



2006 Jahresbericht

Inhalt

Vorwort	04	2.9 Balneophototherapie hat Vorteile für Patienten mit Psoriasis	19
1 Das Institut	06	2.10 Personalabbau in der Pflege: Auswirkungen unbekannt	19
1.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen	06	2.11 Gewichtsreduktion durch Diät senkt den Blutdruck – beim Abnehmen mit Medikamenten gelingt das nicht immer	20
1.2 Organe und Gremien	06	2.12 Methoden 2.0 reflektieren Erfahrungen der Auftragsbearbeitung	21
2 Meilensteine der Institutsentwicklung 2006	09	2.13 Wissenschaftler aus dem In- und Ausland diskutierten auf dem Herbst-Symposium	22
2.1 Neue Aufträge vom G-BA und erstmals auch vom BMG	09	2.14 Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht	22
2.2 Wissenschaft ohne Fachchinesisch: Der „Gesundfuchs“ geht online	09	2.15 Kooperation mit NICE und HAS vereinbart	23
2.3 Mindestmengen: Zur Berechnung von Schwellenwerten sind bessere Studien nötig	10	2.16 Köln bleibt IQWiG-Standort	23
2.4 Insulinanaloga: Etwas anders, aber nicht nachweislich besser	13	3 Finanzen	24
2.5 Vakuum statt Verband: Nutzen unklar	16	4 Die Ressorts und ihre Aufgaben	25
2.6 Insulin zum Einatmen: Keine Belege für Zusatznutzen	16	4.1 Institutsleitung	25
2.7 Kombinationstherapie bei Asthma überlegen	17	4.2 Ressort Arzneimittelbewertung	25
2.8 Clopidogrel: Nur einige Patienten profitieren	18	4.3 Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren	25

4.4	Ressort Medizinische Biometrie	26	5.4	Publikationen	37
4.5	Ressort Gesundheitsökonomie	26	5.4.1	Publikationen des IQWiG (Arbeitspapiere, Berichte und Methodenpapier)	37
4.6	Ressort Kommunikation	26	5.4.2	Publikationen der Mitarbeiter	39
4.7	Ressort Versorgungsqualität	27	5.4.2.1	Originalarbeiten in Zeitschriften (auch systematische Übersichten)	39
4.8	Ressort Gesundheitsinformation	27	5.4.2.2	Übersichtsartikel und Leserbriefe	40
4.9	Ressort Verwaltung	28	5.4.2.3	Bücher und Buchbeiträge	41
5	Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06	29	5.4.2.4	Abstracts und Poster	42
5.1	Organe und Gremien	29	5.5	Vorträge	46
5.2	Personelle Struktur	31	5.6	Ehrungen und Ernennungen	53
5.3	Aufträge	34	5.7	Tätigkeiten in wissenschaftlichen Gremien	53
5.3.1	Neu erteilte Aufträge	34	5.8	Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien	54
5.3.2	Abgeschlossene Aufträge (Abschlussberichte)	35	6	Impressum	55
5.3.3	Abgeschlossene Vorberichte	35			
5.3.4	Abgeschlossene Berichtspläne und Amendments zu Berichtsplänen	36			

Vorwort

Nach einer Phase sehr schnellen Wachstums in den ersten Jahren nach der Gründung stand 2006 ganz im Zeichen der Konsolidierung. Zwar kam auch 2006 eine ganze Reihe neuer Mitarbeiter und eine weitere Büroetage hinzu, das Tempo des Institutsausbaus hat sich jedoch verlangsamt. Nachdem wir im Vorjahr einen Gutteil der „Aufbauarbeit“ geleistet und u. a. unsere Arbeitsabläufe entwickelt hatten, galt es 2006, diese anzuwenden. Die meisten erwiesen sich als praktikabel, aber auch manche Schwachstelle haben wir entdeckt. Bei den mündlichen Erörterungen beispielsweise zeigte sich, dass eine wörtliche Protokollierung einem Verlaufsprotokoll vorzuziehen ist und diese Aufgabe nicht von Institutsmitarbeitern, sondern besser von einem externen Dienstleister, etwa einem Parlamentsprotokollanten, übernommen werden sollte.

Diese und andere Erfahrungen bei der Auftragsbearbeitung flossen auch in die neue Version des Methodenpapiers (Version 2.0) ein, die im Dezember 2006 publiziert wurde. Zu seinen wesentlichen Neuerungen gehört, dass es seither getrennte Stellungnahmeverfahren zur berichtsspezifischen Methodik (Berichtsplan) und zu den vorläufigen Ergebnissen (Vorbericht) gibt. Bis dahin hatte es nur eine gemeinsame Anhörung nach Publikation des Vorberichts gegeben. Dies war eine Modifikation, die auch Eingang fand in das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) und die Neufassung des § 139a Abs. 5 SGB V gewissermaßen vorwegnahm.

Dass die vom IQWiG in der Aufbauphase entwickelten Verfahren angemessen und geeignet sind, belegt nicht zuletzt die beachtliche Produktivität des Jahres 2006: 10 Nutzenbewertungen, allesamt Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus den Jahren 2004 und 2005, konnten im Laufe des Jahres abgeschlossen werden. Das Ressort Arzneimittelbewertung legte 3 große Berichte vor: In Form eines Rapid Reports bewerteten die Wissenschaftler den Nutzen von inhalativem Insulin (Exubera®), das na-

hezu zeitgleich mit der Veröffentlichung des Berichts auf den Markt kam. Hinzu kamen die Nutzenbewertung von Clopidogrel im Vergleich zu ASS in der Sekundärprophylaxe von Gefäßerkrankungen und von Montelukast in der Asthmatherapie. Auch 3 nichtmedikamentöse Verfahren hat das Institut 2006 abschließend evaluiert: Die Vakuumversiegelungstherapie bei Wunden, die Balneophototherapie sowie die Gewichtsreduktion bei essenzieller Hypertonie.

Komplett abgearbeitet wurde 2006 zudem das große Auftragspaket zu den Mindestmengen: Bereits Ende 2005 war der Bericht zur Berechnung von Schwellenwerten bei der Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP) an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gegangen, 2006 folgten 3 weitere: die Berechnung von Schwellenwerten in der Koronarchirurgie, 2 Evidenzberichte zu Bauchaortenaneurysma und zur Transluminale Coronaren Angioplastie (PTCA) sowie das Prognosemodell zur Auswirkung von Schwellenwerten auf die Versorgung. Häufig mussten wir feststellen, dass aussagekräftige Studien fehlen und vorhandene Studien einen Nutzen nicht belegen können. Positiver stellte sich die Evidenzlage bei der Balneophototherapie und bei Montelukast dar: Bei der kombinierten Licht-Bade-Therapie kamen wir zu dem Ergebnis, dass bestimmte Patienten nachweislich profitieren können und ihr Einsatz deshalb zu empfehlen ist. Dem Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten konnten wir einen Nutzen – wenn auch keinen Zusatznutzen im Vergleich zu Therapiealternativen – bescheinigen. Neben diesen Abschlussberichten wurden 2006 insgesamt 14 Vorberichte sowie 11 Berichtspläne und 10 Amendments zu Berichtsplänen fertiggestellt.

Zweifelloso einer der wichtigsten Aktivposten in der Bilanz war 2006 der „Gesundfuchs“: Die neue IQWiG-Website www.gesundheitsinformation.de mit allgemeinverständlichen Gesundheitsinformationen für Bürger und Patienten wurde im Februar 2006 freigeschaltet.

Vorwort

Möglich war diese Leistung nur mit einem Team hoch motivierter und kompetenter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Fachwelt zollte uns 2006 dafür Lob, wir bekamen aber auch kräftigen Gegenwind zu spüren. Angesichts der Art der Aufträge, die uns der G-BA erteilt hatte, war dieser erwartbar und womöglich unvermeidlich. Dennoch haben uns in einigen Fällen Zeitpunkt und Stil der Diskussion überrascht. Bei der Bewertung bestimmter Formen der Stammzelltransplantation eröffnete die Fachgesellschaft der Hämatologen und Onkologen bereits mit Publikation des Vorberichts die öffentliche Debatte, indem sie u. a. Pressekonferenzen veranstaltete. Hier wie auch bei der – ebenfalls zum Teil über die Medien ausgetragenen – Auseinandersetzung um die kurzwirksamen Insulinanaloga wurden unsere Kernaussagen zum Teil falsch dargestellt. Zwar sollten sich beide Berichte im Nachhinein als wissenschaftlich nicht angreifbar erweisen, sodass das Institut letztlich gestärkt aus der Auseinandersetzung hervorging. Dennoch betrübt uns die polemische Form der Auseinandersetzung. Sie war zudem für die Mitarbeiter psychisch belastend und raubte uns wertvolle Zeit für die wissenschaftlichen Aufgaben – und das bei ohnehin schon sehr hoher Arbeitslast. Umso wichtiger waren Zuspruch und Unterstützung durch Wissenschaftler aus dem In- und Ausland sowie Anerkennung auch in Form von Preisen und Auszeichnungen für IQWiG-Mitarbeiter. Sie waren es, über die ich mich 2006 am meisten gefreut habe.

Prof. Dr. Peter Sawicki, Köln im September 2007

1 Das Institut

1.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

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

Im Juni 2004 im Zuge der Gesundheitsreform in der Rechtsform einer privaten Stiftung gegründet, ist das IQWiG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) tätig. Die gesetzliche Grundlage für die Gründung und für die Aufgaben des Instituts ist in § 139a und § 35b des SGB V (Sozialgesetzbuch) festgelegt. Mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) wurden die Aufgaben des Instituts erweitert: Bei Arzneimitteln kann das IQWiG nicht nur den Nutzen, sondern auch die Kosten 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 12 Mitglieder sind je zur Hälfte Vertreter von Spitzenverbänden 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. 2006 kam der Stiftungsrat einmal zusammen (21.12.2006).

Der Vorstand ist oberstes Exekutivorgan der Stiftung: Er erledigt die laufenden Geschäfte und führt die Aufsicht über das IQWiG. Dabei hat er indes die wissenschaftliche und fachliche Unabhängigkeit des Instituts zu wahren. 4 der 5 Vorstandsmitglieder bestellt der Stiftungsrat für die Dauer von 4 Jahren. Ein weiteres Mitglied wird vom BMG benannt. Das Gremium tagte 2006 insgesamt viermal, wobei Dr. Werner Gerdemann, Vorstandsmitglied im Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK/AEV, die Sitzungen leitete. Im Laufe des Jahres gab es auch personelle Veränderungen: Gerhard Baum trat im April – als Vorstandsmitglied wie auch als Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – die Nachfolge von Dr. Jörg Robbers an und im August löste Gernot Kiefer, Vorstand des IKK-Bundesverbandes, Johannes Magnus

Das Institut

von Stackelberg (2006 Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, jetzt Vorstandsmitglied des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) ab.

Die Mitglieder von Vorstand und Stiftungsrat des Jahres 2006 sind auf S. 29-30 namentlich aufgeführt.

Gremien

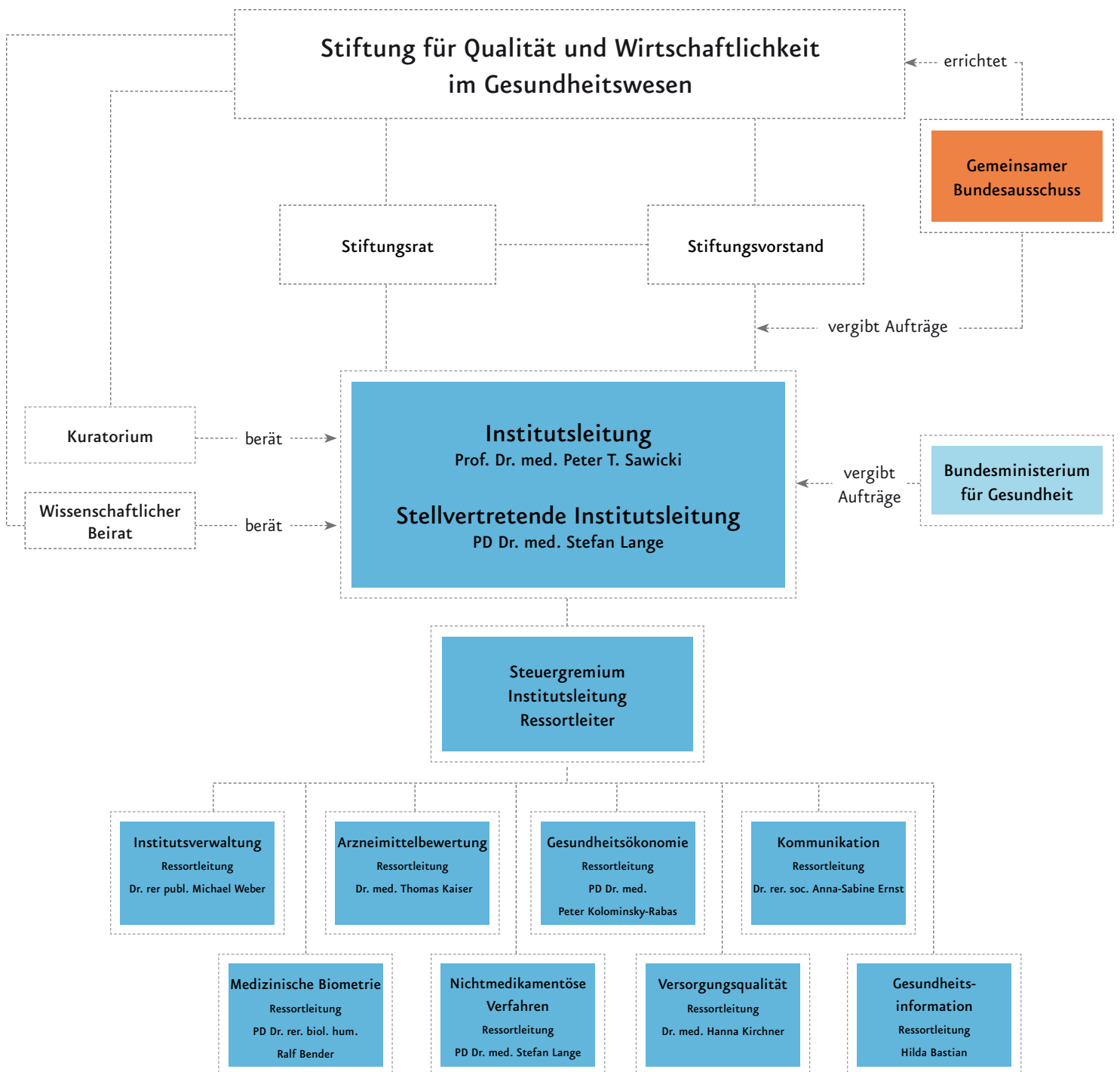
Beratende Gremien des Instituts sind das Kuratorium und der Wissenschaftliche Beirat. Das Kuratorium besteht aus 30 Mitgliedern, darunter 5 Repräsentanten von Patientenorganisationen sowie die Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Die übrigen Mitglieder werden von maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer und Sozialpartner und von den Selbstverwaltungsorganen des G-BA entsandt. Das Kuratorium tagte am 13. Juni 2006 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. Wichtigste Themen der beiden Treffen im Jahr 2006 waren das Methodenpapier sowie die nach Auffassung des Beirats „unwürdige“ Form der öffentlichen Auseinandersetzungen um die Arbeitsergebnisse des IQWiG.

Nachdem der Vorstand der Stiftung im März 2006 zu dem Ergebnis gekommen war, dass Wissenschaftler, die im Auftrag des IQWiG arbeiten und dafür Honorare beziehen, wegen potenzieller Interessenkonflikte nicht Mitglied im Beirat sein können, legten Prof. Jos Kleijnen und Dr. Gerd Antes ihr Amt nieder. Nachfolger wurden 2006 noch nicht bestimmt.

Die Mitglieder von Kuratorium und Wissenschaftlichem Beirat sind auf S. 30-31 namentlich aufgeführt.

Das Institut



2 Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

2.1 Neue Aufträge vom G-BA und erstmals auch vom BMG

Das Auftragsbuch des IQWiG war Ende 2005 bereits gut gefüllt, dennoch sollten 2006 weitere 20 Aufträge hinzukommen. Das Spektrum der 2006 vom G-BA erteilten Aufträge unterschied sich deutlich von dem der Vorjahre: Hatten bisher Arzneimittel im Vordergrund gestanden, setzte der G-BA in diesem Jahr einen deutlichen Akzent auf diagnostische und nichtmedikamentöse Verfahren. Der einzige Arzneimittelauftrag, die Bewertung des therapeutischen Nutzens von inhalativem Insulin (Exubera®), war ein Nachfolgeprojekt zu dem Anfang 2006 vorgelegten Rapid Report. Zweck eines Rapid Reports ist es, über eine bestimmte Fragestellung zu informieren. Für Richtlinienentscheidungen ist ein solcher Rapid Report aber in der Regel nicht geeignet, weil keine Stellungnahmen vorgesehen sind. Die IQWiG-Empfehlung des 2006 neu beauftragten Abschlussberichts wird es dagegen erlauben, sie zur Begründung einer Richtlinienentscheidung heranzuziehen.

Einen neuen Themenschwerpunkt setzte der G-BA mit einem umfassenden Auftrag zur Positronenemissionstomographie (PET) und zur PET/CT. Die IQWiG-Wissenschaftler sollen diese Diagnoseverfahren bei 14 verschiedenen Indikationen bewerten. Ein ganzes Aufgabenpaket gab es auch zur Hyperbaren Sauerstofftherapie (HBO). Der Nutzen dieser Behandlungsmethode soll bei 5 Einsatzgebieten (Migräne/Kopfschmerz, idiopathische Femurkopfnekrose, Brandwunden, venöse Ulzera, zerebraler Insult) untersucht werden.

Erstmalig erteilte der G-BA 2006 Aufträge zu Leitlinien: Mitarbeiter des Ressorts Versorgungsqualität sollen zu den DMP-Themen Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma/COPD, Brustkrebs und zum Modul Adipositas systematisch Leitlinien recherchieren und neue und relevante Empfehlungen herausfiltern. 2 Aufträge zum Standard der Diagnosestel-

lung des Asthma bronchiale und zu medikamentösen und nichtmedikamentösen Interventionen bei bronchialer Obstruktion, jeweils bei Kindern im Vorschulalter, stehen ebenfalls im Zusammenhang mit DMP. Der G-BA möchte mithilfe der IQWiG-Expertise die Frage beantworten, ob und – wenn ja – wie neue DMP für diese Kinder eingerichtet werden sollen. Ebenfalls vom Ressort Versorgungsqualität bearbeitet wird ein weiterer G-BA-Auftrag, in dem die Qualität der pädiatrisch-hämatologisch-onkologischen Versorgung bewertet werden soll.

