- Hilda Bastian

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Roland Büchter
- Dr. oec. troph. Martina Ehrlich
- Dennis Fechtelpeter
- Dr. med. Sonja Höhndorf
- Marco Knelangen
- Dr. rer. medic. Ayscha Lucas
- Sabine Mooren
- Dr. Mona Nasser
- Tina Rhodes
- Sonja Siegert
- Beate Zschorlich

Sachbearbeiterin:

- Alper Yurdakul
- Heidemarie Kufner-Rausch

Studentische Hilfskräfte:

- Claudia Bollig
- Pascal Huber

Verwaltung**Ressortleiter:**

- Dr. Frank Hackenberg

Stellvertreterin:

- Ass. jur. Katja Borchard

Justizariat:

- Ass. jur. Katja Borchard
- Ass. jur. Sebastian Winter

Buchhaltung:

- Martina Herweg

Personalmanagement:

- Michael Wilken
- Amparo Noelle

Finanz- & Projektcontrolling:

- Jörg Jüngerich, Betriebswirt / VWA
- Petra Liehr

Sekretariat/Assistentin:

- Gabriele Bajon

Technik/Informationstechnologie:

- Markus Pischedda
- Daniel Ziplies

Empfang:

- Ulrike Lelittko

Aushilfskräfte:

- Gabriele Kersting
- Natalie Töppe



5.3 Aufträge

5.3.1 Neu erteilte Aufträge

Ao8-01

Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 (17.07.2008)

Po8-01

Aufklärung, Einwilligung und ärztliche Beratung zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft (15.05.2008)

5.3.2 Abgeschlossene Aufträge (Abschlussberichte, Datum der Fertigstellung)

Ao5-05A

Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (26.11.2008)

Ao5-19B

Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz (29.09.2008)

Ao7-01

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale – Ergänzungsauftrag (05.09.2008)

No4-01

Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie (02.06.2008)

So5-02

Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (01.04.2008)

So5-03

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien (21.04.2008)

Vo6-02A

Standard zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren (06.02.2008)

Vo6-03

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit (28.02.2008)

Vo6-04

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD (25.08.2008)

Vo6-05

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs (29.09.2008)

Vo7-01

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht (14.08.2008)



5.3.3 Abgeschlossene Vorberichte (Datum der Fertigstellung)

A04-01B

Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom (22.09.2008)

A05-03

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (18.03.2008)

A05-05A

Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (05.06.2008)

A05-05C

Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (21.11.2008)

A05-09

Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener antihypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie (Version 2.0; 09.09.2008)

A05-19B

Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz (Version 2.0; 19.02.2008)

A05-19C

Memantin bei Alzheimer Demenz (01.08.2008)

A05-19D

Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz (Fertigstellung am 23.06.2008)



A05-20A

Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) bei Patienten mit Depressionen (19.11.2008)

A07-01

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale – Ergänzungsauftrag (31.05.2008)

Do6-01A

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei malignen Lymphomen (02.10.2008)

No5-02

Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbeziehung (19.06.2008)

So6-01

Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache bei Kindern (27.10.2008)

Vo6-02B

Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion (17.06.2008)

Vo6-02C

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren - Teil 1 Zuverlässigkeit von Diagnoseverfahren (28.05.2008)

Vo6-02C

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren - Teil 2 Wirksamkeit der Tests (28.08.2008)

Vo6-04

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD (17.03.2008)

Vo6-05

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs (21.04.2008)

Vo6-06

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas (24.07.2008)

Vo7-01

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht (24.04.2008)

5.3.4 Abgeschlossene Berichtspläne und Amendments zu Berichtsplänen (Datum der Fertigstellung)

Berichtspläne

Ao4-01B

Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom (Version 2.0; 13.03.2008)

Ao5-01

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 (Version 2.0; 21.01.2008)

Ao5-03

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (Version 2.0; 21.01.2008)

Ao5-05C

Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (Version 1.0; 24.04.2008)

Ao5-08

Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2 (vorläufige Version; 07.08.2008)

Ao5-19C

Memantin bei Alzheimer Demenz (Version 2.0; 11.02.2008)

Ao5-20A

Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) bei Patienten mit Depressionen (Version 2.0; 20.05.2008)



A05-20C

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression (Version 1.0; 26.09.2008)

A08-01

Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 (vorläufige Version; 15.09.2008)

Do6-01A

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei malignen Lymphomen (Version 1.0; 10.01.2008)

Do7-01

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose (Version 2.0; 29.09.2008)

No5-03F

Allogene Stammzelltransplantation mit nicht verwandtem Spender bei der Indikation Hodgkin-Lymphom (vorläufige Version; 30.10.2008)

Vo6-02B

Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion (Version 1.0; 04.03.2008)

Vo6-06

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas (Version 1.0; 06.02.2008)



Amendments zu Berichtsplänen

A05-20C

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression (07.05.2008)

Do7-01

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose (19.05.2008)

5.4 Publikationen

5.4.1 Publikationen des IQWiG

5.4.1.1 Berichte, Arbeitspapiere und Methodenpapier

Allgemeine Methoden Version 3.0. Köln: IQWiG; 2008.

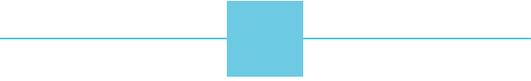
Allogene Stammzelltransplantation mit nicht verwandtem Spender bei der Indikation Hodgkin-Lymphom: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2008.

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2008.

Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2008.



- Clodogrel plus Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale – Ergänzungsauftrag: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale – Ergänzungsauftrag: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Fremdspenderstammzelltransplantation bei erworbener schwerer aplastischer Anämie: Arbeitspapier. Köln: IQWiG; 2008.
- Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache bei Kindern: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2008.
- Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2008.
- Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2008.
- Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2008.
- Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.
- Leitliniensynopse zum Thema „Depression“ (Konzeptentwurf): Arbeitspapier. Köln: IQWiG; 2008.
- Memantin bei Alzheimer Demenz: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2008.
- Memantin bei Alzheimer Demenz: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.



Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung: Methodenpapier Kosten-Nutzen-Bewertung Version 1.0. Köln: IQWiG; 2008.

Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung: Methodenpapier Kosten-Nutzen-Bewertung Version 1.1. Köln: IQWiG; 2008.

Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2008.

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei malignen Lymphomen: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2008.

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei malignen Lymphomen: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbeziehung: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.



Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) bei Patienten mit Depressionen: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2008.

Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) bei Patienten mit Depressionen: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Standard zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.



Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2008.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2008.

Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener antihypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.



Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2008.

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren - Teil 1 Zuverlässigkeit von Diagnoseverfahren: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren - Teil 2 Wirksamkeit der Tests: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2008.

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2008.

5.4.1.2 Produkte des Ressorts Gesundheitsinformation

(aktualisiert und publiziert auf „www.gesundheitsinformation.de“ in 2008)

Asthma und Allergien

Informationsbericht:

- Asthma (23.01.2008)

Merkbblätter:

- Allergieprävention bei Kleinkindern (11.06.2008)
- Asthma (23.01.2008)
- Asthma in der Schwangerschaft (03.12.2008)
- für Eltern von Kindern mit Asthma (24.01.2008)
- Spezifische Immuntherapie bei Allergien, die Heuschnupfen und Asthma auslösen (11.06.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Allergien: Können Immuntherapie-Injektionen Heuschnupfen und andere Formen von allergischer Rhinitis lindern? (11.06.2008)
- Allergien: Was sind die Vor- und Nachteile verschiedener Antihistaminika? (11.06.2008)
- Asthma: Ist Kortison zum Inhalieren in der Schwangerschaft sicher? (03.12.2008)
- Bewertung von internationalen Leitlinien: Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (13.11.2008)
- Bewertung von internationalen Leitlinien: Untersuchungsverfahren zur Diagnose von Asthma bei Kindern zwischen 2 und 5 Jahren (27.04.2008)
- Kleinkinder mit hohem Allergierisiko: Könnte präbiotische Babynahrung vorbeugen? (24.04.2008)

Zusatzelemente:

- Quiz: Allergien (11.06.2008)
- Erfahrungsberichte- Asthma:
Daniel (13.10.2008)
Familie Meier (13.10.2008)
Georg (13.10.2008)
Helena (13.10.2008)
Lena (13.10.2008)

Autoimmunerkrankungen und sonstige chronische Erkrankungen

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Chronisches Müdigkeitssyndrom: Was kann die Symptome bei Erwachsenen und Kindern lindern? (25.07.2008)
- Ermüdung bei Autoimmunerkrankungen: Welche nichtmedikamentösen Verfahren helfen? (21.08.2008)
- Guillain-Barré-Syndrom: Können Kortikosteroide die Genesung unterstützen oder verzögern? (18.01.2008)
- Reizdarmsyndrom: Könnte die Hypnotherapie helfen? (15.02.2008)

Diabetes und Drüsenerkrankungen

Merkbblatt:

- Typ-2-Diabetes und Medikamente (29.08.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Schilddrüsenüberfunktion: Welche Vor- und Nachteile hat eine Kombinationstherapie mit Thyreostatika und Radiojod? (10.01.2008)

- Typ-2-Diabetes: Wo liegen die Vor- und Nachteile von Exenatide -Injektionen? (29.08.2008)

Fortpflanzung

Informationsbericht:

- Endometriose (29.02.2008)

Merkblätter:

- Endometriose (29.02.2008)
- Endometriose – Informationen für Partner (24.10.2008)
- Medikamente bei gutartiger Prostatavergrößerung (17.10.2008)
- Regelschmerzen (29.02.2008)
- Selbstmanagement bei gutartiger Prostatavergrößerung (17.10.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Endometriose: Welche Vor- und Nachteile hat die Hormoneinnahme zusätzlich zu einer Operation? (29.02.2008)
- Prämenstruelles Syndrom: Können Nahrungsergänzungsmittel helfen, die Beschwerden zu lindern? (25.06.2008)
- Verhütung: Wie wirken Verhütungspflaster und Vaginalring im Vergleich zur Antibabypille? (30.10.2008)

Zusatzelemente:

- Diagnose – Endometriose (29.02.2008)
- Wie hormonelle Verhütungsmittel wirken (30.10.2008)

- Erfahrungsberichte-Endometriose: Beatrix (29.02.2008)
Bettina (29.02.2008)
Carolin (29.02.2008)
- Erfahrungsberichte-Prostatavergrößerung: Dieter (29.02.2008)
Karl (29.02.2008)

