



**Berichtsplan
zum Bericht
"Balneophototherapie"**

[Auftrag N04/04]

Version 1

05.08.2005

Thema: Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der
Balneophototherapie

Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags: 08.12.2004

Interne Auftragsnummer: N04/04

Kontakt:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Tel: 0221/35685-0

Fax: 0221/35685-1

Email: N04-04@iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	2
2	Ziel der Untersuchung	5
3	Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung	5
3.1	Population.....	5
3.2	Interventionen und Vergleichsbehandlungen	6
3.3	Zielgrößen.....	6
3.4	Studientypen	7
3.5	Sonstige Studiencharakteristika.....	7
3.6	Ein-/Ausschlusskriterien für Studien.....	8
4	Informationsbeschaffung	10
5	Informationsbewertung.....	11
6	Informationssynthese und –analyse.....	12
6.1	Meta-Analyse	12
6.2	Sensitivitätsanalyse.....	12
6.3	Subgruppenanalyse.....	12
7	Literaturverzeichnis	13
8	Anhang	15
8.1	Zeitplan.....	15
8.2	Abkürzungsverzeichnis	16

1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Schreiben vom 08.12.2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des Nutzen und der medizinischen Notwendigkeit der **Balneophototherapie** beauftragt.

Hierzu liegt dem G-BA zum einen ein Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 03.12.2004 zur Überprüfung der ambulanten asynchronen Balneophototherapie für die Indikation Psoriasis vulgaris gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V vor. Dieser stützt sich im Wesentlichen auf den Abschlussbericht der vom Berufsverbandes Deutscher Dermatologen (BVDD) in Auftrag gegebenen Studie „Zum klinischen Wirksamkeitsnachweis der ambulanten Balneophototherapie für die Psoriasis“. Am 14.04.2005 wurde eine überarbeitete Version des Endberichts dieser Studie vom G-BA an das IQWiG weitergeleitet.

Zum anderen liegt ein Antrag des AOK-Bundesverbandes vom 17.12.2004 zur Überprüfung der ambulanten synchronen Balneophototherapie bei verschiedenen Hautkrankheiten gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V vor, der sich auf die zu erwartenden Ergebnisse eines Erprobungsmodells der AOK Bayern für das so genannte "TOMESA-Verfahren" stützt; hier wird mit der Abgabe eines Abschlussberichtes über das Modellvorhaben im August 2005 gerechnet. In dem Modellvorhaben wurden die folgenden Indikationen untersucht, für die die Bewertung im Rahmen dieses Berichtsplans erfolgen soll: Psoriasis, atopische Dermatitis, Prurigo nodularis, Prurigo bei Nierenerkrankungen, Parapsoriasis en plaques, Ichthyosis vulgaris, Vitiligo.

Die Auftragskonkretisierung erfolgte am 23. Juni 2005.

Die Psoriasis vulgaris stellt mit einer geschätzten Prävalenz von 1-2% in der Weltbevölkerung eine der häufigsten dermatologischen Erkrankungen dar. Zuverlässige epidemiologische Daten zur Inzidenz der Erkrankung in Deutschland liegen nicht vor [1].

Die Ausprägung der Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein und interindividuell und intra-individuell stark variieren. Die Hautveränderungen werden durch den Laien oft als „ansteckende Erkrankung“ fehlinterpretiert. Das Gemiedenwerden empfinden die Betroffenen als eine schwere Belastung, es führt zu sozialer Isolation. Die Lebensqualität der Patienten wird dadurch erheblich eingeschränkt [2].

Die Psoriasis ist eine genetische Erkrankung [3]. Sie ist nicht heilbar und hat einen chronisch rezidivierenden Verlauf. Eine Vielzahl von Therapien, mit der sich die Symptome der Krankheit weitgehend eindämmen lassen, steht jedoch zur Verfügung. Es sind dies äußerliche (topische) Therapien in Form von Salben u.ä., innerliche (systemische) Therapien, verschiedene Formen der Lichttherapie und Kombinationen dieser Optionen [4,5].

