



Jahresbericht 2007





Inhalt

Vorwort

		4
1.	Das Institut	6
1.1	Aufgaben und gesetzliche Grundlagen	6
1.2	Organe und Gremien	6
2.	Meilensteine der Institutsentwicklung 2007	8
2.1	Neue und zurückgenommene Aufträge	8
2.2	Vakuumversiegelungstherapie kann weiterhin nicht empfohlen werden	9
2.3	Prostatakrebs – Nutzen der Bestrahlung von innen nicht zu ermitteln	10
2.4	Cholinesterasehemmer: Alzheimer-Demenz leicht verzögert	10
2.5	Hörtests für Neugeborene	11
2.6	Stammzelltransplantation	12
2.6.1	SAA: Transplantation bei „Fremdspende“ nicht verlässlich zu bewerten	13
2.6.2	Akute Leukämie: Nutzen bestimmter Formen der Stammzelltransplantation nicht belegt	14
2.7	Asthmatherapie: Fixkombinationen sind Gabe von Einzelkomponenten nicht überlegen	16
2.8	Kurzwirksame Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes	17
2.8.1	Heftige Auseinandersetzung war programmiert	17
2.8.2	Überlegenheit nicht belegt	17
2.8.3	Folgeauftrag zu Kindern und Jugendlichen	18
2.9	Diabetes: Nutzen für neuen Wirkstoff Exenatide noch nicht belegt	19
2.10	CWF-Umfrage: Deutsche Ärztinnen und Ärzte sind besonders unzufrieden mit ihrem Gesundheitssystem	20
2.11	Nutzen der hyperbaren Sauerstofftherapie nicht belegt	21
2.12	Arbeit an den Methoden	22
2.12.1	Erster Entwurf der Allgemeinen Methoden 3.0 publiziert und diskutiert	22
2.12.2	IQWiG entwickelt neue Methodik zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen	24
2.13	Das IQWiG im Internet	26
2.14	Exkurs: Warum stoßen Arbeitsergebnisse des IQWiG so häufig auf heftigen Widerspruch?	27



3.	Finanzen	29
4.	Die Ressorts und ihre Aufgaben	30
4.1	Institutsleitung	30
4.2	Ressort Arzneimittelbewertung	30
4.3	Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren	30
4.4	Ressort Medizinische Biometrie	30
4.5	Ressort Gesundheitsökonomie	31
4.6	Ressort Kommunikation	31
4.7	Ressort Versorgungsqualität	32
4.8	Ressort Gesundheitsinformation	32
4.9	Ressort Verwaltung	33
5.	Übersicht für den Zeitraum 01.01.07 bis 31.12.07	34
5.1	Organe und Gremien	34
5.2	Personelle Struktur	37
5.3	Aufträge	40
5.3.1	Neu erteilte Aufträge	40
5.3.2	Abgeschlossene Aufträge	41
5.3.3	Abgeschlossene Vorberichte	42
5.3.4	Abgeschlossene Berichtspläne und Amendments zu Berichtsplänen	42
5.4	Publikationen	45
5.4.1	Publikationen des IQWiG (Arbeitspapiere, Berichte)	45
5.4.2	Publikationen der Mitarbeiter/-innen	49
5.4.2.1	Beiträge in Fachzeitschriften (auch Leserbriefe)	49
5.4.2.2	Bücher/Monographien/Buchbeiträge	53
5.4.2.3	Publizierte Abstracts von Postern und Vorträgen	54
5.4.2.4	Nicht publizierte Vorträge und Poster	61
5.5	Ehrungen und Ernennungen	67
5.6	Tätigkeiten in wissenschaftlichen Gremien	68
5.7	Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien	68
6.	Impressum	70





Vorwort



Anfang 2007 nahmen neue qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Elan ihre Arbeit auf, die technische Infrastruktur war etabliert, die Arbeitsweise erprobt und das neue Methodenpapier gerade publiziert. Zudem war die „Pipeline“ inhaltlich weit fortgeschrittener Projekte Ende 2006 gut gefüllt. Ins neue Jahr starteten wir deshalb mit der Zuversicht, 2007 in einem Schwung eine große Zahl von Aufträgen abschließen zu können.

Diese Erwartung sollte sich allerdings nur zum Teil erfüllen. Denn das zum April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) machte zusätzliche administrative Arbeitsgänge notwendig: Bis zur Publikation der IQWiG-Methoden 2.0 im Dezember 2006 hatte das Institut pro Auftrag nur ein Mal Stellungnahmen eingeholt. Mit dem neuen Gesetz waren jedoch zwei getrennte Durchgänge für die berichtsspezifische Methodik (Berichtsplan) und für die vorläufigen Ergebnisse (Vorbericht) vorgesehen, was das Prozedere deutlich verlängerte.

Von uns geplant – und zeitlich einkalkuliert – war, dass die zweite Stellungnahmephase nur Projekte betreffen würde, die nach dem Dezember 2006 neu gestartet wurden. Weil die Pflicht, zwei getrennte Stellungnahmeverfahren durchzuführen, auch im GKV-WSG verankert wurde, kam es zu ungeplanten Verzögerungen in der Berichterstellung. Denn aufgrund der neuen Gesetzeslage waren auch für einige bereits weit fortgeschrittene Nutzenbewertungen nachträglich zusätzliche Stellungnahmeverfahren notwendig.

Aufträge zu nichtmedikamentösen Interventionen wie der lokalen Behandlung der gutartigen Prostataver-

größerung (No4-01) waren davon ebenso betroffen wie bei den Arzneimitteln die Bewertung von Antihypertensiva (A05-09) oder Ginkgo-Präparaten (A05-19B). Der Abschluss dieser Projekte verzögerte sich so um mehr als ein halbes Jahr – weshalb sie über die Jahreswende hinaus in der „Pipeline“ stecken blieben. Diese administrativen Extraschleifen waren aber nötig, um die Rechtssicherheit von G-BA-Entscheidungen zu erhöhen, die künftig auf diesen IQWiG-Berichten fußen sollten.

Dennoch ist es uns gelungen, 2007 insgesamt 26 Berichtspläne und neun Vorberichte zu publizieren. 15 Aufträge konnten wir fertigstellen, darunter elf Nutzenbewertungen und vier speziell für Bürger und Patienten aufbereitete Gesundheitsinformationen. Zwei dieser elf Nutzenbewertungen wurden als Rapid Report erstellt. Bei dieser Berichtsform ist kein Stellungnahmeverfahren nötig und der Zeitaufwand deshalb geringer. Was die Themen betrifft, so überwiegen bei den Berichten die nichtmedikamentösen Verfahren (siehe Abschnitt 2.2, 2.3, 2.6, 2.11). Auch ein Bericht zum Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen ist darunter (siehe Abschnitt 2.5). Vier Berichte, darunter ein Rapid Report, beurteilen medikamentöse Interventionen (siehe Abschnitt 2.4, 2.7, 2.8, 2.9).

Das Ressort Gesundheitsinformation hat – neben den zahlreichen Beiträgen auf der institutseigenen Website www.gesundheitsinformation.de – 2007 vier Aufträge erarbeitet: Zwei Produkte befassen sich mit chronischen Atemwegserkrankungen (Asthma und COPD), ein Merkblatt soll helfen, Schwangere über die HIV-Testung aufzuklären, und eine vom BMG beauftragte Expertise informiert umfassend über Endometriose.



Die größte öffentliche Aufmerksamkeit wurde zweifellos den Abschlussberichten zur Stammzelltransplantation bei aplastischer Anämie und bei akuten Leukämien sowie der Bewertung der kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes zuteil (siehe Abschnitt 2.6 und 2.8). Beide Themenkreise wurden in den Medien kontrovers diskutiert. Wie schon in den vergangenen Jahren lieferten manche Statements den nötigen Zündstoff für zum Teil unsachliche Angriffe auf das Institut.

Neben der Arbeit an den Berichten nahm die Weiter- und Neuentwicklung unserer Methoden breiten Raum ein (siehe Abschnitt 2.12). Zum einen begann die Überarbeitung der Methodik der Nutzenbewertung. Sie stand turnusgemäß an, war aber – zumindest bei den Verfahrensabläufen – auch durch das GKV-WSG notwendig geworden. Maßgeblicher Initiator war das Gesetz in Hinblick auf die spezielle Methodik der Kosten-Nutzen-Bewertung, denn das im Februar 2007 vom Bundesrat verabschiedete Gesetz erweiterte die Aufgaben des Instituts: War die Bewertung von Arzneimitteln bisher auf den medizinischen Nutzen begrenzt, soll das Institut künftig auch die Kosten medikamentöser Therapien in ein Verhältnis zu dem zuvor ermittelten Nutzen setzen.

Um den vom Gesetz geforderten „anerkannten internationalen Standards“ gerecht zu werden, engagierte das IQWiG eine Gruppe renommierter Gesundheitsökonominnen aus acht Ländern, um das Institut bei der Methodenentwicklung zu unterstützen (siehe Abschnitt 2.12.2). Immerhin konnten wir den ersten Entwurf so weit voranbringen, dass er im Januar 2008 öffentlich präsentationsreif war.

Wie in den Vorjahren gab es auch 2007 wiederholt unsachliche, ehrenrührige und zum Teil sehr persönliche Angriffe auf die Integrität des Instituts und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Leider wäre es unrealistisch zu erwarten, dass derartige Vorfälle zukünftig abnehmen werden. Zu strittig sind die Themen, mit denen der G-BA das Institut beauftragt, zu weitreichend die möglichen berufspolitischen und finanziellen Konsequenzen, die unsere Ergebnisse haben können (siehe Abschnitt 2.14).

Daher werden oft statt der notwendigen sachlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung unredliche Praktiken eingesetzt. Wir sind uns darüber im Klaren, dass es angesichts der Interessen- und Machtkonstellationen im deutschen Gesundheitswesen kein lüdes Lüftchen, sondern kräftiger Gegenwind sein muss, der dem Institut entgegenweht. Ein solcher Gegenwind kann aber auch Auftrieb geben. Wir werden uns dieser Herausforderung weiter stellen, wünschen uns aber, dass bei allen Beteiligten eine Einsicht reift: Nur ein unabhängiges und damit unbequemes Institut kann seine gesetzliche Aufgabe voll erfüllen.

Prof. Dr. med. Peter Sawicki,
Köln im September 2008



1. Das Institut

1.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den Nutzen medizinischer Leistungen für die Patienten untersucht. Es erforscht, was therapeutisch und diagnostisch möglich und sinnvoll ist, und informiert Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten darüber. 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) festgelegt. 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 Gremien

Den organisatorischen Aufbau des Instituts, seine Organe und Gremien, gibt die am 18. Juni 2004 verabschiedete Satzung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vor. Die Stiftung ist Träger des Instituts. Ihr Zweck ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung.

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 von niedergelassenen Ärzten (KBV), Zahnärzten (KZBV) und Kliniken (DKG). Der Stiftungsrat genehmigt den Haushaltsplan des Instituts und benennt den Vorstand. 2007 kam der Stiftungsrat zweimal zusammen.

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. Das Gremium tagte 2007 insgesamt fünfmal, jeweils unter dem Vorsitz seines Sprechers Dr. Andreas Köhler.

Die Mitglieder von Vorstand und Stiftungsrat des Jahres 2007 sind auf S. 34 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. Das Kuratorium tagte 2007 einmalig in Köln.

Der Wissenschaftliche Beirat wird durch den Vorstand bestellt und besteht aus nationalen und internationalen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die die Institutsleitung in grundsätzlichen Fragen beraten. Wichtigstes Thema der beiden Treffen im Jahr 2007 war die Methodenentwicklung. Dabei ging es sowohl um die Überarbeitung der Methoden 2.0 als auch um die Vorbereitung der Methodik zur Kosten-Nutzen-Bewertung. In Anbetracht der erweiterten Aufgabenstellung wurde der Wissenschaftliche Beirat 2007 zudem um je zwei Gesundheitsökonominnen und Medizinethiker erweitert.



Die Mitglieder des Kuratoriums und des Wissenschaftlichen Beirats sind auf S. 35 namentlich aufgeführt.



2. Meilensteine der Institutsentwicklung 2007

2.1 Neue und zurückgenommene Aufträge

Insgesamt 113 Aufträge hat das IQWiG seit seiner Gründung bekommen. Davon konnten bis Ende des Jahres insgesamt 29 abgeschlossen werden, davon 15 im Jahr 2007. Noch größer war indes die Zahl derer, die zu diesem Zeitpunkt – in Absprache mit dem Auftraggeber – zurückgestellt worden waren, denn das IQWiG stieß erkennbar an die Grenzen seiner Kapazität. Das wurde im Laufe des Jahres 2007 für alle Beteiligten erkennbar. Deutlich wurde auch, dass Auftraggeber und Auftragnehmer mit der knappen Ressource „evidenzbasierte Expertise“ anders umgehen müssen, wenn sie daraus einen möglichst großen Nutzen für die medizinische Versorgung ziehen wollen. Ergebnis dieses Lernprozesses war unter anderem, dass Themen und Aufträge priorisiert und einige auch ganz zurückgenommen wurden.

Zusätzlich in Auftrag gegeben hat der G-BA 2007 deshalb lediglich vier Nutzenbewertungen: Für das Institut inhaltlich völlig neu waren die Bewertung zur Knochendichtemessung bei Osteoporose (Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose, D07-01) und die Bewertung zur Reihenuntersuchung von Schwangeren auf Schwangerschaftsdiabetes (Screening auf Gestationsdiabetes, S07-01). Die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht sollte das IQWiG in Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Leistungsmenge untersuchen (V07-01). Mit der Frage der „Mindestmengen“ hatten sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in den vergangenen Jahren bereits mehrfach befasst und Berichte zu insgesamt

vier verschiedenen Interventionen vorgelegt. Bei der Nutzenbewertung von Fixkombinationen aus Kortikosteroiden und langwirksamen Beta-2-Rezeptoragonisten bei Asthma bronchiale (A07-01) handelt es sich um einen Ergänzungsauftrag zu einem 2007 finalisierten Bericht (A05-13). Die erneute Beauftragung war nötig geworden, weil sich zwischenzeitlich die Zulassungssituation verändert hatte (vgl. Abschnitt 2.7).

Im Oktober und Dezember 2007 nahm der G-BA dann erstmalig Aufträge formell zurück. Diese Themen waren zuvor bereits längere Zeit zurückgestellt worden. Es handelte sich dabei zum einen um drei Berichte zur hyperbaren Sauerstofftherapie (HBO) bei den Indikationen Migräne/vaskulärer Kopfschmerz (N06-01B), venöse Ulzera (N06-01C) sowie zerebraler Insult (N06-01E). Die Nutzenbewertung dieser Therapieform bei Brandwunden (N06-01A) und bei der idiopathischen Femurkopfnekrose (N06-01D) war zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen. Wie sich dabei gezeigt hatte, gab es zu diesem Thema keine aussagekräftigen Studien, und auch bei den restlichen drei Anwendungsbereichen war nichts anderes zu erwarten. Der G-BA beschloss deshalb, die HBO – mit Ausnahme der Indikationen diabetisches Fußsyndrom, Brandwunden und Hüftkopfnekrose – nicht weiter zu beraten und zog gleichzeitig die entsprechenden Aufträge an das IQWiG zurück.

Ebenfalls storniert wurden insgesamt vier Aufträge zur medikamentösen Behandlung des Diabetes mellitus und von Atemwegserkrankungen: Es handelte sich dabei zum einen um Antidiabetika der Wirkstoffgruppe Biguanide (A05-05D) und zum anderen um inhalative Kortikosteroide in der Dauertherapie von Asthma bron-



chiale (A05-11) und der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) (A05-15). Beide Themen waren Teil des umfassenden Auftragspakets vom Februar 2005 zu den sogenannten Volkskrankheiten. In Erwartung hoher Ausgabensteigerungen bei den Arzneimitteln hatten das BMG und Vertreter der Selbstverwaltung Ende 2004 sieben epidemiologisch besonders bedeutende Erkrankungen als vorrangige Handlungsfelder definiert. Konkret umgesetzt hatte der G-BA dies u. a. mit den Aufträgen an das IQWiG. Inzwischen hatte sich allerdings herausgestellt, dass nicht alle Aufträge versorgungsrelevant waren.

2.2 Vakuumversiegelungstherapie kann weiterhin nicht empfohlen werden

Statt mit einem herkömmlichen Verband können Wunden auch mit einer Vakuumversiegelung behandelt werden. Das Wundsekret wird dabei aus der mit einer Folie luftdicht verschlossenen Wunde kontinuierlich abgesaugt.

Das IQWiG prüfte bereits 2006 im Auftrag des G-BA, ob dieses Verfahren Vorteile für die Patienten bietet. Das Ergebnis damals: Es gab keine überzeugenden Belege dafür, dass Wunden mit der Vakuumversiegelungstherapie (VVS) besser heilen als mit einer herkömmlichen Behandlung.

Ende 2006 beauftragte der G-BA das IQWiG zu prüfen, ob seit dem Abschlussbericht substanziell neue wissenschaftliche Belege veröffentlicht wurden, die einen Einfluss auf das damalige Fazit haben könnten. Das



Institut recherchierte daraufhin erneut in einem beschleunigten Verfahren in Form eines Rapid Reports und konnte insgesamt elf weitere relevante Studien ausfindig machen. Das Ergebnis wurde im Februar 2007 publiziert.

Neue Erkenntnisse liefern die aktuellen klinischen Vergleiche nicht: Noch immer fehlen überzeugende Belege dafür, dass akute und chronische Wunden mit der VVS besser heilen als mit einer herkömmlichen Behandlungsmethode. Die Daten sind zum Teil widersprüchlich und nicht eindeutig interpretierbar. Zudem waren bei der Studienplanung und -publikation wichtige Aspekte nicht berücksichtigt worden. Unter den elf relevanten Studien, die das Institut identifizieren konnte, waren auch fünf sogenannte randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), bei denen die Patienten nach dem Zufallsprinzip einer der beiden Vergleichsgruppen zugeteilt werden.

Das Institut kommt daher erneut zu dem Ergebnis, dass eine breite Anwendung der Vakuumversiegelungstherapie nicht zu rechtfertigen ist. Darüber hinaus wird im Bericht empfohlen, die Bewertung zu einem späteren Zeitpunkt zu wiederholen, wenn die Ergebnisse von mindestens 18 derzeit noch nicht abgeschlossenen oder noch nicht in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publizierten Studien vorliegen.



2.3 Prostatakrebs – Nutzen der Bestrahlung von innen nicht zu ermitteln

Immer häufiger wird bei der Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms eine neuartige Form der Strahlentherapie eingesetzt, die sogenannte permanente interstitielle LDR-Brachytherapie (LDR = Low Dose Rate). Dabei werden kleine radioaktive Partikel dauerhaft in das Innere der Prostata eingebracht, die den Tumor vor Ort bestrahlen.

Der G-BA beauftragte das IQWiG, diese Behandlungsform mit der operativen Entfernung der Prostata und der konventionellen Strahlentherapie von außen zu vergleichen. Das Ergebnis der Wissenschaftler: Die vorliegenden Daten erlauben kein Urteil über den Nutzen der Therapie.

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zur Fragestellung des Auftrags fehlen völlig. Untersuchungen mit geringerer Aussagekraft liefern zwar Hinweise darauf, dass die Brachytherapie die Sexualität weniger beeinträchtigt und seltener zu Harninkontinenz führt als eine operative Entfernung der Prostata. Auch wirkt sich die Brachytherapie möglicherweise weniger nachteilig auf die Darmfunktion aus. Unklar bleibt aber, ob die Patienten ebenso lange überleben oder krankheitsfrei bleiben wie nach den herkömmlichen Therapien.