Gewicht, körperliche Aktivität und Vorbeugung

Merkblätter:

- Bewegung und Gewichtsabnahme bei Arthrose (30.07.2008)
- Gesundheitliche Vorteile des Abnehmens (30.07.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Gehen als Ausgleichstraining: Was kann helfen, mehr zu laufen? (25.07.2008)
- Gehen: Was sind die gesundheitlichen Vorteile? (25.07.2008)
- Gewichtsabnahme: Kann sportliche Aktivität helfen, das Gewicht zu halten? (08.02.2008)
- Kniearthrose: Wie nützlich ist es für übergewichtige Menschen, das Gewicht zu reduzieren? (30.07.2008)
- Prävention: Schaden bestimmte Nahrungsergänzungsmittel mehr, als sie nutzen? (02.10.2008)
- Raucherentwöhnung: Hilft Vareniclin und gibt es ernsthafte Sicherheitsbedenken? (15.02.2008)
- Rauchprävention: Können Eltern beeinflussen, ob ihre Kinder Raucher werden oder nicht? (23.01.2008)

-
- 
- Verhütung: Führen die Antibabypille und andere kombinierte Verhütungsmethoden zu einer Gewichtszunahme? (30.10.2008)

Zusatzelement:

- Quiz: Prävention (02.10.2008)

Herz und Kreislauf

Merkblatt:

- Krampfadern in den Beinen (21.02.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Bewertung von internationalen Leitlinien: Empfehlungen für Menschen mit einer koronaren Herzkrankheit (09.07.2008)
- Bluthochdruck: Kann Gewichtsabnahme den Blutdruck senken? (30.07.2008)
- Tiefe Venenthrombose (TVT): Wie hoch ist das Risiko durch Flugreisen, und ist eine TVT vermeidbar? (10.01.2008)

Infektionen und Viralerkrankungen

Merkblätter:

- Grippebehandlung (30.01.2008)
- HIV-Test in der Schwangerschaft (02.05.2008)
- Wie Sie sich und Ihre Familie vor Atemwegsinfektionen schützen (30.01.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Grippe: Helfen antivirale Grippemittel und welche Nebenwirkungen haben sie? (30.01.2008)
- Grippe: Wieviel Schutz könnte eine Grippeimpfung bieten? (30.01.2008)

-
- 
- HIV und AIDS: Hilft körperliches Training?(08.02.2008)

Informierter Umgang mit Versorgungsfragen

Merkblätter:

- Die sichere Anwendung von Antibiotika (17.11.2008)
- Medikamente über lange Zeit anwenden (07.08.2008)
- Nahrungsergänzungsmittel und komplementärmedizinische Präparate(25.06.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Antibiotika richtig anwenden (17.11.2008)
- Medikamenteneinnahme: Was hilft am besten dabei, verschriebene Arzneimittel regelmäßig zu nehmen? (07.08.2008)
- Medikamenten-Liste (07.08.2008)
- Menschen in Studien randomisieren (07.10.2008)

Zusatzelemente:

- Quiz: Entzündungen (17.11.2008)
- Quiz: Medikamentenanwendung (07.08.2008)

Kind und Familie

Merkblätter:

- Flüssiges Aufstoßen und Reflux bei Babys (04.07.2008)
- Kopfläuse (07.03.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Chronische Mittelohrentzündung: Wie sinnvoll ist das Einsetzen von Paukenröhrchen? (04.07.2008)
- Mittelohrentzündung: Können Antibiotika bei Säuglingen und Kleinkindern die Beschwerden lindern? (04.07.2008)
- Regurgitation bei Babys: Was verringert das Speien und welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? (04.07.2008)

Kopf und Nerven

Merkblätter:

- Migräne-Infos für Kinder und Jugendliche (17.12.2008)
- Tinnitus – wenn Ohrgeräusche den Alltag belasten (04.09.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Lagerungsschwindel: Gibt es eine einfache Behandlung, die Menschen mit dieser Art von Vertigo helfen kann? (10.01.2008)
- Migräne bei Kindern und Jugendlichen: Kann man Migräneanfällen ohne Medikamente vorbeugen? (17.12.2008)
- Migräne bei Kindern und Jugendlichen: Können Medikamente oder pflanzliche Mittel Migräneattacken vorbeugen? (17.12.2008)
- Migräne bei Kindern und Jugendlichen: Welche Medikamente können die Beschwerden lindern? (17.12.2008)
- Tinnitus: Kann eine kognitive Verhaltenstherapie helfen, besser mit Ohrgeräuschen zurechtzukommen? (04.09.2008)

Zusatzelemente:

- Anzeichen einer Migräne (17.12.2008)
- Das Epley-Manöver (11.01.2008)
- Migräne: Tagebuch (17.12.2008)
- Audiovisuelle Elemente:
Anzeichen einer Migräne – MP3 (17.12.2008)
Migräne Merkblatt für Kinder und Jugendliche – MP3 (17.12.2008)

Krebs

Merkblatt:

- Vorbeugung und Behandlung von Lymphödemen (06.11.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Bewertung von internationalen Leitlinien: Brustkrebs (25.11.2008)
- Brustkrebs: Können Milchprodukte das Erkrankungsrisiko beeinflussen? (19.04.2008)
- Brustkrebs: Verbessert körperliche Bewegung die Lebensqualität? (08.02.2008)
- Brustkrebs: Welche Behandlungsmethoden helfen bei einem Lymphödem nach einer Brustkrebserkrankung? (06.11.2008)
- Familienanamnesen: Wie präzise sind sie, und welche Informationen könnten wichtig sein? (19.04.2008)

Zusatzelemente:

- Das Lymphsystem (06.11.2008)
- Ursachen und Anzeichen eines Ödems (06.11.2008)

Muskeln, Knochen und Gelenke

Merkblätter:

- Osteoporose vorbeugen (12.09.2008)
- Schultersteife (Adhäsive Kapsulitis) (18.09.2008)
- Verstauchung des Sprunggelenks (13.11.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Chronische Instabilität des Sprunggelenks: Welche Behandlungen helfen? (13.11.2008)
- Osteoporose: Können Kalzium und Vitamin D vorbeugen? (12.09.2008)
- Rheumatoide Arthritis: Können spezielle Schuheinlagen bei Arthritis in den Füßen helfen? (10.01.2008)
- Schultersteife: Kann Kortison die Beschwerden lindern? (18.09.2008)

Zusatzelement:

- Kalzium-Rechner (12.09.2008)

Operationen und stationäre Behandlungen

Merkblätter:

- Chirurgische Behandlungen bei gutartiger Prostatavergrößerung (17.10.2008)
- Hyperbare Sauerstofftherapie (17.11.2008)
- Schmerzen nach Operationen (17.03.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Beingeschwüre: Helfen Hauttransplantate bei schlecht heilenden venösen Beingeschwüren? (21.02.2008)

- Brandwunden: Kann eine hyperbare Sauerstofftherapie die Heilung unterstützen? (17.11.2008)
- Gutartige Prostatavergrößerung: Wie schneiden neuere Verfahren im Vergleich zu Standardoperationen ab? (17.10.2008)
- Hüftkopfnekrose: Hilft eine hyperbare Sauerstofftherapie? (17.11.2008)
- Krampfadern der Beine: Welche Behandlungsergebnisse kann man von einer Operation erwarten? (21.02.2008)
- Krampfadern in den Beinen: Was sind die Vor- und Nachteile der Sklerotherapie, auch im Vergleich zur operativen Behandlung? (21.02.2008)
- Nach einer Operation: Kann eine patientenkontrollierte Schmerzbehandlung die Schmerzen besser lindern? (17.03.2008)
- Nach einer Operation: Kann Ingwer helfen, Übelkeit und Erbrechen vorzubeugen? (25.06.2008)
- Nach Operationen: Kann Kaugummikauen dem Darm helfen, sich schneller zu erholen? (13.11.2008)

Psyche und Gemüt

Merkblätter:

- Generalisierte Angststörung (15.02.2008)
- Kognitive Verhaltenstherapie (31.12.2008)
- Zwangsstörungen müssen nicht das Leben bestimmen (24.10.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Depressionen: Können Mittel aus Johanniskraut (Hypericum) helfen? (25.06.2008)
- Generalisierte Angststörung: Gibt es Alternativen zu Beruhigungsmitteln und Antidepressiva? (15.02.2008)
- Kognitive Verhaltenstherapie auf einen Blick (31.12.2008)
- Zwangsstörung: Kann eine Psychotherapie helfen? (24.10.2008)

Schlaf

Merkblatt:

- Entspannungstherapien und Änderung der Schlafgewohnheiten gegen Schlaflosigkeit (21.08.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Schlaf: Was ist normaler Schlaf und wie verändert er sich von der Kindheit bis zum Alter? (21.08.2008)
- Schlaflosigkeit: Können Entspannungstherapie oder die Änderung der Schlafgewohnheiten helfen? (21.08.2008)

Schlaganfall

Merkblatt:

- Seelischer Umgang mit einem Schlaganfall (09.07.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Nach dem Schlaganfall: Gibt es eine Form der Krankengymnastik, die zu mehr Selbstständigkeit verhilft? (18.01.2008)

- Nach dem Schlaganfall: Wie gut hilft Ergotherapie bei Alltagsaktivitäten wie dem Anziehen? (18.01.2008)
- Nach einem Schlaganfall: Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei Depressionen? (09.07.2008)
- Prävention von Schlaganfällen: Hat das Selbstmanagement bei Behandlung mit Gerinnungshemmern wie „Marcumar“ Vorteile? (18.01.2008)

Schwangerschaft und Geburt

Merkblätter:

- Depression nach der Geburt – was helfen kann (30.10.2008)
- Frühgeburt und vorgeburtliche Steroidbehandlung (14.03.2008)
- Mit Geburtsschmerzen umgehen (06.11.2008)
- Wenn die Geburt des Babys auf sich warten lässt (25.09.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Depressionen nach Geburt: Können psychosoziale und psychologische Verfahren helfen? (30.10.2008)
- Frühgeburt und sehr geringes Geburtsgewicht: Werden Frühgeborene in Krankenhäusern mit größeren Behandlungszahlen besser versorgt? (24.10.2008)
- Frühgeburt: Hilft es dem Neugeborenen, wenn die Mutter vor der Geburt Kortikosteroide bekommt? (14.03.2008)
- Geburtswehen: Gibt es Komplementärtherapien, die helfen könnten, die Schmerzen zu lindern? (14.03.2008)