Die atopische Dermatitis ist eine chronische oder chronisch-rezidivierende, nicht kontagiöse Hauterkrankung, deren klassisches Erscheinungsbild und Lokalisation altersabhängig unterschiedlich ausgeprägt sind, und die zumeist mit starkem Juckreiz einhergeht. Das Ausmaß der Hautbeteiligung kann von diskreten, umschriebenen Arealen bis zur flächenhaften Erkrankung des gesamten Hautorgans variieren. Je nach Lokalisation und Ausdehnung der atopischen Dermatitis bis hin zur entzündlichen Veränderungen der gesamten Haut (Erythrodermie) kann es sich jedoch um eine schwere Hauterkrankung handeln, die die Lebensqualität deutlich und langfristig mindert [6].

Die Ursache der atopischen Dermatitis ist bislang nicht bekannt. Sowohl die genetische Prädisposition als auch zahlreiche Auslösefaktoren spielen für die Erstmanifestation und das Auftreten der Erkrankungsschübe eine wichtige Rolle [7,8].

Die Prävalenz der atopischen Dermatitis bis zum Schulanfang ist in den letzten Jahrzehnten in Deutschland deutlich gestiegen und liegt derzeit zwischen 8-16% [9]. Der Inzidenzgipfel der Erkrankung befindet sich in den ersten beiden Lebensjahren. Die atopische Dermatitis weist ein altersabhängig unterschiedliches Befallsmuster auf. Sie ist in ihrer klinischen Ausprägung wechselnd und im Einzelfall unterschiedlich durch subakute bzw. chronische ekzematöse Hautveränderungen gekennzeichnet. Der Verlauf der atopischen Dermatitis ist wechselhaft mit Krankheitsschüben unterschiedlicher Dauer und Schwere. Die Erkrankung kann häufig rezidivieren. Auch geringgradig ausgeprägte Manifestationen haben manchmal schwere Beeinträchtigungen und psychische Belastungen zur Folge. Eine Spontanheilung ist allerdings jederzeit möglich.

Die Behandlung der atopischen Dermatitis erfordert eine Vielzahl von Maßnahmen, die individuell auf den Patienten abgestimmt werden sollte. Hierzu gehört zum einen die Reduktion und Vermeidung individueller Provokationsfaktoren und zum anderen eine angepasste symptomorientierte Basis- und Ekzemtherapie. Zum Einsatz kommen topische Therapien (v.a. Kortikosteroide und Calcineurininhibitoren), systemische Therapien und eine UV-Behandlung [9].

Zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis, schwerer Formen des atopischen Ekzems sowie einiger der anderen, oben erwähnten, selteneren Indikationen kann eine Sonderform der Licht (UV-) Behandlung, die sogenannte PUVA-Therapie angewendet werden. Hier werden lichtsensibilisierende Medikamente (Psoralene) verabreicht und die Patienten anschließend mit UVA-Licht bestrahlt. Dieses Therapieverfahren ist bei der Psoriasis vulgaris gemessen an der Reduktion des PASI-Scores wirksam [4,10,11], jedoch wegen eines hohen Aufwandes (2-3 Behandlungen pro Woche) und starker Einschränkungen im täglichen Leben (Tragen einer Schutzbrille und komplettes Meiden von Sonnenlicht am Tage der Bestrahlung) von Patienten nicht gut akzeptiert [12]. Außerdem ist bekannt, dass mit einer hohen kumulativen UVA-Gesamtdosis das Risiko von Hautkrebs steigt [13].