Weitere Studien notwendig

Die IQWiG-Wissenschaftler empfehlen daher in ihrem Abschlussbericht vom März 2007 dringend, aussagekräftige klinische Studien durchzuführen, da nicht si-



cher auszuschließen ist, dass die Brachytherapie sogar Nachteile für die Patienten haben kann.

In seiner Grundaussage bestätigt der IQWiG-Abschlussbericht die Ergebnisse anderer aktueller systematischer Übersichten und HTA-Berichte: In allen wird ein Mangel an interpretierbaren Studien beklagt, sodass die offenbar rasche und unkontrollierte Ausbreitung dieser Methode in der Versorgung bedenklich erscheint.

2.4 Cholinesterasehemmer: Alzheimer-Demenz leicht verzögert

Durchschlagende Erfolge bei der Behandlung der Alzheimer-Erkrankung gibt es bisher nicht. Allerdings können die drei in Deutschland zugelassenen Wirkstoffe Donepezil, Galantamin und Rivastigmin bei Patienten mit leichter oder mittelschwerer Alzheimer-Demenz den Abbau ihrer kognitiven Fähigkeiten geringfügig verzögern – zu diesem Ergebnis kommen die Wissenschaftler des IQWiG in ihrem Anfang April 2007 publizierten Abschlussbericht.

Diese Medikamente gehören zur Wirkstoffgruppe der Cholinesterasehemmer und sollen den Abbau des Nervenbotenstoffs Acetylcholin verzögern und so die Informationsverarbeitung im Gehirn verbessern. Auf einer die Denk- und Merkfähigkeit abbildenden Skala von 1 bis 70 (ADAS-cog) erreichten Patientinnen und Patienten, die mindestens vier Monate ein solches Präparat einnahmen, im Durchschnitt einen um drei Punkte besseren Wert als solche, die ein Scheinmedikament erhielten. Einen um mindestens vier Punkte



höheren Wert erreichten absolut rund 15 % mehr Patientinnen und Patienten unter Cholinesterasehemmern als unter Placebo.

Studien weisen zudem darauf hin, dass diese Substanzen die Geschwindigkeit bremsen, mit der Alzheimer-Patienten die Fähigkeit verlieren, ihren Alltag zu bewältigen. Allerdings fanden sich keine Belege dafür, dass die Gabe von Cholinesterasehemmern die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen verringert. Unklar bleibt, ob die Medikamente die Lebensqualität erhöhen. Alle drei Präparate haben erhebliche Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen. Langzeitstudien dazu fehlen noch.

Kein Widerspruch zur Bewertung durch internationale HTA-Agenturen

Diese Bewertung des IQWiG widerspricht nicht, wie gelegentlich berichtet, den Ergebnissen, zu denen das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien im Vorjahr gekommen ist: Den Einsatz von Cholinesterasehemmern befürwortete das NICE nur unter bestimmten Auflagen und nur in einem mittelschweren Stadium der Erkrankung, nicht jedoch bei Patientinnen und Patienten in einem frühen oder weit fortgeschrittenen Stadium. Ausschlaggebend für dieses Votum waren jedoch die hohen Kosten. Das IQWiG bewertete dagegen ausschließlich den Nutzen, ohne die Kosten in Betracht zu ziehen. Das NICE wurde wegen der eingeschränkten Empfehlung erstmalig in seiner Geschichte von einer Herstellerfirma verklagt. Der Rechtsstreit dauert bis heute an, die Guideline ist aber weiterhin gültig.



Die Expertise zu den Cholinesterasehemmern ist Teil eines umfassenden Auftragspakets zur Alzheimer-Demenz. Auf Wunsch des G-BA soll das Institut sowohl medikamentöse als auch nichtmedikamentöse Therapieoptionen bewerten. Zur Pharmakotherapie stehen derzeit drei Wirkstoffgruppen zur Verfügung, darunter auch die sogenannten Cholinesterasehemmer. Die Berichte zu den beiden alternativen Arzneistoffen, zu Memantin und ginkgohaltigen Produkten, sowie zu den nichtmedikamentösen Verfahren waren 2007 noch in Bearbeitung.

2.5 Hörtests für Neugeborene

Hörstörungen bei Kindern können in vielen Fällen behandelt werden. Allerdings dauert es gerade bei einer angeborenen Schädigung häufig lange, bis sie erkannt werden. Fachleute diskutieren daher seit längerem, ob es sinnvoll ist, alle Neugeborenen schon in den ersten Lebenstagen einem Hörtest zu unterziehen. Der G-BA hatte deshalb das IQWiG beauftragt, den Wissensstand zum Nutzen eines universellen Neugeborenen-Hörscreenings zu ermitteln.

In dem im April 2007 veröffentlichten Abschlussbericht kamen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu dem Schluss, dass ein abschließendes Urteil dazu nicht möglich ist. Zwar werden Hörstörungen im Durchschnitt früher erkannt und gibt es Hinweise darauf, dass sich die Sprachentwicklung der Kinder dadurch verbessert. Es gibt allerdings keine klaren Belege dafür.



Außerdem bleibt unklar, wie sich eine frühere Diagnose auf andere für Patientinnen und Patienten wichtige Aspekte, wie zum Beispiel Lebensqualität, psychische Gesundheit, schulische Entwicklung oder berufliche Situation, auswirkt. Hierzu fehlen zuverlässige Studien.

Nur testen genügt nicht

Nützen kann ein Programm zur Früherkennung nur, wenn es strengen Qualitätsanforderungen genügt. Da die zur Untersuchung der Neugeborenen eingesetzten Testverfahren nicht fehlerfrei arbeiten, sind falsche Befunde unvermeidbar. Geht man davon aus, dass in Deutschland etwa eins bis zwei von 1000 Kindern betroffen sind, wird deutlich, dass hier gute Qualitätskontrollen notwendig sind, um die Rate solcher Fehler möglichst klein zu halten.

Zudem genügt es nicht, Eltern nur die Untersuchung anzubieten. Denn ein weiteres Ergebnis des Abschlussberichtes ist, dass ohne ein umfassendes organisatorisches und medizinisches Konzept nicht gewährleistet ist, dass Kinder mit einer identifizierten Hörstörung auch tatsächlich ohne unnötige Verzögerung adäquat weiterversorgt werden. Basierend auf diesen Ergebnissen hat der G-BA im Juni 2008 beschlossen, das Kinderfrüherkennungsprogramm um ein Hörscreening für Neugeborene zu erweitern.

2.6 Stammzelltransplantation

Die Stammzelltransplantation gehört zu einem der Schwerpunktthemen des Instituts. Im Auftrag des G-BA sollen die Wissenschaftler ihren Nutzen bei ins-



gesamt neun Indikationen bewerten. Zwei Aufträge konnte das IQWiG im Laufe des Jahres 2007 abschließen: Sowohl bei aplastischer Anämie (SAA) als auch bei akuter lymphatischer und akuter myeloischer Leukämie (ALL und AML) kamen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu dem Ergebnis, dass die Datenlage zu schlecht ist, um verlässliche Aussagen über den Nutzen und Schaden bestimmter Formen dieser Therapie zu treffen. Für beide Anwendungsgebiete forderte das IQWiG im Dienste der Patientensicherheit deshalb zusätzliche Studien.

Entsprechend laut war das Echo der – auch für die Initiierung und Durchführung von Studien – zuständigen Fachwissenschaftler: Wie schon 2006, als das Institut die vorläufigen Ergebnisse zur Diskussion gestellt hatte, kritisierten einige Hämatonkologen die Abschlussberichte in scharfer Form (vgl. Jahresbericht 2006, S. 5). In Pressemitteilungen, offenen Briefen und darauf fußenden Medienberichten wurde der Eindruck erweckt, Patientinnen und Patienten solle eine lebensrettende Therapie vorenthalten werden. Der Abschlussbericht zu den akuten Leukämien wurde über eine „Kleine Anfrage“ sogar Thema im Deutschen Bundestag. Die Fraktion „Die Linke“ hatte offenbar ungeprüft Tatsachenbehauptungen einzelner Wissenschaftler übernommen und daraufhin die Bundesregierung „kritisch“ befragt (BT-Drucksache 16/6169). Die offizielle Antwort aus dem BMG korrigierte nicht nur sachliche Mängel der Anfrage, sondern schloss sich implizit der IQWiG-Forderung nach belastbarer Evidenz an (BT-Drucksache 16/6224).



2.6.1 SAA: Transplantation bei „Fremdspende“ nicht verlässlich zu bewerten

Bei Patienten mit einer erworbenen schweren aplastischen Anämie (SAA), einer seltenen Erkrankung, ist die Zellproduktion im Knochenmark so gestört, dass keine oder nicht genügend Blutzellen gebildet werden. Unbehandelt verläuft sie in der Regel tödlich. Zur langfristigen Behandlung stehen zwei Maßnahmen zur Verfügung: Bei der immunsuppressiven Therapie sollen Medikamente die gegen die blutbildenden Stammzellen gerichteten Angriffe des eigenen Immunsystems unterdrücken. Mit dieser Methode können die meisten Patientinnen und Patienten aber nicht dauerhaft geheilt werden.

Die Alternative ist eine Stammzelltransplantation. Dabei wird zunächst das kranke Knochenmark zerstört (Konditionierung) und anschließend durch gesunde Stammzellen eines Spenders, die sich im Knochenmark ansiedeln, ersetzt. Grundsätzlich kann die Stammzelltransplantation ein gefährlicher Eingriff sein, weil es u. a. in Abhängigkeit vom Spendertyp ein nicht unerhebliches Risiko gibt, an den Folgen der Konditionierung zu sterben. Werden Stammzellen eines verwandten Spenders übertragen, sind die Heilungsaussichten vergleichsweise gut. Allerdings finden nur etwa 30 Prozent der Patientinnen und Patienten einen Spender aus der eigenen Familie. Diese „Familienspende“ war aber nicht Gegenstand des im April 2007 publizierten G-BA-Auftrags, sondern lediglich die „Fremdspende“.



Ergebnisse von vergleichenden Studien fehlen

Wie die IQWiG-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach einer sorgfältigen Literaturrecherche feststellen mussten, gab es zum damaligen Zeitpunkt keine Studien, die die beiden Therapievarianten bei nicht verwandten Spendern direkt verglichen und sowohl vollständig publiziert als auch mit hinreichender Sicherheit interpretierbar waren. Dabei hatte sich das IQWiG nicht auf randomisierte klinische Vergleiche beschränkt. Einzige Bedingung war das Vorhandensein einer Kontrollgruppe.

Als Reaktion auf die zum Vorbericht eingegangenen Stellungnahmen recherchierte und analysierte das IQWiG zusätzlich Studien, in denen Patientinnen und Patienten nach erfolgloser immunsuppressiver Therapie als letzte Option eine Transplantation von Stammzellen nicht verwandter Spender erhalten hatten, auch wenn es in diesen Studien keine Kontrollgruppe gab. Die ergänzende Betrachtung dieser Studien ergab zum einen höchst uneinheitliche Ergebnisse – die Studien berichteten Überlebensraten, die innerhalb eines weiten Bereichs schwankten. Zum anderen fehlte eine einheitliche Definition dazu, wie lange weitere Versuche mit einer Immunsuppression sinnvoll sind und ab wann von einer refraktären Situation auszugehen ist, in der es zur Transplantation keine Alternative mehr gibt. Deshalb wurde geschlussfolgert, dass die Daten der Studien nicht verallgemeinerbar seien.

IQWiG plädiert für internationales Erkrankungsregister. Obwohl unklar blieb, ob und welche SAA-Patienten von einer Stammzelltransplantation eines nicht verwandten Spenders profitieren können, hielten es die



Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für gerechtfertigt, diese Therapie in bestimmten Fällen als letzte Alternative anzubieten. Dies gilt für Patientinnen und Patienten, für die keine immunsuppressive Therapie mehr infrage kommt und für die auch kein geeigneter Spender aus der Familie zur Verfügung steht. Voraussetzung für den Einsatz in derartigen Fällen ist indes eine angemessene Aufklärung der Patienten über die derzeit noch unsichere Datenlage. Aus Gründen der Patientensicherheit und um die Wissenslücken so schnell wie möglich zu schließen, sollte die Stammzelltransplantation generell nur im Rahmen von klinischen Studien angewendet werden.

Zugleich forderte das Institut die Fachleute auf, zeitnah solche Studien in Angriff zu nehmen. Aufgrund der geringen Zahl der Fälle müssten diese multinational angelegt sein. Nötig ist dafür ein Erkrankungsregister, in dem im Idealfall alle Patientenverläufe dieser Erkrankung erfasst und dokumentiert werden, unabhängig davon, welche Therapie eingesetzt wird. Dass vergleichende Studien durchaus möglich sind, zeigten auch die Vergleiche zwischen der Immunsuppression und der Transplantation mit Familienspendern bei der schweren (bzw. sehr schweren) aplastischen Anämie: Allein in den letzten fünf Jahren wurden dazu sieben Arbeiten publiziert, in denen zusammen über rund 3000 Patienten berichtet wurde.

Neuere Studie könnte Fazit des Berichts verändern

Bei ihrer Recherche hatten die Wissenschaftler auch eine erste prospektiv geplante Studie mit einer Kontrollgruppe identifiziert, die bei der Berichtserstellung



aber lediglich als Abstract publiziert war. Sie vergleicht insgesamt 52 Patientinnen und Patienten mit einer schweren oder sehr schweren aplastischen Anämie im Alter von unter 18 Jahren, bei denen die immunsuppressive Therapie im ersten Anlauf versagt hat: 31 von ihnen erhielten anschließend eine Transplantation von Stammzellen eines nicht verwandten Spenders. Die restlichen 21, für die kein geeigneter Spender hatte gefunden werden können, bekamen eine zweite Immunsuppression. Nach der vollständigen Publikation der Ergebnisse dieser Studie unterzogen sie die IQWiG-Wissenschaftler einer Prüfung und stellten die daraus resultierenden Erkenntnisse im Februar 2008 in einem Arbeitspapier dem G-BA zur Verfügung. Darin weist das Institut darauf hin, dass sich das Fazit des im April 2007 publizierten Abschlussberichts verändern könnte, wenn man diese neue, zusätzliche Studie in die Bewertung einschließt. Denn diese liefert zumindest Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche mit einer SAA von einer Transplantation von Stammzellen eines Fremdspenders profitieren könnten.

2.6.2 Akute Leukämie: Nutzen bestimmter Formen der Stammzelltransplantation nicht belegt

Wie bei der SAA musste das IQWiG auch bei akuten Leukämien feststellen, dass bestimmte Formen der Stammzelltransplantation bislang nur unzureichend untersucht sind. Zwar hat sich diese risikoreiche Therapie in den letzten Jahrzehnten bei Blutkrebs zu einer häufig verwendeten Alternative zur Chemotherapie entwickelt. Die wissenschaftliche Aufarbeitung hielt aber nicht für alle Formen der Stammzelltransplantation mit der Anwendung Schritt.



In seinem Anfang Juni 2007 veröffentlichten Abschlussbericht untersuchte das IQWiG nur bestimmte Formen der Stammzelltransplantation zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit akuter lymphatischer oder akuter myeloischer Leukämie (ALL, AML). Eine Frage betraf AML- und ALL-Patienten, für die kein geeigneter Spender in der Familie vorhanden war und bei denen deshalb Stammzellen eines nicht verwandten Spenders eingesetzt wurden. Der Nutzen dieser sogenannten Fremdspendertransplantation ließ sich indes nicht bewerten, weil aussagekräftige Vergleichsstudien mit der Chemotherapie als möglicher Therapiealternative fehlten.

Eine zweite Frage betraf eine Variante der Stammzelltransplantation, bei der die Vorbehandlung der Patientinnen und Patienten weniger aggressiv ist. Für zwei Gruppen von Patienten ergaben sich Hinweise darauf, dass eine solche sogenannte dosisreduzierte Transplantation Vorteile haben könnte. Die eine Gruppe besteht aus Patienten mit AML oder ALL, bei denen die Chemotherapie keine ausreichende Wirkung zeigt (therapierefraktärer Verlauf). Hier gab es Hinweise darauf, dass eine dosisreduzierte Transplantation das Überleben verlängern könnte. Die Bedeutung des Spendertyps bleibt offen. Die andere Gruppe besteht aus Patienten mit AML, für die ein geeigneter Stammzellspender in der Familie zur Verfügung steht. Bei diesen Patientinnen und Patienten könnte eine dosisreduzierte Transplantation der Chemotherapie überlegen sein. Auch hier sind aber noch keine definitiven Aussagen möglich, da für diese Patienten nur eine Studie identifiziert wurde, die zudem verschiedene Mängel aufwies.



Wissenslücken schnell schließen

Pauschale Empfehlungen gegen den Einsatz einer Stammzelltransplantation bei akuten Leukämien ließen sich aus ihrem Bericht aber nicht ableiten, hoben die Wissenschaftler hervor, denn die Bewertung der Stammzelltransplantation hänge sowohl von Einheiten der Krankheit, den Eigenschaften der Patienten als auch von den genauen Umständen der Therapie ab. Sie forderten allerdings nachdrücklich dazu auf, die dokumentierten Wissenslücken aus Gründen der Patientensicherheit so schnell als möglich zu schließen. Das ist möglich, wenn diese Formen der Stammzelltransplantation im Rahmen von angemessenen klinischen Studien eingesetzt werden. Damit sind auch nicht randomisierte Studien gemeint, in denen Patientinnen und Patienten alle sinnvollen Therapieoptionen zur Verfügung stehen, aber zum Vergleich der Therapieergebnisse entscheidende Daten zur Vorgeschichte der Patienten und dem Verlauf der Erkrankung festgehalten werden.

Der im Juni 2007 veröffentlichte Abschlussbericht war eine übliche Überarbeitung und keine „Revision“ des Vorberichts, wie in einigen Presseberichten zu lesen war. Insgesamt sah das IQWiG nach der Überprüfung der kritischen Stellungnahmen keinen Grund, die Schlussfolgerungen des Vorberichts zu revidieren. Zwar hatten Fachwissenschaftler bei der wissenschaftlichen Erörterung bislang unpublizierte Daten angekündigt, die das Fazit infrage stellen würden, diese aber trotz Nachfragen des Instituts nicht zur Verfügung gestellt.



2.7 Asthmatherapie: Fixkombinationen sind Gabe von Einzelkomponenten nicht überlegen

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

Das IQWiG hat deshalb überprüft, ob Patientinnen und Patienten von den neueren Fixkombinationen stärker profitieren als von Einzelgaben der gleichen Wirkstoffe oder umgekehrt. Ein Abschlussbericht (A05-13) wurde dazu im Juni 2007 publiziert. Fixkombinationen waren demnach der Gabe von Einzelkomponenten nicht überlegen. Werden die gleichen Inhalationssysteme verwendet, liefern die derzeit verfügbaren Studien für die fixe und die freie Kombination bei Erwachsenen und Jugendlichen vielmehr ähnliche Ergebnisse.

Da zwischenzeitlich in Deutschland eine neue Wirkstoffkombination auf den Markt kam und eine ältere eine erweiterte Zulassung erhielt, aktualisiert und erweiterte das Institut in einem Ergänzungsauftrag (A07-01) seine Nutzenbewertung.