- Kaiserschnitt: Wo liegen die Vor- und Nachteile von Periduralanästhesie (PDA) und Vollnarkose?(19.03.2008)
- Übelkeit in der Schwangerschaft: Könnte Ingwer helfen, die Beschwerden zu lindern, und was sind seine Nebenwirkungen? (14.03.2008)
- Überschreitung des Geburtstermins: Wann wird eine Geburtseinleitung nötig? (25.09.2008)

Sehen und Hören

Merkblätter:

- Hörtests bei Neugeborenen und Säuglingen (15.05.2008)
- Kleine Fremdkörper im Auge (07.03.2008)
- Neue Medikamente bei altersbedingter Makuladegeneration (04.04.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Altersbedingte Makuladegeneration: Kann eine thermische Lasertherapie den Sehverlust verlangsamen? (04.04.2008)
- Altersbedingte Makuladegeneration: Welche möglichen Vor- und Nachteile bieten die neuesten Arzneimittel?(04.04.2008)
- Früherkennungsprogramme: Welche Auswirkungen hätten Hörtests für alle Neugeborenen? (15.05.2008)
- Kleine Kratzer am Auge: Heilen sie besser mit oder ohne Augenverband?(07.03.2008)

Zusatzelement:

- Wie funktioniert das Ohr (16.05.2008)



Zähne

Merkblatt

- Zähne und Zahnfleisch lange gesund halten (30.05.2008)

Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen:

- Karies: Kann Zahnseide bei Kindern vorbeugen? (30.05.2008)
- Zahnaufhellung: Was bringen Bleichsysteme für die Heimanwendung und welche unerwünschten Wirkungen könnten sie haben? (30.05.2008)
- Zahnsplangen: Wodurch entstehen weiße Flecken auf den Zähnen und wie kann man ihnen vorbeugen? (30.05.2008)

5.4.2 Publikationen der Mitarbeiter

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

Bastian H. **Lucy Wills (1888-1964): the life and research of an adventurous independent woman.** J R Coll Physicians Edinb 2008; 38(1): 89-91.

Bastian H. **Health literacy and patient information: developing the methodology for a national evidence-based health website.** Patient Educ Couns 2008; 73(3): 551-556.

Bender R, Bunce C, Clarke M, Gates S, Lange S, Pace NL et al. **Attention should be given to multiplicity issues in systematic reviews.** J Clin Epidemiol 2008; 61(9): 857-865.



Daly B, Newton T, Nasser M, Jones K, Fedorowicz Z. **Intracanal interventions for the treatment of dry socket.** Cochrane Database Syst Rev 2008; (1): CD006968.

Droste S. **Systematische Gewinnung von Informationen zu ethischen Aspekten in HTA-Berichten zu medizinischen Technologien bzw. Interventionen.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(5): 329-341.

Fervers B, Remy-Stockinger M, Mazeau-Woynar V, Otter R, Liberati A, Littlejohns P, Qureshi S, Vlayen J, Characiejus D, Corbacho B, Garner S, Hamza-Mohamed F, Hermosilla T, Kersten S, Kulig M et al. **CoCa-nCPG: coordination of cancer clinical practice in Europe.** Tumori 2008; 94(2): 154-159.

Fedorowicz Z, Aljufairi H, Nasser M, Outhouse TL, Pedrazzi V. **Mouthrinses for the treatment of halitosis.** Cochrane Database Syst Rev 2008; (4): CD006701.

Fedorowicz Z, Chan Shih-Yen E, Dorri M, Nasser M, Newton T, Shi L. **Interventions for the management of oral submucous fibrosis.** Cochrane Database Syst Rev 2008; (4): CD007156.

Gehrmann U, Koch K, Sawicki PT. **Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung; Schlusswort.** Dtsch Arztebl 2008; 105(5): 84.

Gerhardus A, Stich AK. **Sozio-kulturelle Aspekte in Health Technology Assessments (HTA).** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(2): 77-84.

Gregor S, Maegele M, Sauerland S, Krahn JF, Peinemann F, Lange S. **Negative pressure wound therapy: a vacuum of evidence?** Arch Surg 2008; 143(2): 189-196.

Grouven U, Küchenhoff H, Schröder P, Bender R. **Flexible regression models are useful tools to calculate and assess threshold values in the context of minimum provider volumes.** J Clin Epidemiol 2008; 61(11): 1125-1131.

Grüber C, Keil T, Kulig M, Roll S, Wahn U, Wahn V. **History of respiratory infections in the first 12 yr among children from a birth cohort.** Pediatr Allergy Immunol 2008; 19(6): 505-512.

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schünemann HJ for the GRADE Working Group. **Going from evidence to recommendations.** BMJ 2008; 336(7652): 1049-1051.

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, Vist GE, Schünemann HJ for the GRADE Working Group. **Incorporating considerations of resources use into grading recommendations.** BMJ 2008; 336(7654): 1170-1173.



Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ for the GRADE Working Group. **What is „quality of evidence“ and why is it important to clinicians?** BMJ 2008; 336(7651): 995-998.

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ for the GRADE Working Group. **GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations.** BMJ 2008; 336(7650): 924-926.

Hemkens LG, Hilden KM, Hartschen S, Kaiser T, Didjurgeit U, Hansen R et al. **A randomized trial comparing INR monitoring devices in patients with anticoagulation self-management: evaluation of a novel error-grid approach.** J Thromb Thrombolysis 2008; 26(1): 22-30.

Horvath K, Jeitler K, Siering U, Stich AK, Skipka G, Gratzner TW et al. **Long-term effects of weight-reducing interventions in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis.** Arch Intern Med 2008; 168(6): 571-580.

Joos S, Miksch A, Szecsenyi J, Wieseler B, Grouven U, Kaiser T et al. **Montelukast as add-on therapy to inhaled corticosteroids in the treatment of mild to moderate asthma: a systematic review.** Thorax 2008; 63(5): 453-462.

Karaolis-Danckert N, Buyken AE, Kulig M, Kroke A, Forster J, Kamin W et al. **How pre- and postnatal risk factors modify the effect of rapid weight gain in infancy and early childhood on subsequent fat mass development: results from the Multicenter Allergy Study go.** Am J Clin Nutr 2008; 87(5): 1356-1364.

Koch K. **Die Bewertung von Kosten und Nutzen in der Medizin: ein Vorschlag.** Die Krankenversicherung 2008; 60(6): 155-159.

Koch K, Dintsios CM. **Die Bewertung von Kosten und Nutzen in der Medizin: ein Vorschlag.** Die Ersatzkasse 2008; 88(3): 114-117.

Koch K, Dintsios CM, Sawicki PT. **Methodenvorschlag des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Verfahren.** Sozialer Fortschritt 2008; 57(12): 294-300.

Koch K, Lange S, Sawicki PT. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: der evidenzbasierten Medizin verpflichtet.** Dtsch Arztebl 2008; 105(39): A2039-A2042.

Koch K, Lange S, Sawicki PT. **IQWiG: welche Ergebnissicherheit ist bei der Bewertung von medizinischen Verfahren nötig und angemessen?** Forum 2008; 23(5): 38-41.

Koch K, Sawicki PT. **Todsünde eines Experten: Verbreiten falscher Sicherheit.** BDI aktuell 2008; (1): 4.



Koch K, Weymayr C. **Kritik der Krebsfrüherkennung.** Der Onkologe 2008; 14(2): 181-188.

Kolominsky-Rabas PL. **Kosten-Nutzen-Bewertung: Transparenz als notwendige Voraussetzung.** Gesellschaftspolitische Kommentare 2008; 49(Sonderausgabe 3): 46.

Kolominsky-Rabas PL, Caro JJ. **The Hanover Consensus: helpful for German decision-makers?** Value Health 2008; 11(4): 545-546.

Kreis J, Lange S, Scheibler F, Skipka G. **Parent-based language intervention: getting the full picture.** Arch Dis Child 18.09.2008 [elektronischer Leserbrief]. URL: <http://adc.bmj.com/cgi/eletters/94/2/110#8056>

Lee MS, Pittler MH, Ernst E. **Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials.** Int J Clin Pract 2008; 62(6): 947-954.

Lee MS, Pittler MH, Ernst E. **Tai chi for osteoarthritis: a systematic review.** Clin Rheumatol 2008; 27(2): 211-218.

Lee MS, Pittler MH, Kim MS, Ernst E. **Tai chi for type 2 diabetes: a systematic review.** Diabet Med 2008; 25(2): 240-241.

Lee MS, Pittler MH, Shin BC, Ernst E. **Tai chi for osteoporosis: a systematic review.** Osteoporos Int 2008; 19(2): 139-146.



Lee MS, Pittler MH, Shin BC, Kong JC, Ernst E. **Bee venom acupuncture for musculoskeletal pain: a review.** J Pain 2008; 9(4): 289-297.

Nasser M, Aljufairi H, McKerrow W, Fedorowicz Z. **Antihistamines as an adjunct to topical nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children.** Cochrane Database Syst Rev 2008; (1): CD006989.

Nasser M, Eisinga A, Al-Hajeri A, Feorowicz Z. **Assessment of methodological quality of reporting of randomized trials in four Iranian healthcare journals.** Bahrain Medical Bulletin 2008; 30(3): 111-113.

Nasser M, Eisinga A, Al-Hajeri A, Feorowicz Z. **Identifying search terms likely to retrieve reports of randomized trials in Iranmedex: a pilot project.** Bahrain Medical Bulletin 2008; 30(3): 119-121.

Nasser M, Fedorowicz Z, Khoshnevisan MH, Shahiri Tabarestani M. **Acyclovir for treating primary herpetic gingivostomatitis.** Cochrane Database Syst Rev 2008; (4): CD006700.

Nasser M, Van Binsbergen J, Javaheri H, Yassiny K. **Diet and nutrition advice from the Cochrane Library: is it useful for the consumers and family physicians?** Fam Pract 2008; 25(Suppl 1): i60-i66.

Niederau C, Lange S, Frühauf M, Thiel A. **Cutaneous signs of liver disease: value for prognosis of severe fibrosis and cirrhosis.** Liver Int 2008; 28(5): 659-666.



Pedrazzi V, Oliveira-Neto JM, Sequeira P, Fedorowicz Z, Nasser M. **Hand and ultrasonic instrumentation for orthograde root canal treatment of permanent teeth.** Cochrane Database Syst Rev 2008; (4): CD006384.