Unter Balneophototherapie versteht man in Deutschland eine Kombination aus einem Bad in verschiedenen Medien und einer UV-Lichttherapie. Es sind grundsätzlich die **synchrone** (Bestrahlung während des Bades, z.B. TOMESA-Verfahren) und **asynchrone** (Bad und anschließende UV-Therapie) Balneophototherapie zu unterscheiden. Bei letzterer kann das Bad Leitungswasser enthalten, einen Psoralen-Zusatz (8-Methoxypsoralen oder Trioxsalen in alkoholischer Lösung) haben oder mit Sole (10%ig bei atopischer Dermatitis bis zu 25%ig bei Psoriasis vulgaris) angereichert sein. Bei 25%iger Sole Lösung wird aus technischen Gründen erst Leitungswasser in die Wanne eingelassen, eine Folie auf das Wasser gelegt, die 25 %ige Sole aufgegossen, in der der Patient dann badet. Die Badedauer und Temperatur haben einen Einfluss auf Effektivität und Nebenwirkungen und sollten deshalb nach einem genormten Schema angewendet werden [14,15].

Eine systematische Leitlinienrecherche zum Thema Balneophototherapie wurde in der Guidelines International Network (G.I.N.) Database, über "leitlinien.de" und die Literaturdatenbanken Medline und Embase durchgeführt. Gesucht wurde nach Leitlinien zum Thema Psoriasis, atopisches Ekzem und Photodermatologie. Lediglich 6 Leitlinien [9,10,16-19] äußern sich zur Balneophototherapie, Evidenzgrade oder Empfehlungen werden in diesen Leitlinien diesbezüglich nicht angegeben.

2 Ziel der Untersuchung

Ziele der vorliegenden Untersuchung sind die vergleichende Nutzenbewertung von folgenden Formen der Balneophototherapie:

- der *asynchronen* Balneophototherapie bei Patienten mit Psoriasis vulgaris
 - mit Psoralen-haltiger Lösung
 - mit einer Salzwasserlösung

im Vergleich untereinander und im Vergleich zur Balneophototherapie mit Leitungswasser oder zu einer in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Therapie oder zu gar keiner Behandlung hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele sowie

- der *synchronen* Balneophototherapie (TOMESA-Verfahren) bei Patienten mit Psoriasis vulgaris, atopischem Ekzem im akutem Schub, Prurigo nodularis, Prurigo bei Nierenerkrankungen, Parapsoriasis en plaques, Ichthiosis vulgaris, Vitiligo

im Vergleich zur Balneophototherapie mit Leitungswasser oder zu einer in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Therapie oder zu gar keiner Behandlung hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele.

3 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung

3.1 Population

Bezüglich der asynchronen Balneophototherapie werden Patienten mit einer Psoriasis vulgaris untersucht, jedoch weder Sonderformen der Psoriasis noch die Psoriasisarthritis, da die Balneophototherapie hierfür nicht indiziert ist. Hinsichtlich der in den Studien untersuchten Patienten werden keine weiteren Einschränkungen vorgenommen. Bezüglich der synchronen Balneophototherapie werden zusätzlich Patienten mit folgenden Hauterkrankungen

eingeschlossen: atopisches Ekzem im akutem Schub, Prurigo nodularis, Prurigo bei Nierenerkrankungen, Parapsoriasis en plaques, Ichthiosis vulgaris, Vitiligo.

3.2 Interventionen und Vergleichsbehandlungen

Die zu prüfenden Interventionen stellen die oben erwähnten, verschiedenen Formen der Balneophototherapie dar.

Als Vergleichsinterventionen werden Balneophototherapie mit Leitungswasser und alle in Deutschland verfügbaren und zugelassenen Therapien der jeweiligen Erkrankungen betrachtet. Bei Kombinationstherapien werden nur Studien mit vergleichbarer zusätzlicher Therapie in den Gruppen untersucht. Auch Kontrollgruppen ohne jegliche Behandlung werden ggf. in die Betrachtung einfließen.