Prinzipiell kann neben dem G-BA auch das BMG das Institut in Anspruch nehmen, wenn es die wissenschaftliche Dienstleistung finanziell entlohnt. Von dieser Möglichkeit machte das Ministerium im Oktober 2006 erstmals Gebrauch und beauftragte die Kölner Wissenschaftler, eine Expertise zum Thema Endometriose zu erarbeiten. Endometriose gehört zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen in Deutschland. Dennoch ist sie in der Bevölkerung eher unbekannt und wird vielfach erst sehr spät diagnostiziert und behandelt. Das Ministerium sieht hier deshalb besonders hohen Informationsbedarf.

2.2 Wissenschaft ohne Fachchinesisch: Der „Gesundfuchs“ geht online

Wer verständliche und verlässliche Informationen zu medizinischen Themen sucht, ist bei www.gesundheitsinformation.de auf der richtigen Seite. Die Website bietet anschauliche Darstellungen, die dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechen. Der neue Internetauftritt des IQWiG wurde im Beisein von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, der Patientenbeauftragten Helga Kühn-Mengel und dem G-BA-Vorsitzenden Rainer Hess am 14. Februar 2006 in Berlin offiziell freigeschaltet. Das IQWiG hatte damit einen wichtigen Meilenstein erreicht. Mit www.gesundheitsinformation.de

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

wird das IQWiG seiner gesetzlichen Aufgabe gerecht, evidenzbasierte medizinische Erkenntnisse allgemeinverständlich bereitzustellen.

Die Website schließt eine Lücke zwischen wissenschaftlich korrekten, aber für Laien oft unverständlichen Fachinformationen und den vielen populären Gesundheitswebsites, deren Angaben nicht immer vertrauenswürdig sind. Sie bietet einen Mix aus ausführlichen Beiträgen und kurzen, prägnanten Informationen – und das unabhängig und frei von wirtschaftlichen Interessen. Umfangreiche, aus Texten, Graphiken und Videos bestehende Themenpakete gab es zum Start beispielsweise zum Thema „Wechseljahre“ oder „Angst vor Operationen“, Kurzinformationen zu „Erkältungen“ oder zur „Zahnpflege“.

Ein qualifiziertes Team aus Autoren und Wissenschaftlern wählt die Quellen aus, prüft sie nach wissenschaftlichen Kriterien und erstellt auf dieser Grundlage Texte. Beim laufenden Ausbau des Angebots greift das IQWiG immer neue interessante Themen auf und stellt den aktuellen Stand gesicherter Forschungsergebnisse dar. Der Leser erfährt so, was die Wissenschaft zu einer bestimmten Frage weiß – und auch, was sie nicht weiß.

Konkrete Ratschläge für den Einzelfall kann und will die Website nicht erteilen. Ohnehin gibt es nur selten eine einzige richtige Handlungsmöglichkeit, Patienten müssen meist zwischen verschiedenen geeigneten Alternativen wählen. Hier will das IQWiG Informationen liefern, die bei der Entscheidung helfen. Das ist kein Ersatz für das Gespräch mit dem Arzt, macht es Patienten aber leichter, die richtigen Fragen zu stellen und sich selbst ein Urteil zu bilden.

Beim Start im Februar waren zunächst „nur“ deutsche Texte verfügbar. Im Mai 2006 gesellte sich zum „Gesundfuchs“ als

englischsprachiges Pendant der „Evidence Fox“ unter der Adresse www.informedhealthonline.org. Die IQWiG-Autoren erstellen seitdem die Texte in Deutsch und in Englisch. Letzteres ist Voraussetzung dafür, sie in einem internationalen Netzwerk von Experten begutachten zu lassen. Zugleich vergrößert die englische Version die Reichweite der Informationen. Lob gab es dafür auch aus dem Ausland. Sir Iain Chalmers, Hochschulprofessor und einer der Mitbegründer der Cochrane Collaboration, erklärte beim offiziellen Launch der englischen Website in London: „I am delighted to see this important new website arrive on the internet. Informed Health Online is sure to play an important role in keeping people up-to-date with what is known to work in health care, and where uncertainty still exists. Hundreds of thousands of patients are participating in trials in health care so that we can all be better informed by the results of these fair tests. IQWiG is to be congratulated for taking this historic step in making the results of this knowledge accessible to such a wide public, and for helping to break down the language barriers in access to knowledge.“

2.3 Mindestmengen: Zur Berechnung von Schwellenwerten sind bessere Studien nötig

Übung macht den Meister, so heißt es. Je häufiger ein Arzt einen bestimmten Eingriff vornimmt, je besser das Klinikteam mit der Versorgung dieser Patienten vertraut ist, desto besser sollten die Behandlungsergebnisse sein. Daher wurden in Deutschland mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (§137 SGB V) Mindestmengen eingeführt: Ärzte und Krankenhäuser dürfen bestimmte Eingriffe nur noch dann vornehmen, wenn sie dies mit einer bestimmten Häufigkeit tun. Den Zusammenhang zwischen der Zahl der Interventionen und der Qualität der Ergebnisse untersuchte das IQWiG im Auftrag des G-BA für 4 verschiedene Interventionen.

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

Im September 2004 hatte der G-BA koronarchirurgische Eingriffe und Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEP) in den sogenannten Katalog planbarer Leistungen aufgenommen, aber noch keine konkreten Zahlenangaben zu Mindestmengen gemacht. Für diese Eingriffe sollte das IQWiG prüfen, ob sich aus den vorliegenden Daten aus deutschen Kliniken konkrete Schwellenwerte ableiten lassen, deren Einführung die Qualität der Versorgung steigern würde. Für die Operation des Bauchortenaneurysmas sowie die Ballondilatation der Herzkranzgefäße sind ebenfalls Schwellenwerte geplant. Hier galt es zunächst zu prüfen, ob es in der internationalen Fachliteratur ausreichende Anhaltspunkte dafür gibt, dass eine solche Regelung die Qualität der Ergebnisse tatsächlich erhöht. Für alle untersuchten Verfahren stellte sich heraus, dass es bisher an qualitativ hochwertigen Studien fehlt, aus denen sich Mindestmengen zuverlässig ableiten lassen.

Das IQWiG erarbeitete ferner ein Prognosemodell zu den Auswirkungen von Mindestmengenregelungen. Mit dieser Software lässt sich für die jeweils betrachtete Leistung unter anderem prüfen, wie sich die Verteilung von Patienten auf die Krankenhäuser einer Region durch die Festsetzung von Mindestmengen verändern würde. Allerdings stand für die untersuchten Beispiele (Knie-TEP und Koronarchirurgie) nur eine sehr unvollständige Datenbasis zur Verfügung, sodass das Modell bisher nicht ausreichend validiert werden konnte. Seine Aussagekraft ist daher stark eingeschränkt. Das IQWiG hat deshalb davon abgeraten, das Modell zu verwenden.

Keine Schwellenwerte für Knie-TEP und Koronarchirurgie zu ermitteln

Bereits 2005 hatte das IQWiG die Mindestmengenproblematik für Knie-TEP untersucht, dazu Ende 2005 dem G-BA den Bericht vorgelegt und im Februar 2006 schließlich auch

veröffentlicht. Die Wissenschaftler kamen anhand von Daten aus deutschen Kliniken zu dem Schluss, dass ein statistischer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Eingriffe und der Qualität der Ergebnisse besteht. Allgemeingültige Schwellenwerte für Mindestmengen ließen sich aufgrund der gefundenen Risikoverläufe nicht ableiten. Zudem war die Qualität der Daten fragwürdig.

Mindestmengen für operative Eingriffe an den Herzkranzgefäßen sind anhand der in Deutschland vorliegenden Zahlen ebenfalls nicht zuverlässig festzusetzen. Das zeigt ein am 16. August 2006 vorgelegter Bericht. Ausgewertet wurden Angaben aus 77 deutschen Kliniken an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Sie betrafen fast 100 000 Patienten, die koronarchirurgisch behandelt wurden, ohne dass ein akuter Notfall vorlag. Maßstäbe für die Qualität waren die Sterblichkeit während des Klinikaufenthaltes sowie die Häufigkeit von Infektionen nach der OP. Beide Erfolgskriterien hängen nicht statistisch signifikant davon ab, wie häufig der Arzt einen solchen Eingriff schon vorgenommen hat oder wie oft die Operation an der jeweiligen Klinik durchgeführt wurde, stellten die Experten des IQWiG mittels multifaktorieller Modellierung fest.

Das beweist indes nicht, dass es diese Zusammenhänge nicht gibt. Denn die Qualität der von den Kliniken routinemäßig erhobenen Daten ist unklar. Um wissenschaftlich nachweisen zu können, welche Mindestmengen die Qualität der Versorgung verbessern könnten, müssten kontrollierte Interventionsstudien durchgeführt werden, welche die Faktoren, die sich auf den Operationserfolg auswirken, gezielt untersuchen.

Patienten mit Bauchortenaneurysma profitieren von Geübtheit des Arztes

Wird eine krankhafte Erweiterung der Bauchhauptschlagader, ein sogenanntes Bauchortenaneurysma, operativ

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

versorgt, hat der Patient umso bessere Chancen, je mehr Erfahrung der Operateur mit diesem Eingriff besitzt. Zu diesem Ergebnis kommt der Evidenzbericht des IQWiG, der die vorliegende internationale Fachliteratur aufarbeitet und im Juni 2006 vorgelegt wurde. Alle Studien, die das Institut in seine statistische Bewertung einbezog, weisen darauf hin, dass die Sterblichkeit in den 30 Tagen nach der Operation mit der Zahl der Eingriffe abnimmt, die der operierende Arzt bereits vorgenommen hat. Auch die Häufigkeit, mit der die Operation im jeweiligen Krankenhaus vorgenommen wird, senkt die Sterblichkeit in diesen ersten Wochen.

Allerdings lagen keine Studien über die Auswirkungen auf den langfristigen Erfolg vor. Auch fehlen aussagekräftige Ergebnisse zu anderen Erfolgskriterien als der Sterblichkeit, etwa zu Komplikationen nach der Operation oder zur Notwendigkeit weiterer chirurgischer Eingriffe.

Die ausgewerteten Angaben stammen zum großen Teil aus Registerstudien, also Datenquellen, die für Verwaltungszwecke erhoben wurden. Daher fehlen wichtige Informationen, beispielsweise zum Schweregrad von Begleiterkrankungen. Zwar hat das IQWiG in seinem Bericht lediglich Studien berücksichtigt, die bestimmte Mindestanforderungen erfüllten. Doch fand es vielfach Mängel in der statistischen Analyse und der Dokumentation. Da keine Daten aus deutschen Krankenhäusern vorlagen, ist zudem fraglich, inwieweit sich die Ergebnisse auf die Versorgung hierzulande übertragen lassen.

Insgesamt ist aus den vorliegenden Daten kein Schwellenwert für Mindestmengen bei der Operation des Bauchaortenaneurysmas abzuleiten. Ohnehin bilden die verfügbaren Studien die Behandlungsrealität nicht angemessen ab: Denn sie betrachteten die offene chirurgische Methode.

Mittlerweile wird aber ein erheblicher Teil der Eingriffe endovaskulär, d. h. über einen Gefäßzugang, vorgenommen.

Erfahrung nützt möglicherweise beim Einsatz von Gefäßstützen

Ob Patienten, bei denen verengte Herzkranzgefäße über einen eingeführten Katheter aufgeweitet werden, von der wachsenden Erfahrung von Arzt und Klinik profitieren, lässt sich anhand der vorliegenden Studien nicht sicher sagen. Zu diesem Schluss kommt der Evidenzbericht des IQWiG, den das Institut im August 2006 publiziert hat.

Die Percutane Coronare Intervention (PCI), ein Eingriff, bei dem meist auch eine Gefäßprothese, ein sogenannter Stent, eingeführt wird, um das aufgeweitete Gefäß zu stützen, wird entweder als geplanter Eingriff bei einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) oder nach einem akuten Herzinfarkt durchgeführt. Das IQWiG untersuchte Studien zu beiden Indikationen. Für Patienten mit akutem Herzinfarkt fand es Hinweise, dass die Sterblichkeit während des Klinikaufenthaltes sinkt, wenn in dem betreffenden Krankenhaus solche Eingriffe häufiger vorgenommen werden. Dagegen ließ sich ein Zusammenhang mit der Erfahrung des Arztes nicht belegen.

Wie die Zahl der Eingriffe sich langfristig auswirkt, blieb ebenfalls unklar, denn die meisten Studien umfassten nur den meist kurzen Zeitraum des Klinikaufenthaltes. Auch weitere wichtige Fragen – ob Patienten beispielsweise nach der Prozedur einen Herzinfarkt erlitten oder eine Bypassoperation nötig war – wurden selten analysiert. Bei allen Studien gab es Mängel in der Durchführung oder in der Darstellung der Ergebnisse.

Nur eine einzige Studie basierte auf deutschen Daten. Sie liefert zumindest Hinweise, dass die Ergebnisqualität mit der Zahl der durchgeführten Eingriffe zusammenhängen

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

könnte. Zur genaueren Analyse müssten die Daten der externen stationären Qualitätssicherung bei der BQS oder Qualitätsregister der Fachgesellschaften herangezogen werden. Für wissenschaftlich kausal begründete Schwellenwerte wären auch hier Interventionsstudien notwendig.

2.4 Insulinanaloga:

Etwas anders, aber nicht nachweislich besser

Ob die sogenannten Insulinanaloga für Diabetespatienten Vorteile gegenüber einer herkömmlichen Therapie mit humanem Insulin bieten, untersucht das IQWiG sowohl für Patienten mit Diabetes mellitus vom Typ 1, die kein eigenes Insulin produzieren können, wie auch für Diabetiker vom Typ 2, bei denen der Körper zwar Insulin herstellt, dessen Wirkung aber herabgesetzt ist. Diese Begutachtung der Fachliteratur zu Insulinanaloga ist Teil eines umfassenden Auftrags des G-BA an das IQWiG, Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Diabetes zu bewerten. Zu den kurzwirksamen Analoginsulinen für Typ-2-Diabetes publizierte das IQWiG Mitte Februar 2006 den Abschlussbericht und schloss damit den ersten Teil dieses Auftragspaketes ab. Ein Bericht, der sich für das IQWiG in verschiedener Hinsicht als folgenreich erweisen sollte: Zum einen markierte er den Beginn einer heftigen öffentlichen Debatte um die Nutzenbewertung des Instituts im Allgemeinen, zum anderen war es der erste Bericht, dessen Empfehlung direkt in eine Richtlinienentscheidung des G-BA mündete – und diese war nicht weniger umstritten als der Bericht selbst.

Insulinanaloga ähneln dem menschlichen Hormon Insulin, doch sind einzelne Bausteine ausgewechselt, um beispielsweise den Eintritt der Blutzucker senkenden Wirkung zu beschleunigen oder die Wirkdauer zu verändern. Weder für Patienten mit Typ-1-Diabetes noch für Patienten mit Typ-2-Diabetes fanden die IQWiG-Gutachter Belege dafür, dass

eines der 3 in Deutschland zugelassenen kurzwirksamen Insulinanaloga-Präparate (Aspart, Glulisin und Lispro) dem Humaninsulin überlegen ist. Das zeigt der im Februar 2006 publizierte Abschlussbericht zu Diabetes Typ 2, und die im September 2006 vorgelegten vorläufigen Ergebnisse zu Diabetes Typ 1 wiesen in dieselbe Richtung.

Unzureichende Studien für Typ-2-Diabetes

Die IQWiG-Experten und externe Sachverständige suchten nach Studien, die verlässliche Aussagen dazu machen, ob Insulinanaloga die Krankheitshäufigkeit oder die Sterblichkeit verringern, ob die Rate schwerwiegender Unterzuckerungen (Hypoglykämien) sich verändert oder ob Insulinanaloga die Lebensqualität und die Therapiezufriedenheit der Patienten beeinflussen. Obwohl das erste kurzwirksame Analoginsulin zum Zeitpunkt der Untersuchung seit fast 10 Jahren auf dem Markt war, ließen sich nur 7 relevante Studien identifizieren, die kurzwirksame Insulinanaloga und Humaninsulin bei Patienten mit Diabetes vom Typ 2 verglichen. Einen Zusatznutzen der modifizierten Präparate gegenüber normalem Humaninsulin zeigten diese Daten nicht.

In ihrem 165 Seiten starken Abschlussbericht zur Behandlung des Diabetes Typ 2 mit kurzwirksamen Insulinanaloga kritisierten die Gutachter die mangelnde Qualität der öffentlich zugänglichen Studien. Keine davon belegt, dass Insulinanaloga helfen, Folgekomplikationen der Zuckerkrankheit zu vermeiden. Hochwertige Langzeitstudien, die primär den Nutzen für Patienten mit Typ-2-Diabetes untersuchen, fehlen vollständig. Die meisten für Patienten wichtigen Fragen lassen sich daher nicht abschließend beantworten.

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

Keine Vorteile im Alltag

Insbesondere fand sich kein Beweis dafür, dass kurzwirksame Insulinanaloga besser in den Alltag der Patienten zu integrieren sind. Oft wird als Vorteil angeführt, dass es bei Insulinanaloga nicht nötig sei, den sogenannten Spritz-Ess-Abstand einzuhalten. Doch auch Humaninsulin kann kurz vor dem Essen, ohne einen festen Spritz-Ess-Abstand, gespritzt werden. Zwar gelangen kurzwirksame Insulinanaloga unter Laborbedingungen nach der Injektion etwas schneller in den Kreislauf. In der Praxis spielen jedoch andere Faktoren eine viel größere Rolle dabei, wie schnell Insulin wirkt: Dazu gehören die individuell unterschiedliche Insulinempfindlichkeit, die Zusammensetzung der Nahrung und die Menge des injizierten Insulins.

Nicht nur an Beweisen für die angeblichen Vorteile mangelt es, auch ein Schaden für die Patienten ließ sich nicht ausschließen. So hatten Tier- und Zellversuche Hinweise darauf ergeben, dass Insulinanaloga krebsfördernd wirken könnten. Ob dies tatsächlich ein Risiko für Patienten bedeutet, ist ungeklärt, weil die Hersteller zu dieser Frage bisher keinerlei Studien bei Menschen durchgeführt haben.