Peinemann F, McGauran N, Sauerland S, Lange S. **Disagreement in primary study selection between systematic reviews on negative pressure wound therapy.** BMC Med Res Methodol 2008; 8: 41.

Peinemann F, McGauran N, Sauerland S, Lange S. **Negative pressure wound therapy: potential publication bias caused by lack of access to unpublished study results data.** BMC Med Res Methodol 2008; 8: 4.

Pfannkuche M, Glaeske G, Sawicki P, Fleer D. **Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln; Teil 1: Verankerung der Nutzen-Bewertung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.** Dtsch Apoth Ztg 2008; 148(31): 41-45.

Pfannkuche M, Glaeske G, Sawicki P, Fleer D. **Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln; Teil 2: Grundlagen, Werkzeuge und Ablauf einer Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln in Deutschland.** Dtsch Apoth Ztg 2008; 148(32): 56-60.

Pittler MH, Ernst E. **Complementary therapies for neuropathic and neuralgic pain: systematic review.** Clin J Pain 2008; 24(8): 731-733.

Pittler MH, Ernst E. **Is acupuncture an effective treatment for knee osteoarthritis?** Nat Clin Pract Rheumatol 2008; 4(3): 124-125.

Pittler MH, Guo R, Ernst E. **Hawthorn extract for treating chronic heart failure.** Cochrane Database Syst Rev 2008; (1): CD005312.

Pittler MH, Harlow T, Orton CG. **Point/counterpoint: despite widespread use there is no convincing evidence that static magnets are effective for the relief of pain.** Med Phys 2008; 35(7): 3017-3019.

Plachta-Danielzik S, Bartel C, Raspe H, Thyen U, Landsberg B, Müller MJ. **Assessment of representativity of a study population: experience of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS).** Obesity Facts 2008; 1(6): 325-330.

Sawicki PT. **Die Zukunft der deutschen Chirurgie liegt in der Überzeugung durch transparente Ergebnisqualität.** Der Chirurg BDC 2008; 47(11): 371-372.

Sawicki PT. **IQWiG Herbstsymposium 2007.** Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2008; 102(4): 221-222.

Sawicki PT, Bastian H. **German health care: a bit of Bismarck plus more science.** BMJ 2008; 337(7679): 1142-1145.



Scheibler F, Scheike IM, Dintsios CM. **Patientenpartizipation bei Festlegung und Gewichtung von Behandlungszielen: Status quo und Entwicklungspotenziale.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(6): 373-377.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, Williams JW, Kunz R, Craig J, Montori VM, Bossuyt P, Guyatt GH for the GRADE Working Group. **Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies.** BMJ 2008; 336(7653): 1106-1110.

Schultz A, Siedenberg M, Grouven U, Kneif T, Schultz B. **Comparison of Narcotrend Index, Bispectral Index, spectral and entropy parameters during induction of propofol-remifentanyl anaesthesia.** J Clin Monit Comput 2008; 22(2): 103-111.

Steffen P, Nitzsche A, Scheibler F, Pfaff H. **Konstertierte Aktion gegen Brustkrebs in NRW: die Patientinnenbefragung im Rahmen der (Re-)Zertifizierung der Brustzentren in NRW.** Senologie 2008; 5(2): 75-77.

Sturtz S. **Book review: „Rue H, Held L. Gaussian Markov random fields: theory and applications“ (Boca Raton: Chapman & Hall; 2005).** Metrika 2008; 67(2): 243-244.

Tammen H, Hess R, Rose H, Wiene W, Jost M. **Peptidomic analysis of blood plasma after in vivo treatment with protease inhibitors: a proof of concept study.** Peptides 2008; 29(12): 2188-2195.



Windeler J, Lange S. **Nutzenbewertung in besonderen Situationen: seltene Erkrankungen.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(1): 25-30.

5.4.2.2 Bücher, Monographien und Buchbeiträge

Bastian H. **Health information on the internet.** In: Heggenhougen K, Quah S (Ed). International Encyclopedia of Public Health: vol 3. Oxford: Elsevier; 2008. S. 678-682.

Bastian H, Sawicki PT. **Die Förderung von Patienteninformation und Patientenbeteiligung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.** In: Härter M, Loh A, Spies C (Ed). Gemeinsam entscheiden, erfolgreich behandeln: neue Wege für Ärzte und Patienten. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2008. S. 69-78.

Bender R, Grouven U. **Berechnung von Konfidenzintervallen für die Population Impact Number (PIN).** In: Hilgers RD, Heussen N, Herff W, Ortseifen C (Ed). KSFE 2008: Proceedings der 12. Konferenz der SAS-Anwender in Forschung und Entwicklung (KSFE); 28.-29.02.2008; Aachen, Deutschland. Aachen: Shaker; 2008. S. 41-47.

Bünemann A. **Energiebilanzrelevante Lebensstile von Heranwachsenden: ein multivariater Erklärungsansatz für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter [Dissertation].** München: Grin-Verlag; 2008.



Bünemann A. **Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter: eine neue Herausforderung im Kreis Paderborn.** In: Brandl-Bredenbeck HP (Ed). *Bewegung, Spiel und Sport in Kindheit und Jugend: eine europäische Perspektive.* Aachen: Meyer & Meyer; 2008. S. 248-260.

Bünemann A. **Zum komplexen Ursachengeflecht von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter.** In: Schmidt W (Ed). *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht: Schwerpunkt Kindheit.* Schorndorf: Hofmann; 2008. S. 115-124.

Droste S. **Informations- und Wissensmanagement.** In: Perleth M, Busse R, Gerhardus A, Gibis B, Lühmann D (Ed). *Health Technology Assessment: Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2008. S. 99-133.

Ernst E, Pittler MH, Wider B, Boddy K. **Oxford handbook of complementary medicine.** Oxford: Oxford University Press; 2008.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Intravaskuläre Brachytherapie bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) [online].** 2008 [Zugriff: 02.04.2009]. (Schriftenreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland; Band 75). URL: http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta218_bericht_de.pdf



Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Medikamente freisetzende Stents im Vergleich zu Bypass-Operationen bei koronarer Herzkrankheit [online].** 2008 [Zugriff: 18.03.2009]. (Schriftenreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland; Band 72). URL: http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta219_bericht_de.pdf

Higgins JPT, Deeks JJ, Altman DG. **Special topics in statistics (contributing authors: Altman DG, Ashby D, Bender R, Bunce C, Campbell M, Clarke M, Deeks JJ, Gates S, Higgins JPT, Pace NL & Thompson S).** In: Higgins JPT, Green S (Ed). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.* Chichester: Wiley; 2008. S. 481-529.

Kaiser T. **Feststellung des Unabhängigkeitsstatus für HTA-Einrichtungen.** In: Perleth M, Busse R, Gerhardus A, Gibis B, Lühmann D (Ed). *Health Technology Assessment: Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2008. S. 229-235.

Pittler MH. **Herbal supplements for reducing body weight.** In: Watson RR, Preedy VR (Ed). *Botanical medicine in clinical practice.* Wallingford: CABI; 2008. S. 785-789.

Pittler MH, Ernst E. **Treatments used in complementary and alternative medicine.** In: Aronson JK (Ed). *Side effects of drugs annual 30.* Amsterdam: Elsevier; 2008. S. 551-560.



Sawicki PT. **Wie lässt sich ärztliche Qualität sichern?** In: Schumpelick V, Vogel B (Ed). Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb: Probleme, Trends und Perspektiven; Beiträge des Symposiums vom 27.-30. September 2007 in Cadenabbia. Freiburg: Herder; 2008. S. 127-133.

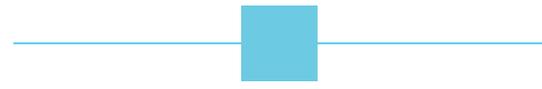
Scheibler F. **Arztrolle.** In: Berth H, Balck F, Brähler E (Ed). Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A-Z. Göttingen: Hogrefe; 2008. S. 55-59.

Scheibler F. **Arzt-Patient-Beziehung.** In: Berth H, Balck F, Brähler E (Ed). Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A-Z. Göttingen: Hogrefe; 2008. S. 50-54.

Scheibler F, Eyding D. **Ausblick: Perspektiven der Sicherung und Entwicklung von Qualität unter Einbezug der Patientensicht; ein Zukunftsmodell?** In: Gehrlach C, Schwappach D, Altenhöner T (Ed). Der Patients` Experience Questionnaire: Patientenerfahrungen vergleichbar machen. Gütersloh: Bertelsmann; 2009. S. 133-144.

5.4.2.3 Publierte Abstracts von Postern und Vorträgen

Bastian H. **Gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient: Problem oder Chance.** Onkologische Pharmazie 2008; 10(2): 20-21.



Bastian H, Knelangen M, Lange S, Nasser M. **Cochrane versus non-Cochrane reviews: an exploration of discordance, comparative quality and relevance for patient information.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(Suppl VI): 15.

Bender R, Grouven U. **Application of the Population Impact Number (PIN) to describe the effect of interventions in the entire community.** In: Hothorn LA, Mansmann U, Tutz G, Burger HU, Mejza S (Ed). Lifestat 2008: statistics and life sciences; perspectives and challenges; 10.-13.03.2008; München, Deutschland; abstracts of talks and posters. Berlin: Lehmanns Media; 2008. S. 12.

Bender R, Grouven U. **Interval estimation of the Population Impact Number (PIN).** In: 29th Annual Conference of the International Society for Clinical Biostatistics; 17.-21.08.2008; Kopenhagen, Dänemark; programme & abstract book. 2008. S. 56.

Bender R, Grouven U. **Methoden zur Intervallschätzung der Population Impact Number (PIN) [online].** In: 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland. 10.09.2008 [Zugriff: 02.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2008/o8gmdso71.shtml>

Bender R, Hildebrandt M. **Calculation and interpretation of the number needed to treat.** In: 16th Cochrane Colloquium: evidence in the era of globalisation; 03.-07.10.2008; Freiburg, Deutschland; Programmheft. 2008. S. 93-94.



Biester K, Skipka G, Lange S. **Interpreting intergroup differences on low quality data of adverse events (AE) in primary clinical trials of non-drug interventions.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(Suppl VI): 65.

Brotons C, Van Weel C, Drenthen T, Visentin G, Ross H, Nasser M et al. **Diet and nutrition advice from the Cochrane Library: is it useful for the consumers and family physicians? WONCA Europe Conference: overcoming the distance; family doctor, bringing the art of medicine to the patient;** 04.-07.09.2008; Istanbul, Türkei; abstract book: 42.

