

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

Modelle und deren
Umsetzung

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 68

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

Modelle und deren
Umsetzung

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Oktober 2013

Projektteam

Projektleitung: Dr. med. Anna Nachtnebel, MSc

Projektbearbeitung: Julia Mayer, BSc, MSc

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA

Handsuche: Julia Mayer, BSc, MSc

Externe Begutachtung: PD Dr. Matthias Perleth, MPH. Leiter der Abteilung Fachberatung
Medizin in der Geschäftsstelle des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), Berlin

Interne Begutachtung: PD Dr. Claudia Wild

Korrespondenz: Julia Mayer, Julia.mayer@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Mayer J, Nachtnebel A. Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien. Modelle und deren Umsetzung. HTA-Projektbericht Nr.: 68; 2013. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/page/imprint>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisonsgasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at/>“, der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 68

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2013 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

| | |
|---|----|
| Zusammenfassung | 7 |
| Executive Summary | 8 |
| 1 Hintergrund..... | 9 |
| 1.1 Einleitung..... | 9 |
| 2 Definitionen | 11 |
| 2.1 Ineffektive Interventionen und Technologien | 11 |
| 2.2 Mögliche Ziele und AdressatInnen | 12 |
| 2.3 Stakeholder | 14 |
| 3 Ziele und Forschungsfragen | 15 |
| 4 Methoden..... | 17 |
| 4.1 Literatursuche..... | 17 |
| 4.2 Evidenzanalyse | 18 |
| 4.3 Befragung von ExpertInnen..... | 18 |
| 5 Ergebnisse: Modelle und Strategien zur Optimierung der Ressourcennutzung | 19 |
| 5.1 Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien | 19 |
| 5.2 HTA-basierte Modelle und Strategien..... | 20 |
| 5.2.1 Guideline for Not Funding existing health Technologies in health care systems (GuNFT) & PriTec Prioritization Tool (Spanien) | 20 |
| 5.2.2 NICE: Disinvestment als Teil der NICE-Guidance (UK) | 24 |
| 5.2.3 Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC): Disinvestment von Medikamenten und Impfungen (Australien)..... | 29 |
| 5.2.4 Framework for reviewing existing MBS (Medical Benefits Schedule) items (Australien) | 30 |
| 5.2.5 „Scientific Uncertainties“ und SBU Disinvestment-Projekt (Schweden)..... | 33 |
| 5.3 Modelle und Strategien ohne HTA-Bezug | 35 |
| 5.3.1 Die Choosing Wisely®-Initiative (USA)..... | 35 |
| 5.3.2 Program Budgeting and Marginal Analysis (PBMA) | 40 |
| 5.3.3 SVR/Sachverständigenrat-Gutachten: Stakeholder-Befragung (Deutschland) | 44 |
| 5.4 Pilotprojekte | 49 |
| 5.4.1 The ASTUTE Health Study (Australien)..... | 49 |
| 5.4.2 Das SHARE-Projekt (Australien) | 51 |
| 5.5 Zusammenfassende Darstellung der Modelle und Strategien | 53 |
| 6 Limitationen..... | 65 |
| 7 Diskussion | 67 |
| 8 Konklusion: Vorschlag eines Modells zur Optimierung der Ressourcennutzung..... | 71 |
| 8.1 Generelle Empfehlungen | 71 |
| 8.2 Stakeholderbeteiligung | 72 |
| 8.3 Schritte des Modells | 73 |
| 8.3.1 Identifikation | 73 |
| 8.3.2 Priorisierung | 74 |
| 8.3.3 Assessment..... | 75 |
| 8.3.4 Art und Disseminierung der Ergebnisse | 75 |
| 8.3.5 Implementierung der Ergebnisse | 76 |
| 8.3.6 Evaluierung | 77 |
| 8.3.7 Schematische Darstellung des Modellvorschlags..... | 78 |

| | | |
|------|--|----|
| 9 | Referenzen | 79 |
| 10 | Appendizes | 83 |
| 10.1 | Fragebogen für internationale ExpertInnen | 83 |
| 10.2 | Weblinks zu Modell-Webseiten, Ergebnissen und Tools..... | 86 |
| 10.3 | Suchstrategie..... | 88 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|---|----|
| Abbildung 1: | Schematische Darstellung des Modellvorschlags | 78 |
|--------------|---|----|