Großes Echo in Medien und Öffentlichkeit

Die kritischen Bewertungen der Daten zu Insulinanaloga durch das IQWiG erregten erhebliches Aufsehen in den Medien; alle überregionalen Zeitungen berichteten über die Ergebnisse. Gleichzeitig versuchten die Hersteller der Insulinanaloga den Eindruck zu erwecken, die Stellungnahme des IQWiG würde die Versorgung von Patienten gefährden. In manchen Berichten wurden Patienten und Ärzte durch Aussagen industrienaher Experten falsch informiert. Angesichts der von interessierter Seite angeheizten Debatte mahnten die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats

des IQWiG in einer Stellungnahme vom 20. März 2006 einen sachlichen Diskussionsstil an.

Argumentative Schützenhilfe in dieser Auseinandersetzung bekam das IQWiG im Mai 2006 ausgerechnet vom Analogahersteller Lilly: Dieser hatte das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) beauftragt, ein Gegengutachten zur Bewertung „seines“ kurzwirksamen Insulinanalogs Lispro zu erstellen. Das IGES sollte dabei auch die Frage beantworten, ob das IQWiG taugliche Methoden verwendet. Das Gutachten hat Nick Schulze-Solce, Mitglied der Lilly-Geschäftsführung, am 24. Mai 2006 auf einer Fortbildungsveranstaltung für Pharmafirmen (Veranstalter: ZENO) in Köln vorgestellt. Seine Kernaussagen: Die IQWiG-Methoden entsprächen „allgemeinüblichen HTA-Kriterien“ (HTA = Health Technology Assessment). Das IGES identifizierte unter Anwendung dieser Methoden nur ebenso wenig Studien, wie sie auch in den IQWiG-Bericht eingeflossen waren. Schulze-Solces wörtliches Fazit: „Für Typ-2-Diabetes gibt es derzeit keine sicheren Hinweise für eine therapeutische Verbesserung.“ Allerdings blieb auch er dabei, dass Lispro „wirtschaftlich“ sei.

Um Patienten und andere Interessierte zu informieren, erarbeitete das IQWiG einen allgemeinverständlichen Katalog mit Fragen und Antworten zum Thema Insulinanaloga beim Typ-2-Diabetes (www.iqwig.de/fragen-und-antwortenkatalog-insulinanaloga-typ-ii.452.html). Unter anderem wird darin die Wirkungsweise der verschiedenen Medikamentengruppen erläutert und verdeutlicht, wie das IQWiG bei seiner Bewertung vorgegangen ist.

G-BA verfügt Verordnungsausschluss

Mitte Juli 2006 traf der G-BA die Richtlinienentscheidung zu den kurzwirksamen Insulinanaloga beim Typ-2-Diabetes: „Diese Wirkstoffe sind nicht verordnungsfähig, solange sie

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

mit Mehrkosten im Vergleich zu kurzwirksamem Humaninsulin verbunden sind“, heißt es in seinem Beschluss. Zugleich benannte das Gremium konkrete Ausnahmen: Erstattungen dürfen die Kassen diese Medikamente etwa dann, wenn der Patient allergisch auf Humaninsulin reagiert oder eine stabile Stoffwechsellage nur mit Insulinanaloga, nicht aber mit Humaninsulin zu erreichen ist. Die generelle Ausnahmeregelung in § 31 SGB V blieb davon unberührt. Das BMG beanstandete den Beschluss nicht, sodass er Ende September rechtskräftig wurde. Kein Hersteller senkte den Preis. Mitte Oktober schloss indes der erste von ihnen, die Firma Lilly, Rabattverträge mit der Techniker Krankenkasse und der Deutschen BKK ab. Weitere Produzenten und Kassen folgten ihrem Beispiel. Durch die Direktverträge gilt der vom G-BA verfügte Ausschluss für die Versicherten der beteiligten Kassen nicht mehr. Die Kassen begründeten die Verträge u. a. damit, dass „viele Patienten gut auf dieses Insulin eingestellt“ seien und „eine aufwändige Umstellung auf andere Medikamente vermeiden“ wollten (Deutsche BKK, Pressemitteilung vom 05.10.2006).

Geplanter Eklat bei Anhörung zu Typ-1-Diabetes

Mit seinem Beschluss zu den kurzwirksamen Insulinanaloga beim Typ-2-Diabetes hatte der G-BA nach Einschätzung vieler gesundheitspolitischer Kommentatoren einen Präzedenzfall geschaffen. Dass die öffentliche Auseinandersetzung um die Nutzenbewertungen des IQWiG generell weniger heftig würde, war somit kaum zu erwarten. Wohl vor diesem Hintergrund ist ein Vorfall bei der mündlichen Erörterung des Vorberichts zu Insulinanaloga beim Typ-1-Diabetes im November 2006 zu interpretieren: In ihrem im September 2006 veröffentlichten Vorbericht waren die IQWiG-Forscher zu der vorläufigen Schlussfolgerung gekommen, dass die 3 untersuchten Insulinanaloga auch für Patienten mit Typ-1-Diabetes keine nachweislichen Vorteile gegenüber Humaninsulin bieten. Bei der mündlichen

Erörterung, die am 16. November 2006 in den Kölner Institutsräumen stattfand, verließen Vertreter des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), der Industrie und des Deutschen Diabetiker Bundes (DDB) vorzeitig den Saal. Als Begründung gaben sie an, dass ihnen nicht gestattet wurde, eigene Tonaufzeichnungen zu machen. Das IQWiG hatte jedoch bereits vorab mitgeteilt, dass solche Aufnahmen nicht zulässig seien. Denn die mündliche Anhörung ist eine nicht öffentliche Veranstaltung, bei der u. U. auch Patienten über persönliche Erfahrungen berichten. Die Erörterung wurde durch den demonstrativen Auszug jedoch nicht gesprengt, sondern mit Vertretern von Fachgesellschaften und anderen Patientenorganisationen fortgesetzt. Noch vor dem Ende der Veranstaltung ging der VFA mit einer Pressemitteilung an die Öffentlichkeit, wonach das IQWiG einen „Eklat“ provoziert habe, indem es einem Patientenvertreter eine Tonbandaufzeichnung verweigerte.

Eine Arbeitsgruppe des IQWiG prüfte inzwischen, ob es sinnvoll ist, künftig nicht nur das Ergebnis, sondern den genauen Wortlaut von Anhörungen schriftlich zu dokumentieren und zusammen mit dem Abschlussbericht zu veröffentlichen, soweit dabei keine Persönlichkeitsrechte verletzt werden. Persönliche Erfahrungsberichte von teilnehmenden Patienten beispielsweise müssten u. U. gestrichen werden. Es wurde beschlossen, solche Wortprotokolle zu erproben und dabei auch professionelle (Parlaments-)Protokollanten einzusetzen, wie es bereits beim G-BA Praxis ist.

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

2.5 Vakuum statt Verband: Nutzen unklar

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 im Auftrag des G-BA, ob dieses Verfahren Vorteile für die Patienten bietet.

In der stationären Versorgung wird die Vakuumversiegelungstherapie (VVS) vor allem bei der Behandlung chronischer Wunden bereits seit Jahren eingesetzt. Dem G-BA lag ein Antrag vor, auch den ambulanten Einsatz als Regelleistung anzuerkennen. Im Dezember 2004 beauftragte er das IQWiG mit einem Gutachten dazu, im März 2006 legte das IQWiG den abschließenden Bericht vor.

Bei ihrer Recherche identifizierten die IQWiG-Wissenschaftler 17 Studien, die die VVS mit einer traditionellen Wundbehandlung verglichen. Die methodische Qualität dieser Studien schätzen die Forscher aber als schlecht ein. Nur 7 davon waren randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), bei denen die Patienten zufällig einem der untersuchten Behandlungsverfahren zugeteilt werden.

Die Auswertung zeigte: Es gibt derzeit keine überzeugenden Belege, dass Wunden mit der VVS besser heilen als mit einer herkömmlichen Behandlung. Aufgrund der methodischen Mängel war auch keine gesicherte Aussage dazu möglich, ob Wunden sich schneller verkleinern oder ob Wundrezidive seltener werden. Die Auswirkungen auf die Lebensqualität, auf Schmerzen und Narbenbildung wurden nicht systematisch untersucht oder die Daten wurden nicht publiziert. Das IQWiG empfiehlt daher: Das Verfahren sollte in klinischen Studien weiter erprobt, vorläufig aber nicht breit eingesetzt werden.

Im Dezember 2006 beauftragte der G-BA das IQWiG erneut, um zu prüfen, ob inzwischen Forschungsergebnisse veröffentlicht wurden, die das Resultat des Berichtes entscheidend verändern könnten. In einem Anfang 2007 vorgelegten Rapid Report kommen die Wissenschaftler allerdings zu dem Schluss, dass dies bislang nicht der Fall ist. Die Kölner Wissenschaftler empfehlen, die Bewertung zu wiederholen, wenn die Ergebnisse von mindestens 18 weiteren, bislang nicht abgeschlossenen oder noch nicht publizierten Studien vorliegen.

2.6 Insulin zum Einatmen: Keine Belege für Zusatznutzen

Neben den herkömmlichen Insulinpräparaten, die per Spritze verabreicht werden, ist für Diabetespatienten in Deutschland seit Mai 2006 ein Insulin zum Inhalieren auf dem Markt. Das pulverförmige Präparat Exubera[®] wird anstelle kurzwirksamer, subkutan zu injizierender Insulinpräparate eingesetzt und ist unter Auflagen für bestimmte Patienten mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 zugelassen. Im November 2005 hatte der G-BA das IQWiG beauftragt, den Nutzen dieser Behandlungsalternative zu prüfen. Letzteres sollte in einem beschleunigten Verfahren als sogenannter Rapid Report bewertet werden. Im Unterschied zum sonst üblichen Prozedere werden hier Berichtsplan und Vorbericht nicht veröffentlicht. Zwar wird eine Vorversion des Berichts extern begutachtet, es entfällt aber die Anhörung, bei der alle Interessierten Stellungnahmen abgeben können. Das Verfahren ist deshalb weniger zeitaufwendig. Vom IQWiG veröffentlicht wurde der Rapid Report zeitgleich mit der Markteinführung des Präparats im Mai 2006.

Als Kriterien für den möglichen Nutzen haben die IQWiG-Wissenschaftler unter anderem die Lebensqualität, die Therapiezufriedenheit, die Blutzuckerkontrolle, die Häu-

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

figkeit von Unterzuckerungen (Hypoglykämierate) und unerwünschte Arzneimittelwirkungen betrachtet sowie die Frage, ob Exubera® Folgekomplikationen des Diabetes besser vorbeugen kann. Für keines dieser Kriterien fanden die Experten des IQWiG Daten, die eine Überlegenheit von Exubera® belegen.

Einstiche bleiben notwendig

Mit Exubera® lässt sich die Anzahl der täglichen Injektionen reduzieren. Auch soll das Präparat die Hemmschwelle für Patienten senken, von Tabletten auf Insulin umzustellen. Vermieden werden aber nur die Spritzen mit kurzwirkbarem Insulin. Für Patienten, die zusätzlich langwirksames Insulin benötigen, bleiben Injektionen unumgänglich. Auch Einstiche zur regelmäßigen Messung des Blutzuckers sind weiterhin notwendig.

Zwar zeigten die vorliegenden Studien, dass Patienten, die Insulin inhalieren, im Durchschnitt etwas zufriedener mit der Therapie sind. Doch stammen diese Daten vor allem aus den USA, wo häufig noch unhandliche Spritzen verwendet werden statt der in Deutschland üblichen Insulinpens, die die Injektion vereinfachen und deren Einstiche kaum zu spüren sind. Vergleichende deutsche Studien gibt es nicht. Außerdem wurden auch keine aussagekräftigen Studien identifiziert, die nachweisen, dass mit der Möglichkeit, Insulin zu inhalieren, tatsächlich die Schwelle sinkt, eine Insulintherapie zu beginnen.

Keine gesundheitlichen Vorteile

Daten, die gesundheitliche Vorteile von Exubera® aufzeigen, liegen nicht vor. Für Diabetes mellitus vom Typ 2 fanden die IQWiG-Mitarbeiter keine einzige Studie, bei der inhalatives Insulin unter identischen Therapiebedingungen mit subkutan injiziertem Insulin verglichen wurde.

Bei Diabetes mellitus Typ 1 ist Exubera® nach derzeitigem Kenntnisstand ebenfalls keine bessere Alternative, wie die beiden Studien zeigen, die das Inhalat im Rahmen einer intensivierten Therapie mit subkutan gegebenem Insulin verglichen. Insbesondere gab es keine Belege für eine bessere Blutzuckerkontrolle. Zu der Frage, wie sich Insulin zum Inhalieren auf diabetesbedingte Folgeerkrankungen auswirkt, liegen noch keine ausreichend langen Beobachtungen vor.

Dagegen deuten einige Studien auf Risiken von Exubera® hin: Bei Patienten mit Typ-1-Diabetes, die Insulin inhalieren, traten häufiger schwere Unterzuckerungen auf als bei Patienten, die Insulin injizierten. Ein ähnlicher Trend zeichnet sich auch beim Typ-2-Diabetes ab; allerdings waren die Ergebnisse für diese Patientengruppe statistisch nicht signifikant.

Etwa bei jedem fünften Studienteilnehmer, der Insulin inhalierte, bildeten sich erhöhte Mengen von Antikörpern gegen Insulin. Da die gesundheitliche Bedeutung dieser Immunreaktion unbekannt ist, hat die Europäische Zulassungsbehörde dem Hersteller die Auflage erteilt, diese Frage näher zu untersuchen. Unklar ist außerdem, ob die Inhalation des Insulinpulvers langfristig die Atemwege beeinträchtigen und die Lungenfunktion verschlechtern kann.

2.7 Kombinationstherapie bei Asthma überlegen

Bei der Therapie von Bronchialasthma werden meist Kortikosteroide zum Inhalieren (ICS) eingesetzt. Zusätzlich ist in Deutschland ein Vertreter einer neueren Medikamentengruppe zugelassen, der Leukotrien-Rezeptor-Antagonist Montelukast. Er hemmt die Wirkung bestimmter Entzündungsbotenstoffe in der Lunge. Der G-BA hatte das IQWiG mit einer Nutzenbewertung dieses Medikaments bei Asthma bronchiale beauftragt.

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

Die IQWiG-Wissenschaftler stellten in ihrem im Mai 2006 veröffentlichten Bericht fest: Es gibt Belege dafür, dass eine kombinierte Therapie mit Montelukast und ICS in der Therapie von leichtem bis mittelschwerem Asthma bei Jugendlichen und Erwachsenen besser hilft als Kortikosteroide allein.

Die Daten belegen: Patienten, die zusätzlich mit Montelukast behandelt werden, haben 20 Prozent mehr asthmafremde Tage als bei der Therapie allein mit Kortikosteroiden, Verschlimmerungen der Krankheit sind seltener. Möglicherweise kommen die Patienten mit weniger ICS aus, sodass weniger Kortikoidnebenwirkungen zu befürchten sind. Jedoch kann auch Montelukast negative Effekte haben, sodass das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen insgesamt bei beiden Therapievarianten ähnlich ist. Aussagen zu langfristigen Nebenwirkungen von Montelukast waren noch nicht möglich. Auch fehlen ausreichende Studien mit Kindern.

Gegenüber einer anderen Kombinationstherapie (Salmeterol plus ICS) schnitt die Kombination von Montelukast und ICS geringfügig schlechter ab. Hinsichtlich der Lebensqualität unterscheiden sich die Therapien kaum, jedoch gibt es Hinweise dafür, dass Montelukast besser verträglich ist.

Ob Montelukast als Monotherapie bei Asthmaanfällen hilft, die durch körperliche Belastung ausgelöst werden, ist nicht eindeutig nachgewiesen. Es gibt lediglich Hinweise auf einen Nutzen. Das Risikoprofil von Montelukast bei Belastungsasthma ist aus den wenigen dazu publizierten Studien nicht zu ermitteln.

2.8 Clopidogrel: Nur einige Patienten profitieren

Der G-BA hatte das IQWiG beauftragt, zu ermitteln, ob das Präparat Clopidogrel bei der Vorbeugung von Komplikationen Vorteile gegenüber Acetylsalicylsäure (ASS) bietet bei Patienten mit

- Erkrankungen der Herzkranzgefäße (KHK),
 - Gefäßerkrankungen des Gehirns (ZVK),
 - peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK),
- also einer Erkrankung der weiter vom Herzen entfernt liegenden Gefäße.

Ein genereller Vorteil für Clopidogrel ließ sich aus den vorliegenden Daten nicht ableiten. Allerdings ist Clopidogrel bei der Langzeitbehandlung von Patienten mit fortgeschrittener pAVK überlegen. Das stellte das IQWiG in seinem Abschlussbericht fest, den es im August 2006 veröffentlichte.

Patienten mit symptomatischer pAVK erleiden seltener einen Gefäßverschluss mit anschließendem Herzinfarkt oder Schlaganfall, wenn sie mit Clopidogrel behandelt werden. Ob dadurch aber auch die Gesamtsterblichkeit gegenüber Patienten mit ASS-Therapie sinkt, war anhand der vorliegenden Daten nicht festzustellen. Für Patienten im Frühstadium einer pAVK fand sich keine Überlegenheit von Clopidogrel.

Keine einzige der ausgewerteten Studien lieferte Informationen dazu, wie die beiden Therapievarianten sich auf die Lebensqualität der Patienten auswirken.

Für die Gruppe der Patienten mit KHK bzw. ZVK konnten die Gutachter keine schlüssigen Belege für Vor- oder Nachteile der einen oder der anderen Therapie finden. Hier beanstandeten die Kölner Wissenschaftler, dass wesentliche

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

Ergebnisse einer bereits abgeschlossenen Studie mit KHK-Patienten bisher nicht vollständig publiziert wurden – möglicherweise zum Nachteil von Patienten, die deshalb nicht die optimale Therapie erhalten. Dennoch wurden die Daten bis Ende 2006 nicht veröffentlicht.