Caro J, Kolominsky-Rabas PL, McGregor M, Henry D. **Informing decision makers in Germany: the IQWiG approach.** Value Health 2008; 11(3): A310.

Danner M, Mangiapane S, Velasco Garrido M, Follmann M, Siering U, Kirchner H. **Systematische Leitlinienrecherche und Extraktion von Kernempfehlungen zur Aktualisierung des Disease-Management-Programms (DMP) Koronare Herzkrankheit (KHK) [online].** In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 19.03.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/o8ebm26.shtml>



De Souza RF, Chaves CAL, Nasser M, Fedorowicz Z. **Brazilian Oral Health Journals in Scielo: an open access tropical treasure.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(Suppl VI): 64.

Dintsios CM, Gerhardus A, Hagen A, Krauth C. **Needs assessment (NA) for venous implants in the treatment of chronic venous insufficiency (CVI).** In: V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada; book of abstracts [E-book auf USB-Stick]. 2008. S. M3.15.

Dintsios CM, Hagen A, Gerhardus A, Krauth C. **Tissue engineering of valved venous conduits (VVC) versus conservative therapy in patients with chronic venous insufficiency (CVI): a decision analytic model using expert estimated utilities based on derived data from animal studies as a pre-market technology assessment approach with German data.** Value Health 2008; 11(6): A406.

Dintsios CM, Herrmann-Frank A, Scheibler FF, Droste S. **Innovationsinduzierte neue Krankheitsbilder im Rahmen der klassischen Nutzenbewertung: werden diese angemessen erfasst und in der ethisch motivierten Nutzen-Schaden-Abwägung berücksichtigt? [online].** In: 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung; 16.-18.10.2008; Köln, Deutschland. 06.10.2008 [Zugriff: 29.01.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2008/o8dkvf131.shtml>



Dintsios CM, Weigel C, Becker M, Ten Thoren C, Droste S. **Gesundheitsökonomische Evaluationen rehabilitativer Maßnahmen in Deutschland: eine bibliometrische Auswertung angewandeter Studienformen unter Berücksichtigung des spezifischen Versorgungskontextes und unterschiedlicher Indikationsgebiete.** Gesundheitswesen 2008; 70(7): 501.

Droste S, Dintsios CM. **Where and how to find information on ethical issues for health technology assessments.** In: V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada; book of abstracts [E-book auf USB-Stick]. S. T1.1.

Droste S, Dintsios CM, Herrmann-Frank A. **The Netherlands: the worlds leading country in surgical publications? A plea for consideration of bias and introduction of EBM quality measures in the bibliometrics of surgery.** In: 12th Annual Conference of the European Society of Surgery: European integration for surgical know-how; 27.-29.11.2008; Neapel, Italien; programme and proceedings. 2008. S. 126.

Eikermann M, Schäfer T, Follmann M, Kirchner H, Kullig M. **Standard zur Diagnosestellung des Asthma bronchiale bei Kleinkindern: eine systematische Leitlinienanalyse [online].** In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 19.03.2009]. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2008/o8ebm24.shtml>

Eikermann M, Schäfer T, Grouven U, Schramm S, Hasenbein U, Lange S et al. **Das Konzept der „linked evidence“ am Beispiel der Asthmediagnostik bei Kleinkindern [online].** In: 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland. 10.09.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2008/o8gmdso59.shtml>

Eikermann M, Schäfer T, Grouven U, Schramm S, Hasenbein U, Lange S et al. **Die Methode der „linked evidence“ am Beispiel der Asthmediagnostik bei Kleinkindern [online].** In: 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland. 12.09.2008 [Zugriff: 18.03.2009]. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/gmds2008/o8gmdso59.shtml>

Eikermann M, Schäfer T, Schramm S, Hasenbein U, Rütter A. **Diagnosis of asthma in young children: analysis of guideline recommendations and the current evidence base.** In: Kirjapaino V (Ed). The 5th International G-I-N Conference: implementation in practice; 01.-03.10.2008; Helsinki, Finnland. Helsinki: Finnish Medical Society Duodecim; 2008. S. 115.



Gerhardus A, A´Walelu O, Dintsios CM, Grobe T, Krauth C, Meisinger C. **Der Einfluss von Studien, Meta-Analysen und Leitlinien auf Trends in der medikamentösen Behandlung von Herzinfarkten.** In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (Ed). 3. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) : Epidemiologie in Wissenschaft und Öffentlichkeit; 24.-27.09.2008; Bielefeld, Deutschland; Tagungsband. Düsseldorf: LIGA NRW; 2008. S. 123.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Gesundheitsökonomische Modellierung zum Einsatz von Medikamente freisetzenden Stents im Vergleich zu Bypass-Operationen bei koronarer Herzkrankheit [online].** In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 29.01.2009]. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2008/o8ebm47.shtml>

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Health economical modeling on the use of drug eluting stents (DES) in comparison with coronary artery bypass-graft (CABG) in coronary heart disease (CHD).** In: V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada; book of abstracts [E-book auf USB-Stick]. 2008. S. T3.14.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Systematic review on medical efficacy of drug-eluting stents (DES) vs. coronary artery bypass-graft (CABG) in coronary heart disease (CHD).** In: V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada; book of abstracts [E-book auf USB-Stick]. 2008. S. M11.1.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. **Systematische Übersicht zur medizinischen Wirksamkeit von Medikamente freisetzenden Stents im Vergleich zu Bypass-Operationen bei koronarer Herzkrankheit [online].** In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 29.01.2009]. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2008/o8ebm46.shtml>

Großelfinger R, Hommerich J, Kreis J, Scheibler F, Lange S. **Diagnostic tests for screening: the clinical relevance of positive findings.** In: Methods for evaluating medical tests: first international symposium; 24.-25.07.2008; Birmingham, Großbritannien; programme & book of abstracts. 2008. S. 33.



Großelfinger R, Lange S. **Diagnostik bei Reihenuntersuchungen: ist bei gleicher Spezifität der sensitivste Test immer der Beste? [online]**. In: 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland. 10.09.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/gmds2008/o8gmdso89.shtml>

Grosselfinger R, Scheibler F, Lange S. **Benötigen wir zusätzliche systematische Reviews wenn Ergebnisse aus hochwertiger Sekundärliteratur vorliegen? [online]**. In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/o8ebm39.shtml>

Grouven U, Bender R, Küchenhoff H. **Estimating threshold values for minimum provider volumes in total knee replacement data**. In: Hothorn LA, Mansmann U, Tutz G, Burger HU, Mejza S (Ed). Lifestat 2008: statistics and life sciences; perspectives and challenges; 10.-13.03.2008; München, Deutschland; abstracts of talks and posters. Berlin: Lehmanns Media; 2008. S. 50.

Hasenbein U, Eikermann M, Rüther A. **Is there a standard for presenting guideline recommendations? An analysis of "guidelines" for guidelines**. In: Kirjapaino V (Ed). The 5th International G-I-N Conference: implementation in practice; 01.-03.10.2008; Helsinki, Finnland. Helsinki: Finnish Medical Society Duodecim; 2008. S. 110.

Hasenbein U, Eikermann M, Siering U, Holzmann N, Rüther A. **Systematische Leitlinienanalyse zur Identifizierung von Versorgungsstandards am Beispiel des strukturierten Behandlungsprogramms für Asthma bronchiale**. Gesundheitswesen 2008; 70(7): 440.

Hausner E, Simon M, Kaiser T. **Focused Emtree terms vs. non-focused Emtree terms to search for clinical drug trials in EMBASE**. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2008; 102(Suppl VI): 87.

Hausner E, Simon M, Kaiser T. **Methodische Suchfilter zur Identifizierung randomisierter Studien in bibliographischen Datenbanken: eine Bestandsaufnahme [online]**. In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 09.12.2008]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/o8ebm50.shtml>



Hildebrandt M, Vervölgyi E, Bender R. **Calculating the NNT in RCTs with time-to event data: a systematic review.** In: Hothorn LA, Mansmann U, Tutz G, Burger HU, Mejza S (Ed). *Lifestat 2008: statistics and life sciences; perspectives and challenges*; 10.-13.03.2008; München, Deutschland; abstracts of talks and posters; first conference of the Central European Network. Berlin: Lehmanns Media; 2008. S. 60.

Hildebrandt M, Vervölgyi E, Bender R. **Methoden zur Berechnung der Number Needed to Treat (NNT) in randomisierten kontrollierten Studien mit Überlebenszeiten: eine systematische Übersicht [online].** In: *EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege*; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/08ebm54.shtml>

Holzmann N, Siering U, Danner M, Rüter A. **Entwicklung einer Methodik zur Identifizierung von Versorgungsstandards am Beispiel der Behandlung von Patienten mit Adipositas [online].** In: 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung; 16.-18.10.2008; Köln, Deutschland. 06.10.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2008/08dkvf109.shtml>



Kreis J, Schüler YB, Eyding D, Wieseler B. **Assessment of the validity of a resources-saving selection procedure for non-English studies in systematic reviews.** *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2008; 102(Suppl VI): 83.

Krones T, Droste S, Herrmann-Frank A, Scheibler F. **Fact-value distinction in HTA: methods for considering values in HTA and the example of stem cell transplantation in breast cancer.** In: V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada; book of abstracts [E-book auf USB-Stick]. 2008. S. 32.2.

Lange S, Skipka G. **Empirical data on the choice of irrelevance margins: results from a systematic review.** In: International Biometric Society Eastern North American Region (Ed). *ENAR Spring Meeting with IMS and Sections of ASA*; 16.-19.03.2008; Arlington, USA; program and abstracts [E-Book auf CD-ROM]. 2008. S. 88.

Langer T, Röllig C, Weinbrenner S, Nothacker M, Ollenschläger G, Siering U et al. **A new DELBI domain for quality assessment of adapted guidelines.** In: Kirjapaino V (Ed). *The 5th International G-I-N Conference: implementation in practice*; 01.-03.10.2008; Helsinki, Finnland. Helsinki: Finnish Medical Society Duodecim; 2008. S. 213.



Laubender R, Bender R. **Definition adjustierter „Number Needed to Treat“-Maße für Überlebenszeiten und ihre Schätzung im Rahmen des Cox-Regressionsmodells [online].** In: 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland. 10.09.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2008/o8gmdso68.shtml>

Laubender R, Bender R. **Estimating adjusted Number Needed to Treat (NNT) measures for survival data with bootstrapped confidence intervals.** In: 29th Annual Conference of the International Society for Clinical Biostatistics; 17.-21.08.2008; Kopenhagen, Dänemark; programme & abstract book. 2008. S. 91.