Tabellenverzeichnis

| | | |
|--------------|---|----|
| Tabelle 5-1: | Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: HTA-Basierung, Ziele, Adressaten und Fokus..... | 55 |
| Tabelle 5-2: | Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: Identifikation | 57 |
| Tabelle 5-3: | Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: Priorisierung | 59 |
| Tabelle 5-4: | Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: Stakeholderbeteiligung, Ergebnisse, Disseminierung | 62 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------|---|
| ABIM..... | American Board of Internal Medicine |
| AHTA..... | Adelaide Health Technology Assessment |
| BMJ | British Medical Journal |
| bzw. | beziehungsweise |
| CADTH | Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health |
| CER..... | Comparative Effectiveness Research |
| CMF..... | Comprehensive Management Framework for the MBS |
| e.g. | <i>exempli gratia</i> , zum Beispiel |
| et al. | <i>et alia</i> , und andere |
| etc. | <i>et cetera</i> , und so weiter |
| GuNFT..... | Guideline for Not Funding existing health Technologies in health care systems |
| HTA | Health Technology Assessment |
| HTAi | Health Technology Assessment international |
| LBI-HTA | Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment |
| MBS..... | Medical Benefits Schedule |
| Mio. | Millionen |
| MSAC..... | Medical Services Advisory Committee |
| MTA..... | Multiple Technology Appraisal |
| MQFEAC | MBS Quality Framework Expert Advisory Committee |
| NHS..... | National Health Service |
| NICE..... | National Institute for Health and Care Excellence |
| NPA..... | National Physicians Alliance |
| NPP | National Priorities Partnership |
| NQF | National Quality Forum |
| OP..... | Operation |
| PBAC | Pharmaceutical Benefits Advisory Committee |
| PBMA..... | Program Budgeting and Marginal Analysis |
| PBS..... | Pharmaceutical Benefits Scheme |
| SBU | Swedish Council on Technology Assessment in Health Care |
| STA | Single Technology Appraisal |
| SVR | Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen |
| u. a. | unter anderem |
| UK..... | United Kingdom |
| USA | United States of America |
| v. a. | vor allem |
| vgl. | vergleiche |
| VPACT..... | Victorian Policy Advisory Committee on Clinical Practice and Technology |
| z. B. | zum Beispiel |

Zusammenfassung

Hintergrund

Weltweit sehen sich EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen mit der Herausforderung stetig ansteigender Gesundheitsausgaben konfrontiert. Viele Gesundheitsleistungen, die derzeit in der Praxis Anwendung finden und durch die öffentliche Hand bezahlt werden, wurden nie systematisch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Kosteneffektivität und Sicherheit bewertet. Damit limitierte Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems bestmöglich alloziert und PatientInnen mit wirksamen und sicheren medizinischen Interventionen versorgt werden können, wird die aktive Identifikation ineffektiver Leistungen immer wichtiger.

Methode

Artikel zu international bereits entwickelten und implementierten Modellen zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien wurden, basierend auf publizierten Übersichtsarbeiten, durch eine systematische Literatursuche in 5 Datenbanken sowie durch eine ergänzende Handsuche auf HTA-Webseiten, auf Google und in Journalen identifiziert. Der Ein- und Ausschluß der gefundenen Referenzen, als auch die Analyse der eingeschlossenen Modelle erfolgte anhand vordefinierter Kriterien. Eine Befragung relevanter internationaler ExpertInnen mittels eines halbstandardisierten Fragebogens lieferte zusätzliche Information.

Ergebnisse

Die Literatursuche ergab 593 Treffer, 120 relevante Dokumente wurden eingeschlossen. Von den 8 an internationale ExpertInnen verschickten Fragebögen wurden 5 ausgefüllt retourniert, was eine Rücklaufquote von 62,5 % ergibt.

8 bereits implementierte Modelle zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien konnten identifiziert werden. Die Analyse ergab Gemeinsamkeiten bei der Zielsetzung, der Stakeholderbeteiligung sowie der Wahl der AdressatInnen. Zur Identifikation ineffektiver Leistungen nutzt ein Großteil der Modelle personen- und literaturbasierte Informationsquellen, häufig angewandte Kriterien sind Effektivität, Kosten und Nutzen. Involviert sind meist ÄrztInnen, PatientInnen und HTA-WissenschaftlerInnen. 6 von 8 Modellen priorisieren identifizierte Leistungen anhand definierter Kriterien. Die Verbreitung von Ergebnissen – meist in Form von HTA-Berichten oder Listen – erfolgt bei 6 von 8 Modellen passiv über das Internet. Empfehlungen werden entweder als verbindliche Handlungsanweisungen implementiert oder als unverbindliche Information an ÄrztInnen und andere Stakeholder herangetragen.

Basierend auf den identifizierten Gemeinsamkeiten wurde ein Modellvorschlag zur Identifikation ineffektiver Leistungen für den österreichischen Kontext abgeleitet.

Diskussion

Etliche gemeinsame Herausforderungen konnten aus den Modellen abgeleitet werden. Diese betreffen die Abhängigkeit der Modelle von Evidenz, also die Frage, wie mit Leistungen umgegangen werden soll, für die es keinerlei wissenschaftlichen Nachweis zu Effektivität, Sicherheit oder Kosteneffektivität gibt. Weitere Herausforderungen sind unscharfe Begrifflichkeiten und fehlende Akzeptanz der Ergebnisse durch ÄrztInnen und andere Stakeholder. Aufgrund von fehlenden Evaluationsdaten ist eine endgültige Einschätzung des Impacts der herangezogenen Modelle derzeit nicht möglich.