2.9 Balneophototherapie hat Vorteile für Patienten mit Psoriasis

Profitieren Patienten mit entzündlichen Hauterkrankungen von einer kombinierten Licht-Bade-Therapie stärker als von einer trockenen UV-Bestrahlung? Dieser Frage ging das IQWiG im Auftrag des G-BA nach. Im Dezember 2006 legten die Kölner Wissenschaftler ihren Abschlussbericht vor, in dem sie den Nutzen verschiedener Varianten der so genannten Balneophototherapie verglichen. Darunter versteht man Therapien gegen Hautkrankheiten, die spezielle Bäder und eine Bestrahlung mit UV-Licht kombinieren. Bad und Bestrahlung können nacheinander (asynchron) oder gleichzeitig (synchron) erfolgen. Letzteres spielt in der Praxis nur als sogenanntes TOMESA-Verfahren eine Rolle. Dabei wird dem Badewasser „Totes-Meer-Salz“ zugefügt. Bei den asynchronen Methoden untersuchte das IQWiG zum einen die „Bade-PUVA“. Hier enthält das Wasser den Wirkstoff Psoralen, der die Haut lichtempfindlicher macht. Danach wird mit UVA-Licht bestrahlt. Zum anderen wurden Studien zur sogenannten Photosoletherapie ausgewertet, bei der Patienten zuerst in einer Salzlösung baden und danach UVB-Licht ausgesetzt werden. Im Behandlungsalltag werden diese 3 Therapieansätze sehr unterschiedlich angewendet: Es variieren nicht nur Inhaltsstoffe und Konzentration der Badelösungen, sondern auch die Dauer des Bades, die Temperatur des Badewassers oder die Art der Strahlung.

Dies ist eine Vielfalt, die den Vergleich und die zusammenfassende Bewertung der Balneophototherapie erheblich

erschwert, wie die Kölner Wissenschaftler feststellten. Zwar konnten sie zur asynchronen Balneophototherapie immerhin 11 Studien identifizieren, die den Ein- und Ausschlusskriterien genügten. Diese 11 Studien stellten aber 11 verschiedene Therapievergleiche an. Zudem ließen die klinischen Vergleiche viele Fragen unbeantwortet, weil bei Studienplanung und -publikation wichtige Aspekte nicht berücksichtigt worden waren.

Wie die Auswertung ergab, bessern sich die Hautbeschwerden von Psoriasispatienten bei allen 3 Varianten der Balneophototherapie positiver als bei einer trockenen Bestrahlung. Die Bade-PUVA hat darüber hinaus möglicherweise weniger unerwünschte Wirkungen. Im Vergleich der beiden asynchronen Methoden untereinander deutet sich eine Überlegenheit der Bade-PUVA gegenüber der Photosoletherapie an. Unklar bleibt dagegen die Situation bei atopischer Dermatitis: Für diese Erkrankung konnten die Kölner Forscher lediglich eine Studie einbeziehen. Sie liefert – anders als bei der Psoriasis – keine Belege, sondern lediglich Hinweise, dass Patienten beim TOMESA-Verfahren mehr profitieren als von einer trockenen Bestrahlung, und dies auch nur in Hinblick auf das Hautbeschwerdebild.

Studien, die Aussagen über andere Zielgrößen wie etwa Lebensqualität oder Therapieaufwand zulassen, waren allerdings auch bei der Psoriasis rar gesät oder wegen mangelnder Qualität nur eingeschränkt aussagekräftig – ein Befund, der sich wie ein roter Faden durch die meisten Abschlussberichte des Instituts zieht.

2.10 Personalabbau in der Pflege: Auswirkungen unbekannt

Ob und wie sich der Personalabbau in Deutschland auf die Qualität der Pflege in Krankenhäusern auswirkt, ist nicht aus-

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

reichend untersucht. Zu diesem Schluss kamen Wissenschaftler des IQWiG, als sie entsprechende Studien auswerteten.

Das IQWiG war dieser Problematik im Rahmen des sogenannten Generalauftrags nachgegangen. Dieser wurde vom G-BA im Dezember 2004 erteilt und ermöglicht es dem IQWiG, in begrenztem Umfang eigenständig Themen aufzugreifen und wissenschaftlich zu bearbeiten.

Das im September 2006 veröffentlichte Arbeitspapier stellt fest: Einige internationale Studien belegen, dass sich Personalabbau bei den Pflegekräften direkt auf die Qualität der Patientenversorgung auswirkt, etwa auf die Sterberate bei verspäteter Hilfe im Notfall, die Verweildauer im Krankenhaus und das Auftreten von Lungenentzündungen. Andere Studien dagegen fanden keine Beziehung zwischen einer Überlastung des Pflegepersonals und der Gesundheit der Patienten.

Insgesamt identifizierten die IQWiG-Wissenschaftler 17 Studien zum Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Ergebnisqualität, jedoch keine einzige aus Deutschland. Dabei ist es keineswegs möglich, die Ergebnisse der internationalen Forschung unmittelbar auf deutsche Verhältnisse zu übertragen. Zu unterschiedlich sind die Gesundheits- und Ausbildungssysteme, die Qualifikationsstandards und die Aufgabengebiete des Pflegepersonals.

Somit bleibt weiterhin unklar, welche Folgen der Kapazitätsabbau seit Wegfall der Pflegepersonalregelung hierzulande für die Patienten hat und ob eine ausreichende Pflege sichergestellt ist.

2.11 Gewichtsreduktion durch Diät senkt den Blutdruck – beim Abnehmen mit Medikamenten gelingt das nicht immer

Abnehmen senkt den Blutdruck. Ob damit aber auch die Risiken für Folgeerkrankungen geringer werden, die mit zu hohem Blutdruck (Hypertonie) einhergehen, ist anhand der vorliegenden Studien allerdings nicht zu beurteilen. Das stellt ein Abschlussbericht des IQWiG klar. Er wurde als Teil eines umfassenden Auftragspakets des G-BA zum Thema medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlung des essenziellen Bluthochdrucks erarbeitet und im November 2006 vorgelegt. Untersucht wurden Therapiealternativen für Patienten, die einen dauerhaft erhöhten Blutdruck haben, ohne dass dafür eine organische Ursache erkennbar ist. Offenbar ist es für die Senkung des Blutdrucks nicht gleichgültig, auf welche Weise man abnimmt, zeigen die vorliegenden Studien. Insgesamt bezogen die IQWiG-Experten 17 Studien in ihre Bewertung ein, darunter 7, die die Wirkung von gewichtsreduzierenden Medikamenten untersuchten. Die übrigen betrachteten nichtmedikamentöse Schlankheitskuren. Viele Studien, insbesondere zu Diäten, waren methodisch mangelhaft, ihre Aussagekraft daher begrenzt.

Die Auswertung ergab: Diäten senken, wenn sie ein Jahr lang durchgehalten werden, den systolischen Blutdruck um 3 bis 10 mm Hg, den diastolischen Blutdruck um bis zu 6 mm Hg. Die beiden untersuchten Wirkstoffe Orlistat (Handelsname: Xenical®) und Sibutramin (Handelsname: Reductil®) können ebenfalls das Gewicht verringern. Doch nur für Orlistat ist belegt, dass mit dem Gewicht auch der Blutdruck abnimmt (systolisch bis zu 4 mm Hg, diastolisch bis zu 3 mm Hg). Für Sibutramin fehlt ein solcher Nachweis.

Die Blutdrucksenkung ist ohnehin nur ein sogenannter Surrogatparameter, also nur ein Hinweis auf mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit. Die für den Patienten entschei-

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

dende Frage, ob er durch Abnehmen seine Risiken etwa für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verringert, wird durch keine der Studien beantwortet.

2.12 Methoden 2.0 reflektieren Erfahrungen der Auftragsbearbeitung

Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind unabdingbar für die Arbeit des IQWiG. Wie die Mitarbeiter und Gutachter vorgehen, welche Grundsätze und Methoden ihrer Arbeit zugrunde liegen sowie die Abfolge der einzelnen Arbeitsschritte beim Erstellen der Berichte sind daher für jedermann im Methodenpapier des Instituts nachzulesen, dessen erste Fassung im März 2005 vorgelegt wurde. Um die Qualität der Arbeit weiter zu verbessern und die Vorgehensweise des IQWiG zu verdeutlichen, werden diese methodischen Grundlagen laufend aktualisiert. Im Dezember 2006 publizierte das IQWiG die Fassung 2.0 seines Methodenpapiers (www.iqwig.de/download/Methoden_IQWiG_V-2-0.pdf). Es bildet seitdem die verbindliche Basis für die Arbeit des IQWiG und seiner externen Sachverständigen sowie für die Kooperation mit den Auftraggebern. Darin eingeflossen sind die Erfahrungen, die das Institut bei der Bearbeitung seiner Aufträge in den vergangenen anderthalb Jahren sammeln konnte.

Das Methodenpapier war zunächst intern überarbeitet worden. Anschließend bat das Institut seinen wissenschaftlichen Beirat und die biometrischen Fachgesellschaften um kritische Kommentare. Ende September 2006 stellte das IQWiG den modifizierten Entwurf im Internet einer breiteren Fachöffentlichkeit zur Diskussion. Anregungen aus beiden Diskussionsrunden flossen in das neue 120 Seiten umfassende Methodenpapier 2.0 ein.

Die Grundsätze haben sich dabei nicht geändert: Weiterhin ist der faire wissenschaftliche Vergleich verschiedener Verfahren die Basis für die Bewertung. Das IQWiG hat aber zum einen den Text vereinfacht, zum anderen genauer festgeschrieben, was sich in der Praxis der Berichtserstellung bewährt hat. Auch wurden Verfahrensabläufe konkretisiert und das Papier um zahlreiche Literaturangaben ergänzt.

Ein Schlüsselbegriff, wenn es um den Vergleich therapeutischer Verfahren geht, ist der medizinische Nutzen. Wie es den Nutzen einer medizinischen Maßnahme definiert, legte das IQWiG bislang im jeweiligen Einzelfall im Berichtsplan dar. Die neue Version des Methodenpapiers beschreibt, basierend auf einer breiten Diskussion und auf den bisherigen Erfahrungen, nun auch allgemein, was unter „Nutzen für die Patienten“ zu verstehen ist.

Auch wird klar festgelegt, unter welchen Bedingungen das IQWiG „Surrogatendpunkte“ für die Bewertung berücksichtigt. Solche Messungen (beispielsweise die Änderung bestimmter Laborwerte) werden in der medizinischen Forschung häufig als Ersatz für patientenrelevante Endpunkte (beispielsweise die Verlängerung der Lebenszeit) herangezogen, meist um Aussagen über den Nutzen für Patienten früher und einfacher zu erhalten. Oft sind Surrogatendpunkte aber unzuverlässig oder irreführend. Das IQWiG zieht sie nur als Belege heran, wenn eindeutige Daten aus Interventionsstudien einen klaren Zusammenhang von Surrogat und patientenrelevantem Endpunkt zeigen.

Frühzeitig Stellungnahmen ermöglichen

Das Methodenpapier kann nur als Leitfaden dienen. Wie das IQWiG bei einer Nutzenbewertung im Einzelnen vorgeht, wird weiterhin im Berichtsplan festgelegt. Eine wesentliche Neuerung: Es gibt nun bereits zu diesem Plan ein formelles Stellungnahmeverfahren. Bislang war dies erst zum Vorbe-

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

richt vorgesehen. Allerdings hatten auch in der Vergangenheit etliche Experten die Publikation des Berichtsplans zum Anlass genommen, das geplante methodische Vorgehen zu kommentieren. Mit der formellen Trennung der Stufenverfahren schafft das IQWiG nun einen offiziellen Rahmen, damit sich alle Interessierten – d. h. nicht nur Fachleute, sondern auch Patienten oder Angehörige – frühzeitig an der Berichtserstellung beteiligen können.

Neu gefasst und erweitert wurde das Kapitel „Gesundheitsökonomie“. Es benennt unter anderem klare Qualitätsanforderungen an die verwendeten Modelle. Nachdem die Aufgaben des Instituts durch die Gesetzesreform 2007 um Kosten-Nutzen-Analysen für Arzneimittel erweitert wurden, wird das Kapitel erneut angepasst und ergänzt. Auch darüber hinaus bleibt eine kontinuierliche Diskussion der Verfahren notwendig. Das IQWiG beabsichtigt, bereits Ende 2007 die Version 3.0 des Methodenpapiers vorzulegen. Im Zuge dieser Überarbeitung werden methodische Einzelfragen vertieft und auch Gliederung und Struktur des Dokuments optimiert.

2.13 Wissenschaftler aus dem In- und Ausland diskutierten auf dem Herbst-Symposium

Rund 250 Gesundheitsexperten aus dem In- und Ausland folgten der Einladung des IQWiG und diskutierten am 24. und 25. November 2006 in Köln aktuelle Fragen des Gesundheitswesens. Der Themenbogen der Vorträge spannte sich von der Evaluation komplementärer Verfahren über die Kontrolle der Qualität in der Medizin und Verbesserungen in der Pharmaindustrie bis zu ethischen Überlegungen zur Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Dementsprechend weit gefächert war auch das Spektrum der Referenten: Onkologen und Epidemiologen waren ebenso vertreten wie Historiker und Theologen.

Es war die zweite Veranstaltung dieser Art, die auch in den folgenden Jahren weitergeführt werden soll. Das IQWiG hatte sich bereits im Frühjahr 2005 entschieden, ein eigenes Symposium zu etablieren. Ziel ist es, den unmittelbaren Austausch über neue oder strittige Fragen der evidenzbasierten Medizin zu ermöglichen und eine breitere Fachöffentlichkeit in Deutschland beteiligen zu können. Zudem dient die Veranstaltungsreihe der Fortbildung der Mitarbeiter und bietet Anregungen für die Weiterentwicklung der Institutsmethoden.

Wie im Vorjahr wurden die Beiträge in einer Sondernummer der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ publiziert. Neu war 2006 die Multimediadokumentation der Vorträge, die schon knapp 2 Wochen nach dem Symposium auf der Website des Instituts freigeschaltet werden konnte: Nutzer können sich seither die Ton- und Video-Aufzeichnung der Vorträge ansehen und anhören und die Power-Point-Folien einblenden lassen (www.iqwig.de/iqwig-herbst-symposium-2006.497.html). So sind zumindest die Referate auch für alle, die keine Gelegenheit hatten, nach Köln zu kommen, langfristig verfügbar.

2.14 Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht

Ergebnis der Arbeit des IQWiG waren nicht nur „klassische“ Berichte zu Nutzenbewertungen, sondern auch zahlreiche wissenschaftliche Publikationen der Mitarbeiter, die im Anhang (S. 39-45) aufgeführt sind. Auf einen Beitrag sei hier gesondert hingewiesen: Als „Arbeitspapier“ erscheint er in der Publikationsliste, nutzbar und hilfreich ist er aber nicht in „Textform“, sondern als Software: IQWiG-Mitarbeiter haben 2006 ein elektronisches Werkzeug entwickelt, das Auskunft gibt über Todesursachen. Der sogenannte R-COD-Browser ist

Meilensteine der Institutsentwicklung 2006

im Internet frei zugänglich (www.iqwig.de/index.417.html) und schlüsselt mehr als 12 000 Todesursachen nach der international gebräuchlichen ICD-10-Systematik auf. Für die Jahre 1998 bis 2003 lässt sich abfragen, wie viele von 100 000 Personen in Deutschland an einer bestimmten Todesursache gestorben sind. Das neue Werkzeug erleichtert Forschern die Arbeit, die sich diese Daten bislang mühsam aus unterschiedlichen Quellen zusammensuchen mussten. Der R-COD-Browser unterscheidet sich von den bisher verfügbaren Quellen vor allem dadurch, dass er, auch getrennt nach Geschlecht oder Altersgruppen, eine freie Kombination verschiedener Todesursachen erlaubt und den gesamten ICD-10-Schlüssel abdeckt.

2.15 Kooperation mit NICE und HAS vereinbart

Das IQWiG arbeitet nach international anerkannten Standards. Regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit vergleichbaren Agenturen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um diese Standards langfristig zu sichern. Mit den in Großbritannien (NICE) und Frankreich (HAS) für die Bewertung medizinischer Maßnahmen zuständigen nationalen Institutionen hat das IQWiG deshalb 2006 eine Kooperation vereinbart. Die Leiter der 3 Institute, Sir Michael Rawlins, Prof. Laurent Degos und Prof. Peter T. Sawicki, waren sich bei ihren Treffen im März und im Oktober 2006 einig, dass ungeachtet der nationalen Besonderheiten ihrer Gesundheitssysteme und der Aufgaben und Kompetenzen ihrer Institute eine Zusammenarbeit möglich und für alle 3 Partner fruchtbar sein kann. Man will nicht nur Erfahrungen austauschen, sondern auch Methoden gemeinsam weiterentwickeln und Forschungsergebnisse wechselseitig nutzen. Gemeinsame Produkte und Projekte setzen voraus, dass die wissenschaftlichen Methoden kompatibel sind. Deshalb wollen sich die 3 Institute zunächst mit den jeweiligen wissenschaftlichen Verfahrensweisen befassen und versuchen, sie kongruent zu gestalten. IQWiG, NICE und HAS wollen gemeinsam medizinisch-wissenschaftliche Themen

aufgreifen, die für alle 3 Länder gesellschaftlich bedeutsam sind. Seltene Erkrankungen gehören ebenso dazu wie Multimorbidität. Auch noch ungelöste methodische Probleme wollen NICE, HAS und IQWiG gemeinsam angehen: Unter anderem wollen sie geeignete Verfahren für eine schnelle Nutzenbewertung (Rapid Reports), für die Validierung externer wissenschaftlicher Informationen und für die Nutzung aktuell publizierter Empfehlungen entwickeln. Auf die Agenda gesetzt haben sich die Institutsleiter auch die Forschung zu der Frage, welche Anreize Angehörige der Gesundheitsberufe dazu motivieren, wissenschaftliche Empfehlungen zügig in die Praxis umzusetzen.

2.16 Köln bleibt IQWiG-Standort

Laut Stiftungssatzung (§ 1) sollte das Institut seinen Sitz bis Ende 2008 im Raum Köln-Bonn haben und danach – wie der G-BA – nach Berlin umziehen. Im Laufe des Jahres 2006 wurde der Umzug erwogen und – mit den Institutsmitarbeitern ebenso wie mit Mitgliedern der Gremien und Organe – eingehend diskutiert. Es stellte sich heraus, dass der Umzug nicht nur hohe finanzielle Kosten verursachen, sondern auch die Arbeitsfähigkeit des Instituts zumindest zeitweise stark beeinträchtigen könnte. Eine anonymisierte Mitarbeiterbefragung zeigte, dass der Wille und die Bereitschaft der Mitarbeiter, an die Spree umzusiedeln, gering war und deshalb mit einer hohen Personalfuktuation vor und nach dem Umzug zu rechnen sein würde. Nach eingehender Prüfung stimmte der Vorstand deshalb Mitte Oktober 2006 einstimmig dem Vorschlag der Institutsleitung zu, Köln als Standort beizubehalten. Dieser Empfehlung schloss sich der Stiftungsrat in seiner Sitzung im November 2006 an. Das Plenum des G-BA stimmte schließlich am 19. Dezember 2006 einer entsprechenden Satzungsänderung zu. Mit dieser Entscheidung bekam das Institut die für den weiteren Ausbau dringend notwendige Planungssicherheit.