Laubender R, Bender R. **Estimating adjusted Number Needed to Treat (NNT) measures in the Cox regression model.** In: Hothorn LA, Mansmann U, Tutz G, Burger HU, Mejza S (Ed). *Lifestat 2008: statistics and life sciences; perspectives and challenges*; 10.-13.03.2008; München, Deutschland; abstracts of talks and posters. Berlin: Lehmanns Media; 2008. S. 91.

Mahdian M, Nasser M. **Assessment of the methodological quality of reporting of randomized trials in Iranian dental journals.** *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102(Suppl VI): 81.

Mahdian M, Nasser M, Fedorowicz Z. **How do clinicians decide on appropriate treatment when there is a lack of high level evidence?** *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102(Suppl VI): 46.

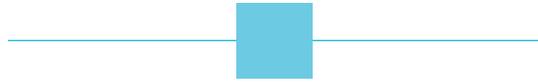
Nasser M, Khoshnevisan M, Ahangari Z, Houshmand B, Nouri M SN, Hajebrahim S et al. **Evidence production and dissemination in Iran: the Iranian Cochrane Informal Network (ICInet).** *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102(Suppl VI): 53.

Nasser M, Fedorowicz Z, Bastian H. **Comparison of the priority action areas in oral health with the evidence available in the Cochrane Library.** *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102(Suppl VI): 94-95.

Nasser M, Türp JC, Antes G, Motschall E. **Panoramic overview of systematic reviews in Oral Health.** *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102(Suppl VI): 54.

Nasser M, Tugwell P, Welch V, Morris E, Waters E, Doyle J. **Ensuring relevance and building enthusiasm for Cochrane reviews: determining appropriate methods for identifying priority topics for future Cochrane reviews** In: 16th Cochrane Colloquium: evidence in the era of globalisation; 03.-07.10.2008; Freiburg, Deutschland; Programmheft. 2008. S. 78.

Niederstadt C, Droste S, Lelgemann M. **Optimizing literature searches: a topic-related ‘bottom-ceiling-approach’.** *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102(Suppl VI): 89.



Peinemann F, Lange S. **Unrelated donor stem cell transplantation in acquired severe aplastic anaemia**. In: V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada; book of abstracts [E-book auf USB-Stick]. 2008. S. M12.7.

Pfaff H, Nitzsche A, Scheibler F, Steffen P, Kowalski C. **Breast cancer patients' trust in their physicians: do patient information, perceived involvement in care, and organizational characteristics have an impact?** J Clin Oncol 2008; 26(Suppl): 9528.

Pittler MH, Guo R, Ernst E. **Hawthorn extract for treating chronic heart failure: Cochrane review**. J Altern Complement Med 2008; 14(Suppl 1): S70.

Potthast R, Kaiser T, Wieseler B, Vervölgyi V. **Is the approval status considered in Cochrane reviews of drug therapies?** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(Suppl VI): 73.

Raatz H, Suter K, Simon M, Hausner E, Scheibler F, Lange S. **Search strategies for retrieving HTA-reports [online]**. In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 09.12.2008]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/o8ebm52.shtml>

Scheibler F. **Richtlinie, Leitlinie, Patientenpartizipation [online]**. In: 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung; 16.-18.10.2008; Köln, Deutschland. 06.10.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2008/o8dkvfo31.shtml>

Scheibler F, Charvet A, Koch K. **Would women participate in mammography screening if they were given evidence-based information about the benefits and risks?** In: Langewitz W (Ed). 2008 International Conference on Communication in Healthcare; 02.-05.09.2008; Oslo, Norwegen; programme and abstracts. Amsterdam: Elsevier; 2008. S. 13C.4.

Scheibler F, Felgentraeger K, Grossefingher R, Herrmann-Frank A, Hommerich J, Koch K et al. **How „evidence-based“ is Wikipedia?** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(Suppl VI): 58.

Scheibler F, Soares-Weiser K, Kulier R, Abou-Setta A, Lange S. **Accuracy of prenatal ultrasound screening for major fetal malformations: do experience of sonographers or quality of machines matter?** In: V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada; book of abstracts [E-book auf USB-Stick]. 2008. S. 23.2.

Scheibler F, Steffen P, Nitzsche A, Pfaff H. **Using the CGW-SDM Questionnaire for benchmarking in German breast centers: a three-year trend analysis.** In: Langewitz W (Ed). 2008 International Conference on Communication in Healthcare; 02.-05.09.2008; Oslo, Norwegen; programme and abstracts. Amsterdam: Elsevier; 2008. S. P2.1.24.

Shahiri M, Nasser M, Javaheri H. **Developing a sensitive search strategy in Farsi for retrieving reports of randomized trials in Iranmedex.** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2008; 102(Suppl VI): 82.

Siering U. **Die deutschen Disease-Management-Programme (DMP): Chance für chronisch Kranke und Herausforderung für etablierte Berufe der Krankenbehandlung.** In: Auf dem Weg zur „Gesundheitsgesellschaft“: gemeinsamer Kongress der österreichischen, deutschen und Schweizer Fachgesellschaften für Gesundheits- und Medizinsoziologie; 27.-29.03.2008; Bad Gleichenberg, Österreich; Abstractband. 2008. S. 95.

Siering U, Holzmann N, Danner M, Rüter A. **Systematic search for guidelines and extraction of key recommendations for the update of the German disease management programme “Asthma / Chronic Obstructive Pulmonary Disease” [B42].** In: Kirjapaino V (Ed). The 5th International G-I-N Conference: implementation in practice; 01.-03.10.2008; Helsinki, Finnland. Helsinki: Finnish Medical Society Duodecim; 2008. S. 91.

Siering U, Nothacker M, Holzmann N, Danner M, Rüter A. **Systematische Leitlinienrecherche und Extraktion der Kernempfehlungen zur Aktualisierung des Disease-Management-Programms (DMP) Brustkrebs [online].** In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 06.10.2008 [Zugriff: 03.04.2009]. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/dkfv2008/o8dkvf158.shtml>

Simon M, Hausner E, Ivanova G, Kaiser T. **Sensitivität der Freitext- und Schlagwortelemente von RCT-Methodenfiltern zur Identifikation von „In-Process-Citations“ in Medline [online].** In: EbM 2008: evidenzbasierte Primärversorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland. 12.02.2008 [Zugriff: 09.12.2008]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/o8ebm51.shtml>

Skipka G. **Use of the heterogeneity interval to distinguish between the results of fixed and random effects models in meta-analytic results.** In: Hothorn LA, Mansmann U, Tutz G, Burger HU, Mejza S (Ed). Lifestat 2008: statistics and life sciences; perspectives and challenges; 10.-13.03.2008; München, Deutschland; abstracts of talks and posters. Berlin: Lehmanns Media; 2008. S. 150.



Sturtz S, Ickstadt K. **Bayesian models for variables given on disparate scales: an epidemiological example.** In: Hothorn LA, Mansmann U, Tutz G, Burger HU, Mejza S (Ed). *Lifestat 2008: statistics and life sciences; perspectives and challenges*; 10.-13.03.2008; München, Deutschland; abstracts of talks and posters. Berlin: Lehmanns Media; 2008. S. 161.

Sturtz S, Bender R. **Network meta-analysis: an introduction.** In: Workshop „Meta-Analysen: Methodik und Anwendungen“ der AGs „Statistische Methoden in der Medizin“ (IBS-DR), „Statistische Methodik in der klinischen Forschung“ (GMDS), „Methodik systematischer Reviews“ (GMDS) und „Statistische Methoden in der Epidemiologie“ (DGEpi); 20.-21.11.2008; Berlin, Deutschland; Programm- und Abstractband. S. 11.

Van de Laar F, Van Binsbergen JJ, Nasser M. **Introduction to systematic reviews and the Cochrane Primary Health Care Field.** In: WONCA Europe Conference: overcoming the distance; family doctor, bringing the art of medicine to the patient; 04.-07.09.2008; Istanbul, Türkei; abstract book. S. 29.

5.4.2.4 Nicht publizierte Vorträge und Poster

Atella V, Caro J, De Pourvoirville G, Henry D, McGregor M, McGuire A, Nord E, Siebert U, Kolominsky-Rabas PL. **Health economic evaluations in Germany: the new IQWiG methods [Vortrag].** 7th European Conference on Health Economics; 23.-26.07.2008; Rom, Italien.



Bastian H. **Evidence-based patient information on diseases and treatments: Germany [Vortrag].** 7th Meeting of the Working Group on Information to Patients on Pharmaceuticals; 01.02.2008; Brüssel, Belgien.

Bastian H. **Pros and cons of harmonising HTA evidence: patient and consumer input [Vortrag].** HTAi Policy Forum 2008; 11.02.2008; Rom, Italien.

Bastian H. **Gesundheitsinformationen des IQWiG [Vortrag].** Fachtagung Evidenzbasierte Patientinformationen: sichten und sammeln; gemeinsam in die Zukunft; 06.06.2008; Köln, Deutschland.

Bastian H. **Promoting health and scientific literacy through patient information: the role of IQWiG [Vortrag].** Medical Information Conference Croatia; 19.06.2008; Zagreb, Kroatien.

Bastian H. **Anwendung von Antibiotika: Gesundheitsinformation des IQWiG [Vortrag].** Erster Europäischer Antibiotikakongress; 18.11.2008; Berlin, Deutschland.

Bastian H. **Endometriosis: IQWiG patient information [Vortrag]. Endometriosis: a challenge for women and for the healthcare system;** 20.-21.11.2008; Bonn, Deutschland.

Bastian H. **Wie sehen gute Gesundheitsinformationen für Erwachsene und Jugendliche aus? [Vortrag].** HPV-Impfung: aktuelle Datenlage und Anforderungen an Information und Beratung; 09.12.2008; Hannover, Deutschland.



Bender R. **Dealing with multiplicity in systematic reviews [Vortrag]**. Joint Meeting of the Cochrane Statistical Methods Group (SMG) and the UK Meta-Analysis in Medicine (MiM) Group; 03.10.2008; Freiburg, Deutschland.

Bender R, Laubender R. **Estimation of adjusted NNT measures for time-to-event outcomes by means of the Cox regression model [Vortrag]**. XXIV International Biometric Conference; 13.-18.07.2008; Dublin, Irland.