Während im ursprünglichen Auftrag des G-BA die Fixkombinationen aus Budesonid und Formoterol (Handelsname: Symbicort) und aus Fluticason und Salme-



terol (Handelsnamen: Viani und Atmadisc) mit der jeweils getrennten Inhalation der Wirkstoffe verglichen wurden, prüft das Institut im Folgeauftrag die später zugelassene Kombination aus Beclometasondipropionat und Formoterol (Handelsnamen: Foster, Inuvair). Erstmals bewertet wird dabei auch der Einsatz von Budesonid und Formoterol (Symbicort) in der Erhaltungs- und Bedarfstherapie (Herstellerbezeichnung: SMART). Im November wurde zunächst der Berichtsplan zu dem Folgeauftrag veröffentlicht, die vorläufigen Ergebnisse gingen im Herbst 2008 an den G-BA.

Nicht alle Herstellerfirmen kooperationsbereit

Um in die Nutzenbewertung möglichst alle vorhandenen Studienergebnisse einbeziehen zu können, recherchierte das IQWiG nicht nur in Literaturdatenbanken, sondern auch in öffentlichen und firmeneigenen Studienregistern und bat Hersteller um Informationen. Die Firma GlaxoSmithKline (Salmeterol/Fluticason) lieferte daraufhin alle Angaben, um die das Institut gebeten hatte.

Dennoch ist die Datenbasis bisher unvollständig. Die Firma AstraZeneca (Budesonid/Formoterol) lehnte es – beim Ergänzungsauftrag wie zuvor auch bei der ersten Bewertung – ab, eine Vereinbarung zur Übermittlung und Veröffentlichung von Herstellerdaten zu unterzeichnen. Aus diesem Grund konnten keine unveröffentlichten Daten der Firma in die Nutzenbewertung eingehen. Dies galt übrigens auch für den Ergänzungsauftrag.

2.8 Kurzwirksame Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes

2.8.1 Heftige Auseinandersetzung war programmiert

Diabetes mellitus ist eine jener „Volkskrankheiten“, deren Behandlung das IQWiG nach dem Wunsch des G-BA umfassend erforschen soll. Schwerpunkt der zahlreichen Teilaufträge bildet die Arzneimitteltherapie. Allein vier Teilaufträge befassen sich mit den sogenannten Insulinanaloga. Denn die vor rund zehn Jahren zugelassenen „Kunstinsuline“ sind in einer kurz- und einer langwirksamen Variante verfügbar und entfalten je nach Art der Erkrankung, also Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, unterschiedliche Wirkungen. Bereits 2005 konnte das IQWiG die Bewertung der kurzwirksamen Insulinanaloga bei Diabetes mellitus Typ 2 abschließen. Das Institut kam dabei zu dem Ergebnis, dass sie gegenüber einer herkömmlichen Therapie mit humanem Insulin keinerlei Vorteile bieten. Im Jahr 2006 verfügte der G-BA einen Verordnungsausschluss: Solange sie mit höheren Kosten verbunden sind, dürfen Ärzte kurzwirksame Insulinanaloga bei Diabetes Typ 2 nicht zulasten der Kassen verschreiben. Das IQWiG-Gutachten und erst recht der nachfolgende G-BA-Entscheidungen wurden in der Öffentlichkeit ausdauernd und heftig debattiert.

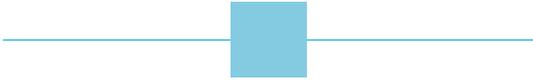
Die Bewertung der kurzwirksamen Analoga bei Diabetes mellitus Typ 1, zu der das IQWiG dem G-BA den Abschlussbericht Ende März 2007 vorlegte, weist deutliche Parallelen auf. Für den Inhalt des Gutachtens gilt das ebenso wie für die nachfolgend ergangene Richtlinie des G-BA und die wiederum über die Medien ausgetragene Auseinandersetzung mit verschiedenen Interes-

sengruppen. Diesmal war der Streit aber absehbar, und das nicht nur wegen des Analoga-„Präzedenzfalls“ vom Vorjahr. Einen Vorgeschmack darauf hatte schon die Rezeption des bereits im September 2006 zur Diskussion gestellten Vorberichts zu den kurzwirksamen Analoginsulinen bei Typ-1-Diabetes gegeben. Bei der wissenschaftlichen Erörterung im Institut kam es zu einem „Eklat“, gefolgt von einer juristischen Auseinandersetzung mit dem Deutschen Diabetiker Bund, die erst im Sommer 2008 ein – für das Institut gutes – Ende finden sollte (vgl. hierzu auch Jahresbericht 2006, S. 14-15).

2.8.2 Überlegenheit nicht belegt

In ihrem gemeinsam mit externen Sachverständigen erarbeiteten Abschlussbericht kamen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IQWiG zu dem Ergebnis, dass es bislang keine Belege für eine Überlegenheit kurzwirksamer Insulinanaloga gegenüber Humaninsulin bei der Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 gibt. Für Kinder und Jugendliche blieb der Nutzen mangels Daten unklar. Hochwertige Langzeitstudien fehlten auch zehn Jahre nach der Einführung der Analoga.

Geprüft hatte das IQWiG alle drei in Deutschland zugelassenen Wirkstoffe: Insulin Aspart (Handelsname: Novorapid), Insulin Lispro (Handelsname: Humalog, Liprolog) und Insulin Glulisin (Handelsname: Apidra). Zwar fanden die Wissenschaftler insgesamt neun veröffentlichte Vergleichsstudien mit einer Mindestlaufzeit von 24 Wochen. Allerdings waren ihre Aussagen nur eingeschränkt belastbar. So war keine der Studien verblindet, d. h. Patient und Arzt wussten, welche



Insulinart jeweils injiziert wurde. Zudem gab es in den Studienunterlagen zu wichtigen Fragen häufig widersprüchliche Aussagen, die sich nicht miteinander in Einklang bringen ließen.

Was die Blutzuckersenkung gemessen am HbA_{1c}-Wert betrifft, hatten mit Insulin Aspart behandelte erwachsene Patientinnen und Patienten in einigen Studien zwar im Durchschnitt niedrigere Werte. Diese statistischen Unterschiede waren aber so gering, dass sie gesundheitlich keine Auswirkungen erwarten ließen.

Zu wichtigen Therapiezielen keine Aussage möglich

In einigen Studien beurteilten die mit Analoginsulinen behandelten Patienten ihre Lebensqualität besser und waren mit der Behandlung zufriedener als Patienten, die sich Humaninsulin spritzten. Als Beleg für einen Zusatznutzen wertete das IQWiG diesen Befund indes nicht, weil er nicht auf einem fairen Vergleich beruhte: In der Humaninsulingruppe waren die Probanden angewiesen, einen festen Spritzabstand vor den Mahlzeiten einzuhalten, nicht aber in der Analogagruppe. Die größere Zufriedenheit hätte somit durch die Substanzklasse selbst oder durch die von den Ärzten vorgegebenen unterschiedlichen Anwendungsvorschriften bedingt sein können.

Auch zu anderen wichtigen Therapiezielen ließen die verfügbaren Studien keine Aussagen zu. So war nach wie vor völlig unklar, wie sich die Insulinarten auf Folgekomplikationen des Typ-1-Diabetes, auf die Sterblichkeit und die Notwendigkeit von Klinikaufenthalten auswirken.



Hersteller hielt Daten unter Verschluss

Zur Insulinpumpentherapie mit Insulinanaloga gab es keine Studie mit einer Laufzeit von mindestens 24 Wochen, weshalb offenbleiben musste, ob und welchen Vorteil die Patienten von dieser Form der Anwendung haben können. Das gilt auch für Kinder und Jugendliche, denn auch für sie waren nur Kurzzeitstudien vollständig verfügbar. Zwar hatte die Firma Novo Nordisk zwei abgeschlossene Langzeitstudien mit Kindern und Jugendlichen finanziert. Beide waren aber nur zum Teil veröffentlicht. Novo Nordisk war – im Unterschied zu den Herstellern Sanofi-Aventis und Lilly – seinerzeit nicht bereit, die nötigen Informationen zur Verfügung zu stellen.

2.8.3 Folgeauftrag zu Kindern und Jugendlichen

Der G-BA zog im Februar 2008 aus dem Abschlussbericht die gleichen Konsequenzen wie im Fall der kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes: Von begründeten Ausnahmen abgesehen, sollten die Medikamente künftig nur verordnungsfähig sein, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin. Diesmal ließ das BMG den Beschluss jedoch nicht passieren und verfügte, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von der Richtlinie auszunehmen. Da zudem Novo Nordisk Bereitschaft signalisierte, dem IQWiG die bisher unter Verschluss gehaltenen Daten zu übermitteln, erteilte der G-BA im Juli 2008 einen Nachfolgeauftrag. Er wird sich ausschließlich dem Nutzen für diese jungen Patienten widmen. Die kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-1-Diabetes werden für das IQWiG also auch 2008 wissenschaftlich ein Thema bleiben.

2.9 Diabetes: Nutzen für neuen Wirkstoff Exenatide noch nicht belegt

Seit Mai 2007 steht Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ein neuer Wirkstoff zur Verfügung: Exenatide. Das von der Herstellerfirma Eli Lilly unter dem Handelsnamen Byetta® vertriebene Medikament wurde für Patienten entwickelt, die ihren Blutzucker mit herkömmlichen oralen Antidiabetika nicht ausreichend gut einstellen können und bei denen deshalb eine zusätzliche Therapie mit Insulin oder mit einem weiteren oralen Diabetesmedikament angezeigt wäre. Wie Insulin wird auch Exenatide unter die Haut gespritzt. Der G-BA hatte das IQWiG beauftragt, in einem beschleunigten Verfahren, einem sogenannten Rapid Report, zu prüfen, ob Exenatide einen relevanten Nutzen hat.

Anwendung nur in Kombination mit oralen Antidiabetika möglich

Der Wirkstoff Exenatide darf nicht allein angewendet werden (Monotherapie). Eine Zulassung hat der Wirkstoff in Deutschland nur für die kombinierte Gabe mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoffen. Dementsprechend suchten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nach Studien, die Exenatide zusätzlich zu diesen oralen Antidiabetika entweder mit Placebo oder mit anderen, den Blutzucker senkenden Therapien verglichen und eine Laufzeit von mindestens zwölf Wochen aufwiesen. Insgesamt fanden sie fünf randomisierte kontrollierte Studien, die sie in die Bewertung einbezogen.

Vergleichbare Ergebnisse für Blutzuckerspiegel

Was die Senkung des Blutzuckerspiegels betrifft, zeigte sich Exenatide dem Scheinmedikament überlegen und der Insulintherapie nicht unterlegen: Unter Exenatide und Insulin erreichten Patienten im Mittel jeweils eine Senkung des HbA_{1c}-Werts von knapp 1%. Vergleichbar war auch die Häufigkeit schwerer Unterzuckerungen. Außerdem konnten die Probanden in den Exenatidegruppen in allen Studien ihr Körpergewicht abbauen. Sie waren dabei etwas erfolgreicher als die Patienten in den Placebogruppen. Patienten, die Insulin spritzten, nahmen dagegen zu.

Eindeutig schlechter schneidet Exenatide allerdings mit Blick auf unerwünschte Ereignisse ab: Sowohl im Vergleich mit Placebo als auch mit Insulin litten Patientinnen und Patienten, die Exenatide spritzten, häufiger an Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall und brachen demzufolge auch häufiger die Studie ab. Dabei stieg die Rate dieser unerwünschten Ereignisse und der Studienabbrüche mit der verabreichten Dosis von Exenatide.

Langfristiger Nutzen oder Schaden unklar

In seinem Fazit kommt das IQWiG zu dem Ergebnis, dass Exenatide zwar nachweislich den Blutzucker senkt, ein langfristiger (Zusatz-)Nutzen oder Schaden aber bisher weder belegt noch ausgeschlossen werden kann. Denn zurzeit sind keine relevanten Daten aus Studien verfügbar, die Aussagen über einen positiven oder negativen Einfluss auf diabetische Folgekomplikationen, die Sterblichkeit, auf die Häufigkeit der stationären



Behandlung oder auf durch Stoffwechsellagen ausgelöste Komata zulassen. Ebenso fehlen belastbare Daten zur Lebensqualität und Therapiezufriedenheit.

2.10 CWF-Umfrage: Deutsche Ärztinnen und Ärzte sind besonders unzufrieden mit ihrem Gesundheitssystem

Wie bereits 2005 hatte sich das IQWiG auch 2006 an der international vergleichenden Umfrage des in den USA ansässigen Commonwealth Fund (CWF) beteiligt. Hatten 2005 schwerer erkrankte Patienten im Mittelpunkt gestanden, ging es im folgenden Jahr um die Ärztinnen und Ärzte selbst. Die Auswertung der Daten nahm diesmal mehr Zeit in Anspruch, weshalb die Publikation in deutscher Sprache erst 2007 in Druckform erschien.

Wie die Befragung von rund 1000 deutschen Allgemeinmedizinern, Pädiatern und hausärztlich tätigen Internisten ergab, schätzen sie die Qualität der Versorgung ihrer Patienten als gut bis sehr gut ein. Dennoch halten diese Ärztinnen und Ärzte in der großen Mehrzahl massive Änderungen im Gesundheitswesen für nötig. Darin unterscheiden sich deutsche Haus- und Allgemeinärzte deutlich von ihren Kollegen in Australien, Kanada, den Niederlanden, Neuseeland, Großbritannien und den USA. Insgesamt hatten sich bei der vom CWF koordinierten Befragung etwa 6100 sogenannte Primärärzte zu verschiedenen Aspekten ihrer Arbeit und ihrer Zufriedenheit interviewen lassen. Das Design der Studie erlaubte einen Benchmarkvergleich zwischen den teilnehmenden Ländern.



In vielen Bereichen, wie zum Beispiel Diagnosefehler oder Wartezeiten, geben deutsche Medizinerinnen und Mediziner dem eigenen Gesundheitswesen wesentlich bessere Noten als etwa britische, US-amerikanische oder niederländische Kollegen. Dennoch halten 96% der deutschen Ärzte „grundlegende Änderungen“ des deutschen Gesundheitswesens für nötig oder denken sogar, dass es „komplett reformiert werden müsste“. In anderen Ländern sind deutlich weniger Ärzte derart unzufrieden.

Als Ursache dieser Diskrepanz kommen viele Faktoren infrage, die in der Umfrage nicht vollständig erfasst werden konnten. Mit zur Unzufriedenheit beitragen könnte, dass deutsche Allgemeinärzte wesentlich mehr Patientenkontakte bewältigen müssen als Kolleginnen und Kollegen in anderen Ländern: Hierzulande sind es pro Woche durchschnittlich etwa 240 Patienten, die ein Arzt behandelt, in den übrigen Ländern sind es zwischen 100 und 150 Patienten. Im Schnitt liegt die Zeit pro Patientenkontakt international zwischen 11 und 19 Minuten, in Deutschland bei unter acht Minuten.

Die Umfrage untersuchte eine Vielzahl von Aspekten, unter anderem Praxisprofile, demografische Daten, die generelle Bewertung des Gesundheitssystems und der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation sowie mit der Behandlung der Patienten und Disease-Management-Programmen. Darüber hinaus ging es in diesem Survey auch um finanzielle Anreizsysteme, um die Koordination der Versorgung und Patientensicherheit, um „Qualitätsinitiativen und medizinische Praxis“ sowie um „Verwaltungssysteme und medizinische Praxis“. Einen Überblick über die Ergebnisse aus deutscher Sicht, der sich inhaltlich auf die drei erstgenannten



Themenbereiche konzentriert, gibt es im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Artikel (Nr. 38/2007, siehe Abschnitt 5.4). Vor allem mit den vier letztgenannten Aspekten befasst sich ein Beitrag in der US-amerikanischen Zeitschrift Health Affairs (Vol 57/2006).

2.11 Nutzen der hyperbaren Sauerstofftherapie nicht belegt

Trotz jahrzehntelanger Anwendung der hyperbaren Sauerstofftherapie (HBO) in Deutschland gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die zusätzliche Behandlung einen Nutzen hat. Zu diesem Ergebnis kam das IQWiG in seinen Abschlussberichten zum Einsatz der HBO bei den Indikationen idiopathische Hüftkopfnekrose und Brandwunden.

Diese beiden Aufträge waren Teil eines größeren Paketes des G-BA vom Februar 2006, in dem der Nutzen einer zusätzlichen hyperbaren Sauerstofftherapie bei verschiedenen Indikationen (u. a. auch Migräne/vasculärer Kopfschmerz, venöse Ulzera, zerebraler Insult) mit dem der alleinigen konventionellen Behandlung verglichen werden sollte.

Die HBO versucht, das Gewebe durch vermehrte Sauerstoffzufuhr vor dem Absterben zu bewahren. In einer Druckkammer atmen die Patienten über eine Maske oder ein Kopfzelt reinen Sauerstoff ein. Durch den erhöhten Umgebungsdruck lässt sich die Sauerstoffmenge im Blut um ein Vielfaches steigern.

Aussagekräftige Studien fehlen

Obwohl die HBO in einigen klinischen Zentren bereits seit 20 Jahren eingesetzt wird, sind für die vom Institut untersuchten Indikationen bislang keine aussagekräftigen Studien verfügbar. Warum die Studienlage derart schlecht ist, bleibt unklar. Organisatorische Schwierigkeiten sind unwahrscheinlich, da es sich keineswegs um seltene Erkrankungen handelt, die Patienten in der Regel einwilligungsfähig sind und auch keine Notfallbehandlung benötigen. Einwände von Ethikkommissionen gegen direkte klinische Vergleiche sind aufgrund der bereits langjährigen Anwendung ebenfalls nicht zu erwarten.

Das Institut empfiehlt daher in seinem Abschlussbericht zur Indikation Hüftkopfnekrose, dass die Therapie nur unter geeigneten Studienbedingungen angewendet werden sollte, um so zumindest langfristig gesicherte Erkenntnisse zu gewinnen.

Die schlechte Studienlage für die beiden bereits untersuchten Indikationen ließ vermuten, dass die Studienlage für die anderen Indikationen des Auftragspaketes ebenso schlecht sein würde. Daher beschloss der G-BA Ende 2007, die HBO – mit Ausnahme der Indikationen diabetisches Fußsyndrom, Brandwunden und Hüftkopfnekrose – nicht weiter zu beraten und nahm im Oktober und Dezember 2007 die entsprechenden Aufträge an das IQWiG formell zurück.



2.12 Arbeit an den Methoden

2.12.1 Erster Entwurf der Allgemeinen Methoden 3.0 publiziert und diskutiert

Nach welchen wissenschaftlichen Grundsätzen und Methoden Mitarbeiter und externe Gutachter des IQWiG bei der Nutzenbewertung vorgehen, ist im sogenannten Methodenpapier des Instituts dokumentiert. Festgelegt sind dort u. a. die Abfolge der einzelnen Arbeitsschritte und die Regeln für die Vergabe von Aufträgen an auswärtige Wissenschaftler, für die Beteiligung von Betroffenen sowie für die Publikation von Ergebnissen. Das Dokument definiert somit den allgemeinen wissenschaftlichen und prozeduralen Rahmen für die Arbeit des Instituts.

Um die Qualität seiner Arbeit auf wissenschaftlich hohem Niveau zu halten und die Transparenz sicherzustellen, aktualisiert das Institut diese Methoden in regelmäßigen Abständen. Obwohl die Methoden in der Version 2.0 erst im Dezember 2006 publiziert worden waren, hatte das IQWiG bereits für 2007 eine solche Überarbeitung geplant. Nötig war diese auch aufgrund des GKV-WStG. Denn das zum April 2007 in Kraft getretene Reformgesetz formulierte u. a. neue Anforderungen an die Methodik des IQWiG: Erweiterte Beteiligungsmöglichkeiten für „Betroffene“ (v. a. Patienten, Unternehmen, Ärzte, Wissenschaftler) betraf das ebenso wie die Präzisierung der Bewertungskriterien hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Patienten.