3 Finanzen

Vorgaben des Haushaltsplans eingehalten

Finanziert wird das IQWiG – wie der G-BA selbst – aus den Beiträgen der gesetzlich Versicherten. Gemäß § 139c Abs. 1 SGB V werden die Mittel jeweils zur Hälfte durch einen Zuschlag 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 erhoben. 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. 2006 betrug der an den G-BA abgeführte sogenannte Systemzuschlag im vertragsärztlichen Bereich 2,058 Cent pro Fall (im vertragszahnärztlichen 2,063 Cent), im stationären Sektor 0,65 Euro pro Fall. Welche konkreten Beträge das IQWiG erhält, bestimmt der Stiftungsrat, denn er genehmigt den Haushaltsplan. Für das Jahr 2006 hatte er ein Budget von 11.632.000 Euro bewilligt.

Im Laufe des Jahres wurden 24 Mitarbeiter, davon eine Teilzeitkraft und 8 studentische Hilfskräfte, neu eingestellt und zusätzliche Büroräume eingerichtet. Die Vorgaben des Haushaltsplans 2006 wurden eingehalten.

4 Die Ressorts und ihre Aufgaben

Im Laufe des Jahres stellte sich heraus, dass die ursprünglich gewählte Gliederung der Ressorts noch nicht allen Anforderungen genügte. Grund war u. a., dass der G-BA bei der Auftragsvergabe andere Schwerpunkte setzte, als auf Basis des Gesetzestextes zu erwarten gewesen wäre. Deshalb wurden einige Aufgaben umverteilt und die Ressorts – mit Billigung des Vorstands – entsprechend umbenannt. Beispielsweise wurde die Verantwortung für das Qualitätsmanagement aus dem Ressort „Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement“ ausgegliedert. Das Ressort firmiert seither als „Ressort Kommunikation“. Fragen des Qualitätsmanagements werden seither im Ressort „Ressort Versorgungsqualität“ behandelt, das zuvor „Leitlinien und DMP“ hieß. Bei allen anderen Ressorts wurde die Bezeichnung lediglich geringfügig modifiziert („Gesundheitsinformation“ statt „Patienteninformation“) oder gekürzt („Nichtmedikamentöse Verfahren“ statt „Nichtmedikamentöse therapeutische Verfahren, diagnostische Verfahren und Screening-Maßnahmen“).

4.1 Institutsleitung

Leiter des Instituts ist seit dem 1. September 2004 Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki. Vom Stiftungsvorstand für 6 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 8 Ressortleitern – Mitglied im sogenannten Steuergremium. Dieses Gremium regelt sowohl institutsinterne Angelegenheiten als auch solche mit externem Bezug: Es erstellt und überarbeitet die Verfahrenweisen und Methoden der wissenschaftlichen Ar-

beit 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 durch den G-BA oder das BMG erteilt werden. Dabei berücksichtigt das IQWiG, der allgemeinen Institutsmethodik folgend, insbesondere patientenrelevante Endpunkte: Es will herausfinden und darstellen, ob ein Medikament auf Dauer dem 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, zahnmedizinische Behandlungen, aber auch komplexere Interventionen, bei denen verschiedene Therapiekomponenten zu einem Verfahren

Die Ressorts und ihre Aufgaben

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 statistische Analyse von Daten bei Projekten des IQWiG. Die Mitarbeiter präsentieren und interpretieren Studienergebnisse und entwickeln statistische Methoden zur Beurteilung von Leistungen des Gesundheitswesens. Zu ihren Aufgaben gehören zudem ein kontinuierliches Monitoring der aktuellen biometrischen Fachliteratur und die statistische Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts.

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

Geplant ist weiterhin, nach Bildung des Ressorts „Studenkoordination“ eigene empirische Studien durchzuführen. Das Ressort „Medizinische Biometrie“ wird dann auch zuständig sein für die Planung, Auswertung und Ergebnispräsentation der Studien des IQWiG.

4.5 Ressort Gesundheitsökonomie

Das Ressort Gesundheitsökonomie bearbeitet Fragestellungen zur ökonomischen Evaluation medizinischer Verfahren, die für den G-BA oder das BMG von grundsätzlicher Be-

deutung sind. Gegenstand der gesundheitsökonomischen Untersuchungen sind nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren und Versorgungsabläufe im deutschen Gesundheitswesen.

Ziel dieser Evaluationen ist es, Hilfen für Entscheidungen über die Zuteilung von Gesundheitsleistungen (Allokation) bereitzustellen. Da diese Entscheidungen auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung abzielen, müssen die Entscheidungshilfen wissenschaftlich begründet und für die Öffentlichkeit transparent sein.

Neben der konkreten Bearbeitung von Aufträgen und Projekten ist es deshalb Aufgabe des Ressorts, die unterschiedlichen methodischen Ansätze der gesundheitsökonomischen Evaluation zu bewerten, einen institutseigenen Standard zu erarbeiten und diesen verbindlich anzuwenden.

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 Mitarbeiter ist breit gefächert: 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

Die Ressorts und ihre Aufgaben

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.

4.7 Ressort Versorgungsqualität

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

Die Mitarbeiter sind für das interne Qualitätsmanagement des Instituts verantwortlich. Ihre wesentliche Aufgabe ist hier die Qualitätssicherung der Institutsberichte und -abläufe. Zudem befassen sie sich mit grundsätzlichen Fragen zur Qualität der medizinischen Versorgung und bearbeiten Aufträge des G-BA zu Qualitätsaspekten.

Für den Aufgabenbereich Leitlinien hat das Ressort eine Methodik zur inhaltlichen Bewertung von Behandlungsleitlinien entwickelt, die auf bestehenden nationalen und internationalen Erfahrungen aufbaut. Das Verfahren wird insbesondere genutzt, um zu den Aufträgen an das IQWiG eigenständige Leitlinienberichte zu erstellen. Diese fassen die Empfehlungen von Behandlungsleitlinien zusammen und werden den Aussagen der Abschlussberichte des Instituts zur Seite gestellt.

Durch die Einführung von DMP soll eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker erreicht werden. Ziel des Ressorts ist es, wissenschaftliche Erkenntnisse zu einzelnen Aspekten der DMP auszuarbeiten und dem G-BA als Grundlage für seine Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Zu den Aufgaben des Ressorts gehört auch die Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medi-

zinischen Fachgesellschaften (AWMF), den einzelnen Fachgesellschaften sowie weiteren relevanten Expertengruppen im In- und Ausland.

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

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. In ihrem ersten Jahr beinhaltete die Website Informationen zu mehr als 50 Themen.

Die Auswahl der Themen basiert auf 3 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.

Es zählt nicht zu den Aufgaben des IQWiG, Einzelpersonen direkt zu beraten. Das Ressort Gesundheitsinformation ver-

Die Ressorts und ihre Aufgaben

steht seine Website auch 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 und Patientenautonomie verbessern sowie die allgemeinen Gesundheits- und Wissenschaftskenntnisse („Health and scientific literacy“) fördern sollen. Die erstellten Gesundheitsinformationen haben das Ziel,

- eine aktive und informierte Entscheidungsfindung in gesundheitlichen Fragen zu unterstützen,
- die kritische Nutzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen zu fördern,
- das Wissen um körperliche, psychische und emotionale Gesundheit zu verbessern,
- das Verständnis medizinischer und wissenschaftlicher Informationen zu verbessern, darunter auch des Konzepts der evidenzbasierten Medizin, und
- die Unterstützung der Patienten durch ihre Familie und Freunde zu ermöglichen.

Um diese Ziele zu erreichen, bedarf es der Bereitstellung zuverlässiger, vertrauenswürdiger und allgemeinverständlicher Informationen, die sowohl patientenzentriert als auch evidenzbasiert sind. Die Einbindung der Wertvorstellungen von Patienten in die medizinische Entscheidungsfindung gehört zum Kern des Konzepts der evidenzbasierten Medizin und ist damit auch ein wesentlicher Bestandteil evidenzbasierter Gesundheitsinformationen.

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, an der sowohl Patienten als auch Experten von innerhalb und außerhalb des Institutes aus Deutschland und der ganzen Welt 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 Institutes. 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 Verwaltung verantwortet das Projektcontrolling und den Abschluss von Verträgen, die das Institut betreffen. Die Erstellung von Verträgen mit externen Gutachtern und das dazugehörige Projektcontrolling gehören genauso zu seinen Aufgaben wie die Vorbereitung des Haushaltsplanes 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, Kommunikation und Koordination mit den Gremien und Organen des Instituts.

5 Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

5.1 Organe und Gremien

Mitglieder des Vorstands 2006

Sprecher:

Dr. Werner Gerdemann

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender im Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK/AEV, Vorstandssprecher

Georg Baum

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, DKG (seit 01.04.2006)

Jörg Robbers

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, DKG (bis 31.03.2006)

Gernot Kiefer

Vorstand des IKK-Bundesverbandes (seit 01.07.2006)

Johann-Magnus von Stackelberg

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes (bis 30.06.2006)

Dr. Andreas Köhler

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KBV

Dr. Klaus Theo Schröder

Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, BMG

Mitglieder des Stiftungsrates 2006

Vorsitzender:

Dr. Jürgen Fedderwitz

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV

Stellvertretender Vorsitzender:

Wolfgang Schmeinck

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, BKK BV

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

Bundesknappschaft

Dr. Harald Deisler

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Ulrich Weigeldt

Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV

RA Horst Dieter Schirmer

Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV

Dr. Nicole Schlottmann

Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Andreas Wagener
Deutsche Krankenhausgesellschaft DKG

Prof. Dr. Christoph Fuchs
Bundesärztekammer, BÄK

Ohne Stimmrecht, beratend:

Dr. Rainer Hess
Unparteiischer Vorsitzender des G-BA

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats 2006

Prof. Dr. Guido Adler
Medizinische Universitätsklinik Ulm

Dr. rer. nat. Gerd Antes (bis März 2006)
Deutsches Cochrane-Zentrum

Dr. JA Muir Gray
National Screening Committee, Leiter des NHS National Knowledge Service, University of Oxford, Institute of Health Sciences, Oxford, Großbritannien

Prof. Dr. Hans-Werner Hense
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster

Prof. Dr. Jos Kleijnen (bis Januar 2006)
Leiter des Forschungsinstituts Kleijnen Systematic Reviews Limited in York, Großbritannien

Prof. Alessandro Liberati
Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Mailand, Italien

Prof. Dr. M. Mäkelä
Stakes (Research and Development Centre for Welfare and Health), Helsinki, Finnland

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser
Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften, Universität Hamburg

Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Universität Tübingen

Prof. Dr. Jürgen Windeler
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., Essen

Mitglieder des Kuratoriums 2006

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV):

Willi Budde, Wolfgang Schelter, Leo Blum,
Dr. Volker Hansen, Rolf Wille (seit 17.10.2006),
E.-W. Peterhoff (†)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):

Dr. Leonhard Hansen, Dr. Theodor Windhorst

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV):

Dr. Wolfgang Eßer

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG):

Dr. Martin Walger, Joachim Manz

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA):

Dr. Christiane Eckert-Lill

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):

Prof. Albrecht Encke

Bundesärztekammer (BÄK):

Dr. Regina Klakow-Franck

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA):

Klaudia Buddemeier

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

Prof. Dr. Barbara Sickmüller

Bundesspsychotherapeutenkammer (BPtK):

Monika Konitzer

Bundeszahnärztekammer (BZÄK):

Dr. Dietmar Oesterreich

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB):

Helga Nielebock

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR):

Elisabeth Beikirch

Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA):

Dr. Steffen Wahler (seit 18.10.2006),

Dr. Ulrich Vorderwülbecke (bis 17.10.2006)

Patientenbeauftragte der Bundesregierung:

Helga Kühn-Mengel, MdB

Patientenvertreter:

Dr. Franz Josef Oldiges, Brigitte Faber, Karin Stötzner, Gregor Bornes, Thomas Isenberg, Christoph Nachtigäller

Evangelische Kirche:

Prof. Dr. Hans Ulrich Dallmann

Katholische Kirche:

Dr. Frank Johannes Hensel

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA):

Dr. Christiane Korsukéwitz

5.2 Personelle Struktur (gegliedert nach Ressorts)

Institutsleitung:

Leiter des Instituts:

PD Dr. med. Peter T. Sawicki

Stellvertretender Institutsleiter:

PD Dr. med. Stefan Lange

Assistentin der Institutsleitung:

Kerstin Ehlgen (seit 15.05.06), Annette Ress (bis 31.05.06)

Leitender Redakteur Medizinmedien:

Klaus Koch Dipl.-Biol.

Sekretariat:

Susanne Atkinson, Danielle Pann, B.S.Ed.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Arzneimittelbewertung:

Ressortleiter:

Dr. Thomas Kaiser

Stellvertretende Ressortleiterin:

Dr. Beate Wieseler

Leiterin der Recherchegruppe:

Dr. Christina Niederstadt, MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Charalabos-Markos Dintsios, MA, MPH,
Susanne Ebrahim, Dipl.-Psych. (seit 01.07.06),
Dr. rer. nat. Marco Jost (seit 01.05.06),
Dr. Regine Potthast, Elke Vervölgyi, Dipl.-Math.,
Dr. med. vet. Volker Vervölgyi (seit 15.11.06),
Dr. Cornelia Beimfohr, MPH (bis 31.08.06),
Dr. Beatrice Moreno, MPH (bis 30.09.06)

Sachbearbeiterin:

Dagmar Keitsch

Studentische Hilfskräfte:

Gergana Ivanova, Heike Krämer

Die institutsübergreifende Recherchegruppe ist dem Ressort „Arzneimittelbewertung“ personell zugeordnet. Die personelle Entwicklung dieser Gruppe war 2006 wie folgt:

Recherchegruppe:

Dr. Christina Niederstadt, MPH (bis 31.03.06)
Sigrid Droste, Dipl.-Geogr.
Elke Hausner, BScN (seit 01.09.06)
Ulrike Lampert, Dipl.-Dok.
Michael Simon, MScN (seit 01.10.06)

Studentische Hilfskräfte:

Alexander Ries, Sarah Schmitter, Verena Wekemann,
Diana Hilmer

Nichtmedikamentöse Verfahren:

Ressortleiter:

PD Dr. med. Stefan Lange

Mitarbeiter:

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. Fülöp Scheibler (seit 01.04.06),
Inger Scheike, MSc (Biomedical Sciences) (seit 15.08.06)

Studentische Hilfskräfte:

Hossein Askari, Svenja Gager

Medizinische Biometrie:

Ressortleiter:

PD Dr. Ralf Bender, Dipl.-Stat.

Stellvertretender Ressortleiter:

Dr. Guido Skipka, Dipl.-Stat.

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Dr. Ulrich Grouven, Dipl.-Stat.,
Ulrich Gehrman, Dipl.-Stat.

Sonstige:

Mandy Hildebrandt, Dipl.-Biomath.

Studentische Hilfskräfte:

Meike Novak (seit 01.11.06),
Arzu Dursun (bis 28.02.06)

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Gesundheitsökonomie:

Ressortleiter:

PD Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas, MBA

Mitarbeiter:

Elske Jaskulla, Dipl.- Volkswirtin, Carolin Weigel,
Dipl.- Betriebswirtin (BA)

Kommunikation:

Ressortleiterin:

Dr. rer. soc. Anna-Sabine Ernst, Dipl.-Pol.

Mitarbeiter:

Martins Eis, Andrea Janicki, Natalie McGauran

Versorgungsqualität:

Ressortleiterin:

Dr. med. Hanna Kirchner

Stellvertretender Ressortleiter:

Dr. med. Markus Follmann, MPH, MSc

Mitarbeiter:

Dr. med. Carmen Bartel (seit 01.07.06), Dr. med. Michaela
Eikermann, Petra Lange, Dipl.-Ges.Oec. (FH), Ulrich Siering,
Dipl.-Soz., Anne Kathrin Stich, Dipl. Soz.-Päd., MPH

Studentische Hilfskräfte:

Andrea Haase, Dipl. Sozialökonom., Jochen Stier

Sonstige:

Dagmar Poss

Gesundheitsinformation:

Ressortleiterin:

Hilda Bastian

Stellvertretender Ressortleiter:

Dr. Fülöp Scheibler (bis 31.03.06)

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Dr. Martina Burger, Doris Hemmann (bis 30.09.06),
Beate Zschorlich

Sachbearbeiterin:

Alper Yurdakul

Studentische Hilfskräfte:

Susanne Müller, Anne-Maria Schultheis

Praktikant:

Marco Knelangen

Verwaltung:

Ressortleiter:

Dr. rer. publ. Michael Weber, Diplom Verwaltungswissen-
schaftler

Justizariat:

Ass. jur. Katja Borchard

Finanz- & Projektcontrolling:

Jörg Jüngerich, Betriebswirt / VWA

Buchhaltung:

Martina Herweg

Personalmanagement:

Amparo Noelle

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Empfang:

Ulrike Lelittko

Technik/Informationstechnologie:

Sascha Nergenu, Markus Pischedda, Daniel Ziplies

Sonstige:

Gabriele Kersting (seit 01.06.06)

5.3 Aufträge

5.3.1 2006 neu erteilte Aufträge

A06-01 Bewertung des therapeutischen Nutzens von inhalativem Insulin (Exubera®) im Rahmen der Behandlung des Diabetes mellitus

Do6-01 Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei 14 Indikationen

No6-01A Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei Brandwunden.