3.3 Zielgrößen

Als Zielgrößen für die Untersuchung werden Parameter verwendet, die eine Beurteilung folgender patientenrelevanter Therapieziele ermöglichen:

- Reduktion des Hautbeschwerdebildes (einschließlich des Erscheinungsbildes und der Symptome)
- Erreichen einer Hauterscheinungsfreiheit über einen möglichst langen Zeitraum
- Reduktion der unerwünschten Wirkungen und möglicher Folgeschäden der (Begleit-) Therapie
- Erhalt bzw. Besserung krankheitsbezogener Lebensqualität (einschließlich der Berufsfähigkeit und sonstiger Aktivitäten des täglichen Lebens sowie psychosozialer Effekte)
- Verminderung des Therapieaufwandes

3.4 Studientypen

Randomisierte klinische Studien (RCTs) liefern für die Bewertung des Nutzens einer medizinischen Intervention die zuverlässigsten Ergebnisse, weil sie, sofern methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet sind. Für den zu erstellenden Bericht werden primär RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Nutzenbewertung einfließen. Um allerdings wegen der bislang verfügbaren, begrenzt erscheinenden Evidenzlage [15] keine wesentlichen Ergebnisse zu übersehen, werden auch nicht randomisierte, prospektive Interventionsstudien mit zeitlich paralleler Kontrolle in die Betrachtung einfließen.

3.5 Sonstige Studiencharakteristika

Eine Beschränkung auf anderweitige Studiencharakteristika ist nicht vorgesehen.

3.6 Ein-/Ausschlusskriterien für Studien

In die Nutzenbewertung werden alle Studien einbezogen, die

- alle nachfolgenden Einschlusskriterien und
- keine der nachfolgenden Ausschlusskriterien erfüllen.

Einschlusskriterien	
E1 A	<p>Patienten mit einer Psoriasis vulgaris, für die eine asynchrone Balneophototherapie indiziert ist bzw. als indiziert angesehen wird</p> <p><i>Oder</i></p>
E1 B	<p>Patienten mit einer Psoriasis vulgaris, atopischem Ekzem im akuten Schub, Parapsoriasis en plaques, Ichthiosis vulgaris, Vitiligo, Prurigo nodularis und Prurigo bei Nierenerkrankungen), für die eine synchrone Balneophototherapie (TOMESA-Verfahren) indiziert ist bzw. als indiziert angesehen wird</p>
E2	<p>Prüfintervention: UV-Therapie mit kombinierter Badebehandlung (Solebad, Psoralen-haltige Bäder)</p>
E3	<p>Vergleichsintervention: Balneophototherapie mit Leitungswasser und alle in Deutschland verfügbaren und zugelassenen Therapien der jeweiligen Erkrankungen, die jeweils unterschiedlichen Formen der Balneophototherapie (s. Abschnitt 2) sowie Kontrollgruppen ohne jegliche Therapie</p>
E4	<p>Optionen für Kombinationsbehandlungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in beiden Gruppen keine zusätzliche Behandlung 2. in beiden Gruppen vergleichbare und in Deutschland verfügbare und zugelassene Therapien der jeweiligen Erkrankungen
E5	<p>Zielgrößen, die sich aus den in 3.3 formulierten Therapiezielen ableiten</p>
E6	<p>Randomisierte kontrollierte Studien und kontrollierte klinische Studien mit zeitlich paralleler Kontrollgruppe</p>
E7	<p>Publikationen in Englisch, Deutsch, Holländisch, Französisch, Spanisch und Italienisch</p>

Ausschlusskriterien

- A1 Tierexperimentelle Studien
- A2 Mehrfachpublikationen ohne relevante Zusatzinformation
- A3 Keine Volltext-Publikation verfügbar ^a

a: Als Volltext-Publikation gilt in diesem Zusammenhang auch die nicht vertrauliche Weitergabe eines Studienberichts an das Institut oder die nicht vertrauliche Bereitstellung eines Berichts über die Studie, der den Kriterien des CONSORT-Statements genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht.