Das Methodenpapier 2.0 wurde zunächst intern überarbeitet und neu strukturiert. Im Juli 2007 band das IQWiG dann seinen wissenschaftlichen Beirat ein. Das

Ergebnis waren zahlreiche wertvolle Anregungen, die in den ersten Entwurf der Neufassung einfließen. Im November 2007 wurde schließlich der Entwurf der Allgemeinen Methoden 3.0 über das Internet einer breiten Fachöffentlichkeit zur Diskussion gestellt.

Die methodische Basis der Berichtserstellung blieb auch in der Entwurfsfassung 3.0 unverändert: Grundlage der Bewertung medizinischer Interventionen sollte der faire Vergleich von zwei Alternativen bleiben. Bestätigt und bekräftigt wurden die Richtigkeit und die Angemessenheit dieser Herangehensweise auch in Diskussionen mit Experten aus den Gesundheitswissenschaften im September 2007. Bereits Ende 2006 hatten der Gesundheitsforschungsrat (GFR), das höchste Beratungsgremium der Bundesregierung in Fragen der Gesundheitsforschung, und das IQWiG beschlossen, gemeinsam ein neues Diskussionsforum in Gestalt einer Workshopreihe zu etablieren. Erklärtes Anliegen des GFR war dabei, den wissenschaftlichen Dialog in Deutschland zu intensivieren und so ein besseres Verständnis und eine breitere Akzeptanz der Methodik der Nutzenbewertung herzustellen.

GFR-Workshop: Kausalität ist nur mit „proVIS“ zu belegen

Bei der Auftaktveranstaltung am 4. September in Berlin standen Definitionen des Nutzens sowie der Zusammenhang zwischen „Nutzenbegriff und Bewertungsmethodik“ im Mittelpunkt. Eine Bestätigung erfuhr die IQWiG-Methodik insofern, als über die „Schulgrenzen“ hinweg Einmütigkeit darüber bestand, dass es für eine auf den Nachweis einer Kausalität zwischen Intervention und Effekt zielende Nutzenbewertung einen



Goldstandard gibt: prospektiv geplante, vergleichende Interventionsstudien mit gesicherter Strukturgleichheit („proVis“). Laut Prof. Jürgen Windeler, der „proVis“ bei diesem Workshop als Begriff einführte, ist eine zufällige Zuteilung zu den Kontrollgruppen das zugleich zuverlässigste, einfachste und kostengünstigste Verfahren, um Strukturgleichheit zu erreichen. proVis sind also nicht identisch mit randomisierten klinischen Studien (RCTs). Bei der Mehrzahl der Forschungsfragen dürfte die RCT allerdings die Studienform sein, die den Bedingungen von proVIS am besten gerecht wird.

Strittig blieb die Frage, ob für die Nutzenbeurteilung unter Alltagsbedingungen oder für Kosten-Nutzen-Analysen nicht interventionelle Studien (NIS) geeignet sein können. Einen Vorteil solcher Studien gegenüber proVis respektive RCT konnten allerdings auch die NIS-Befürworter in diesem Zusammenhang nicht darlegen. Niemand bekannte sich beim GFR-Workshop zu dem – sonst häufig vorgetragenen – Vorschlag, bei einem Fehlen qualitativ hochwertiger Studien auf die Ergebnisse „zweitbesten“ („schlechter“) Studien als Entscheidungsgrundlage auszuweichen. Zudem war man sich einig, dass es vorzuziehen ist, keine Entscheidungen zu treffen, wenn lediglich qualitativ minderwertige Studien verfügbar sind, und sich stattdessen darauf zu beschränken, die Wissenslücken offenzulegen und zu dokumentieren. Denn häufig habe dies den positiven Effekt, dass daraufhin gute Studien geplant und durchgeführt würden.

Eine Broschüre, die den Workshop dokumentiert, kann beim BMBF kostenlos bestellt werden. http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DLR_Nutzenbewert_07-11-22_Druckversion.pdf



GKV-WSG erweitert Stellungnahmemöglichkeiten

Bei der Neufassung des Methodenpapiers zu berücksichtigen war u. a. die Forderung des GKV-WSG, in „allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens“ die „angemessene Beteiligung“ sogenannter Stakeholder zu gewährleisten. Neu eingeführt wurde deshalb die Möglichkeit, auch zum Berichtsplan eine mündliche Erörterung durchzuführen. Getrennte Stellungnahmeverfahren zur berichtsspezifischen Methodik (Berichtsplan) und zu den vorläufigen Ergebnissen (Vorbericht) waren – gewissermaßen im Vorgriff auf die geplante Gesetzesänderung – bereits im Dezember 2006 in der Version 2.0 festgelegt worden. Das Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht mit optionaler Erörterung blieb unverändert. Der Berichtsplan sollte nun zunächst in einer sogenannten vorläufigen Version publiziert werden, zu dem das Institut um Kommentare bittet. Beschränkte die Version 2.0 das Verfahren auf die Schriftform, eröffnete der Entwurf 3.0 nun die Möglichkeit, offene Fragen und unklare Aspekte aus den Stellungnahmen auch mündlich zu diskutieren. Stellungnahmen und Ergebnisse der Diskussion sollten dann in die endgültige Version des Berichtsplans einfließen.

Um sicherzustellen, dass die tägliche Bewertungspraxis des IQWiG auch vor der Publikation der neuen Methodenversion gesetzeskonform und damit für den Auftraggeber rechtssicher war, gab es bereits seit dem Frühjahr 2007 eine Übergangsregelung für Stellungnahmeverfahren, während derer optionale Erörterungen auch zu Berichtsplänen bereits möglich waren.



Dokument bekommt neuen Aufbau

Grundlegend revidiert wurde dabei auch die Gliederung des Dokuments: Einige Abschnitte und Kapitel fielen ganz weg, weil deren Inhalte an anderer Stelle integriert wurden, andere Abschnitte kamen neu hinzu. Waren in der Version 2.0 Fragen der Biometrie im ersten Kapitel diskutiert worden, bildete in der Entwurfsfassung von Version 3.0 ein einleitendes Kapitel den Auftakt, das nicht nur die gesetzlichen Aufgaben und die Struktur des IQWiG beschreibt, sondern auch einen kurzen Überblick über die evidenzbasierte Medizin (EbM) und ihre Bedeutung für die Arbeit des Instituts gibt. Neu aufgenommen wurde auch ein Glossar zur Erklärung der im Methodenpapier verwendeten Fachbegriffe.

Komplett aus den Allgemeinen Methoden ausgegliedert wurde der Abschnitt zur Gesundheitsökonomie. Statt eines Kapitels im allgemeinen Methodenpapier war für Anfang 2008 vorgesehen, ein eigenständiges Methodenpapier zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen zu präsentieren. Damit wurde den durch das GKV-WSG erweiterten Aufgaben des Instituts Rechnung getragen. Denn zukünftig soll das Institut bei Arzneimitteln nicht nur wie bislang den Nutzen bewerten, sondern diesen auch zu den Kosten ins Verhältnis setzen können.



2.12.2 IQWiG entwickelt neue Methodik zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen

Die Gesundheitskosten sind ein Thema, das in Deutschland sehr kontrovers diskutiert wird. Bereits seit den 1970er-Jahren sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen, die Höhe der Krankenkassenbeiträge und die Preise von Arzneimitteln regelmäßig Gegenstand öffentlicher Diskussionen. Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Krankenhäusern berücksichtigen schon seit Langem bei ihren medizinischen Entscheidungen im Alltag auch Aspekte der Wirtschaftlichkeit.

Bislang fehlte in Deutschland ein akzeptiertes und transparentes Instrument, mit dem der medizinische Nutzen einer Behandlung gegen die dafür nötigen Ausgaben abgewogen werden konnte. Mit dem GKV-WSG hat der Gesetzgeber einen weiteren Schritt unternommen, um diese Lücke zu schließen. Das Sozialgesetzbuch sieht seither vor, dass bei bestimmten Arzneimitteln eine „Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses“ stattfinden kann. Diese soll vor allem dabei helfen, für bestimmte Arzneimittel einen „Höchstbetrag“ zu finden, der ihren Nutzen angemessen vergütet.

Solche Gegenüberstellungen von Kosten-Nutzen-Verhältnissen soll das IQWiG im Auftrag des G-BA vornehmen. Daher stand das Institut mit Inkrafttreten des Gesetzes in der Pflicht, eine Methodik zu erarbeiten, die die örtlichen Bedingungen hinsichtlich Epidemiologie, Verfügbarkeit von Versorgungsressourcen, Zugang zur Gesundheitsversorgung, klinische Praxis und Vergütung der Leistungserbringer sowie die organisatorischen Strukturen berücksichtigt.



Internationales Beraterteam beauftragt

Darüber hinaus stellt das Gesetz weitere Anforderungen an die zu erstellende Methodik. In §139a des Sozialgesetzbuchs V heißt es explizit: „Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin und die ökonomische Bewertung nach den hierfür maßgeblichen international anerkannten Standards, insbesondere der Gesundheitsökonomie erfolgt.“

Um diese Anforderungen zu erfüllen, wurde vom IQWiG im Juli 2007 ein Gremium von internationalen Sachverständigen ins Leben gerufen. Aufgabe des Gremiums war es, internationale Standards zu identifizieren und im intensiven fachlichen Austausch mit dem IQWiG und dem wissenschaftlichen Beirat des Instituts einen entsprechenden Methodenvorschlag für das deutsche Gesundheitswesen zu erarbeiten.

Bei der Auswahl der Sachverständigen wurde besonders darauf geachtet, dass sie zum einen Länder repräsentieren, deren Gesundheitswesen ähnlich strukturiert ist und die über bereits etablierte Leitlinien zur Durchführung von gesundheitsökonomischen Bewertungen verfügen. Zum anderen wurden ausgewiesene Sachverständige mit praktischer Erfahrung sowohl in der Durchführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen als auch im Einbringen gesundheitsökonomischer Ergebnisse in Entscheidungsprozesse des Gesundheitswesens berufen.

Keine gesundheitsökonomischen Standardmethoden für deutsche Situation

Die Antwort der Sachverständigen auf die Frage nach internationalen Standards der Gesundheitsökonomie fiel differenziert aus: Zwar gibt es Methoden, die von der einen oder anderen Schule favorisiert werden. Es gibt aber für die spezielle deutsche Situation keine Standardmethoden, die ähnlich gut abgesichert sind wie die Methoden der evidenzbasierten Medizin.

Im August wurde daraufhin ein erster Konzeptentwurf durch die internationalen Sachverständigen erarbeitet und zur Diskussion gestellt. Der Konzeptentwurf wurde in seinen Kernpunkten von den Sachverständigen übereinstimmend angenommen. Unterschiedliche Meinungen bestanden im Hinblick auf die Anwendung des QALY-Konzepts und der Kosten-Nutzen-Bewertung zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen im deutschen GKV-System. Im Laufe der Erarbeitung der Methodik haben die Sachverständigen beschlossen, dass das methodische Konzept aus einem zentralen Dokument mit dem Methodenvorschlag der Sachverständigen bestehen soll. Zusätzliche technische Dokumente mit weiterführenden Hintergrundinformationen sollen nach der Veröffentlichung des Methodenvorschlags folgen.

Bei regelmäßigen Treffen, unter anderem auch mit dem wissenschaftlichen Beirat und der Methodengruppe des IQWiG, wurde dann der Methodenvorschlag gemeinsam weiterentwickelt und diskutiert, mit dem Ziel, eine erste Version des Dokuments im Januar 2008 der deutschen Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen.

2.13 Das IQWiG im Internet

Das Internet ist für das Institut eine wichtige Plattform, um seinen gesetzlich verankerten Informationspflichten gegenüber der Öffentlichkeit nachzukommen und über seine Arbeitsweise, die aktuellen Arbeitsergebnisse sowie die Beteiligungsmöglichkeiten zu informieren. Bereits seit Februar 2006 stellt das IQWiG nicht nur der Fachöffentlichkeit Informationen zur Verfügung, sondern bietet über eine eigene Website, www.gesundheitsinformation.de, auch evidenzbasierte Gesundheitsinformationen an, die speziell für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und andere Interessierte aufbereitet wurden.

Über die beiden Websites des Instituts (www.iqwig.de, www.gesundheitsinformation.de) sind damit jederzeit sowohl die Berichte und Ergebnisse des IQWiG als auch unabhängige Patienteninformationen verfügbar. Beide Angebote finden regen Zuspruch: www.iqwig.de, die Website, die sich vor allem an Expertinnen und Experten der Medizin und des Gesundheitswesens richtet, hatte 2007 rund 370 000 Besucherinnen und Besucher, die Seiten wurden insgesamt über vier Millionen Mal aufgerufen.

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 1000 Nutzerinnen und Nutzer, darunter sowohl medizinische Dienstleister als auch Vertreter der Industrie

und Universitäten, nutzten diesen neuen Service bis zum Ende des Jahres 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.

Gesundheitsinformation.de kontinuierlich erweitert

Auch die allgemeinverständlichen Informationen, die das Institut Bürgerinnen und Bürgern über www.gesundheitsinformation.de zur Verfügung stellt, werden kontinuierlich erweitert. Inzwischen bietet die Site Informationsberichte, Merkblätter, Kurzantworten und Informationsfilme zu einer Vielzahl gesundheitlich relevanter Themen an, von A wie Allergie bis Z wie Zahnversiegelung. Insgesamt haben über eine Million Menschen die Website seit der Veröffentlichung 2006 besucht. Die Seiten wurden über sieben Millionen Mal angesehen. Ein eigener Newsletter informiert regelmäßig über neue und aktualisierte Themen.

Was den Zuwachs an neuen Themen betrifft, ist Gesundheitsinformation.de nicht auf direkte Aufträge vom G-BA und BMG zur Erstellung von Patienteninformationen und auf die Berichte und Arbeitspapiere der verschiedenen IQWiG-Ressorts angewiesen. Vielmehr sichten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter laufend die aktuelle wissenschaftliche Literatur und bereiten diejenigen Fragestellungen allgemeinverständlich auf, zu denen es solide wissenschaftliche Belege, sogenannte Evidenz, gibt. Themen einbringen können aber auch die Nutzerinnen und Nutzer selbst: Immer wieder macht das Ressort deshalb Online-Umfragen und



bittet über ein allgemeines Online-Kontaktformular um Themenvorschläge. Inzwischen sind über 2000 solcher Vorschläge eingegangen. Dies zeigt, wie groß der Bedarf an objektiven Informationen zu Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland ist.

Nationaler britischer Gesundheitsdienst übernimmt IQWiG-Patienteninformationen

Auch im europäischen Ausland wird Gesundheitsinformation.de als wichtige Informationsquelle genutzt: Seit September verweist NHS Choices (choices = Wahl), eine Website des nationalen britischen Gesundheitsdienstes NHS, auf die englischsprachige Ausgabe des Gesundheitsportals (www.informedhealthonline.org), wenn sich hier Informationen zu eingegebenen Suchbegriffen finden.

NHS Choices hat insgesamt 17 solcher „Knowledge Partners“; darunter das IQWiG als einziger ausländischer „Wissenspartner“. Erklärtes Ziel von NHS Choices ist es, qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen besser zugänglich und nutzbar zu machen. Das britische Portal möchte zentrale Anlaufstelle sowohl für interessierte Bürgerinnen und Bürger als auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens werden.

„Die vom IQWiG bereitgestellten Informationen entsprechen den höchsten internationalen Standards. Deshalb sind wir froh, das Institut als ‚Knowledge Partner‘ begrüßen zu dürfen“, erklärte Sir Muir Gray, Leiter des NHS Knowledge Service, anlässlich der Freischaltung der neuen Website im September 2007.



2.14 Exkurs: Warum stoßen Arbeitsergebnisse des IQWiG so häufig auf heftigen Widerspruch?

Die Aufgaben des IQWiG sind im Sozialgesetzbuch definiert (§ 139 SGB V). Den größten Teil seiner Aufgaben sucht sich das Institut nicht selbst, sondern es wird im Auftrag tätig. Das Gesetz lässt als Auftraggeber nur den G-BA und das BMG zu. Hauptauftraggeber ist bislang der G-BA.

Die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens sorgen dafür, dass scharfe Konflikte eine zumindest vorerst unvermeidbare Begleiterscheinung der Institutsarbeit sind. Aus Sicht des IQWiG gibt es vier Gründe, die für das Konfliktpotenzial verantwortlich sind:

1. Das Institut befasst sich in der Regel mit strittigen Themen. Der G-BA ist nicht verpflichtet, das Institut in seine Entscheidungsfindung einzubinden. Er kann auch auf Grundlage eigener wissenschaftlicher Recherchen Entscheidungen treffen, wenn seine Gremien eine Sachfrage als ausreichend klar beantwortet ansehen. Das IQWiG wird also in der Regel mit Themen beauftragt, zu denen auf den ersten Blick wissenschaftliche Belege vorliegen, die unzureichend, widersprüchlich und/oder qualitativ mangelhaft erscheinen.
2. Der G-BA priorisiert Themen, die die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen mit weitreichenden berufspolitischen und finanziellen Konsequenzen bilden können. Vor allem, wenn hinter einem Auftrag an das IQWiG die Möglichkeit steht, dass eine Entscheidung zu einer Begrenzung oder zum Ausschluss bestimmter Leistungen führen könnte, richten



sich Proteste zuerst gegen das IQWiG, um schon die mögliche Basis einer G-BA-Entscheidung anzugreifen.

3. Eine Besonderheit ist die deutsche Regelung der Kostenübernahme von Arzneimitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung: So gut wie alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind ab dem Zeitpunkt der Zulassung (Einführung) erstattungsfähig, ohne dass ihr Nutzen regelhaft geprüft worden wäre. Im Klinikbereich sind auch medizinische Leistungen wie zum Beispiel Operationsverfahren ohne weitere Prüfung erstattungsfähig.

Wenn dann das IQWiG mit der Bewertung zum Beispiel eines Arzneimittels beauftragt wird, kann die Lage aus Sicht eines Herstellers kaum verbessert werden, was die Kostenerstattung betrifft. Im besten Fall bleibt es beim Status quo. Somit hat jeder Auftrag an das IQWiG erst einmal ein Bedrohungspotenzial, weil er zu einer Einschränkung der Erstattungsfähigkeit führen könnte. In Deutschland setzt das System selbst also starke Anreize, die Arbeit des Instituts möglichst zu behindern oder zu verzögern.

Vergleichbare Institute wie zum Beispiel das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England befinden sich gerade Herstellern gegenüber in einer anderen Position. Dort ist es so, dass Arzneimittel in der Regel erst dann zulasten der Sozialversicherungssysteme verordnet werden, nachdem diese Institutionen eine positive Entscheidung getroffen haben. In diesen Ländern klagen Hersteller eher über eine zu langsame Arbeit vergleichbarer Institutionen und sind durch Kooperation bemüht, die Bewertungsverfahren zu beschleunigen.