No6-01B Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei Migräne/vaskulärem Kopfschmerz

No6-01C Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei venösen Ulzera

No6-01D Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei der idiopathischen Femurkopfnekrose bei Erwachsenen

No6-01E Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei zerebralem Insult

No6-02 Vakuumversiegelungstherapie von Wunden – Rapid Report

So6-01 Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei Kindern

Po6-01 Expertise zum Thema „Endometriose“ (Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit)

Vo6-01 Qualität der pädiatrischen-hämatologisch-onkologischen Versorgung

Vo6-02A Standard zur Diagnosestellung eines „Asthma Bronchiale“ bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren

Vo6-02B Wissenschaftliche Bewertung medikamentöser und nichtmedikamentöser Interventionen bei Kindern mit bronchialer Obstruktion im Alter von 2 bis 5 Jahren

Vo6-02C Wissenschaftliche Bewertung verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnosestellung „Asthma bronchiale“ bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren

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

Vo6-04 Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Vo6-05 Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Brustkrebs

Vo6-06 Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion und Gegenüberstellung relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas

Vo6-07 Inhaltliche Bewertung evidenzbasierter Leitlinien zur präoperativen Diagnostik

Vo6-08 Inhaltliche Bewertung evidenzbasierter Leitlinien zur ambulanten Behandlung von Vorhofflimmern

5.3.2 2006 abgeschlossene Aufträge (Abschlussberichte)

A04-01A Clopidogrel versus Acetylsalicylsäure in der Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen (30.06.2006)

A05-14 Nutzenbewertung von Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten bei Patienten mit Asthma bronchiale, auch im Vergleich mit anderen Therapieoptionen (15.03.2006)

A05-21A Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Gewichtsreduktion (31.08.2006)

A05-22 (Rapid Report) Bewertung des therapeutischen Nutzens von inhalativem Insulin (02.04.2006)

B05-01B Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Koronarchirurgie (20.06.2006)

G05-01A Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung (09.10.2006)

N04-03 Vakuumversiegelungstherapie von Wunden (13.03.2006)

N04-04 Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur Balneophototherapie (21.12.06)

Q05-01A Zusammenhang zwischen Menge der erbrachten Leistung und der Ergebnisqualität für die Indikation „Elektrischer Eingriff Bauchaortenaneurysma“ (05.05.2006)

Q05-01B Zusammenhang zwischen Menge der erbrachten Leistungen und der Ergebnisqualität für die „Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie (PTCA)“ (06.06.2006)

5.3.3 2006 abgeschlossene Vorberichte

A04-01A Clopidogrel versus Acetylsalicylsäure in der Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen (27.03.2006)

A05-02 Nutzenbewertung kurz wirksamer Insulinanaloga bei Patienten mit Typ1 Diabetes mellitus (28.08.2006)

A05-19A Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz (01.09.2006)

A05-19B Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz (27.12.2006)

A05-21A Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Gewichtsreduktion (26.04.2006)

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

B05-01B Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Koronarchirurgie (24.04.2006)

G05-01A Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung (14.06.2006)

N04-02 Interstitielle Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom (18.09.06)

N04-04 Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zur Balneophototherapie (14.06.06)

N05-03A Stammzelltransplantation bei den Indikationen Akute lymphatische Leukämie (ALL) und Akute myeloische Leukämie (AML) bei Erwachsenen (22.06.06)

N05-03B Stammzelltransplantation bei erworbener schwerer aplastischer Anämie (24.07.06)

S05-01 Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen (26.09.06)

Q05-01A Zusammenhang zwischen Menge der erbrachten Leistung und der Ergebnisqualität für die Indikation „Elektrischer Eingriff Bauchortenaneurysma“ (09.01.2006)

Q05-01B Zusammenhang zwischen Menge der erbrachten Leistungen und der Ergebnisqualität für die „Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie (PTCA)“ (06.02.2006)

5.3.4 2006 abgeschlossene Berichtspläne und Amendments zu Berichtsplänen:

A05-19D Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz (31.03.2006)

A05-20A Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) bei Patienten mit Depressionen. (20.03.2006)

A06-01 Bewertung des therapeutischen Nutzens von inhalativem Insulin (Exubera®) im Rahmen der Behandlung des Diabetes mellitus (29.09.2006)

N06-01A Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei Brandwunden (18.12.06)

N06-01D Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei der idiopathischen Femurkopfnekrose bei Erwachsenen (18.12.06)

N05-01 Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen (08.05.06)

N05-02 Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbezahnung (06.11.06)

N05-03C Wissenschaftliche Bewertung der Stammzelltransplantation bei der Indikation Multiples Myelom (31.07.06)

S05-02 Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (07.08.06)

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

S05-03 Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien (31.07.06)

Vo6-02A Standard zur Diagnosestellung eines „Asthma Bronchiale“ bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren (18.12.2006)

Amendments zu Berichtsplänen:

A04-01B Amendment 1 zum Berichtsplan Kombination von Clopidogrel und Acetylsalicylsäure versus Monotherapie mit Acetylsalicylsäure beim akuten Koronarsyndrom ohne ST-Hebungs-Myokardinfarkt (30.06.2006)

A05-05A Amendment 2 zum Berichtsplan Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (04.10.2006)

A05-09 Amendment 1 zum Berichtsplan Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener antihypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie (13.02.2006)

A05-09 Amendment 2 zum Berichtsplan Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener antihypertensiver Wirkstoffe als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie (10.07.2006)

A05-13 Amendment 1 zum Berichtsplan Fixe Kombinationen aus Kortikosteroiden und lang wirksamen Beta-2-Rezeptoragonisten zur inhalativen Anwendung bei Patienten mit Asthma bronchiale (30.06.2006)

A05-19A Amendment 1 zum Berichtsplan Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz (12.06.2006)

A05-19B Amendment 1 zum Berichtsplan Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz (12.06.2006)

A05-19C Amendment 1 zum Berichtsplan Memantin bei Alzheimer Demenz (12.06.2006)

A05-19D Amendment 1 zum Berichtsplan Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz (12.06.2006)

A05-21A Amendment 1 zum Berichtsplan Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Gewichtsreduktion (13.02.2006)

5.4 Publikationen

5.4.1 Publikationen des IQWiG (Arbeitspapiere, Berichte und Methodpapier)

Methoden 2.0. Köln: IQWiG; 2006.

Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Gewichtsreduktion: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Interstitielle Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006. Clopidogrel versus Acetylsalicylsäure in der Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Koronar-chirurgie: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnis-qualität in der stationären Versorgung: Arbeitspapier. Köln: IQWiG; 2006.

Erstellung von Evidenzberichten zum Verhältnis von Men-ge und erbrachten Leistungen der Qualität bei PTCA: Ab-schlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Stammzelltransplantation bei erworbener schwerer aplasti-scher Anämie: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Erstellung von Evidenzberichten zum Verhältnis von Menge der erbrachten Leistungen und der Qualität bei der elek-tiven Chirurgie des Bauchaortenaneurysma: Abschlussbe-richt. Köln: IQWiG; 2006.

Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Er-mittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zur Balneophototherapie: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Webbasierte Software zur Ermittlung von Mortalitätsraten in Deutschland für beliebige Todesursachen nach ICD-10 im Zeitraum 1998-2003: Arbeitspapier. Köln: IQWiG; 2006.

Nutzenbewertung von Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten bei Patienten mit Asthma bronchiale, auch im Vergleich mit anderen Therapieoptionen: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Wissenschaftliche Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zur Vakuum-Versiegelungstherapie von Wun-den: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Inhalatives Insulin (Exubera®): Rapid-Report. Köln: IQWiG; 2006.

Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstra-tegien bei Patienten mit essentieller Hypertonie: Gewichts-reduktion: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Koronar-chirurgie: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Clopidogrel versus Acetylsalicylsäure in der Sekundärprophyla-xe vaskulärer Erkrankungen: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Nutzenbewertung kurzwirksamer Insulinanaloge bei Pati-enten mit Typ2 Diabetes mellitus Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Erstellung von Evidenzberichten zum Verhältnis von Menge und erbrachten Leistungen der Qualität bei PTCA: Vorbe-richt. Köln: IQWiG; 2006.

Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Knie-Tota-lendoprothese: Abschlussbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Erstellung von Evidenzberichten zum Verhältnis von Menge der erbrachten Leistungen und der Qualität bei der elektiven

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Chirurgie des Bauchaortenaneurysma: Vorbericht. Köln: IQWiG; 2006.

Stammzelltransplantation bei erworbener schwerer aplastischer Anämie: Berichtsplan. Köln: IQWiG; 2006.

5.4.2 Publikationen der Mitarbeiter

5.4.2.1 Originalarbeiten in Zeitschriften (auch systematische Übersichten)

Bastian H. Down and almost out in Scotland: George Orwell, tuberculosis and getting streptomycin in 1948. *J R Soc Med* 2006; 99: 95-98.

Bastian H. They would say that, wouldn't they? A reader's guide to author and sponsor biases in clinical research. *J R Soc Med* 2006; 99: 611-614.

Bender R, Zeeb H, Schwarz M, Jöckel KH, Berger M. Causes of death in obesity: Relevant increase in cardiovascular but not in all-cancer mortality. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 1064-1071.

Bender R, Grouven U. Möglichkeiten und Grenzen statistischer Regressionsmodelle zur Berechnung von Schwellenwerten für Mindestmengen. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2006; 100: 93-98.

Bender R, Skipka G, Grouven U. Analysis of clinical trials using SAS: a practical guide, by A. Dmitrienko A, Molenberghs G, Chuang-Stein C, Offen W. Cary, NC: SAS Institute Inc.; 2005 (Book Review). *J Biopharm Stat* 2006; 16: 265-267.

Bergmann CE, Hoefler IE, Meder B, Roth H, Van Royen N, Breit SM, et al. Arteriogenesis depends on circulating mo-

nocytes and macrophage accumulation and is severely depressed in op/op mice. *J Leukoc Biol* 2006; 80(1): 59-65.

Diehm C, Lange S, Darius H, Pittrow D, von Stritzky B, Tepohl G, et al. Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care. *Eur Heart J* 2006; 27: 1743-1749.

Freitag G, Lange S, Munk A. Non-parametric assessment of non-inferiority with censored data. *Stat Med* 2006; 25: 1201-1217.

Gorenoi V, Dintsios CM, Schönermark MP, Hagen A. Laparoskopische versus offene Appendektomie: Systematische Übersicht zur medizinischen Wirksamkeit und gesundheitsökonomische Analyse. *GMS Health Technology Assessment* 2006; 2: Doc22.

Heuschmann PU, Biegler MK, Busse O, Elsner S, Grau A, Hasenbein U, et al. Development and implementation of evidence-based indicators for measuring quality of acute stroke care: The Quality Indicator Board of the German Stroke Registers Study Group (ADSR). *Stroke* 2006; 37: 2573-2578.

Hildebrandt M, Bender R, Gehrman U, Blettner M. Calculating confidence intervals for impact numbers. *BMC Med Res Methodol* 2006; 6: 32.

Kaiser T, Nosek L, Heise T, Sawicki PT, Eckers U. Influence of nebivolol and enalapril on metabolic parameters and arterial stiffness in hypertensive type 2 diabetic patients. *J Hypertens* 2006; 24: 1397-1492.

Kerschbaum T, Droste S. Darstellung der Zahnmedizin, insbesondere der zahnärztlichen Prothetik, in der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Literatur. *Dtsch Zahnarztl Z* 2006, 61(5): 240-251.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU, Marschall D, Emmert M, Baltzer N, Neundörfer B, et al. Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: Results and national projections from a population-based stroke registry: The Erlangen Stroke Project. *Stroke* 2006; 37: 1179-1183.

Kolominsky-Rabas PL. Wie viel kostet die Schlaganfallbehandlung? *Deutsche Zeitschrift für klinische Forschung* 2006; 7/8: 65-67.

Kutschmann M, Bender R, Grouven U, Berg G. Aspekte von Fallzahlkalkulation und Powerberechnung anhand von Beispielen aus der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. *Rehabilitation* 2006; 45: 377-384.

Lange P, Velasco Garrido M, Grouven U. Baucharotenaneurisma: Internationale Studien zeigen Zusammenhang zwischen Menge der Eingriffe und Ergebnisqualität. *Deutsche Zeitschrift für klinische Forschung* 2006; 9/10: 68-71.

Nast A, Kopp I, Augustin M, Banditt KB, Boehncke WH, Follmann M et al. Evidenzbasierte (S3) Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006; 4 (S2): S1-S126.

Nolte D, Hinrichs K, Lange S. Aktuelle evidenzbasierte Daten für die tägliche Praxis: Die autologe Zahntransplantation. *Zahnärztliche Mitteilungen* 2006; 96: 3356-3362.

Pfaff H, Scheibler F. Versorgung und Versorgungsqualität im Krankenhaus: Standardisierung und Individualisierung als Trends. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 2006: Sonderheft 46: 432-443.

Richter B, Bandeira-Echtler E, Bergerhoff K, Clar C, Ebrahim SH. Pioglitazone for type 2 diabetes mellitus [Cochrane Review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; Issue 4. Chichester: Wiley.

Sämman A, Mühlhauser I, Bender R, Hunger-Dathe W, Kloos C, Müller UA. Flexible, intensive insulin therapy in adults with type 1 diabetes and high risk for severe hypoglycemia and diabetic ketoacidosis. *Diabetes Care* 2006; 29: 2196-2199.

Sawicki PT, Bender R, Selke G, Klauber J, Gutschmidt S. Schätzung der unter Rofecoxib (Vioxx®) in Deutschland in den Jahren 2001-2004 aufgetretenen kardio- und zerebrovaskulären Ereignisse. *Med Klin* 2006; 101: 191-197.

Scheibler F, Steffen P, Pfaff H. Patienteninformation im Internet, Vertrauen in den Arzt und Partizipative Entscheidungsfindung: Eine Querschnittsstudie bei Brustkrebspatientinnen in Deutschland. *Z Med Psychol* 2006; 15: 71-76.

5.4.2.2 Übersichtsartikel und Leserbriefe

Bastian H. Soziale und individuelle Elemente einer gut informierten Gesellschaft. *IPP-Info* 2006; 2: 4-5.

Bender R, Augustin T, Blettner M. Generating survival times to simulate Cox proportional hazards models (Letter). *Stat Med* 2006; 25: 1978-1979.

Bender R, Sawicki PT. Antwort der Autoren auf die Leserbriefe. *Med Klin* 2006; 101: 678-679.

Jaskulla E, Weigel C, Kolominsky-Rabas PL. Bewertung der Kosteneffektivität von Arzneimitteln im internationalen Vergleich. *Die Ersatzkasse* 2006; 2: 71-73.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Kirchner H, Sawicki PT. Medizinische Leitlinien in Deutschland. Public Health Forum 2006; 14: 4-6.

Lange S. Die Rolle randomisierter kontrollierter Studien bei der medizinischen Bewertung von Routineverfahren. Was verbirgt sich dahinter? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006; 49: 272-277.

Noelle G, Jaskulla, Sawicki PT. Aspekte zur gesundheitsökonomischen Bewertung im Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsblatt 2006; 49: 28-33.

Sawicki PT. Patientenrelevante Endpunkte: Stand der Diskussion im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: S16-S20.

Sawicki PT. Qualität unseres Gesundheitssystems. Der Allgemeinarzt. 2006; 4:3.

Sawicki PT, Ernst AS. Qualität des deutschen Gesundheitssystems: Gute Noten, aber viel Kritik. Der Allgemeinarzt 2006; 4: 60.

Sawicki PT, McGauran N. Have ALLHAT, ANBP2, ASCOT-BPLA, and so forth improved our knowledge about better hypertension care? Hypertension 2006; 48: 1-7.

Sawicki PT. Wege zur Qualität. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2006; 100: 493.

Sawicki PT. Nutzenbewertung in der Medizin: Stand Oktober 2006. Gesundh Ökon Qual Manag 2006; 11: 356-367.

Sawicki PT. Für den Fortschritt muss Neues auch besser sein. Pharma-Brief Spezial 2006; 1: S12-S13.

Sawicki PT, Kaiser T, Kirchner H, Bender R, Vervölgyi E. Entgegnung des IQWiG auf die Stellungnahme einer Autorengruppe aus der Kardiologie zur: "Nutzenbewertung der Statine unter besonderer Berücksichtigung von Atorvastatin" des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Dtsch Arztebl 2006; 103: A2252-A2253.

Wieseler B. Meeting the final goal of trial registration. The Write Stuff 2006; 15(2):61.

5.4.2.3 Bücher und Buchbeiträge

Bastian H. Kommunikation und Partizipation – Patientenberatung im australischen Gesundheitssystem. In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S (Hrsg). Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber; 2006. S. 27-38.

Bender R, Hildebrandt M, Kuß O. Die Berechnung adjustierter NNEs in Kohortenstudien. In: Kaiser K, Bödeker RH (Hrsg). Statistik und Datenanalyse mit SAS®: Proceedings der 10. Konferenz der SAS®-Anwender in Forschung und Entwicklung (KSFE). Aachen: Shaker; 2006. S. 19-33.

Bödeker W, Kreis J (Hrsg). Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2006.

Kolominsky-Rabas PL. Public Health. In: Oswald WD, Lehr U, Sieber C, Kornhuber J (Hrsg). Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer; 2006. S. 301-306.

Kolominsky-Rabas, PL. Evidenzbasierung und Neurologie. In: Wallesch CW (Hrsg). Neurologie. Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis. München: Urban & Fischer; 2006. S. 1271-1281.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Kolominsky-Rabas PL. Schlaganfall: Epidemiologie und Versorgungsaspekte. In: Oswald WD, Lehr U, Sieber C, Kornhuber J (Hrsg). Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer; 2006. S. 86-94.

Sawicki PT. Die Zukunft einer gerechten Gesundheitsversorgung. In: Kirk C (Hrsg). Wirtschaftsstandort Deutschland. Darmstadt: Europäischer Wirtschaftsverlag; 2005/2006. S. 136-141.

Sawicki PT. Nutzenbewertung von Innovationen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In: Häussler B, Klusen N (Hrsg). Innovationen gestalten den demographischen Wandel. Stuttgart: Schattauer; 2006. S. 55-62. (Jahrbuch der medizinischen Innovationen; Band 3)

Sawicki PT. Effizienz und Qualität: Arbeitsweise des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: Schumpelik V, Vogel B (Hrsg). Arzt und Patient; eine Beziehung im Wandel. Freiburg: Herder; 2006. S. 489-497.

Skipka G. Meta-Analysen und deren Ergebnisdarstellung. In: Kaiser, K, Bödeker, RH (Hrsg). Statistik und Datenanalyse mit SAS® – Proc. der 10. Konferenz der SAS®-Anwender in Forschung und Entwicklung (KSFE). Aachen: Shaker; 2006. S. 205-214.

Schubert I, Lelgemann M, Kirchner H, Von Ferber C, Von Ferber L, Ollenschläger G. Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien. Berlin: ÄZQ; 2006.

Walter U, Krauth C, Wienold M, Dreier M, Bantel S, Droste S. Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen. Köln: DIMDI; 2006.