4 Informationsbeschaffung

Die Suche nach relevanten Studien wird in folgenden Quellen durchgeführt:

Quelle	Kommentar
Bibliographische Datenbanken	Suche in folgenden Datenbanken: <ul style="list-style-type: none"> - CENTRAL - EMBASE - MEDLINE
Literaturverzeichnisse	Suche in den Literaturverzeichnissen relevanter systematischer Übersichten, HTA-Berichten und Evidenz basierter Leitlinien
Hersteller	Anfrage an Hersteller von Meladinine ® Lösungskonzentrat bei Anwendung zur BadePUVA-Therapie in Deutschland bzgl. publizierter und nicht publizierter Studien. Notwendige Voraussetzung für die Berücksichtigung bislang nicht publizierter Daten: <ul style="list-style-type: none"> (a) Die Daten sind nachweislich unter Berücksichtigung der generellen methodischen Standards entstanden. (b) Der Hersteller stimmt der Veröffentlichung im Rahmen des Institutberichts zu.
Unterlagen des G-BA	Bislang zu diesem Thema an den G-BA eingegangene und an das Institut weitergeleitete Stellungnahmen werden bzgl. relevanter Studien durchsucht.
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> - Ggf. Kontaktaufnahme mit Sachverständigen / Experten - Ggf. Kontaktaufnahme mit Autoren einzelner Publikationen, z.B. zur Frage nach nicht publizierten Teilaspekten

5 Informationsbewertung

Die Dokumentation der Studiencharakteristika und –ergebnisse sowie deren Bewertung erfolgt anhand von standardisierten Dokumentationsbögen, deren grundsätzliche Struktur und Items auf den Internetseiten des Instituts veröffentlicht sind.

6 Informationssynthese und –analyse

Die Informationen werden einer Informationssynthese und –analyse, wenn möglich unter Zuhilfenahme der unten beschriebenen Werkzeuge, unterzogen. Eine abschließende zusammenfassende Bewertung der Informationen erfolgt darüber hinaus in jedem Fall.

6.1 Meta-Analyse

Sofern die Studienlage es inhaltlich und methodisch als sinnvoll erscheinen lässt, erfolgt eine quantitative Zusammenfassung der Einzelergebnisse im Sinne einer Metaanalyse gemäß den Methoden des Instituts.

6.2 Sensitivitätsanalyse

Sensitivitätsanalysen sind insbesondere geplant für

- eine biometrische Qualitätsbewertung, z.B. anhand der in den Extraktionsbögen (s. Abschnitt 5) vorgegebenen ordinalen Einteilung,
- die in den Publikationen beschriebenen Per-Protokoll-Auswertungen (versus ITT-Auswertungen), sofern möglich, und
- ein (statistisches) Modell mit festen Effekten (versus ein Modell mit zufälligen Effekten), falls eine Metaanalyse vorgenommen wird.

6.3 Subgruppenanalyse

Subgruppenanalysen sind – soweit durchführbar – für die folgenden Merkmale vorgesehen:

- Art der Erkrankung
- Geschlecht
- Alter
- Hauttyp

Falls bei einer eventuell durchgeführten Metaanalyse eine bedeutsame Heterogenität beobachtet wird (I^2 -Wert $> 50\%$ [21] bzw. $p < 0.2$ bei einem statistischen Interaktionstest [22]), kann eine Subgruppenanalyse für möglicherweise die Heterogenität erzeugende Merkmale sinnvoll sein.