4. Das Institut nimmt seine Bewertungen öffentlich vor, indem es seine Dokumente wie Berichtspläne, Vorberichte und Abschlussberichte für jeden zugänglich zur Diskussion stellt. Der Austausch von Argumenten in der Öffentlichkeit ist ein wesentliches Element wissenschaftlicher Arbeit und Transparenz – er löst aber nicht nur Reaktionen auf wissenschaftlicher Ebene aus. Gerade wenn ein Papier des Instituts zur Aussage kommt, dass ein bereits breit eingesetztes Verfahren nicht auf solider wissenschaftlicher Basis steht, fühlen sich die Anwender dieser Verfahren – zum Teil auch persönlich – angegriffen und stehen unter einem Rechtfertigungsdruck, auf den sie gelegentlich mit aggressiver Gegenwehr unter Einschaltung der Medien reagieren. So gelangt Kritik am Institut immer wieder in die Schlagzeilen.

Diese vier Aspekte definieren ein Spannungsfeld, in dem es weder zufällig noch beabsichtigt dazu kommt, dass die Berichte des IQWiG regelhaft auf Widerspruch stoßen. Konflikte sind schlicht unvermeidlich.





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 hat in seiner Sitzung vom 19.12.2006 die Höhe des Systemzuschlags im ambulanten und stationären Sektor für das Jahr 2007 festgelegt. Danach beträgt der Systemzuschlag im ambulanten vertragsärztlichen Sektor 1,204118306 Cent pro Fall, im ambulanten vertragszahnärztlichen Sektor 1,207428630 Cent pro Fall und im stationären Sektor 0,40 Euro pro Fall. Der Stiftungsrat der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat in seiner Sitzung am 16.11.2006 den Haushaltsplan 2007 mit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 11.125.000 Euro aufgestellt. Die Vorgaben des Haushaltsplans 2007 konnten 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 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, 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 Arzneimittelbewertung bearbeitet vorrangig Aufträge zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln, die vom G-BA oder dem BMG erteilt werden. Dabei berücksichtigt das IQWiG, der allgemeinen Instituts-

methodik folgend, insbesondere patientenrelevante Endpunkte: Es will herausfinden und darstellen, ob ein Medikament auf Dauer den Patienten tatsächlich mehr nutzt als schadet.

Darüber hinaus ist ein Schwerpunkt der Ressortarbeit die Fortentwicklung allgemeiner und spezieller Methoden der evidenzbasierten Medizin sowie spezieller Methoden der Nutzen- und Risikobewertung von Arzneimitteln.

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 und 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 (Screening) zur Früherkennung von Krankheiten.

4.4 Ressort Medizinische Biometrie

Das Ressort Medizinische Biometrie ist verantwortlich für die Bewertung von Studien und die statistische Analyse von Daten bei Projekten des IQWiG. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter präsentieren und interpre-



tieren 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 im Rahmen von nationalen wie internationalen Fachtagungen präsentiert.

4.5 Ressort Gesundheitsökonomie

Das Ressort Gesundheitsökonomie bearbeitet ökonomische Fragestellungen zu medikamentösen und nicht-medikamentösen 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 internationaler 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, Entscheidungshilfen für die Festsetzung von Höchstbeträgen bereit zu stellen. 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 Kontaktpflege von Journalisten, Politikern, Verbandsvertretern und anderen Gruppen und Einzelpersonen der interessierten Öffentlichkeit ein. Die Kommunikation mit den Mitarbeitern des IQWiG dient dem kontinuierlichen Informationsaustausch über aktuelle Ereignisse und Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und im Institut.

Zudem unterstützt das Ressort die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei technischen Fragen der Berichterstellung, sorgt für die Übersetzung von



IQWiG-Berichten ins Englische und leistet institutsweit Hilfe beim Verfassen englischsprachiger Texte.

4.7 Ressort Versorgungsqualität

Das Ressort Versorgungsqualität umfasst die Arbeitsbereiche Leitlinien, Disease-Management-Programme (DMP) und Qualitätsmanagement.

Im Arbeitsbereich Leitlinien steht die Aufgabe im Vordergrund, internationale Leitlinien systematisch zusammenzutragen und zu bewerten, insbesondere als Grundlage für die Beurteilung und Weiterentwicklung von DMP. Ziel ist es, auf Basis von Leitlinien evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnisse zu einzelnen Aspekten der DMP auszuarbeiten und dem G-BA als Grundlage für seine Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Entsprechende wissenschaftliche Aufträge werden dem Ressort durch den G-BA erteilt.

Das Ressort entwickelt Verfahren zur formalen und inhaltlichen Leitlinienbewertung und zur Erstellung von Leitliniensynopsen, die u. a. zu eigenständigen Leitlinienberichten zu den Aufträgen an das IQWiG führen sollen. Dazu kooperiert das Ressort eng mit nationalen (z. B. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF) und internationalen (z. B. Guidelines International Network, G-I-N) Fachgesellschaften und Expertengruppen. Die Ergebnisse dieser Zusammenarbeit fließen kontinuierlich in den Prozess der Leitlinienbewertung und der Erstellung von Leitliniensynopsen ein.



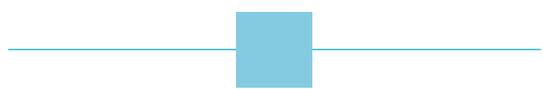
Zu den weiteren Aufgaben des Ressorts gehört die Erstellung von Verfahren für das interne Qualitätsmanagement des Instituts. Die wesentliche Aufgabe ist hier die Qualitätssicherung der Institutsberichte und -abläufe. Zudem befassen sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit grundsätzlichen Fragen zur Qualität der medizinischen Versorgung und bearbeiten Aufträge des G-BA zu Aspekten der Versorgungsqualität.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bearbeiten darüber hinaus wissenschaftliche Aufträge zur Nutzenbewertung medikamentöser und nichtmedikamentöser Verfahren, die der G-BA oder das BMG erteilt.

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 auch 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 Bedarf für eine unabhängige Gesundheitsinformation



für Bürger und Patienten sieht. Begleitend entwickelt das Ressort die 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 Wissenschaftskennnisse („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 Ressort Verwaltung betreut die internen und externen Geschäfte des Instituts. Es umfasst die Arbeitsbereiche Personalwesen, Projektmanagement, Haushalt und Finanzen, Gremienwesen, Beschaffungswesen und Technik/Informationstechnologie. Es koordiniert die Personalplanung und ist für alle Aufgaben der Personaladministration zuständig. Die Erstellung von Verträgen mit externen Gutachtern und das dazugehörige Projektcontrolling gehören genauso zu seinen Aufgaben wie die Vorbereitung des Haushaltsplans und die Erstellung des Jahresabschlusses. Ferner gehört zu den Aufgaben des Ressorts die Haushalts- und Wirtschaftsführung. Das Team Informationstechnologie stellt die technische Infrastruktur des Instituts und, in Zusammenarbeit mit dem Ressort Kommunikation, die Internet- und Intranetplattformen bereit. Die Mitarbeiter des Ressorts Verwaltung übernehmen die Abstimmung und Kommunikation mit den Gremien und Organen des Instituts und die Koordination derselben.



5. Übersicht für den Zeitraum 01.01.07 bis 31.12.07

5.1 Organe und Gremien

Mitglieder des Vorstands 2007

Sprecher:

- Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KBV
- Dr. Werner Gerdemann
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender im Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., VdAK/AEV
- Georg Baum
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, DKG
- Gernot Kiefer
Vorstand des IKK-Bundesverbandes
- Dr. Klaus Theo Schröder
Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, BMG

Mitglieder des Stiftungsrats 2007

Vorsitzender:

- Wolfgang Schmeinck
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, BKK BV

stellvertretender Vorsitzender:

- Dr. Jürgen Fedderwitz
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV

- Dr. Hans Jürgen Ahrens
AOK-Bundesverband, AOK BV
 - Dr. Doris Pfeiffer
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., VdAK/AEV
 - Rolf Stuppardt
Bundesverband der Innungskrankenkassen, IKK BV
 - Rolf Stadié
Bundeskknappschaft
 - Dr. Harald Deisler
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
 - Dr. Carl-Heinz Müller
Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV
 - Horst Dieter Schirmer
Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV
 - Dr. Nicole Schlottmann
Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG
 - Andreas Wagener
Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG
 - Prof. Dr. Christoph Fuchs
Bundesärztekammer, BÄK
- ohne Stimmrecht, beratend:
- Dr. Rainer Hess
Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, G-BA



Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats 2007

- Prof. Dr. Guido Adler
Medizinische Universitätsklinik Ulm
- PD Dr. med. Dr. rer. pol. Afschin Gandjour, MBA
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln (seit 17.09.2007)
- Dr. J. A. Muir Gray
National Screening Committee, University of Oxford,
Institute of Health Sciences, Oxford, Großbritannien
(bis 18.12.2007)
- Prof. Dr. Dominik Groß
Lehrstuhl für Geschichte und Ethik der Medizin an
der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen (seit
17.09.2007)
- Prof. Dr. Hans-Werner Hense
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin,
Universität Münster
- PD Dr. Peter Jüni
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern
(seit 20.06.2007)
- Prof. Dr. med. Johannes Köbberling
Kliniken St. Antonius, Wuppertal (seit 18.12.2007)
- Prof. Dr. Reiner Leidl
Institut für Gesundheitsökonomie und Management
im Gesundheitswesen, München (seit 17.09.2007)

- 
- Prof. Dr. Alessandro Liberati
Italian Cochrane Center, Mailand, Italien (bis 21.06.2007)
 - Prof. Dr. Marjukka Mäkelä
National Research and Development Centre for
Welfare & Health/STAKES, Finnland (bis 21.06.2007)
 - Prof. Dr. Georg Marckmann
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,
Universität Tübingen (seit 17.09.2007)
 - Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser
Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften,
Universität Hamburg
 - 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, Rom, Italien (seit 20.06.2007)
 - Prof. Dr. Jürgen Windeler
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der
Krankenkassen e. V., Essen

Mitglieder des Kuratoriums 2007

Vorsitzender:

- Dr. Frank Johannes Hensel
Katholische Kirche

stellvertretender Vorsitzender:

- Gregor Bornes
Patientenvertreter

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):

- Prof. Dr. Albrecht Encke

Bundesärztekammer (BÄK):

- Dr. Regina Klakow-Franck

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):

- Monika Konitzer

Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK):

- Rolf Wille

Bundesverband der Pharmazeutischen
Industrie e. V. (BPI):

- Prof. Dr. Barbara Sickmüller

Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände (ABDA):

- Dr. Christiane Eckert-Lill

Bundesvereinigung der Deutschen
Arbeitgeberverbände (BDA):

- Klaudia Buddemeier (*bis 19.06.2007*)
- Gert Nachtigal (*seit 20.06.2007*)

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BFA):

- Dr. Christiane Korsukwitz

Bundeszahnärztekammer (BZÄK):

- Dr. Dietmar Oesterreich

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB):

- Helga Nielebock (*bis 19.06.2007*)
- Dr. Heinz Stapf-Finé (*seit 20.06.2007*)

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG):

- Dr. Martin Walger, Joachim Manz

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR):

- Elisabeth Beikirch (*bis 19.06.2007*)
- Prof. Martina Roes (*seit 20.06.2007*)

Evangelische Kirche:

- Prof. Dr. Hans-Ulrich Dallmann

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV):

- Willi Budde
- Wolfgang Schelter
- Leo Blum
- Dr. Volker Hansen

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):

- Dr. Leonard Hansen
- Dr. Theodor Windhorst

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV):

- Dr. Wolfgang Eßer

Patientenbeauftragte der Bundesregierung:

- Helga Kühn-Mengel, MdB

Patientenvertreter/-innen:

- Dr. Franz Josef Oldiges
- Brigitte Faber
- Karin Stötzner
- Christoph Nachtigäller



Verbraucherzentrale Bundesverband:

- Thomas Isenberg (bis 30.11.2007)

Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA):

- Dr. Steffen Wahler

5.2 Personelle Struktur

Personelle Entwicklung des IQWiG in 2007

Im Laufe des Jahres wurden 20 Mitarbeiter (davon vier Teilzeitkräfte) und vier studentische Hilfskräfte bzw. sonstige Aushilfen wurden zusätzlich eingestellt. Insgesamt beschäftigte das Institut 76 Personen (Voll- und Teilzeit) am Jahresende.

Institutsleitung

Institutsleiter:

- 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

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Anne Kathrin Stich, Dipl. Soz.-päd., MPH
(seit 01.04.2007)
- Jochen Stier, Dipl. Bibliothekar (seit 01.06.2007)

Sekretariat:

- Yvonne Finken (seit 16.07.2007)
- Anja Ebeling (bis 15.06.2007)
- Danielle Pann, B.S. Ed.

Empfang:

- Ulrike Lelittko

Studentische Hilfskraft:

- Nadine Kaiser (seit 01.12.2007)

Ressort Arzneimittelbewertung

Ressortleiter:

- Dr. med. Thomas Kaiser

Stellvertreterin:

- Dr. rer. nat. Beate Wieseler

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Charalabos-Markos Dintsios, MA, MPH (bis 31.03.2007)
- Susanne Ebrahim, Dipl.-Psych.
- Dr. rer. nat. Daniel Fleer (seit 01.06.2007)
- Dr. rer. nat. Dirk Eyding (seit 01.05.2007)
- Dr. rer. nat. Marco Jost
- Dr. med. Yvonne-Beatrice Schüler (seit 01.12.2007)
- Dr. rer. nat. Regine Potthast
- Elke Vervölgyi, Dipl.-Math.
- Dr. med. vet. Volker Vervölgyi

Sachbearbeiterin

- Dagmar Keitsch

Dokumentarin

- Michaela Florina Kerekes (seit 12.03.2007)

**Studentische Hilfskräfte des Ressorts:**

- Irene Fettich
- Gergana Ivanova

Recherchegruppe:

- Sigrid Droste, Dipl.-Geogr.
- Elke Hausner, BScN
- Ulrike Lampert, Dipl.-Dok.
- Michael Simon, MScN

Studentische Hilfskräfte der Recherchegruppe:

- Yvonne Böhm
- Meike Gran
- Markus May
- Verena Wekemann

Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren**Ressortleiter:**

- PD Dr. med. Stefan Lange

Stellvertreter:

- PD Dr. med. Michael Kulig, MPH *(seit 01.07.2007)*

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Katharina Biester, Dipl.-Ges. Oec. (FH)
- Dr. med. Robert Großelfinger
- PD Dr. rer. nat. Annegret Herrmann-Frank
- Julia Hommerich, Dipl.-Psych.
- Julia Kreis, Dipl.-Psych.
- Dr. med. Frank Peinemann
- Dr. rer. nat. Fülöp Scheibler
- Inger Scheike, MSc

**Sachbearbeiterin:**

- Susanne Atkinson

Studentische Hilfskräfte:

- Hossein Askari
- Antonia Gans
- Svenja Gager

Ressort Medizinische Biometrie**Ressortleiter:**

- Prof. Dr. Ralf Bender, Dipl.-Stat.

Stellvertreter:

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

Wissenschaftlicher/-innen:

- Dr. rer. biol. hum. Ulrich Grouven, Dipl.-Stat.
- Ulrich Gehrman, Dipl.-Stat.
- Dr. rer. nat. Sibylle Sturtz, Dipl.-Stat. *(seit 01.06.2007)*
- Mandy Hildebrandt, Dipl.-Biomath. (in Zusammenarbeit mit IMBEI Mainz)

Studentische Hilfskraft:

- Meike Novak

Praktikant/-innen:

- Rüdiger Laubender *(bis 30.09.2007)*
- Heiner Claessen *(bis 31.03.2007)*
- Juliane Rick *(seit 01.08.2007)*

Ressort Gesundheitsökonomie**Ressortleiter:**

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

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Monika Becker, Dipl.-Ges.-Ök. (seit 01.12.2007)
- Charalabos-Markos Dintsios, MA, MPH (seit 01.04.2007)
- Elske Jaskulla, Dipl.- Volkswirtin
- Dr. phil. Corinna ten Thoren, Dipl.-Psych., Ges.-Oek. (EBS) (seit 01.07.2007)
- Carolin Weigel, Dipl.- Betriebswirtin (BA)

Aushilfskraft:

- Christa Bensberg (seit 17.04.2007)

Studentische Hilfskraft:

- Ines Läufer

Ressort Kommunikation

Ressortleiterin:

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

Mitarbeiter/-innen:

- Martin Eis (bis 30.06.2007)
- Andrea Janicki
- Natalie Masche, Dipl.-Dok. (seit 01.07.2007)
- Natalie McGauran

Studentische Hilfskräfte:

- Laura Borgolte (seit 18.01.2007)
- Matthias Schmidt (bis 05.01.2007)

Ressort Versorgungsqualität

Ressortleiter/-innen:

- Dr. med. Hanna Kirchner (bis 31.07.2007)
- Dr. med. Alric Rütger (seit 15.12.2007)

Stellvertreter:

- Dr. med. Markus Follmann (bis 30.09.2007)

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Dr. med. Carmen Bartel
- Marion Danner, Dipl.-Vw., MPH
- Dr. med. Michaela Eikermann
- Dr. P. H. Uwe Hasenbein, Dipl. Soz. (seit 01.03.2007)
- Nicole Holzmann, Dipl.-Pflegerin (FH) (seit 19.09.2007)
- Petra Lange, Dipl.-Ges.Oec. (FH)
- Ulrich Siering, Dipl.-Soz. (seit 01.10.2007)
- Anne Kathrin Stich, Dipl. Soz.-päd., MPH (bis 31.03.2007)

Aushilfskraft:

- Dagmar Poß

Studentische Hilfskräfte:

- Andrea Haase (bis 30.06.07)
- Vitalij Berul (vom 15.10.2007 bis 31.12.2007)

Ressort Gesundheitsinformation

Ressortleiterin:

- Hilda Bastian

Stellvertreter:

- Dr. med. Diedrich Bühler (seit 01.01.2007)



Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen:

- Roland Büchter *(seit 01.09.2007)*
- Dr. oec. troph. Martina Ehrlich
- Dennis Fechtelpeter *(seit 01.08.2007)*
- Sabine Keller *(seit 15.03.2007)*
- Marco Knelangen
- Heidemarie Kufner-Rausch *(seit 15.05.2007)*
- Dr. rer. medic. Ayscha Lucas *(seit 01.08.2007)*
- Sabine Mooren *(seit 01.09.2007)*
- Tina Rhodes *(seit 01.05.2007)*
- Beate Zschorlich

Sachbearbeiterin:

- Alper Yurdakul

Studentische Hilfskräfte:

- Pascal Huber
- Anne-Maria Schultheis

Ressort Verwaltung

Ressortleiter:

- Dr. rer. publ. Michael Weber (Diplom-Verwaltungswissenschaftler)

Stellvertreterin:

- Ass. jur. Katja Borchard

Finanz- und Projektcontrolling:

- Jörg Jüngerich, Betriebswirt / VWA

Buchhaltung:

- Martina Herweg

Personalmanagement:

- Amparo Noelle

Technik/Informationstechnologie:

- Sascha Nergenu
- Markus Pischedda
- Daniel Ziplies

Aushilfskräfte:

- Gabriele Bajon *(seit 01.07.2007)*
- Gabriele Kersting

5.3 Aufträge

5.3.1 Neu erteilte Aufträge

A07-01

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale (06.03.2007)

Do7-01

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose (10.05.2007)

So7-01

Screening auf Gestationsdiabetes (10.05.2007)

Vo7-01

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht (19.07.2007)

5.3.2 Abgeschlossene Aufträge (Abschlussberichte, Datum der Fertigstellung)

A05-02

Kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 und Dokumentation der Stellungnahme + Separater Anhang zum Abschlussbericht (30.03.2007)

A05-13

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptoragonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale (30.03.2007)

A05-19A

Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz (07.02.2007)