5.4.2.4 Abstracts und Poster

Bastian H, Herxheimer A, Wieseler B. What are the characteristics of good reviews of adverse effects? A qualitative exploration. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p.119.

Bastian H, Büchter R, Yurdakul A, Zschorlich B. Hooked on evidence-based consumer health information: The experience of a new bi-lingual national. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26, Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p. 90.

Beimfohr C, Ivanova G, Kraemer H, Wieseler B, Kaiser T. Vertrauliche Daten in HTA-Dokumenten – internationale Praxis. In: Evaluation 2006; 2006 Mar 6-9; Bochum, Deutschland.

Bender R, Hildebrandt M, Kuß O. A new method to estimate adjusted NNT statistics. In: Edler L, Warne DW (Eds.). 27th Annual Conference of the International Society for Clinical Biostatistics (ISCB); 2006; Aug 27-31; Geneva, Switzerland. Abstract book, S. 126.

Bender R, Hildebrandt M, Kuß O. Eine neue Methode zur Berechnung adjustierter NNTs und NNEs. In: 52. Jahrestagung der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (DR-IBS); 2006 Mrz 8; Ruhr-Universität Bochum, Deutschland.

Bender R, Hildebrandt M, Kuß O. Die Berechnung adjustierter NNEs in Kohortenstudien. In: 10. Konferenz der SAS-Anwender in Forschung und Entwicklung (KSFE); 2006 Feb 23-24; Universität Hamburg, Deutschland; Abstract book, S. 22.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Biester K, Lange S, Kaiser T, Potthast R. High dropout rates in trials included in Cochrane Reviews. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Irland. Programme and abstract book, p. 42.

Dintsios M, Krauth C, Hagen A, Gerhardus A, Schwartz FW. Innovation-related Health Technology Assessment of Cardiovascular Implants. In: ESF-IfW Conference on The Global Health Economy, New Technology and Medical Decision Making, Normative Models and Empirical Practice; 2006 Oct 7-8; Salza, Germany.

Dintsios M, Haverkamp A, Krauth C. Economic Evaluation of Early Monotherapy with Interferon versus Delayed Combination Therapy with Interferon and Ribavirin in Patients with Acute Hepatitis C. *Value in Health* 2006; 9(6): A302.

Gehrmann U. Überlebenszeitanalyse mit dem Piecewise Exponential Model mit gemischten Effekten unter Verwendung von BayesX und SAS. In: Tagung "Markov-Chain-Monte-Carlo – Methoden und Anwendungen" der Arbeitsgruppe "Bayes-Methodik" der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (DR-IBS); 2006 Dez 1; Mainz, Deutschland.

Gehrmann U. Überlebenszeitanalyse mit Hilfe generalisierter linearer und additiver Modelle. In: Löffler M, Winter A. (Eds.). 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS); 2006 Sep 10-14; Leipzig, Deutschland. Programm- und Abstractband, S. 175-176.

Gorenoi V, Dintsios M, Hagen A. Beschichtete versus unbeschichtete Stents bei koronarer Herzkrankheit. In: Soziale Medizin: Qualität – Humanität – Wirtschaftlichkeit; 2006 Sep 27-29; Frankfurt, Deutschland. Das Gesundheitswesen 2006; 68(7): A47.

Gorenoi V, Dintsios M, Hagen A. A health economic analysis on the use of coated stents in coronary heart disease. In: 3. Annual Meeting Health Technology Assessment International; 2006 Jul 2-5; Adelaide, Australia. Handbook, p. 87.

Gorenoi V, Dintsios M, Hagen A. Evidence on the use of coated coronary stents. In: 3. Annual Meeting Health Technology Assessment International; 2006 Jul 2-5; Adelaide, Australia. Handbook, p. 118.

Gorenoi V, Dintsios M. Beschichtete Stents zur Vorbeugung der Restenose in der KHK – Eine gesundheitsökonomische Analyse. In: 5. Kongress für Versorgungsforschung; 2006 Mai 12-13; Ludwigshafen, Deutschland. *Herzmedizin* 2005; 23 (Suppl 1): 6.

Gorenoi V, Dintsios M, Perleth M. The strategy of routine stenting or the strategy of balloon angioplasty with provisional stenting in coronary heart disease. In: 3. Annual Meeting Health Technology Assessment International; 2006 Jul 2-5; Adelaide, Australia. Handbook, p. 119.

Grouven U, Bender R. Modelling volume-outcome data in coronary surgery using fractional polynomials and generalized estimating equations. In: Workshop "Statistische Methoden für korrelierte Daten der AGs "Statistische Methoden in der Medizin" (IBS-DR), "Statistische Methodik der klinischen Forschung" (GMDS) und "Statistische Methoden in der Epidemiologie" (IBS-DR, DGEpi); 2005 Nov 23-24; Bochum, Deutschland. Programm- und Abstractband, S. 13-14.

Grouven U, Bender, R. Mindestmengen und Schwellenwertmodelle bei der Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP). In: 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), 2006 Sep 10-14; Leipzig, Deutschland. Programm- und Abstractband, S. 156-157.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Grouven U, Bender R. Ein neuer Ansatz zur Berechnung von Benchmark-Werten im logistischen Regressionsmodell. In: 52. Jahrestagung der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (DR-IBS); 2006 Mrz 7; Ruhr-Universität Bochum, Deutschland.

Heuschmann PU, Biegler M, Busse O, Elsner S, Grau A, Hasenbein U, Hermanek P, Janzen, RWC, Kolominsky-Rabas PL. Evidenzbasierte Qualitätsindikatoren für die Schlaganfallbehandlung in Deutschland [P566]. Aktuelle Neurologie 2006; 33: S124.

Heymanns L, Kirchner H, Ollenschläger G. Einschätzung und Erwartungen deutscher Hausärzte gegenüber evidenzbasierten Leitlinien. In: Evaluation 2006; 2006 Mar 6-9; Bochum, Deutschland.

Hildebrandt M, Bender R, Blettner M. Intervallschätzung von Impact Numbers in epidemiologischen Studien. In: 1. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) "Kontinuität und Zukunft: Bevölkerung – Versorgung – Evidenz"; 2006 Sep 21-23; Greifswald, Deutschland. Programm- und Abstractband, S. 119.

Hildebrandt M, Bender. Alternative Darstellung attributabler Risiken mit Hilfe von Impact Numbers. In: 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS); 2006 Sep 10-14; Leipzig, Deutschland. Programm- und Abstractband, S. 198.

Hildebrandt M, Bender R, Blettner M. Berechnung von Konfidenzintervallen für Impact Numbers aus Fall-Kontroll- und Kohortenstudien. In: 52. Jahrestagung der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (DR-IBS); 2006 Mrz 8; Ruhr-Universität Bochum, Deutschland.

Hirschmann F, Beimfohr C, Droste S, Wieseler B, Niederstadt C. Handelsnamen in Recherchestrategien für Arzneimittel-Fra-

gestellungen. In: Evaluation 2006; 2006 Mar 6-9; Bochum, Deutschland.

Kaiser T, Wieseler B. Impact of unpublished data from industry-sponsored trials on drug assessments. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p.135.

Kreis J, Kaiser T, Lange S. Consideration of dose comparability in Cochrane Reviews on antidepressants. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p.140.

Kolominsky-Rabas PL. Lifetime Cost of Ischemic Stroke in Germany [ME2]. Cerebrovasc Dis, 2006; 21 (Suppl 4): 56.

Kolominsky-Rabas PL. Ist der Schlaganfall zukünftig noch bezahlbar? Herzmedizin 2006; 2 (Suppl 1): 156.

Maegele M, Gregor S, Peinemann F, Sauerland S. Negative pressure therapy in diabetic foot wounds. Lancet 2006; 367 (9512): 725-726.

Majekodumni K, Moreno B, Schwarte S, Niederstadt C, Dintsios CM. Evaluation of databases containing safety information: A comparative review. In: 3. Annual Meeting Health Technology Assessment International; 2006 Jul 2-5; Adelaide, Australia. Handbook, p. 119.

Moreno B, Majekodumni K, McGauran N, Dintsios CM. Can different standards on prostate cancer treatment with radioactive seed implant therapy be explained by differences between HTA reports. In: 3. Annual Meeting Health Technology Assessment International; 2006 Jul 2-5; Adelaide, Australia. Handbook, p. 172.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Müller R, Kirchner H, Burmester G, Lelgemann M. EbM Schulung von Qualitätszirkelmoderatoren. Ergebnisse einer ersten Evaluation Konsequenzen für die Gestaltung weiterer Kurse. In: Evaluation 2006 im Gesundheitswesen; 2006 Mar 6-9; Bochum, Deutschland.

Payne K, Caro JJ, Proskorovsky I, Lordan N, Huybrechts KF, Ishak KJ, Rylander A, Kolominsky-Rabas PL. Stroke patient resource use and caregiver burden outcomes by severity study: Methods and preliminary German results [PST2]. *Value Health*, 2006; 9: A329.

Peinemann F, Lange S, Sauerland S. Identification of unpublished studies contribute to a systematic review on negative pressure wound therapy. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p.132.

Sauerland S, Gregor S, Maegele M, Krahn JF, Peinemann F, Lange S. Negative pressure wound therapy: A systematic review of the clinical evidence. In: 10. Annual Meeting on Surgical Research; 10. Chirurgische Forschungstage – Sektion chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 2006 Sep 21 – 23; Münster, Germany. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391: 530 (Abstract 35).

Siering U, Stich AK, Kirchner H. Do guidelines reflect current best evidence? A comparison of guideline recommendations on rapid-acting insulin analogues and conclusions of a systematic review. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p.101.

Skipka G. The inclusion of the estimated inter-study variation into forest plots for random effects meta-analyses – a suggestion for a graphical representation. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p. 134.

Skipka G. Likelihood-Quotienten-basierte exakte einseitige Konfidenzintervalle für den Vergleich zweier Raten. In: 52. Jahrestagung der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (DR-IBS); 2006 Mrz 6; Ruhr-Universität Bochum, Deutschland.

Skipka G. Meta-Analysen und deren Ergebnisdarstellung. In: 10. Konferenz der SAS-Anwender in Forschung und Entwicklung (KSFE); 2006 Feb 23-24; Universität Hamburg, Deutschland. Abstract book, S. 22-23.

Schwarte S, Moreno B, Majekodunmi KB, CM Dintsios CM. European comparison of health card implementation procedures focusing on patient safety. *Eur J Public Health* 2006; 16 (Suppl 1): 208.

Schwarte S, Moreno B, Dintsios CM, Majekodunmi K. European comparison of health card implementation focusing on patient safety. In: 3. Annual Meeting Health Technology Assessment International; 2006 Jul 2-5; Adelaide, Australia. Handbook, p. 134.

Stich AK, Siering U, Kirchner H. Berücksichtigen Leitlinien die aktuelle Evidenzlage? Ein Vergleich von Leitlinienempfehlungen mit den Ergebnissen einer systematischen Übersichtsarbeit zu kurzwirksamen Insulinanaloga unter Berücksichtigung patientenrelevanter Outcomes. In: 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) „Klinische Forschung vernetzen“; 2006 Sep 12; Leipzig, Deutschland, Programm- und Abstractband, S.172

Vervölgyi E, Skipka G, Bender R, Kaiser T. Incomplete or inaccurate information on the number of patients lost to follow-up presented in Kaplan-Meier curves in the text of published studies. In: XIV Cochrane Colloquium; 2006 Oct 23-26; Dublin, Ireland. Programme and abstract book, p. 147.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

5.5 Unveröffentlichte Vorträge

Bastian H. Gemeinsame Entscheidungen von Arzt und Patient – Problem oder Chance? In: 2. Michael-Berger-Gedächtnisvorlesung, Heinrich-Heine Universität; 2006 Nov 8; Düsseldorf, Deutschland.

Bastian H. Evidenzbasierte Patienteninformationen: Methoden und Prozesse der Erstellung. In: Shared Decision Making Tagung: Patient und Arzt als Team; 2006 Mrz 30; Heidelberg, Deutschland.

Bastian H. Evidenzbasierte Gesundheitsinformation als Virus. In: Versorgungsqualität im Gesundheitswesen, Zentrum für Sozialpolitik; 2006 Apr 6; Bremen, Deutschland.

Bastian H. Was heißt Evidenzbasierte Medizin? In: Evidenzbasierte Medizin, Patientenvertreter; 2006 Sep 15; Hagen, Deutschland.

Bender R, Lange S. Bewertung unverblindeter Studien in systematischen Übersichten. In: 57. Arbeitstreffen „Randomisierung und Verblindung klinischer Studien“ der Arbeitsgruppe Pharmazeutische Forschung (APF) der Deutschen Region der IBS; 2006 Nov 11; Nürnberg, Deutschland.

Bender R, Skipka G, Kaiser T. IQWiG-Methoden V 2.0 (Draft) zur Bewertung von Arzneimitteln. In: 34th Meeting of the VFA Unterausschuss „Biostatistik“; 2006 Nov 3; Berlin, Deutschland.

Bender R. Multiplicity in systematic reviews. In: Meeting of the Statistical Methods Group, XIV Cochrane Colloquium, 2006 Oct 24; Dublin, Ireland.

Bender R. Gesund mit Statistik: Die Rolle der Statistik im Gesundheitswesen. In: Studieninformationstag des Fachbereichs Statistik an der Universität Dortmund; 2006 Jun 24; Dortmund, Deutschland.

Biester K. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: Hochschule Niederrhein; 2006 Mai 17; Krefeld, Deutschland.

Dintsios M. Bewertungskriterien des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In: 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie; 2006 Sep 9; Dresden, Deutschland.

Dintsios M. Methodisches Vorgehen bei den zahnmedizinischen Aufträgen des IQWiG. In: Arbeitskreis Epidemiologie der Deutschen Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde; 2006 Mai 22; Rauschholzhausen, Deutschland.

Dintsios M. Nutzenbewertung von Arzneimitteln – zur Methodik des IQWiG. In: 6. Jahrestagung Consumer Health Care; 2006 Okt 27; Berlin, Deutschland.

Ebrahim SH. Motivation – Patienten bewegen – aber wie? In: Diabetes-Fortbildungsveranstaltung für Medizinisches Assistenzpersonal der Ärztekammer Westfalen-Lippe; 2006 Nov 4; Bielefeld, Deutschland.

Follmann M. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Intention, Perception, Vision. In: “Ärztliches Qualitätsmanagement” der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung; 2006 Juni 20; Düsseldorf, Deutschland.

Goodwin Burri K, Gertel A, Wieseler B. Discussion Forum: Clinical Trial Registries. In: 15th EMWA Annual Conference; 2006 May 2-6; Lyon, France.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Gregor S, Maegele M, Sauerland S, Peinemann F, Lange S. Moderne Wundbehandlung: Eine Metaanalyse zur Vakuumversiegelungstherapie. 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie; 2006 Sep 6-9; Mülheim an der Ruhr, Deutschland.

Herrmann-Frank A. Stammzelltransplantation bei akuten Leukämien: Vorstellung des Auftrags an das IQWiG. In: 7th Annual Symposium of the German Competence Network „Acute and chronic Leukemias“; 2006 Jan 31 – Feb 2; Heidelberg, Deutschland.

Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL. Evidenzbasierte Qualitätsindikatoren für die Schlaganfallbehandlung in Deutschland. In: 79. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN); 2006 Sep 20-24; Mannheim, Deutschland.

Kaiser T. Wie valide sind Arzneimittel-Informationen? In: Kommunikation von Nutzen und Risiken in der Medizin – Vom Modellprojekt zur allgemeinen Praxis; 2006 Dez 4; Berlin, Deutschland.

Kaiser T. Kriterien und Ablauf bei der Arzneimittelbewertung. In: Gemeinsamer Workshop von IQWiG und Patientenvertretern; 2006 Sep 21; Köln, Deutschland.

Kaiser T. Facts or Fiction No. 2 – Wissenschaftliche Bewertung von Studien. In: Diabetes Schulungsverein; 2006 Mai 17; Mannheim, Deutschland.

Kaiser T. Nutzenbewertung von Arzneimitteln – zur Methodik des IQWiG. In: 13. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelforschung und Arzneimittel-epidemiologie (GAA); 2006 Nov 2; Berlin, Deutschland.

Kaiser T. Übersichtsvortrag „Inhalatives Insulin“. In: XVIII. Internationaler Fortbildungskurs in praktisch-klinischer Diabetologie für Fortgeschrittene (under the auspices of the EASD- Postgraduate Education Subcommittee); 2006 Nov 11; Jena, Deutschland.

Kirchner H. Spannungsfeld zwischen Leitlinien und Gesundheitsökonomie. In: Deutsche Gesellschaft für Dermatologie. Podiumsdiskussion; 2006 Nov 2; Berlin, Deutschland.

Kirchner H, Siering U. Vorschläge des IQWiG zur Einbindung in den Arbeitsprozess. Gemeinsamer Bundesausschuss Unterausschuss DMP; 2006 Mrz 28; Siegburg, Deutschland.

Kirchner H. Einführung in die Arbeit mit medizinischen Leitlinien. In: Management in der Radiologie. Mibeg Institut; 2006 Mrz 11; Köln, Deutschland.

Kirchner H. Bewertung von Leitlinien durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Workshop „Innovation in der Kardiologie“; 2006 Feb 21; Berlin, Deutschland.

Kirchner H. Wissenschaftliche Berichterstattung durch das IQWiG. In: Symposium Qualitätssicherung der medizinischen Forschungsnetze; 2006 Jun 29; Berlin, Deutschland.

Kirchner H. Good old boys. In: Seminar für Medizinjournalisten; 2006 Jun 19; Köln, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. Lifetime cost of ischemic stroke in Germany. In: Annual Meeting of the German Spasticity Working Group; 2006 Dec 8; Erlangen, Germany.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Kolominsky-Rabas PL. Decision making and methods of the IQWiG. In: 2nd Conference of the German Society for Experimental and Clinical Neurotherapeutics; 2006 Dec 1-2; Bonn, Germany.

Kolominsky-Rabas, PL. Rütthemann J. Stroke occurrence and disease classification in Germany – a nationwide analysis based on the German DRG report 2004. In: 6th Karolinska Stroke Update Meeting; 2006 Nov 11-12; Stockholm, Sweden.

Kolominsky-Rabas PL. Kosten chronischer Erkrankungen im deutschen GKV-System. In: Jahrestreffen der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe; 2006 Nov 10-11; Gütersloh, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. Evaluation methods of costing drugs in the EU: The German methods. In: Annual Scientific Meeting of the Faculty of Pharmacy, Rene Descartes University; 2006 Jun 26-27; Paris, France.