Charvet A, Scheibler F, Fredjaoui-Moumjid N, Grieser AC, Steffen P, Morelle M et al. **Breast cancer patients' perceptions of information received from their physicians: a comparison between Lyon / Rhone-Alps region (France), Geneva (Switzerland) and NRW region (Germany) [Vortrag]**. 2008 International Conference on Communication in Healthcare; 02.-05.09.2008; Oslo, Norwegen.

Deppisch R, Biester K, Buchberger B, Lange S, Schnell-Inderst P, Skipka G et al. **Benignes Prostata-syndrom (BPS): Transurethrale Radiofrequente Nadelablation (TUNA) [Poster]**. 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.; 24.-27.09.2009; Stuttgart, Deutschland.

Dintios CM. **Cost-benefit assessments in health care systems and their early implementation in development strategies: the case in Germany [Vortrag]**. Project Management Conference Bayer/Schering; 09.04.2008; Berlin, Deutschland.

Dintios CM. **Wer hat den Nutzen von der Nutzenbewertung des IQWiG? [Vortrag]**. Essener Neurologietage; 17.10.2008; Essen, Deutschland.

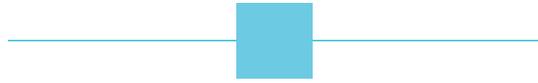
Herrmann-Frank A. **Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG): evaluation of different type of studies [Vortrag]**. Next Level Pharma Conference: enhancing observational research to demonstrate drug safety, effectiveness and quality; 23.-24.10.2008; Wien, Österreich.

Kaiser T. **Externe Validität von Arzneimittelstudien [Vortrag]**. EbM 2008: evidenzbasierte Primärvorsorgung und Pflege; 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft; 22.-23.02.2008; Witten, Deutschland.

Kaiser T. **Nutzenbewertung 2008/2009 [Vortrag]**. Pharma-Trends 2009; 15.-16.10.2008; Berlin, Deutschland.

Koch K. **Cochrane und die deutschen Medien [Vortrag]**. Symposium anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Deutschen Cochrane Zentrums; 02.04.2008; Freiburg, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. **Prozess der Methodenerstellung [Vortrag]**. IQWiG-Symposium der Kosten-Nutzen-Bewertung; 26.02.2008; Berlin, Deutschland.



Kolominsky-Rabas PL. **Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung bei Schlaganfall [Vortrag]**. Bedeutung und Zukunft von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung bei neurologischen Erkrankungen; 28.02.2008; Berlin, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. **Schlaganfallversorgung: Herausforderung der Zukunft? [Vortrag]**. 1. STENO-Symposium; 17.04.2008; Erlangen, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. **Health Technology Assessment in Germany: IQWiG-Update [Vortrag]**. Second Annual Pharmaceutical Pricing and Market Access Summit; 23.04.2008; London, England.

Kolominsky-Rabas PL. **Stand der Methodenentwicklung: Perspektive des IQWiG [Vortrag]**. EuroForum-Konferenz: die Kosten-Nutzen-Bewertung; 21.05.2008; Wiesbaden, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. **Quality and efficiency in German health care system [Vortrag]**. 6. MAGNETOM World Summit; 31.05.2008; München, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. **Kosten-Nutzen-Bewertungen aus Sicht des IQWiG [Vortrag]**. 81. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie; 12.09.2008; Hamburg, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. **Die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [Vortrag]**. 81. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie; 12.09.2008; Hamburg, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. **Guidelines für die Bewertung der Kosten-Nutzen Relation beim IQWiG [Vortrag]**. 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland.

Lange S. **Kosten und Nutzen in der Medizin: Stand der Methodenentwicklung durch das IQWiG [Vortrag]**. 13. Handelsblatt Jahrestagung Pharma; 20.-21.02.2008; Frankfurt am Main, Deutschland.

Lange S. **(Nutzen-)Bewertung von Innovationen aus Sicht des IQWiG [Vortrag]**. Forum „Innovationen in der In Vitro-Diagnostik: Regulierung, Bewertung, Erstattung“ des Netzwerks Diagnostik Berlin-Brandenburg e.V.; 22.10.2008; Berlin, Deutschland.

Lange S. **Berücksichtigung der Lebensqualität im Rahmen von Nutzenbewertungen durch das IQWiG [Vortrag]**. Workshop „Lebensqualität“ beim Verband forschender Arzneimittelhersteller, 03.12.2008, Berlin, Deutschland.

Nasser M, Tristan M, Beaman J. **Cochrane Developing Countries Network [Vortrag]**. Evidence/Bioethics Conference, 24.-27.06.2008; San Jose, Costa Rica.



Pittler MH. **Systematic reviews in acupuncture [Vortrag]**. Symposium on Acupuncture and Meridian Studies; 04.-05.10.2008; Daejeon, Südkorea.

Pittler MH. **Systematic reviews of CAM research: lessons learned from the last 20 years [Vortrag]**. Northern Lights Workshop; 24.09.2008; Tromsø, Norwegen.

Rüther A. **INAHTA: is it relevant? [Vortrag]**. V. Annual Meeting HTAi 2008: HTA in context; 06.-09.07.2008; Montreal, Kanada.

Rüther A. **Versorgungsqualität in der Psychiatrie aus Sicht einer Health Technology Assessment Organisation [Vortrag]**. Entscheidungen in der Psychiatrie; 03.-05.10.2008; Hall in Tirol, Österreich.

Rüther A. **Health Technology Assessment in Europe: is harmonization possible? [Vortrag]**. ISPOR 11th Annual European Congress: moving and improving concepts and evidence for Health Care decisions; 08.-11.11.2008; Athen, Griechenland.

Rüther A. **Relevante Endpunkte der Versorgungs- und Ergebnisforschung aus Sicht des IQWiG [Vortrag]**. 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung; 16.-18.10.2008; Köln, Deutschland.

Rüther A, Schwarzer R. **Stellenwert von Guidelines für HTA [Vortrag]**. 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland.



Sawicki PT. **Being prepared for changes in the pricing and reimbursement environment [Vortrag]**. 3rd Annual Pharma Pricing Strategies; 15.-16.01.2008; Rom, Italien.

Sawicki PT. **Zur Trennung von Innovation und Patientennutzen [Vortrag]**. 6. Jahrestagung zur Patientenversorgung in der Onkologie; 25.01.2008; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG: Kernpunkte des aktuellen Entwurfs eines Methodenpapiers [Vortrag]**. Ethik der Kosten-Nutzen Bewertung medizinischer Maßnahmen; 28.01.2008; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Patienteninformation durch das IQWiG [Vortrag]**. 5. Bremer Qualitätsforum; 30.01.2008; Bremen, Deutschland.

Sawicki PT. **Der Zentrumsgedanke: ärztliche Erfahrung versus evidenzbasierte Medizin [Vortrag]**. 28. Deutscher Krebskongress; 20.-23.02.2008; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Surrogatparameter und patientenrelevante Endpunkte: Sicht des IQWiG [Vortrag]**. Paul-Martini-Stiftung-Workshop; 06.03.2008; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Kosten-Nutzen-Bewertung aus Sicht des IQWiG [Vortrag]**. Gesundheitspolitischer Arbeitskreis; 01.04.2008; München, Deutschland.



Sawicki PT. **Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: was kann Cochrane beitragen? [Vortrag]**. Symposium anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Deutschen Cochrane Zentrums; 02.04.2008; Freiburg, Deutschland.

Sawicki PT. **Kosten-Nutzen-Bewertung: aktueller Stand der Methoden; Überlegungen des IQWiG [Vortrag]**. 2. Gesundheitskongress des Westens; 02.-03.04.2008; Essen, Deutschland.

Sawicki PT. **Der selbstbestimmte Patient: über die Forderung nach mehr Qualität und Transparenz [Vortrag]**. 5. Gesundheitswissenschaftliches Kolloquium; 10.-11.04.2008; Bielefeld, Deutschland.

Sawicki PT. **How does the IQWiG work? [Vortrag]**. American and German Healthcare Forum 2008; 19.05.2008; Minneapolis, USA.

Sawicki PT. **Individualisierte Medizin: Herausforderung für das Gesundheitssystem und das IQWiG [Vortrag]**. Hauptstadtkongress 2008 Medizin und Gesundheit; 04.-06.06.2008; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln [Vortrag]**. MEDcongress Baden-Baden 2008; 02.-05.07.2008; Baden-Baden, Deutschland.

Sawicki PT. **Volkskrankheiten: die aktive Rolle des Patienten [Vortrag]**. Cadenabbia-Gespräch Medizin-Ethik-Recht; 05.09.2008; Cadenabbia, Italien.



Sawicki PT. **Medico-economic arbitration in the health industry: between ethics and economics [Vortrag]**. Les Défis de l'Europe de la Santé; 09.-10.09.2008; Paris, Frankreich.

Sawicki PT. **Kosten-Nutzenanalysen für moderne Therapieverfahren und ihre Auswirkungen [Vortrag]**. 6. Rheinischer Kongress für Gesundheitswirtschaft „Medizin und Ökonomie“; 16.-17.09.2008; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. **Vereinbarkeit von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Forschung [Vortrag]**. 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.; 24.-27.09.2009; Stuttgart, Deutschland.

Sawicki PT. **Erfahrung versus Studienevidenz: ein ärztliches Dilemma [Vortrag]**. 6. GCP-Workshop; 30.09.2008; München, Deutschland.

Sawicki PT. **Wissenschaftliche Evidenz und ärztliche Erfahrung [Vortrag]**. Deutscher Schmerzkongress; 08.-11.10.2008; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. **Kosten-Nutzen-Bewertung: Anwendbarkeit außerhalb der Arzneimittelbewertung (z. B. Protonentherapie) [Vortrag]**. 7. Europäischer Gesundheitskongress; 10.10.2008; München, Deutschland.

Sawicki PT. **Evidenzbasierte und individualisierte Therapie: ein Widerspruch? [Vortrag]**. HIV-KONTROVERS; 11.10.2008; Bochum, Deutschland.



Sawicki PT. **Methodenpapier des IQWiG und Erfahrungen aus der Diskussion der letzten Monate [Vortrag]**. 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung; 16.-18.10.2008; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. **Zukunft der deutschen Chirurgie aus Sicht des IQWiG [Vortrag]**. 22. Chirurtag; 17.-18.10.2008; Berlin; Deutschland.