A05-23

Bewertung des therapeutischen Nutzens von Exenatide – Rapid Report (20.08.2007)

No4-02

Interstitielle Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom (17.01.2007)

No5-03A

Stammzelltransplantation bei den Indikationen Akute lymphatische Leukämie (ALL) und Akute myeloische Leukämie (AML) bei Erwachsenen (30.03.2007)

No5-03B

Stammzelltransplantation bei erworbener schwerer aplastischer Anämie (14.02.2007)

No6-01A

Hyperbare Sauerstofftherapie bei Brandwunden (03.09.2007)

No6-01D

Hyperbare Sauerstofftherapie bei der idiopathischen Femurkopfnekrose des Erwachsenen (30.07.2007)

No6-02

Vakuumversiegelungstherapie von Wunden – Rapid Report (29.01.2007)

So5-01

Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen (28.02.2007)

Po5-05A

Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen zu dem Thema: Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen – COPD (08.02.2007)

Po5-06

Erstellung eines Merkblatts für die Schwangere zur Unterstützung des ärztlichen Aufklärungsgespräches über die HIV-Testung im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (08.02.2007)

Po5-05B

Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen zu dem Thema: Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen – Asthma (30.10.2007)

Po6-01

Expertise zum Thema „Endometriose“ (Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit) (21.12.2007)

5.3.3 Abgeschlossene Vorberichte (Datum der Fertigstellung)

A05-09
Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener anti-hypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie (12.02.2007)

A05-13
Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptoragonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale (02.01.2007)

No4-01
Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie (Version 1.0; 26.03.2007 / Version 2.0; 15.10.2007)

No6-01A
Hyperbare Sauerstofftherapie bei Brandwunden (22.05.2007)

No6-01D
Hyperbare Sauerstofftherapie bei der idiopathischen Femurkopfnekrose des Erwachsenen (17.04.2007)

S05-02
Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (18.10.2007)

S05-03
Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien (05.11.2007)

Vo6-02A
Standard zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren (03.09.2007)

Vo6-03
Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit (21.09.2007)

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

Berichtspläne

A05-05A
Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (Version 2.0; 24.10.2007)

A05-05C
Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (vorläufige Version; 20.08.2007)

A05-09
Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener anti-hypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie (Version 2.0; 21.11.2007)



A05-19B

Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz
(Version 2.0; 01.10.2007)

A05-19D

Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer
Demenz (Version 2.0; 17.12.2007)

A05-20C

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behand-
lung der Depression (vorläufige Version; 12.12.2007)

A07-01

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang
wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen
Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale –
Ergänzungsauftrag (vorläufige Version; 04.06.2007 /
Version 1.0; 19.11.2007)

Do6-01A

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/
CT bei malignen Lymphomen (vorläufige Version;
12.09.2007)

Do7-01

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Os-
teoporose (vorläufige Version; 06.08.2007 / Version
1.0; 10.12.2007)

No4-01

Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behand-
lung der benignen Prostatahyperplasie (Version 2.0;
10.09.2007)

No5-03C

Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (Ver-
sion 2.0; 05.11.2007)

No5-03D

Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsar-
komen (vorläufige Version; 20.08.2007 / Version 1.0
05.11.2007)

No5-03E

Autologe Stammzelltransplantation bei der Indikation
Mammakarzinom (vorläufige Version 06.08.2007 /
Version 1.0; 08.10.2007)

So5-02

Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei
Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
(Version 2.0; 21.08.2007)

So5-03

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Test-
güte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anoma-
lien (Version 2.0; 27.08.2007)

So6-01

Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungs-
störung des Sprechens und der Sprache bei Kin-
dern (vorläufige Version; 27.06.2007 / Version 1.0;
05.11.2007)

So7-01

Screening auf Gestationsdiabetes (vorläufige Version
10.09.2007 / Version 1.0; 27.11.2007)



Vo6-01

Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologischen Versorgung (Version 1.0; 24.01.2007 / Version 2.0; 03.08.2007)

Vo6-02A

Standard zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren (Version 2.0; 04.07.2007)

Vo6-02B

Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion (vorläufige Version; 15.08.2007)

Vo6-02C

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren (Version 1.0 05.04.2007 / Version 2.0; 15.08.2007)

Vo6-03

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit (Version 1.0; 04.04.2007 / Version 2.0; 02.07.2007)

Vo6-04

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma / COPD (vorläufige Version; 02.07.2007 / Version 1.0; 12.11.2007)



Vo6-05

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs (vorläufige Version; 02.07.2007 / Version 1.0; 12.10.2007)

Vo6-06

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas (vorläufige Version; 19.09.2007)

Vo7-01

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht (vorläufige Version; 13.09.2007 / Version 1.0; 12.12.2007)

Amendments zu Berichtsplänen

A04-01B

Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom (21.06.2007)

A05-01

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 (27.06.2007)

A05-03

Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (27.06.2007)

A05-05A

Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (10.03.2007)



A05-19C

Memantin bei Alzheimer Demenz (06.08.2007)

A05-19D

Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz (23.07.2007)

A05-20A

Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) bei Patienten mit Depressionen (25.09.2007)

A06-01

Bewertung des therapeutischen Nutzens von inhalativem Insulin (Exubera) im Rahmen der Behandlung des Diabetes mellitus (19.07.2007)

N05-01

Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen (23.07.2007)

N05-02

Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbezahnung (17.07.2007)

N05-03C

Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (23.05.2007)

S05-02

Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (05.07.2007)

S05-03

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien (05.07.2007)

5.4 Publikationen

5.4.1 Publikationen des IQWiG (Arbeitspapiere, Berichte)

Bewertung des therapeutischen Nutzens von Exenatide: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2007.

Vakuumversiegelungstherapie von Wunden: Rapid Report. Köln: IQWiG; 2007.

Kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptoragonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Interstitielle Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.



Stammzelltransplantation bei den Indikationen Akute lymphatische Leukämie (ALL) und Akute myeloische Leukämie (AML) bei Erwachsenen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Stammzelltransplantation bei erworbener schwerer aplastischer Anämie: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Hyperbare Sauerstofftherapie bei Brandwunden: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Hyperbare Sauerstofftherapie bei der idiopathischen Femurkopfnekrose des Erwachsenen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen zu dem Thema: Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen – COPD: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Erstellung eines Merkblatts für die Schwangere zur Unterstützung des ärztlichen Aufklärungsgespräches über die HIV-Testung im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie des GBA: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen zu dem Thema: Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen – Asthma: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.



Expertise zum Thema „Endometriose“ (Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit): Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener anti-hypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptoragonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie: Vorbericht Version 1.0. Köln: IQWiG; 2007.

Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie: Vorbericht Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Hyperbare Sauerstofftherapie bei Brandwunden: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Hyperbare Sauerstofftherapie bei der idiopathischen Femurkopfnekrose des Erwachsenen: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.



Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Standard zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2007.

Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener antihypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.



Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale – Ergänzungsauftrag: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-agonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale – Ergänzungsauftrag: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2007.

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei malignen Lymphomen: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Osteodensitometrie bei primärer und sekundärer Osteoporose: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2007.

Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.



Autologe Stammzelltransplantation bei Weichteilsarkomen: Berichtsplan Version 1.o. Köln: IQWiG; 2007.

Autologe Stammzelltransplantation bei der Indikation Mammakarzinom: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Autologe Stammzelltransplantation bei der Indikation Mammakarzinom: Berichtsplan Version 1.o. Köln: IQWiG; 2007.

Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: Berichtsplan Version 2.o. Köln: IQWiG; 2007.

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien: Berichtsplan Version 2.o. Köln: IQWiG; 2007.

Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache bei Kindern: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache bei Kindern: Berichtsplan Version 1.o. Köln: IQWiG; 2007.

Screening auf Gestationsdiabetes: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Screening auf Gestationsdiabetes: Berichtsplan Version 1.o. Köln: IQWiG; 2007.

Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologischen Versorgung: Berichtsplan Version 1.o. Köln: IQWiG; 2007.

Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologischen Versorgung: Berichtsplan Version 2.o. Köln: IQWiG; 2007.

Standard zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren: Berichtsplan Version 2.o. Köln: IQWiG; 2007.

Wissenschaftliche Bewertung therapeutischer Interventionen bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit bronchialer Obstruktion: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren: Berichtsplan Version 1.o. Köln: IQWiG; 2007.

Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung eines Asthma bronchiale bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren: Berichtsplan Version 2.o. Köln: IQWiG; 2007.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit: Berichtsplan Version 1.o. Köln: IQWiG; 2007.



Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit: Berichtsplan Version 2.0. Köln: IQWiG; 2007.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2007.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2007.

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht: Berichtsplan (vorläufige Version). Köln: IQWiG; 2007.

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht: Berichtsplan Version 1.0. Köln: IQWiG; 2007.

5.4.2 Publikationen der Mitarbeiter/-innen

5.4.2.1 Beiträge in Fachzeitschriften (auch Leserbriefe)

Bender R, Grouven U, Ziegler A. Varianzanalyse für Messwertwiederholungen. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e61-e64.

Bender R, Kuss O, Hildebrandt M, Gehrman U. Estimating adjusted NNT measures in logistic regression analysis. Stat Med 2007; 26(30): 5586-5595.

Bender R, Lange S. Die Vierfeldertafel. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e12-e14.

Bender R, Lange S. Was ist der p-Wert? Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e15-e16.

Bender R, Lange S. Was ist ein Konfidenzintervall? Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e17-e18.

Bender R, Lange S. Verlaufskurven. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e22-e23.

Bender R, Lange S, Ziegler A. Wichtige Signifikanztests. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e24-e25.

Bender R, Lange S, Ziegler A. Multiples Testen. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e26-e29.



Bender R, Ziegler A, Lange S. Multiple Regression. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e30-e32.

Bender R., Ziegler A, Lange S. Logistische Regression. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e33-e35.

Bender R, Ziegler A; Lange S. Varianzanalyse. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e57-e60.

Diehm C, Darius H, Pittrow D, Allenberg JR, Haberl RL, Mahn D et al. Metabolisches Syndrom und periphere arterielle Verschlusskrankheit als Indikatoren für erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(1/2): 15-20.

Endres HG, Böwing G, Diener HC, Lange S, Maier C, Molsberger A et al. Acupuncture for tension type headache: a multicentre, sham-controlled, patient- and observer-blinded, randomised trial. J Headache Pain 2007; 8(5): 306-314.

Großelfinger R. Die IQWiG-Analyse: Nutzenbewertung der interstitiellen Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom. MedReview 2007; 13(8): 16–17.

Kreis J, Lange S. Nutzenbewertung von Antidementiva bei Alzheimer Demenz. Reha aktuell 2007; 4(10): 12-15.

Grouven U, Bender R, Ziegler A, Lange S. Der Kappa-Koeffizient. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e65-e68.

Grouven U, Bender R, Ziegler A, Lange S. Vergleich von Messmethoden. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e69-e73.

Grüber C, Wendt M, Sulser C, Lau S, Kulig M, Wahn U et al. Randomized, placebo-controlled trial of lactobacillus rhamnosus gg as treatment of atopic dermatitis in infancy. Allergy 2007; 62(11): 1270-1276.

Haase A, Follmann M, Skipka G, Kirchner H. Developing search strategies for clinical practice guidelines in SUMSearch and Google Scholar and assessing their retrieval performance. BMC Med Res Methodol [Online] 2007; 7: 28. URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2288-7-28.pdf>

Hasenbein U, Wallesch CW. Wann sind Ärzte zur Übernahme von Innovationen bereit? Kriterien zur Einführung von Neuerungen bei Ärzten neurologischer Akutkliniken. Aktuelle Neurologie 2007; 34(3): 170-177.

Hasenbein U, Wallesch CW. Was ist Leitlinienkonformität? Theoretische und methodische Überlegungen zu einem aktuellen Konzept der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. Gesundheitswesen 2007; 69(8-9): 427-437.

Heidrich J, Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Rudd AG, Wolfe CD. Variations in the use of diagnostic procedures after acute stroke in Europe: results from the BIOMED II study of stroke care. Eur J Neurol 2007; 14(3): 255-261.



Heise T, Kaiser T, Sawicki PT. Metabolic effects of [beta]-blockers: importance of dissociating newer from conventional agents (reply). *J Hypertens* 2007; 25(1): 252-253.

Horvath K, Jeitler K, Berghold A, Ebrahim SH, Gratzner TW, Plank J et al. Long-acting insulin analogues versus NPH insulin (human isophane insulin) for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (2): CD005613.

Jost MM. Surrogate end points: how well do they represent patient-relevant end points? *Biomark Med* 2007; 1(3): 437-451.

Katalinic A, Bartel C, Raspe H, Schreier I. Beyond mammography screening: quality assurance in breast cancer diagnosis (The QuaMaDi Project). *Br J Cancer* 2007; 96(1): 157-161.

Kirchner, H, Sawicki PT. Medizinische Leitlinien in Deutschland. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 2007; 39(1): 138.

Klug SJ, Bender R, Blettner M, Lange S. Wichtige epidemiologische Studientypen. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(S1): e45-e47.

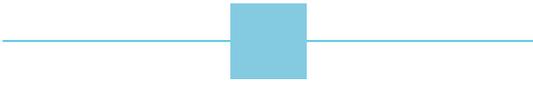
Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(38): A2584-A2591.



Kruse EB, Naumann F, Schwarzer G, Borchmann P, Peinemann F, Bohlius J et al. First-line stem cell transplantation from related donors compared to immunosuppressive treatment for acquired severe aplastic anaemia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD006407.

Küchenhoff H, Bender R, Langner I. Effect of Berkson measurement error on parameter estimates in Cox regression models. *Lifetime Data Anal* 2007; 13(2): 261-272.

Lange S, Trampisch HJ, Pittrow D, Darius H, Mahn M, Allenberg JR et al. Profound influence of different methods for determination of the ankle brachial index on the prevalence estimate of peripheral arterial disease. *BMC Public Health* [Online] 2007; 7: 147. URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-147.pdf>



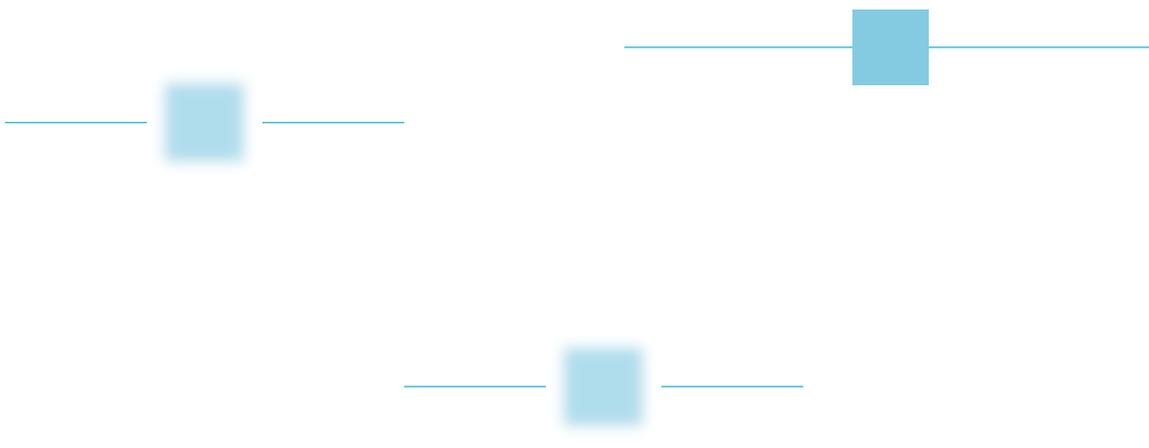
Lange S, Bender R. Median oder Mittelwert? *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(S1): e1-e2.

Lange S, Bender R. Quantile, empirische Verteilungsfunktion und Box Plot. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(S1): e3-e4.

Lange S, Bender R. Variabilitätsmaße. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(S1): e5-e6.

Lange S, Bender R. Das Histogramm. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(S1): e7-e8.

Lange S, Bender R. Lineare Regression und Korrelation. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(S1): e9-e11.



Lange S, Bender R. Was ist ein Signifikanztest? Allgemeine Aspekte. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e19-e21.

Lange S, Bender R, Ziegler, A. Äquivalenzstudien und Nichtunterlegenheitsstudien. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e53-e56.

Lungenhausen M, Lange S, Maier C, Schaub C, Tramisch HJ, Endres HG. Randomised controlled comparison of the Health Survey Short Form (SF-12) and the Graded Chronic Pain Scale (GCPS) in telephone interviews versus self-administered questionnaires: are the results equivalent? BMC Med Res Methodol [Online] 2007; 7: 50. URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2216025&blobtype=pdf>

Munk A, Mielke M, Skipka G, Freitag G. Testing noninferiority in three-armed clinical trials based on likelihood ratio statistics. Can J Stat 2007; 35(3): 413-431.

Naumann F, Kruse E, Weingart O, Bohlius J, Hübel K, Herrmann-Frank A et al. Autologous stem cell transplantation vs chemotherapy in adult acute lymphocytic leukaemia. Cochrane Database Syst Rev 2007; (4): CD006835.

Piwowarczyk A, Bender R, Ottl P, Lauer HC. Long-term bond between dual-polymerizing cementing agents and human hard dental tissue. Dent Mater 2007; 23(2): 211-217.

Piwowarczyk A, Köhler KC, Bender R, Büchler A, Lauer HC, Ottl P. Prognoses for the abutment teeth of removable dentures: a retrospective study. J Prosthodont 2007; 16(5): 377-382.

Reiser M, Haverkamp A, Dintsios CM, Mölleken C, Krauth C, Pieper W et al. Versorgungsqualität und Gesundheitskosten bei berufsgenossenschaftlich anerkannter Hepatitis C: Untersuchung in der Modellregion West zwischen 1993 und 2004. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(34/35): 1743-1747.

Richter B, Bandeira-Echtler E, Bergerhoff K, Clar C, Ebrahim SH. Rosiglitazone for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD006063.

Ritoe SC, De Vegt F, Scheike IM, Krabbe PF, Kaanders JH, Van den Hoogen FJ et al. Effect of routine follow-up after treatment for laryngeal cancer on life expectancy and mortality: results of a Markov model analysis. Cancer 2007; 109(2): 239-247.

Sawicki PT. Hoffnungen und Fehler in der Medizin. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2007; 101(5): 285-286.

Sawicki PT, Anlauf M, Haller H. IQWiG-Vorbericht: Diuretika sind die besten Antihypertensiva; wie geht es weiter in der Hochdrucktherapie? MMW Fortschr Med 2007; 149(10): 6-8.

Sawicki PT. Schlaganfall: Einhäupl irrt. Dtsch Arztebl 2007; 104(18): A1227-A1228.

Sawicki PT. Pro und Kontra: Prävention von Herzinfarkt und Schlaganfall; ASS allein ausreichend? Hausarzt 2007; 44(7): 58.

Sawicki, PT. Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln: Präzisierung zu begrüßen. HighLights [Online] 2007; 26(2): 9-10. URL: http://www.letv-verlag-gesundheitspolitik.de/data/text/highlights_07_02.pdf

Scheibler F, Moreno B. Der praktische Einsatz von Entscheidungshilfen für Patienten: reine Informationsvermittlung reicht nicht aus. Klinikarzt 2007; 36(1): 27-31.

Schröder P, Grouven U, Bender R. Können Mindestmengen für Knieprothesen anhand von Routinedaten errechnet werden? Ergebnisse einer Schwellenwertanalyse mit Daten der externen stationären Qualitätssicherung. Orthopäde 2007; 36(6): 570-576.