Kolominsky-Rabas PL. Ist der Schlaganfall zukünftig noch bezahlbar? In: 5. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; 2006 Mai 12-13; Ludwigshafen, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. Lifetime Cost of Ischemic Stroke in Germany. In: 15th European Stroke Conference; 2006 May 16-19; Brussels, Belgium.

Kolominsky-Rabas PL. Der Gestaltungsspielraum von Krankenversicherern beim Bemühen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: Strategische Handlungsoptionen in der Krankenversicherung – Versicherungsforen Leipzig; 2006 Mai 10-11; Leipzig, Deutschland.

Kolominsky-Rabas PL. Gaining insight into Germany's new advisory body: the Institute for Quality and Cost-Effectiveness in Healthcare. In: Health Economics; 2006 Apr 26-27; London, Great Britain.

Lange S. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. In: ADVAMED 2006 International Conference. Globalization of Medical Device Policies, The Good, the Bad and the Ugly; 2006 Oct 30; Washington, USA.

Lange S. Bewertungsverfahren und Methoden beim IQWiG. In: 7. Symposium Health Technology Assessment "Schwerpunkt Medizinische Versorgung"; 2006 Okt 20, Köln, Deutschland.

Lange S. Die Nutzenbewertung beim IQWiG. In: Arbeitsgruppe Pharmazeutische Forschung in der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft. 56. Arbeitstreffen; 2006 Mai 12; Ludwigshafen, Deutschland.

Lange S. Bewertung interventioneller Verfahren durch das IQWiG. In: 123. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie; 2006 Mai 2-5; Berlin, Deutschland.

Payne K, Caro JJ, Kolominsky-Rabas PL. Stroke patient resource use and caregiver burden outcomes by severity study: Methods and preliminary German results. In: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 9th Annual European Congress; 2006 Oct 28-31; Copenhagen, Denmark.

Sawicki PT. Qualitätssicherung aus Sicht der Patienten. In: 12. Tagung Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen; 2006 Jan 14; Hamburg, Deutschland.

Sawicki PT. IQWiG – Nutzenbewertung von medizinischen Leistungen und Arzneimitteltherapie im Bereich Diabetes. In: 5. Euroforum Fachkonferenz „Diabetes“; 2006 Feb 13; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Insulinaloga: Welche Vorteile sind bewiesen? In: Fachtagung Diabetes 2006; 2006 Mrz 3; Münster, Deutschland.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Sawicki PT. Round Table Gespräch. In: Health Politics for Gender. 2006 Mrz 7; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Aufgaben und Stellung des IQWiG – Hintergrundinformationen zur Entstehung des neuen Instituts. In: Symposium der Forschungsstelle Pharmarecht der Philipps-Universität Marburg; 2006 Mrz 9; Marburg, Deutschland.

Sawicki PT. Qualitätsmanagement – Inhalte, Ergebnisse, Perspektiven. In: Mitteldeutsche Fortbildungstage; 2006 Mrz 17; Leipzig, Deutschland.

Sawicki PT. Zum Wohle des Patienten? Vetternwirtschaft im Gesundheitswesen. In: Ringvorlesung „Medizin und Ethik“ des Universitätsklinikums Aachen; 2006 Jan 16; Aachen, Deutschland.

Sawicki PT. Die Ist-Situation der Aufklärung in deutschen Kliniken und Praxen im internationalen Vergleich. In: Rechtssicherheit und Rechtspraxis bei der Risikoaufklärung vor Arzneimittelgabe; 2006 Jan 27; Wuppertal, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzenbewertung als Bogen zwischen Ethik und Finanzierbarkeit. In: Symposium „Versorgungsqualität in der Medizin“; 2006 Apr 6; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Aspects of Hypertension and Diabetes. In: EASD Hypertension in Diabetes Study Group; 2006 Apr 8; Belgrad, Serbien.

Sawicki PT. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: 51. Ergotherapie-Kongress. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.; 2006 Apr 27; Leipzig, Deutschland.

Sawicki PT. Qualitätskontrolle durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: 52. Nordrhein-Westfälischer Urologenkongress; 2006 Apr 28; Düsseldorf, Deutschland.

Sawicki PT. Diabetesmedikamente, deren positiver Effekt und deren Sicherheit in prospektiven, randomisierten kontrollierten Langzeit-Studien nachgewiesen wurden. In: Fortbildungstagung des Diabeteszentrums Bad Lauterberg; 2006 Apr 29; Bad Lauterberg, Deutschland.

Sawicki PT. Insulinanaloga. In: Arzneimittelkongress der Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. 2006 Mai 3; Potsdam, Deutschland.

Sawicki PT. Bedeutung von Patientenerfahrungen für IQWiG-Berichte. In: Zeno-Konferenz „Die 4. Hürde, G-BA und IQWiG“; 2006 Mai 11; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Unabhängige Information der Ärzte und Patienten als Voraussetzung für den Wegfall von Budgets. In: 9. Gesundheitssymposium der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. „Teure Gesundheit – Chancen und Risiken eines Gesundheitswesens ohne Budgets“; 2006 Mai 20; Wendgräben, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzenbewertung durch IQWiG. In: Paul-Ehrlich-Institut; 2006 Mai 31; Langen, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzenbewertung von Arzneimitteln – Wettbewerb um die bessere Behandlungsalternative? In: Gesundheitspolitisches Kolloquium der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik; 2006 Jun 07; Bremen, Deutschland.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Sawicki PT. Nutzenbewertung von Arzneimitteln – Insulinanaloge. In: Arzneimittel-Expertengremium; 2006 Jun 23; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Arzneimittelbewertung durch das IQWiG. In: DGRA (Master of Drug Regulatory Affairs)-Studiengang Gesundheitspolitische Kriterien der Arzneimittelbewertung: Konsens zwischen Staat, Ärzteschaft und Industrie?; 2006 Jun 24; Bonn, Deutschland.

Sawicki PT. Patienteninformationssystem. In: 1. Berliner Tag der Krankenhausfürsprecher und Beschwerdebeauftragten; 2006 Jun 29; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Evidenz-basierte Diabetestherapie – sinnvoll oder einschränkend? In: Fortbildung des Diabetesnetz Bruchsal; 2006 Jul 5; Bruchsal, Deutschland.

Sawicki PT. Gesundheit um jeden Preis? Ökonomische Modelle der Zukunft. 06.07.2006, Köln. In: Ringvorlesung „Gesundheit im Wandel“ der Universität Köln; 2006 Jul 6; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzenbewertung von Arzneimitteln. In: Ringvorlesung „Arzneimittelentwicklung“, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn; 2006 Jul 10; Bonn, Deutschland.

Sawicki PT. Das IQWiG in Aktion – Aufgaben und Selbstverständnis des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: Senior Management Meeting Baxter Deutschland GmbH; 2006 Jul 11; München, Deutschland.

Sawicki PT. IQWiG – Standortbestimmung und Ausblick. In: GlaxoSmithKline; 2006 Jul 25; München, Deutschland.

Sawicki PT. Veränderungen der Qualitätsmaßstäbe. In: Cadenabbia-Gespräche „Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen“; 2006 Sep 10; Cadenabbia, Italien.

Sawicki PT. Welche Medikamente braucht der Mensch? In: BUKO-Symposium „Mangel und Überfluss – Medikamente in Nord und Süd“; 2006 Sep 15; Bielefeld, Deutschland.

Sawicki PT. Quality Care in Psychiatry In: European Association of Geriatric Psychiatry; 2006 Sep 22; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Sicherheit in der Arzneimitteltherapie am Beispiel der Therapie mit NSAR. In: IQN Kongress „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand – zum Wohle der Patienten“; 2006 Sep 23; Düsseldorf, Deutschland.

Sawicki PT. From Evidence to Policy in a decentralised health care system. 04. und 05.10.2006, Bad Hofgastein. In: European Health Forum Gastein „Health sans Frontiere“; 2006 Okt 4-5; Bad Hofgastein, Germany.

Sawicki PT. HTA und die Bedeutung für das solidarische Gesundheitswesen. In: Festvortrag zur Eröffnung des Ludwig Boltzmann Instituts; 2005 Okt 13; Wien, Österreich.

Sawicki PT. Bilanz der Nutzenbewertung aus Sicht des IQWiG. In: 18.10.2006, Berlin. VFA-Symposium „Nutzenbewertung in Deutschland – erste Bilanz“; 2006 Okt 18; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Gesundheit um jeden Preis? Ökonomische Modelle der Zukunft. In: Brückensymposium „30 Jahre Lehrbereich Allgemeinmedizin“ der Universität Bonn; 2006 Okt 25; Bonn, Deutschland.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Sawicki PT. Using Evidence to Drive Pharmaceutical Policy. In: Commonwealth Fund's Ninth International Symposium on Health Care Policy; 2006 Nov 2; Washington, USA.

Sawicki PT. Kosten-Nutzen-Bewertung. In: 11. Pharma-Gipfel 2006; 2006 Nov 7; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Arbeitsweise des IQWiG. In: Workshop der AOK Rheinland; 2006 Nov 9; Wassenberg, Deutschland.

Sawicki PT. Erfahrungen des IQWiG mit den Fachgesellschaften. In: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften; 2006 Nov 11; Frankfurt, Deutschland.

Sawicki PT. Rolle der RCT in der Versorgungsforschung. In: DNVF-Workshop "Methoden der Versorgungsforschung"; 2006 Nov 17; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Lobbyismus. In: Kongress "Grüne Marktwirtschaft" der Grünen Bundestagsfraktion; 2006 Nov 18; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe verbessern. In: Bundesverband der Physiotherapeuten; 2006 Nov 18; Köln, Deutschland.

Sawicki PT. Leitlinien. In: Deutsche Liga gegen Bluthochdruck; 2006 Nov 22; München, Deutschland.

Sawicki PT. Nutzenbewertung von Arzneimitteln – Neues aus dem IQWiG. In: 11. Handelsblatt Jahrestagung "Health"; 2006 Nov 28; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Rationieren im Versorgungsalltag: Erfahrungen, Perspektiven, Konsequenzen. In: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Jahrestagung "Budgetierte Ethik? Heilen unter dem Diktat der Ökonomie"; 2006 Nov 29; Dortmund, Deutschland.

Sawicki PT. Innovationen, die dem Patienten dienen" (Podiumsdiskussion). In: Reformtag des Bundesministeriums für Gesundheit „Die Zukunft gestalten: Innovationspotenziale im deutschen Gesundheitswesen“; 2006 Dez 1; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Patientenorientierte Qualität in der Medizin. In: 12. Kongress „Armut und Gesundheit“; 2006 Dez 1; Berlin, Deutschland.

Sawicki PT. Agreeing with the European Collaboration: which consequences?. Association of the Doctors of Industries of Products and Health (AMIPS) „Products of Health in France and Europe“; 2006 Dez 4; Paris, France.

Sawicki PT. Evidence based health care in Germany. In: NICE mini plenary session: "Internal models for evidence-based priority setting"; 2006 Dez 6; Birmingham, Great Britain.

Sawicki PT. Medizinischer Fortschritt und Pseudoinnovationen – ein maßgeblicher Kostentreiber im Gesundheitssystem. In: Weiterbildungsveranstaltung der Internisten und Hausärzte Hamm; 2006 Dez 12; Hamm, Deutschland.

Sawicki PT. Overview of the missions of the IQWiG. In: Assemblée Nationale „National health agencies and their involvement in order to promote equal access to quality health care“; 2006 Dez 12; Paris, France.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Siering U. Welche Bedeutung hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) für die Entwicklung von Qualität im Gesundheitswesen? In: Wundkompetenztag der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung; 2006 Sep 8; Mülheim, Deutschland.

Scheibler F, Pfaff H. Kann das Internet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erschüttern? In: 1. Kongress Patientenkommunikation; 2006 Jan 16-17; Berlin, Deutschland.

Scheibler F. Partizipative Entscheidungsfindung: Muss das sein? In: 16. Münchner Qualitätsforum; 2006 Nov 23-24; München, Deutschland.

Scheibler F, Steffen P, Pfaff H. Patientenbeteiligung und interpersonelles Vertrauen. In: 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie; 2006 Okt 9-13; Kassel, Deutschland.

Scheibler F. Evidenzbasierte Patienteninformation des IQWiG: Methodik der Erstellung. In: 1. Kongress Patientenkommunikation; 2006 Jan 16-17; Berlin, Deutschland.

Scheibler F, Steffen P, Pfaff H. Einflussfaktoren des Arztvertrauens von Patientinnen mit primärem Brustkrebs – eine explorative Querschnittsstudie. In: Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie; 2006 Sep 21-23; Leipzig, Deutschland.

Scheibler F. Partizipationspräferenz: Empirische Ergebnisse aus Patientenperspektive. In: 13. Jahrestagung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG); 2006 Apr 27-28; Berlin, Deutschland.

Scheibler, F. Lassen sich amerikanische Entscheidungsprogramme in das deutsche Gesundheitssystem implementieren? In: 4. Deutscher Kongress zum Thema Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making); 2006 Mrz 30 – Apr 1; Heidelberg, Deutschland.

Stich AK, Follmann M. Appraisal of Clinical Guidelines by the Institute for Quality and Efficiency in Health Care. In: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO); 2006 Jun 28; Utrecht, Netherlands.

Stich AK. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und medizinische Leitlinien. In: Medizinische Informatik. Mibeg Institut; 2006 Mrz 31; Köln, Deutschland.

Wieseler B. From Protocol to Study Report: What's in Between? In: 8th European Medical Writers Association (EMWA) Autumn Meeting; 2006 Nov 16-18; Brussels, Belgium.

Wieseler B. Patient Reported Outcomes (PROs) in der Nutzenbewertung. In: Gemeinsamer Workshop von IQWiG und Patientenvertretern; 2006 Sep 21; Köln, Deutschland.

Wieseler B. Introduction to Health-Related Quality of Life. In: 15. Annual Conference of the European Medical Writers Association; 2006 May 2-6; Lyon, France.

Wieseler B. IQWiG: Kriterien, Methodik und Ziele der Bewertung. In: Fachkonferenz Bewertung von Arzneimitteln nach erfolgreicher Marktzulassung; 2006 Jan 19; Bonn, Deutschland.

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

5.6 Ehrungen und Ernennungen

Hilda Bastian wurde von der Universität Düsseldorf am 08.11.06 mit dem Michael-Berger-Preis 2006 ausgezeichnet.

Ralf Bender hat am 24.02.06 beim „Best Paper Award“ der KSFE2006 in Hamburg den 2. Preis erhalten.

Ralf Bender hat am 16.11.06 das „Certificate of Participation in Manuscript Review“ der American Medical Association (AMA) für ein qualitativ hochwertiges Review für die Zeitschrift JAMA erhalten.

Guido Skipka hat am 24.02.06 beim „Best Paper Award“ der KSFE2006 in Hamburg den 3. Preis erhalten.

Guido Skipka hat am 26.10.06 den „Thomas C. Chalmers Award 2006“ der Cochrane Collaboration für das beste Poster auf dem XIV. Cochrane Colloquium in Dublin erhalten.

5.7 Tätigkeiten in wissenschaftlichen Gremien

Hilda Bastian ist seit 2005 Mitglied im Editorial Advisory Board für klinische Studien beim British Medical Journal (BMJ)

Hilda Bastian war 2006 Mitglied in der Working Group von GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

Hilda Bastian hat 2006 am „WHO Expert Workshop“ zur Schaffung einer Plattform für die Registrierung von klinischen Studien teilgenommen.

Hilda Bastian war im Juli 2006 Teilnehmerin am Experten-Workshop über die Einbeziehung der Öffentlichkeit auf die Forschung im Bereich der Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge an der University of Sheffield – School of Health and Related Research, Royal Society of Medicine.

Hilda Bastian war 2006 die verantwortliche Redakteurin für den Abschnitt „Gesundheitsförderung und Verbraucherfragen“ der „Encyclopedia of Public Health“.

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 Programmkomitees der 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) in Leipzig (10.09. - 14.09.06).

Ralf Bender wurde am 22.09.06 in das International Scientific Committee der Konferenz „Sources of Heterogeneity in Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials“ in Bremen (09. - 10.02.07) berufen.

Ralf Bender wurde vom Projektträger Gesundheitsforschung des BMBF als Gutachter für die Fördermaßnahme „Gesundheit im Alter“ nominiert (12.12.06).

Übersicht für den Zeitraum 01.01.06 bis 31.12.06

Ralf Bender wurde vom Beirat der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft als Gutachter für die Vergabe des Bernd-Streitberg-Preises 2007 nominiert (19.12.06).

Susanne Ebrahim ist seit Oktober 2006 Editor der Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Review Group.

Hanna Kirchner hat 2006 das Amt der Sprecherin des Fachbereichs Leitlinien des Deutschen Netzwerks EbM (DNEbM) übernommen.

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

Sawicki PT und Mitarbeiter. IQWiG Herbst-Symposium 2006: „Hoffnungen und Fehler in der Medizin“. 24. - 25.11.2006, Köln.

5.8. Organisation von Workshops, Kongressen, Symposien

Bender R, Kropf S, Taeger, D. Herbstworkshop 2006 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 „Statistische Methoden für korrelierte Daten“; 2006 Nov 23 - 23; Bochum, Deutschland.

Kreis J, Bödeker W: Workshop der Arbeitsgruppe Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement von Prävention und Gesundheitsförderung – „Evidenzbasierung komplexer sozialer Interventionen – ein Arbeitsgespräch über Probleme und Lösungsansätze“. In: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention; 2006 Sep 27 - 29; Frankfurt/Offenbach, Deutschland.

6 Impressum

Angaben gemäß §6 TDG:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27

D- 51105 Köln

Tel: +49 (0) 221 – 35685 – 0

Fax: +49 (0) 221 – 35685 – 1

E-Mail: info@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Träger des Instituts:

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

Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

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

Postanschrift:

Dillenburger Straße 27

51105 Köln

Vertretung der Stiftung:

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

Dr. Werner Gerdemann

VDAK / AEV Frankfurter Straße 84

53721 Siegburg

Tel: +49 (0) 2241 – 108 – 222

Fax: +49 (0) 2241 – 108 – 465

Institutsleitung:

Prof. Dr. Peter T. Sawicki

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 . D- 51105 Köln

Tel: +49 (0) 221 – 35685 – 0 . Fax: +49 (0) 221 – 35685 – 1

E-Mail: info@iqwig.de . Internet: www.iqwig.de