7 Literaturverzeichnis

- [1] Christophers E. Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001 Jun; 26: 314-320.
- [2] Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. 2001 Mar; 137: 280-284.
- [3] Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Enerback C, Enlund F, Samuelsson L, et al. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol*. 1997 Dec; 137: 939-942.
- [4] Griffiths CE, Clark CM, Chalmers RJ, Li Wan PA, Williams HC. A systematic review of treatments for severe psoriasis. *Health Technol Assess*. 2000; 4: 1-125.
- [5] Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PM, Bos JD. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *Br J Dermatol*. 1997 Dec; 137: 943-949.
- [6] Schmid-Ott G, Kuensebeck HW, Jaeger B, Werfel T, Frahm K, Ruitman J, et al. Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*. 1999 Nov; 79: 443-447.
- [7] Wollenberg A, Bieber T. Atopic dermatitis: from the genes to skin lesions. *Allergy*. 2000 Mar; 55: 205-213.
- [8] Leung DY. Atopic dermatitis: new insights and opportunities for therapeutic intervention. *J Allergy Clin Immunol*. 2000 May; 105: 860-876.
- [9] Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD). Atopische Dermatitis. AWMF [online]. 2002; <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/013-027.htm>. letzter Zugriff: 2005-07-19.
- [10] Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie (NVDV). Richtlijn: Foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis. 2003.
- [11] Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PM, Bos JD. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *Br J Dermatol*. 1997 Dec; 137: 943-949.
- [12] Faguer K, Roelandts R, Dompmartin A, van d, V, Coster J, Stoof T, et al. Photo(chemo)therapy in private practice in Belgium, France and The Netherlands. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 1999 Apr; 15: 59-63.
- [13] Stern RS, Lange R. Non-melanoma skin cancer occurring in patients treated with PUVA five to ten years after first treatment. *J Invest Dermatol*. 1988 Aug; 91: 120-124.

- [14] Gruss C, Behrens S, von KG, Reuther T, Husebo L, Altmeyer P, et al. Effects of water temperature on photosensitization in bath-PUVA therapy with 8-methoxypsoralen. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 1998 Oct; 14: 145-147.
- [15] Halpern SM, Anstey AV, Dawe RS, Diffey BL, Farr PM, Ferguson J, et al. Guidelines for topical PUVA: a report of a workshop of the British photodermatology group. *British Journal of Dermatology*. 2000; 142: 22-31.
- [16] American Academy of Dermatology Committee on Guidelines of Care. Guidelines of care for phototherapy and photochemotherapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1994; 31: 643-648.
- [17] Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG). Psoriasis - Therapie. AWMF [online]. 1999; <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/013-001.htm>. letzter Zugriff: 2005-07-19.
- [18] Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD). Empfehlungen zur Phototherapie und Photochemotherapie. AWMF [online]. 2002; <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/013-029.htm>. letzter Zugriff: 2005-07-19.
- [19] Snellman E. Psoriasis. EBM Guidelines [online]. 2004; http://www.terveysportti.fi/ebmg/ltk.avaa?p_artikkeli=ebm00288. letzter Zugriff: 2005-07-19.
- [20] Gruss C, Behrens S, von KG, Reuther T, Husebo L, Altmeyer P, et al. Effects of water temperature on photosensitization in bath-PUVA therapy with 8-methoxypsoralen. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 1998 Oct; 14: 145-147.
- [21] Higgins J, Thompson S, Deeks J, Altman D. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*. 2003; 327: 557-560.
- [22] Koch A, Ziegler S. Metaanalyse als Werkzeug zum Erkenntnisgewinn. *Med Klin*. 2000; 95: 109-116.

8 Anhang

8.1 Zeitplan

Arbeitsschritt	Termin (geplant)
Veröffentlichung des Vorberichts	Januar 2006
Einholung von Stellungnahmen	Bis vier Wochen nach Veröffentlichung des Vorberichts
Diskussion der Stellungnahmen	Februar 2006
Weitergabe des Abschlussberichts an den Gemeinsamen Bundesausschuss	April 2006
Veröffentlichung des Abschlussberichts	Zwei Monate nach Weitergabe an den G-BA

8.2 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials
EMBASE	Excerpta Medica Database
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G.I.N.	Guidelines International Network
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
RCT	Randomized Controlled Trial
TOMESA	TOtes MEer SALz