Schütz F, Diel IJ, Pueschel M, Von Holst T, Solomayer EF, Lange S et al. Reduced incidence of distant metastases and lower mortality in 1072 patients with breast cancer with a history of hormone replacement therapy. Am J Obstet Gynecol 2007; 196(4): 342.e1-342.e9.

Schultz, A, Kneif T, Grouven U, Schultz B. EEG-Monitoring zur Sedierungsüberwachung: Verkürzung der intensivstationären Behandlungsdauer. Klinische Neurophysiologie 2007; 38(3): 1-5.

Waltering A, Puschmann R, Franz H, Sawicki PT. Evaluation einer abteilungsinternen Leitlinie zur Diagnostik der tiefen Beinvenenthrombose. Med Klin 2007; 102(8): 612-616.

Ziegler A, Lange S, Bender R. Überlebenszeiten: Eigenschaften und Kaplan-Meier Methode. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e36-e38.

Ziegler A, Lange S, Bender, R. Überlebenszeiten: der Log-Rang-Test. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e39-e41.

Ziegler A, Lange S, Bender, R. Überlebenszeiten: die Cox-Regression. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e42-e44.

Ziegler A, Lange S, Bender R. Systematische Übersichten und Meta-Analysen. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132(S1): e48-e52.

5.4.2.2 Bücher/Monographien/Buchbeiträge

Abel T, Altgeld T, Armbruster S, Assion H, Aster-Schenk J, Bartel C, et al. Pschyrembel Sozialmedizin. Berlin: De Gruyter; 2007.

Bartel C, Friis Thing L. Gesundheit und Aktivität in Schulen: Praxis-Tipps und Projekterfahrungen [Online]. 09.2006. URL: http://www.luebeck.de/bewohner/umwelt_gesundheit/gesundheits/schulprojekt/files/manual.pdf

Bender R. Simulation von Überlebenszeiten mit Hilfe von SAS®. In: Muche R, Bödeker RH (Ed). KSFE 2007: Proceedings der 11. Konferenz der SAS®-Anwender in Forschung und Entwicklung (KSFE); 01.-02.03.2007; Ulm, Deutschland. Aachen: Shaker; 2007. S. 55-62.



Koch K, Scheibler F. Einstellungen und Informationsstand zur Früherkennung: informiert und doch getäuscht? In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Ed). Gesundheitsmonitor 2007: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann; 2007. S. 178-200.

Koch K, Stollorz V. Unmoralische Angebote: eine Umfrage zu Grenzfällen zwischen PR und Wissenschaftsjournalismus. In: Kienzlen G, Lublinski JJ, Stollorz V (Ed). Fakt, Fiktion, Fälschung: Trends im Wissenschaftsjournalismus. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft; 2007. S. 190-194.

Sawicki PT. Medizin-Wissenschaft für eine zukunftsfähige und solidarische Gesundheitsversorgung. In: Maly U, Estelmann A (Ed). Kommunal und erfolgreich: das Klinikum Nürnberg im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und öffentlicher Daseinsvorsorge. Frankfurt: Mabuse-Verlag; 2007. S. 23-32.

5.4.2.3 Publierte Abstracts von Postern und Vorträgen

Bastian H. Health literacy and patient information. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.–01.06.2007; Freiburg, Germany. 2007. S. 70.



Bastian H, Büchter R, Knelangen M. „Stiftung Warrentest“ für medizinische Maßnahmen? Entwicklung einer Methodik für Evidenztabelle für Patienteninformationen [V6.1]. In: Programm EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland. 2007. S. 30.

Bastian H, Schultheis A. Good news about bad news: improvements in attention to adverse effects in Cochrane reviews (1997-2007) and future challenges. In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien. 2007. S. 71.

Bender R. Die Berechnung adjustierter NNTs in klinischen Studien. In: Wolf HP, Kauermann G, Mosler K, Ziegler A (Ed). Statistik 2007: Statistik unter einem Dach; erste gemeinsame Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat); 53. Biometrisches Kolloquium; Pfingsttagung der Deutschen Statistischen Gesellschaft; 27.–30.03.2007; Bielefeld, Deutschland; 2007. S. 35.

Bender R, Bunce C, Clarke M, Gates S, Lange S, Pace NL et al. Multiplizitätsprobleme in systematischen Übersichten und Meta-Analysen. In: Wichmann HE, Nowak D, Zapf A (Ed). Kongress Medizin und Gesellschaft: Abstractband; 17.–21.09.2007; Augsburg, Deutschland. Mönchengladbach: Rheinware Verlag; 2007. S. 24-25.

Bender R, Hildebrandt M. Calculation and interpretation of the number needed to treat (Workshop). In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 192-193.



Dintsios CM, Hagen A, Gerhardus A, Krauth C. Needs-Assessment kardiovaskulärer Implantate zur Behandlung chronisch venöser Insuffizienz. In: Wichmann HE, Nowak D, Zapf A (Ed). Kongress Medizin und Gesellschaft: Abstractband; 17.–21.09.2007; Augsburg, Deutschland. Mönchengladbach: Rheinware Verlag; 2007. S. 60.

Droste S. Quality assurance in systematic literature searches: perform a check before copying existing search strategies. In: HTA for evidence-based public health: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International; Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 197.

Ebrahim SH, Gehrman U, Wieseler B. Reporting on health-related quality of life in Cochrane reviews: a challenge for authors? In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 116.

Ebrahim SH, Jost MM, Potthast R, Hausner E, Wieseler B. Untangling the maze of the trial selection process. In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 136.

Ebrahim SH, Jost MM, Wieseler B, Hausner E, Potthast R. Improving transparency in the trial selection process. In: HTA for evidence-based public health: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International; Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 301.

Eikermann M, Siering U, Kirchner H. Leitlinienvergleiche: eine systematische Analyse internationaler Publikationen [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm077.shtml>

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark M, Hagen A. Laparoskopische vs. offene Appendektomie: eine gesundheitsökonomische Analyse. Prävention und Gesundheitsförderung 2007; 2(Suppl 1): 106.

Gorenoi V, Dintsios CM. Platelet aggregation inhibitors in prevention of ischemic stroke. In: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International: Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 266.

Gorenoi V, Dintsios CM; Schönermark MP, Hagen A. Laparoscopic vs. open appendectomy: a systematic review on medical efficacy. In: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International: Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 267.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. Laparoscopic vs. open appendectomy: a health economical evaluation. In: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International: Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 268.



Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. Systematische medizinische Bewertung von laparoskopischer vs. offener Appendektomie [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007, Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm056.shtml>

Gehrmann U, Bender R, Kuss O, Wellmann, J. Berechnung von adjustierten NNEs und Risikodifferenzen unter Confounding: ein Vergleich von logistischer Regression und linearen Modellen mit Interaktion. In: Wichmann HE, Nowak D, Zapf A (Ed). Kongress Medizin und Gesellschaft: Abstractband; 17.–21.09.2007; Augsburg, Deutschland. Mönchengladbach: Rheinware Verlag; 2007. S. 92.

Gehrmann U, Bender R, Kuss O, Wellmann J. Vergleich von logistischen und linearen Regressionsmodellen zur Berechnung von adjustierten NNEs (number needed to be exposed). In: Wolf HP, Kauermann G, Mosler K, Ziegler A (Ed). Statistik 2007: Statistik unter einem Dach; erste gemeinsame Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat); 53. Biometrisches Kolloquium; Pfingsttagung der Deutschen Statistischen Gesellschaft; 27.–30.03.2007; Bielefeld, Deutschland; 2007. S. 113.

Gregor S, Maegele M, Sauerland S, Krahn JF, Peinemann F, Lange S. Die Unveröffentlichten: eine Analyse der angekündigten Studien zur Vakuumversiegelungstherapie. Zeitschrift für Wundheilung 2007; 12(Suppl 1): 56.

Gregor S, Maegele M, Sauerland S, Krahn JF, Peinemann F, Lange S. Evidenzbasierte Wundheilung? Die unveröffentlichten Studien einer Metaanalyse zur Vakuumversiegelungstherapie [Online]. In: 124. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie; 01.–04.05.2007; München, Deutschland. 01.10.2007. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/dgch2007/07dgch630.shtml>

Gregor S, Maegele M, Sauerland S, Krahn JF, Peinemann F, Lange S. Was ist gesichert zur Vakuumversiegelung beim diabetischen Fuß? Aspekte einer Metaanalyse zur Vakuumversiegelungstherapie [Online]. In: 124. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie; 01.–04.05.2007; München, Deutschland. 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/dgch2007/07dgch487.shtml>

Großelfinger R, Scheibler F, Lange S. Synthese von Lebensqualitätsdaten in systematischen Übersichten: Probleme und Vorschläge [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm040.shtml>

Großelfinger R, Scheibler F, Lange S. Synthesis of quality of life data in systematic reviews: problems and propositions. In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 119.



Grouven U, Bender R. Modellierung von Volume-Outcome-Daten in der Koronarchirurgie mit Hilfe fraktionaler Polynome und Generalized Estimating Equations. In: Wolf HP, Kauermann G, Mosler K, Ziegler A (Ed). Statistik 2007: Statistik unter einem Dach; erste gemeinsame Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat); 53. Biometrisches Kolloquium; Pfingsttagung der Deutschen Statistischen Gesellschaft; 27.–30.03.2007; Bielefeld, Deutschland; 2007. S. 123.

Grouven U, Bender R. Lassen sich anhand deutscher Versorgungsdaten geeignete Mindestmengen für koronarchirurgische Eingriffe bestimmen? In: Wichmann HE, Nowak D, Zapf A (Ed). Kongress Medizin und Gesellschaft: Abstractband; 17.–21.09.2007; Augsburg, Deutschland. Mönchengladbach: Rheinware Verlag; 2007. S. 106.

Hasenbein U, Wallesch CW. Leitlinienkonformität: Inhalte, Methoden und Aussagekraft eines neuen Konstruktes der Versorgungsforschung [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.; 22.–24.3.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm073.shtml>

Hasenbein U, Wallesch CW. Wann sind Ärzte zur Übernahme von Innovationen bereit? Kriterien zur Einführung von Neuerungen bei Ärzten neurologischer Akutkliniken. Prävention und Gesundheitsförderung 2007; 2(Suppl 1): 107.



Heidrich J, Wolfe CDA, Rudd AG, Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU. Frequency and factors influencing early rehabilitation in stroke patients across Europe: results from the BIOMED II European study of stroke care. In: Wichmann HE, Nowak D, Zapf A (Ed). Kongress Medizin und Gesellschaft: Abstractband; 17.–21.09.2007; Augsburg, Deutschland. Mönchengladbach: Rheinware Verlag; 2007. S. 120-121.

Hildebrandt M, Vervölgyi E, Bender, R. Reporting the Number Needed to Treat (NNT): a systematic review of randomized controlled trials where the outcome is time to an event. XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien. 2007. S. 136.

Hildebrandt M, Bender R, Blettner M. Number Needed to Treat (NNT): Schätzung aus Überlebenszeiten mit variablen Beobachtungszeiten. In: Wichmann HE, Nowak D, Zapf A (Ed). Kongress Medizin und Gesellschaft: Abstractband; 17.–21.09.2007; Augsburg, Deutschland. Mönchengladbach: Rheinware Verlag; 2007. S. 133.

Hildebrandt M, Bender R, Blettner M. Schätzung von NNTs aus Überlebenszeiten mit variablen Beobachtungszeiten. In: Wolf HP, Kauermann G, Mosler K, Ziegler A (Ed). Statistik 2007: Statistik unter einem Dach: erste gemeinsame Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat); 53. Biometrisches Kolloquium: Pfingsttagung der Deutschen Statistischen Gesellschaft; 27.–30.03.2007; Bielefeld, Deutschland; 2007. S. 141.



Hildebrandt M, Vervölgyi E, Bender R. Reporting the Number Needed to Treat (NNT): a systematic review of randomized controlled trials where the outcome is time to an event. In: XV Cochrane Colloquium; 23–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 95-96.

Jaskulla E. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Pflegekräften und der Ergebnisqualität in der stationären Versorgung? [Online]. 13. Interdisziplinärer Pflegekongress Dresden; 25.–27.04.2007; Dresden, Deutschland. URL: http://www.heilberufe-kongresse.de/kap04/abstracts/87_kongress20.pdf

Kaiser T, Skipka G, Vervölgyi E. An update of a systematic review on statin therapy including previously unpublished data [S15-05]. In: HTA for evidence-based public health: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International; Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 73.

Kaiser T, Skipka G, Vervölgyi E. An update of a systematic review on statin therapy including previously unpublished data. In: HTA for evidence-based public health: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 73.

Kolominsky-Rabas PL, Griewing B, Rütthemann J. Veränderungen in der Schlaganfall-Akutversorgung unter DRG-Bedingungen in Deutschland. Aktuelle Neurologie 2007; 34(S2): V170.

Kolominsky-Rabas PL, Griewing B, Rütthemann J. Stroke occurrence and disease classification in Germany: a nationwide analysis based on the German DRG report 2004. Cerebrovasc Dis 2007; 23(S2): 133-134.

Kolominsky-Rabas PL. Methodological framework of IQWiG's evaluation process HTA for evidence-based public health In: HTA for evidence-based public health: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International; Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007: S. 37

Kolominsky-Rabas PL, Ziegler V, Rütthemann J. Impact of changes to the DRG classification on acute ischemic stroke care in Germany. Cerebrovasc Dis 2007; 23(S2): 134-135.

Kowalski C, Scheibler F, Steffen P, Nitzsche A, Pfaff H. Perceived involvement in care, information and breast cancer patients' trust in oncologists in 51 German breast centres. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg, Deutschland. 2007. S. 149.

Kreis J, Kaiser T, Lange S. Inwieweit wird (fehlende) Vergleichbarkeit der Dosierungen in Cochrane Reviews zu Antidepressiva berücksichtigt [Online]?. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm091.shtml>



Kuch C, Löffert S, Scheibler F, Wöhrmann A, Baldamus C, Pfaff H. Change in patients' preferences to participate in treatment decision-making: results of a three-year-panel study. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg, Deutschland. 2007. S. 153.

Lange P, Stich A, Ebrahim S, Kirchner H. Entwicklung eines institutseigenen EbM-Curriculums auf Basis des Curriculums EbM des Deutschen Netzwerks EbM [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm086.shtml>

Löffert S, Kuch C, Scheibler F, Wöhrmann A, Baldamus C, Pfaff H. Patient types of preferred decision-making roles in dialysis therapy. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg, Deutschland, 2007. S. 166.

Peinemann F, Sauerland S, Lange S. A search for studies on negative pressure wound therapy was complemented by the nursing database CINAHL in a systematic review. In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 141.



Peinemann F, Sauerland S, Lange S. Comparing the practice of study classification and study inclusion in different systematic reviews on negative pressure wound therapy. In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 140.

Potthast R, Vervoelgyi E, Skipka G, Kaiser T. Rapid-acting insulin analogues for the treatment of type 1 diabetes mellitus. In: HTA for evidence-based public health: IV Annual Meeting Health Technology Assessment International; Book of Abstracts; 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 267.

Potthast R, Lange S, Kaiser T, Biester K. Werden hohe Ausfallraten in Primärstudien in Cochrane Reviews berücksichtigt? [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm093.shtml>

Scheibler F, Grouven U, Lange S, Sawicki PT. Factors influencing sicker adults' perceived involvement in medical decisions: a six-country comparison. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg, Deutschland; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg, Deutschland; 2007. S. 207.



Scheibler F, Lange S. Die Beteiligung von Nutzern an der Berichterstattung des IQWiG: internationaler Vergleich und weitere Schritte [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm071.shtml>

Scheibler F, Großelfinger R, Lange S. Do we need another systematic review if results from high-quality secondary literature already exist? In: XV Cochrane Colloquium; 23.–27.10.2007; Sao Paulo, Brasilien; 2007. S. 177.

Scheibler F, Grouven U, Lange S, Sawicki PT. Factors influencing sicker adults' perceived involvement in medical decisions: a six-country comparison. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg, Deutschland. 2007. S. 207.

Scheibler F, Charvet-Berard A, Moumjid N, Griesser A, Steffen P, Morelle M et al. Breast cancer patients' perceptions of information on treatment benefits and risks provided to them by their oncologists: a comparison of patients in three European regions. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg, Deutschland. 2007. S. 206.



Skipka G, Kaiser T. Gemeinsame grafische Darstellung der Ergebnisse aus Meta-Analysen mit festen und zufälligen Effekten [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm095.shtml>

Stich A, Ebrahim S, Lange P. Implementation of further training in a scientific institute: results of a survey on educational needs. In: Better evidence for better health care: 4th International Conference of Evidence-based Health Care Teachers & Developers; Abstracts Book; 31.10.2007–04.11.2007; Taormina, Italien; 2007. S. 75.

Stich A, Siering U, Kirchner H. Führen Autorenfragen bei der Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten zu zusätzlichen verwertbaren Informationen? [Online] In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm092.shtml>

Stich A, Gerhardus A, Velasco-Garrido M. Appraisal of socio-cultural aspects in Health Technology Assessment (HTA) reports. In: HTA for evidence-based public health: 4th Annual Meeting of Health Technology Assessment international (HTAi); 17.–20.06.2007; Barcelona, Spanien; 2007. S. 50.

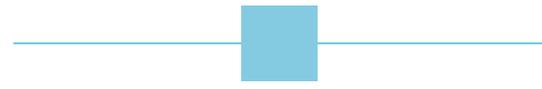


Vervölgyi E, Skipka G, Bender R, Hildebrandt M, Kaiser T. Kaplan-Meier-Analysen in High Impact Journals: kann man ihnen trauen? [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm089.shtml>

Weigel C. Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung [Online]. Pflegekongress 2007; 26.–27.01.2007; Berlin, Deutschland. URL: http://www.heilberufe-kongresse.de/kap04/abstracts/86_kongress27.pdf

Wieseler B, Kaiser T. Stellenwert unpublizierter Daten in Nutzenbewertungen von Arzneimitteln durch das IQWiG [Online]. In: EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin: 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; 22.–24.03.2007; Berlin, Deutschland; 15.03.2007. URL: <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2007/07ebm094.shtml>

Zschorlich B, Bastian H. HIV test in pregnancy: yes or no? Using the results of a review of studies to inform the development of a fact sheet for women. In: 4th International Shared Decision Making Conference: shared decision-making in diverse health care systems; translating research into practice; Conference Book; 30.05.2007–01.06.2007; Freiburg; Germany. 2007. S. 243.



5.4.2.4 Nicht publizierte Vorträge und Poster

Bastian H. Transfer der partizipativen Entscheidungsfindung in die Regelversorgung [Vortrag]. Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess; 29.05.2007; Freiburg, Deutschland.

Bastian H. How can clinical trialists serve the needs of patients more successfully? [Vortrag]. James Lind Alliance/The Lancet meeting; 25.06.2007; London, Großbritannien.

Bastian H. Medical evidence for the general public: how to make it understandable [Vortrag]. Annual EBM Guidelines Meeting der Finnish Medical Society (Duodecim); 06.09.2007; Helsinki, Finnland.

Bastian H. Evidenzbasierte Patienteninformation: was ist das eigentlich? [Vortrag]. Ludwig Boltzmann Institut für HTA; 19.09.2007; Wien, Österreich.

Bastian H. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessern: mittels unabhängiger, evidenzbasierter Gesundheitsinformationen [Vortrag]. 10. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health; 26.09.2007; Linz, Österreich.