Sawicki PT. **Gesundheitsökonomie zwischen Empirie, Evidenz und Politik [Vortrag]**. Symposium Gesundheitsreform und Gesundheitsökonomie: wer beeinflusst wen? 28.10.2008; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. **Gesprächsrunde: wie können Leistungsträger und die Selbstverwaltung Verantwortung für die Umsetzung dieser Aufgaben wahrnehmen? Verbindliche Festlegung der Qualitätskriterien für die Erbringung von Komplexleistungen [Vortrag]**. Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranker; 04.11.2008; Kassel, Deutschland.

Sawicki PT. **Pro und Contra zum IQWiG Methodenvorschlag der Kosten-Nutzen-Bewertung innovativer Arzneimittel [Vortrag]**. 1. KVNO-Forum; 06.11.2008; Düsseldorf, Deutschland.

Sawicki PT. **KNB in der Onkologie: Statement aus Sicht des IQWiG [Vortrag]**. Workshop der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zur Kosten-Nutzen-Bewertung in der Onkologie; 11.11.2008; Berlin, Deutschland.



Sawicki PT. **Reimbursement [Vortrag]**. Symposium Advanced Therapy Medicinal Product Development and Regenerative Medicine; 25.11.2008; Langen, Deutschland.

Scheibler F. **Wie misst man Patientenerfahrungen richtig? Instrumente und Anwendungsbereiche [Vortrag]**. Symposium Patientenerfahrungen nutzbar machen: Chancen für mehr Qualität und Transparenz; 29.10.2008; Berlin, Deutschland.

Scheibler F. **Partizipative Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen [Vortrag]**. Sichere Pillen: Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten für die Risiken der Arzneimitteltherapie; Workshop des BMG; 18.11.2008; Berlin; Deutschland.

Scheibler F, Großelfinger R. **Rolle der Lebensqualität bei der Beurteilung von Evidenzgraden und Therapien [Vortrag]**. 106. DOG-Kongress: Perspektiven der Augenheilkunde; Innovationen für mehr Lebensqualität; 18.-21.09.2008; Berlin; Deutschland.

Scheike I, Scheibler F, Dintsios CM. **Patientenpartizipation: wie findet man Ziele und wie setzt man sie in der Behandlung um? [Vortrag]**. Symposium Behandlungsziele des Netzwerks Versorgungsforschung der Heinrich Heine Universität Düsseldorf: Probleme bei der Bestimmung von Behandlungszielen in Zeiten von „Patientenpartizipation“ und „multifaktoriell definierten Gesamtrisiken“; Bedeutung für die Versorgung und die Versorgungsforschung; 08.03.2008; Düsseldorf, Deutschland.



Skipka G. **Grundlagen der Biometrie sowie Studiendesign und -bewertung [Vortrag]**. Spezialseminar „Evidenz-basierte Methoden Teil 1“ des MDS Essen, 02.04.-03.04.2008, Dortmund, Deutschland.

Skipka G. **Repetitorium: Grundlagen der Biometrie sowie Studiendesign und -bewertung [Vortrag]** Spezialseminar „Evidenz-basierte Methoden Teil 2“ des MDS Essen, 10.12.2008, Dortmund, Deutschland.

Ten Thoren C. **Höchstpreisermittlung mit der IQWiG-Methode zur Kosten-Nutzen-Bewertung [Vortrag]**. 11. Qualitätsforum; 20.06.2008; Mainz, Deutschland.

Wieseler B. **Interpretation von Daten zur Lebensqualität [Vortrag]**. 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung; ; 16.-18.10.2008; Köln, Deutschland.

5.4.2.5 Sonstige Publikationen

Koch K. **Gentest: contra**. Zeit Wissen 2008; (04): 11.

Koch K, Mühlhauser I. **Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Stellungnahme des Fachbereichs Patienteninformation des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin [online]**. 30.06.2008 [Zugriff: 21.04.2009]. URL: http://www.ebm-netzwerk.de/netzwerkarbeit/images/stellungnahme_dnebm_080630.pdf

5.5 Ehrungen und Ernennungen

Ralf Bender hat am 30.04.2008 das „Certificate of Participation in Manuscript Review“ der American Medical Association (AMA) für ein qualitativ hochwertiges Review für die Zeitschrift JAMA erhalten.

Katharina Biester, Stefan Lange, Thomas Kaiser, Regine Potthast haben am 07.10.2008 den Bill Silverman Preis von der internationale Wissenschaftsvereinigung Cochrane Collaboration verliehen bekommen.

Rüdiger Laubender hat am 17.09.2008 während der GMDS-Tagung in Stuttgart mit seiner Magisterarbeit »Berechnung des Maßes „Number Needed to Treat“ (NNT) aus Überlebenszeiten auf der Basis der Cox-Regression mit Berücksichtigung von Kovariablen« (Betreuer: Ralf Bender, Köln, und Peter Dirschedl, München) den GMDS Förderpreis 2008 im Bereich „Medizinische Biometrie“ gewonnen.

5.6 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 war von 2004 bis Ende 2008 Mitglied der Ethikkommission beim British Medical Journal (BMJ).

Hilda Bastian war von 2007 bis Ende 2008 Mitglied der Research Strategy External Reference Group der World Health Organization (WHO).

Ralf Bender war von November 2002 bis November 2008 Leiter der AG „Statistische Methoden in der Medizin“ der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft.

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.

Ralf Bender war Gutachter für die Vergabe des Bernd-Streitberg-Preises 2008 der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft.

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

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

Mandy Hildebrandt wurde am 20.11.2008 für 3 Jahre zur Schriftführerin der AG „Statistische Methoden in der Medizin“ der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft gewählt.

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

Stefan Lange ist seit 2002 Mitglied der Zertifikatskommission „Biometrie in der Medizin“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft.

Stefan Lange ist seit 2006 Mitglied im Beirat des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

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



Mona Nasser ist seit 2006 Mitglied der Geographical Advisory Group des Cochrane Collaboration Consumer Networks.

Alric Rüter ist seit 2006 Vice-Chair des International Network of Agencies for HTA (INAHTA).

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.

Mitarbeit des Ressorts Versorgungsqualität in der Expertengruppe „Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)“.

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

5.7 Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien

Bender R, Lange S, Janicki A, Sawicki PT. **IQWiG im Dialog zum Thema: „Nutzenbewertung und Replikation von Studienergebnissen“**; 30.05.2008, Köln, Deutschland. Informationen: <http://www.iqwig.de/index.767.html>



Bender R, Crispin A, Kuß O, Taeger D, Schlattmann P. **Herbstworkshop 2008 der AGs „Statistische Methoden in der Medizin“ (DR-IBS), „Statistische Methoden in der Epidemiologie“ (DR-IBS, DGE-pi), „Methodik systematischer Reviews“ (GMDS) und „Statistische Methodik in der klinischen Forschung“ (GMDS) zum Thema „Meta-Analysen: Methodik und Anwendungen“**; 20.-21.11.2008; Berlin, Deutschland. Informationen: <http://epi.klinikum.uni-muenster.de/StatMethMed/2008/Berlin/index.html>

Bender R und Mitarbeiter. **Vorstellung des IQWiG und des Ressorts „Medizinische Biometrie“; Veranstaltung für Studierende des FBs Mathematik und Technik der FH Koblenz**; 02.12.2008; Köln, Deutschland.

Gesundheitsforschungsrat (GFR) und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. **Diskussionsforum zur Nutzenbewertung im Gesundheitswesen von GFR und IQWiG 2008: „Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die Versorgung“**; 21.10.2008; Berlin, Deutschland.

Kaiser T., Wieseler B. sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts Arzneimittelbewertung. **Nutzenbewertung von Arzneimitteln – Was gibt es neues bei Abläufen und Methoden? 2. Gemeinsamer Workshop des Ressorts Arzneimittelbewertung mit externen Sachverständigen**; 27.11.2008; Köln, Deutschland.



Kolominsky-Rabas P und Mitarbeiter. **Symposium Kosten-Nutzen-Bewertung 2008: „Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung“**; 26.02.2008; Berlin, Deutschland.

Kreis J, Bödeker W. **Workshop der Arbeitsgruppe Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement von Prävention und Gesundheitsförderung: „Was ist ‚no-evidence‘ und was folgt daraus in der Gesundheitsförderung und Prävention?“**; Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention; 17.–19.09.2008; Hannover, Deutschland.

Kreis J, Armstrong R, Doyle J. **Satellite Workshop: Conducting Reviews of Public Health Interventions**. XVI Cochrane Colloquium; 01.10.2008; Freiburg, Deutschland.

Sawicki PT und Mitarbeiter. **IQWiG Herbst-Symposium 2008: „ Beurteilung des Nutzens und Schadens medizinischer Maßnahmen“ und „Wissenschaft, Gesellschaft und das Individuum“**; 28. – 29.11.2008; Köln, Deutschland.

Rüther A. **Workshop der deutschen Partner des „European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA)“**; 27.05.2008; Köln, Deutschland.

Rüther A., Siebert U., Schwarzer, R. **Guidelines für Assessments: Mini-Symposium der Arbeitsgruppen HTA, Gesundheitsökonomie, Medical Decision Making und Methodik systematischer Reviews**. 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS); 15.-18.09.2008; Stuttgart, Deutschland.

Wieseler B. **26. Conference of the European Medical Writers Association: Systematic Reviews**; 29. – 03.05.2008; Barcelona, Spanien.

Wieseler B., Kaiser T. sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ressorts Arzneimittelbewertung. **Unpublizierte Daten. 2. Gemeinsamer Workshop des Ressorts Arzneimittelbewertung mit dem Unterausschuss Arzneimittelbewertung des GBA**; 30.10.2008; Siegburg, Deutschland.

Wieseler B. **27. Conference of the European Medical Writers Association: Introduction to Health-Related Quality of Life**; 20 – 22.11.2008; London, Großbritannien.



6. Impressum

Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts.

Dillenburger Straße 27, 51105 Köln

Vertretungsberechtigt:

- Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki (Institutleiter)
- Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Lange
(Stellvertretender Institutsleiter)
- Georg Baum (Sprecher des Vorstandes)

Tel: +49-221/35685-0

Fax: +49-221/35685-1

E-Mail: info@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Die Stiftung ist Trägerin des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Verantwortliche Redakteurin:

Dr. rer.-soc. Anna-Sabine Ernst

IQWiG

Dillenburger Straße 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