Bender R. Konsequenzen von Heterogenität bei sich anschließenden Subgruppenanalysen [Vortrag]. 59. Arbeitstreffen „Dosisfindung; Subgruppenanalyse“ der AG „Pharmazeutische Forschung“ (APF) der Deutschen Region der IBS; 16.11.2007; München, Deutschland.



Bender R, Bunce C, Clarke M, Gates S, Lange S, Pace NL et al. Multiplicity problems in systematic reviews and meta-analyses [Vortrag]. Workshop „Biometry/ Epidemiology“ of the VFA Unterausschuss „Biostatistik“; 18.09.2007; Augsburg, Deutschland.

Bender R. Simulation von Überlebenszeiten mit Hilfe von SAS® [Vortrag]. 11. Konferenz für SAS-Anwender in Forschung und Entwicklung (KSFE); 02.03.2007; Ulm, Deutschland.

Bender R, Bunce C, Clarke M, Gates S, Lange S, Thorlund K et al. Multiplicity in systematic reviews and meta-analysis [Vortrag]. International Conference „Sources of Heterogeneity in Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials“; 09.02.2007; Bremen, Deutschland.

Bender R, Bunce C, Clarke M, Gates S, Lange S, Thorlund K et al. Multiple Vergleiche in systematischen Übersichten und Meta-Analysen [Vortrag]. Kolloquium des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI); 03.05.2007; Mainz, Deutschland.

Bühler D. Beratung und Information im Gesundheitswesen „Wie kann man Qualität verbessern?“ [Vortrag]. 19.04.2007; Deutschland.

Bühler D. Beratung im Gesundheitswesen: Hintergründe; EbM und das IQWiG [Vortrag]. Grundlagen der Beratung im Gesundheitswesen (BSc 24), Universität Bielefeld / Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 02.04.2007; Bielefeld, Deutschland.

Bühler D. Beratung im Gesundheitswesen: Hintergründe; EbM und das IQWiG [Vortrag]. IGKE – Klinikum der Universität zu Köln; 26.11.2007; Köln, Deutschland.

Bühler D. Methoden und Möglichkeiten der Patienteninformation: Beratung und Information im Gesundheitswesen [Vortrag]. Qualitäts-Symposium „Expertenziel Patientennutzen?!“; 12.10.2007; Berlin, Deutschland.

Dintsios CM. Anforderungen an klinische Daten zur Nutzenbewertung aus Sicht des IQWiG. MedInform: Von der klinischen Bewertung zur Vergütung von neuen Medizintechnologien. Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) [Vortrag]; 13.03.2007; Bonn, Deutschland.

Dintsios CM. Health Technology Assessment in der Anästhesie und Intensivmedizin [Vortrag]. Deutscher Anästhesiekongress (DAC) 2007; 07.05.2007; Hamburg, Deutschland.

Dintsios CM. Needs Assessment for Venous Implants in the Treatment of Chronic Venous Insufficiency (CVI). [Poster]. ESF-IfW Conference on The Global Health Economy, The International Regulation of New Medical Technology: Health Technology Adoption in the European Union, North America, East Asia, and in the Developing World; 07.-10.05.2007; Salzgau, Deutschland



Dintsios CM. Innovationsbezogene Technologiebewertung vor Markteintritt am Beispiel kardiovaskulärer Implantate [Vortrag]. GSF Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen (IGM); 14.06.2007; Neuherberg, Deutschland.

Dintsios CM. Nutzenbewertung von Antidementiva [Vortrag]. Dementia Fair Congress 2007; 07.02.2007; Bremen, Deutschland.

Droste S, Weigel C. Integrating ethics: experience in the German setting [Vortrag]. INAHTA/HTAi Ethics Working Group Meeting; 21.-23.09. 2007; Oslo, Norwegen.

Gehrmann U, Kuß O, Wellmann J, Bender R. Anwendung logistischer und linearer Regressionsmodelle zur Berechnung von adjustierten NNEs und Risikodifferenzen [Vortrag]. Workshop „Flexible Regressionsmodelle“ der AGs „Statistische Methoden in der Medizin“ (IBS-DR), „Statistische Methodik in der klinischen Forschung“ (GMDS) und „Statistische Methoden in der Epidemiologie“ (IBS-DR, DGEpi); 22.11.2007; Magdeburg, Deutschland.

Gregor S, Maegele M, Sauerland S, Krahn JF, Peinemann F, Lange S. Die Unveröffentlichten: entscheidende Studien zur Vakuumversiegelung? [Vortrag]. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Schweizerischen und Österreichischen Gesellschaften für Vasculäre und Endovasculäre Chirurgie; 05.09.2007; Basel, Schweiz.

Kaiser T. Stellenwert der inhalativen Insuline [Vortrag]. 11. Internationaler Postgraduate-Kurs für klinische Diabetologie; 17.03.2007; Loipersdorf, Österreich.

Kaiser T. Fixkombinationen von inhalativen Kortikosteroiden und langwirksamen Beta-2-Mimetika bei Asthma bronchiale [Vortrag]. St. Marien Krankenhaus; 13.06.2007; Siegen, Deutschland.

Koch K. Grundlagen der Kommunikation von Risiken [Vortrag]. 8. Jahrestagung Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin Workshop: Risiken und Nebenwirkungen der Risikokommunikation; 23.03.2007; Berlin, Deutschland.

Koch K. Krank und außerdem bestraft? Evidenz und Politik der Krebsfrüherkennung [Vortrag]. Kongress Medizin und Gesellschaft. Prävention und Versorgung: innovativ – qualitätsgesichert – sozial; 20.09.2007; Augsburg, Deutschland.

Koch K. Problematik des Screenings am Beispiel von Prostatakarzinom und Bronchialkarzinom [Vortrag]. Deutsche Akademie für Präventivmedizin e. V., Fortbildungskurs zum Präventivmediziner; 26.06.2006; Bad Lauterberg, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. Health economic evaluation in the German Statutory Health Insurance System [Vortrag]. Meeting Groupe Service Rendu a la Collectivite, Haute Autorité de Santé (HAS); 17.07.2007; Paris, Frankreich.



Kolominsky-Rabas PL. Langzeitfolgen und Kosten der Behinderung nach Schlaganfall [Vortrag]. Return to work: interdisziplinäres Symposium der Neurologischen Klinik GmbH; 20.10.2007; Bad Neustadt, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. Gesundheitsökonomische Aspekte des Schlaganfall-Managements: Wertschöpfungskette oder Holzweg [Vortrag]. 1. Deutscher Schlaganfall-Kongress; 09.11.2007; Hannover, Deutschland.

Kulig M. IQWiG: the German Policy Body; evaluation of diagnostic procedures and NIPD policy setting [Vortrag]. Workshop "Socio-economics of RHD NIPD Technology", SAFE Network of Excellence; 26.09.2007; Warwickshire, Großbritannien.

Lange S. Bedeutung von Biomarkern aus Sicht des IQWiG [Vortrag]. Symposium der Novartisstiftung; 29.06.2007; Nürnberg, Deutschland.

Lange S. Bewertungskriterien des IQWiG [Vortrag]. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde-Kongress; 22.11.2007; Berlin, Deutschland.

Lange S. Der Stellenwert von randomisierten Studien bei der Nutzenbewertung medizinischer Interventionen. 9. Jahreskongress für Klinische Pharmakologie [Vortrag]; 02.11.2007; Kiel, Deutschland.

Lange S. Evaluation of diagnostic technologies: what's the point? [Vortrag]. XV Cochrane Colloquium; 26.10.2007; Sao Paulo, Brasilien.

Lange S. Gesundheitswesen: faktengestützte oder kontrollgesteuerte Medizin in Deutschland ; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [Vortrag]. 113. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin; 17.04.2007; Wiesbaden, Deutschland.

Lange S. Medikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz [Vortrag]. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde-Kongress; 21.11.2007, Berlin, Deutschland.

Lange S. Qualitätssicherung: Beitrag des IQWiG [Vortrag]. Präsentationsveranstaltung der Kompetenz Centren der Medizinischen Dienste; 24.04.2007; Düsseldorf, Deutschland.

Lange S. Surrogate und patientenrelevante Endpunkte. Wissenschaftliches Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen; 08.11.2007; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Brauchen wir Insulinanaloga? [Vortrag]. St. Marienkrankenhaus; 17.01.2007; Siegen, Deutschland.

Sawicki PT. Die Arbeit des IQWiG [Vortrag]. Veranstaltung im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands: „Stärkung der Patientensicherheit und -information“; 18.01.2007; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Statine [Vortrag]. 42. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg; 28.01.2007; Stuttgart, Deutschland.



Sawicki PT. Aktueller Stand zur Nutzenbewertung in Deutschland [Vortrag]. Handelsblatt-Kongress „Pharma 2007“; 06.02.2007; Frankfurt, Deutschland.

Sawicki PT. Kosten-Nutzen-Bewertung [Vortrag]. Workshop „Arzneimitteltherapie und Versorgungsforschung“ der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW; 08.02.2007; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Die Arbeit des IQWiG [Vortrag]. Transparency International Deutschland; 02.03.2007, Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Das IQWiG und EbM als Entscheidungshilfe oder Ausschlusskriterium [Vortrag]. 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung; 09.03.2007; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Veränderung der Qualitätsmaßstäbe in der Medizin [Vortrag]. 11. Internationaler Postgraduate-Kurs für Klinische Diabetologie „EbM“; 17.03.2007; Loipersdorf, Österreich.

Sawicki PT. Diskussion zum Thema Insulinanaloge – GKV-Leistung [Vortrag]. 2. Diabetes-Veranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen; 11.04.2007; Frankfurt, Deutschland.

Sawicki PT. Arzneimittelsicherheit aus Sicht des IQWiG [Vortrag]. Internistenkongress / Symposium „Moderne Methoden zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit“; 16.04.2007; Wiesbaden, Deutschland.

Sawicki PT. IQWiG: benefit assessment in Germany and the European context [Vortrag]. European Life Science Circle; 17.04.2007; Brüssel, Belgien.

Sawicki PT. Germany: Health Technology Assessment in Germany: an update [Vortrag]. Pharmaceutical Pricing Summit; 25.04.2007; London, Großbritannien.

Sawicki PT. Präoperative Diagnostik in evidenzbasierten Leitlinien [Vortrag]. 124. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie; 01.05.2007; München, Deutschland.

Sawicki PT. Der selbstbestimmte Patient: mehr Qualität und Transparenz [Vortrag]. Ringvorlesung „Gesundheitsökonomie“ der Universität zu Köln; 11.05.2007; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzen in der Medizin im Spannungsfeld zwischen Erfahrung und Wissen [Vortrag]. Management-Tagung „trends“; 11.05.2007; Nürnberg, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzenbewertung nach altem Recht, Kosten-Nutzenbewertung nach neuem Recht: aus Sicht des IQWiG [Vortrag]. ZENO Konferenz „G-BA und IQWiG im Lichte des GKV-WSG“; 12.06.2007; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzenbewertung der Therapie mit Statinen [Vortrag]. Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipidliga) „Tag des Cholesterins“; 16.06.2007; Köln, Deutschland.



Sawicki PT. Kosten-Nutzen-Bewertungen von Gesundheitsleistungen aus Sicht des IQWiG [Vortrag]. Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“; 21.06.2007; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Fortschrittsbewertung im Gesundheitswesen aus Sicht des IQWiG [Vortrag]. 11. Interdisziplinäres Nürnberger Symposium „Fortschrittsbewertung im Gesundheitswesen“; 07.07.2007; Nürnberg, Deutschland.

Sawicki PT. Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln [Vortrag]. Gesundheitspolitisches Kolloquium der Universität Bremen; 11.07.2007; Bremen, Deutschland.

Sawicki PT. Rolle von EbM in der praktischen klinischen Versorgung und im Systemkontext [Vortrag]. 10-Jahre EbM-Kurse Lübeck; 03.09.2007; Lübeck, Deutschland.

Sawicki PT. K-N-B: sind Ethik und Qualität in der Medizin mit Ökonomie vereinbar? [Vortrag]. Pharmapolitischer Kreis der VFA-Firmen Süd; 12.09.2007; Stuttgart, Deutschland.

Sawicki PT. Die Arbeit des IQWiG [Vortrag]. Wirtschaftsrat der CDU / NRW; 21.09.2007; Düsseldorf, Deutschland.

Sawicki PT. Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Erfahrung und wissenschaftlicher Evidenz [Vortrag]. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 22.09.2007; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Wie lässt sich Qualität sichern? [Vortrag]. Kongress der Konrad-Adenauer-Stiftung, „Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb“; 28.09.2007; Cadenabbia, Italien.

Sawicki PT. How are cost-effectiveness and value assessment evolving, and how can payers and industry work together more closely to share risk and bring innovative products to market faster? [Vortrag]. Facilitate R&D Leader's Forum; 16.10.2007; München, Deutschland.

Sawicki PT. Structure & methods of IQWiG [Vortrag]. International Health Study Tours, Bertelsmannstiftung; 16.10.2007; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Aufgaben und Verfahrensweisen des IQWiG bei der Bewertung des Nutzens von Behandlungsmethoden [Vortrag]. 3. Jahreskongress Psychotherapie; 20.10.2007; Bochum, Deutschland.

Sawicki PT. Sicherheit für die Patienten: wer soll bezahlen? [Vortrag]. Vereinigung der Schweizer Wirtschaftsjournalisten; 26.10.2007; Zürich, Schweiz.

Sawicki PT. Gibt es Unterschiede in der evidenzbasierten Medizin von Arzneimitteln und anderen therapeutischen Interventionen? [Vortrag]. Kongress der Arbeitsgruppen der MDK-Gemeinschaft zu „Arzneimitteln und zur Methodenbewertung“; 20.11.2007; Gelsenkirchen, Deutschland.

Sawicki PT. Aufgaben des IQWiG: konkrete Beispiele [Vortrag]. Bielefelder Hausärztertäg; 21.11.2007; Bielefeld, Deutschland.



Sawicki PT. Aufgabe und Funktion des IQWiG. Pharmazeutische Tafelrunde der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg; 04.12.2007; Stuttgart, Deutschland.

Sawicki PT. Aufgabe, Stellung und Funktion des IQWiG. Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP); 05.12.2007; Bonn, Deutschland.

Sawicki PT. Die Bewertung von Nutzen und Kosten aus der Sicht des IQWiG [Vortrag]. 18. Leitlinienkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 14.12.2007; Berlin, Deutschland.

Scheibler F. Aufbau, Funktion und Tätigkeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [Vortrag]. Kompetenzseminar des Deutschen Psoriasis Bundes; 25.02.2007; St. Peter-Ording, Deutschland.

Scheibler F. Wirksamkeit und Nutzen des Ultraschall-screenings in der Schwangerschaft: Methoden und empirische Ergebnisse [Vortrag]. Mitgliederversammlung Berufsverband niedergelassener Pränatalmediziner; 25.08.2007; Köln, Deutschland.

Skipka G. Illustrating heterogeneity graphically: the inclusion of the estimated inter-study variation into forest plots for random effects meta-analyses [Poster]. International Conference „Sources of Heterogeneity in Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials“; 09.–10.02.2007; Bremen, Deutschland.



Stich A. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und medizinische Leitlinien [Vortrag]. Psychiatrische Fortbildung; 12.07.2007; Bad Schussenried, Deutschland.

Wieseler B. Nutzen für den Patienten: Arzneimittelbewertung im IQWiG [Vortrag]. Seminar der Konrad Adenauer Stiftung: Pharmaforschung zwischen Innovation, Verantwortung und Gewinn; 10.–13.05.2007; Frankfurt, Deutschland.

Wieseler B. Evaluation of safety aspects during drug assessment at IQWiG [Vortrag]. Pharmaco-Epidemiology Summer Congress; 17.09.2007; Avignon, Frankreich.

Zschorlich B. Der Gesundfuchs: Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [Vortrag]. Diabetiker Selbsthilfe Elsdorf; 27.03.2007; Elsdorf; Deutschland.

Zschorlich B. Der mündige Patient: Informationen und Selbsthilfe im Internet am Beispiel der Psoriasis; Symposium der Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft; 03.05.2007; Berlin, Deutschland.

5.5 Ehrungen und Ernennungen

Ralf Bender hat am 12.04.2007 das „Certificate of Participation in Manuscript Review“ der American Medical Association (AMA) für ein qualitativ hochwertiges Review für die Zeitschrift JAMA erhalten.



Ralf Bender wurde am 21.12.2007 von der Universität zu Köln zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

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 2004 Mitglied der Ethikkommission beim British Medical Journal (BMJ).

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

Hilda Bastian ist seit 2007 Mitglied der Research Strategy External Reference Group der World Health Organization (WHO).

Ralf Bender ist seit November 2002 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 war Mitglied des Gutachtergremiums für die Fördermaßnahme „Gesundheit im Alter“ des BMBF (Januar bis Mai 2007).

Ralf Bender war Gutachter für die Vergabe des Bernd-Streitberg-Preises 2007 der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft.

Ralf Bender wurde am 29.03.2007 für vier Jahre in den Beirat der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft gewählt.

Ulrich Grouven wurde am 19.09.2007 für drei Jahre zum stellvertretenden Leiter der AG „Methodik systematischer Reviews“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) gewählt.

5.7 Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien

Bender R, Kropf S, Taeger, D. Herbstworkshop 2007 der AGs „Statistische Methoden in der Medizin“ (DR-IBS), „Statistische Methoden in der Epidemiologie“ (DR-IBS, DGEpi) und „Statistische Methodik in der klinischen Forschung“ (GMDS) zum Thema „Flexible Regressionsmodelle“; 22.–23.11.2007; Magdeburg, Deutschland. URL: <http://www.med.unimagdeburg.de/fme/institute/ibmi/HWS07/index.html>

Kreis J, Bödeker W. Workshop der Arbeitsgruppe Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement von Prävention und Gesundheitsförderung: „Gesundheitsförderung und Prävention. Evidenzbasiert? Normenbasiert?“. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention; 17.–21.09.2007; Augsburg, Deutschland.



Wieseler B. Introduction to Health-Related Quality of Life. 16. Annual Conference of the European Medical Writers Association; 22.–26.05.2007; Wien, Österreich.

Sawicki PT und Mitarbeiter. IQWiG Herbst-Symposium 2007: „Wissen als Entscheidungsgrundlage für Ärzte“ und „Der finanzielle Wert von Krankheit und Gesundheit“. 23.–24.11.2007, Köln.

Wieseler B. Introduction to Health-Related Quality of Life. 9. Autumn Meeting of the European Medical Writers Association; 01.–03.11.2007; Basel, Schweiz.



6. Impressum

Angaben gemäß §6 TDG:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27
D- 51105 Köln

Tel: +49-221/35685-0
Fax: +49-221/35685-1
E-Mail: info@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

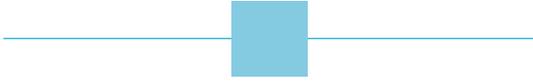
Träger des Instituts:

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

Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

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

Postanschrift:
Dillenburger Straße 27
51105 Köln



Vertretung der Stiftung:

Die Stiftung wird durch das Vorstandsmitglied Dr. Köhler vertreten. (vgl. § 11 Abs. 1 der Stiftungssatzung)

Dr. Andreas Köhler
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel: +49-30/4005-1002
Fax: +49 30/4005-1090

Institutsleitung:

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki (Institutsleiter)
PD Dr. med. Stefan Lange (stellvertretender Institutsleiter)

Verantwortliche Redakteurin:

Dr. rer.-soc. Anna-Sabine Ernst
c/o IQWiG
Dillenburger Str. 27
51105 Köln



Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27
51105 Köln

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

www.iqwig.de
www.gesundheitsinformation.de