Gesundheitsausgaben steigen stetig an

die aktive Identifikation ineffektiver Leistungen wird wichtiger

systematische Literatursuche und ergänzende Handsuche

ExpertInnenbefragung mittels Fragebogen

593 Treffer, 120 davon eingeschlossen Rücklaufquote von 62,5 %

8 identifizierte Modelle

Analyse ergab Gemeinsamkeiten bei verschiedenen Charakteristika

Modellvorschlag für Österreich wurde entwickelt

es gibt eine Reihe an Herausforderungen für die Umsetzung

Executive Summary

| | |
|---|--|
| <p>health care costs are rising</p> <p>active identification of ineffective interventions and technologies is gaining importance</p> <p>systematic literature search and additional hand search</p> <p>consultation of experts via questionnaire</p> <p>593 records, 120 included return rate 62.5 %</p> <p>8 models identified</p> <p>analysis shows commonalities concerning different characteristics</p> <p>a potential model for Austria has been developed</p> <p>several challenges concerning implementation exist</p> | <p>Background</p> <p>Decision makers in health care systems are facing the challenge of rising health care costs all over the world. Many interventions and technologies currently in use have never been systematically assessed regarding effectiveness, cost-effectiveness and safety. Active identification of ineffective interventions and technologies is gaining importance to facilitate the best possible use of limited resources and to provide effective and safe care for patients.</p> <p>Method</p> <p>A systematic literature review was conducted in 5 databases to identify articles describing internationally developed and implemented models for the identification of ineffective interventions and technologies. In addition to websites of HTA agencies, Google and relevant journals were hand searched to retrieve information. Models were included and analyzed according to predefined criteria. International experts were consulted via a half-standardised questionnaire.</p> <p>Results</p> <p>593 records were identified after deduplication overall, 120 were included. 5 of 8 questionnaires were returned by international experts, resulting in a return rate of 62.5 %.</p> <p>8 already implemented models could be identified. The analysis showed that there are commonalities concerning objectives, stakeholder involvement and choice of target groups. Most models identify ineffective interventions and technologies using person- and literature-based information sources. Frequently applied identification criteria are effectiveness, costs and benefit. Physicians, patients and HTA-researchers are involved interest groups. 6 of 8 models prioritize identified interventions and technologies using predefined criteria. Outputs – mostly HTA reports or lists – are disseminated passively via internet by the majority of models included. Recommendations are implemented either as binding guidelines or as non-binding information for physicians and other stakeholders.</p> <p>Based on the models analysed, a potential model for the Austrian context has been developed.</p> <p>Discussion</p> <p>Several challenges could be derived from international experiences concerning the implementation of the models analysed. These challenges concern the models' dependency on evidence regarding effectiveness, safety and cost-effectiveness. Further challenges are the absence of clear definitions and lacking acceptance by physicians and other stakeholders. Currently, there is not enough data to appraise the actual impact of models for the identification of ineffective interventions and technologies.</p> |
|---|--|

1 Hintergrund

1.1 Einleitung

Das immer größere und komplexere Angebot an medizinischen Technologien und Interventionen im Gesundheitsbereich ist nicht nur mit einem breiteren Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch mit einem Ansteigen der Gesundheitsausgaben verbunden [1]. Die systematische Bewertung von neuen Technologien vor der Kostenübernahme durch die öffentliche Hand ist in zahlreichen Ländern bereits routinemäßig implementiert, wobei neue Technologien mittels Health Technology Assessments unter anderem auf ihre Wirksamkeit und Sicherheit überprüft werden, bevor EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen über eine Aufnahme in Leistungskataloge entscheiden. Der Fokus von HTA liegt daher also auf einer Evaluierung *neuer* Technologien und Interventionen.

Viele Technologien und Interventionen, die in der Praxis Anwendung finden, wurden jedoch nie entsprechend evaluiert. Die Annahme, dass diese automatisch durch neue, effektive und effiziente Alternativen ersetzt werden, erweist sich oft als falsch: in der Praxis bestehen „neue“ und „alte“ Technologien und Interventionen parallel [1], die Anzahl der in Verwendung befindlichen Leistungen steigt damit stetig an. Generell werden Technologien im Laufe der Zeit zwar durch neuere Verfahren oder Interventionen ersetzt und so aus der klinischen Praxis zunehmend verdrängt, allerdings gewinnen aktive Prozesse zur Identifizierung ineffektiver Technologien immer größere Bedeutung. Um einerseits limitierte Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems optimal zu allozieren und um andererseits die bestmögliche Patientenversorgung mit wirksamen und sicheren medizinischen Interventionen zu gewährleisten, gilt es daher, neben neuen Technologien auch bereits in Gebrauch befindliche zu identifizieren, gegebenenfalls zu priorisieren und auf deren Wirksamkeit, Sicherheit und/oder Kosteneffektivität zu überprüfen. Die so freigesetzten Ressourcen können dann entweder eingespart oder in andere, wirksamere Alternativen investiert werden (Neuverteilung der Ressourcen).

Etlliche Modelle zur Identifikation von ineffektiven Interventionen und Technologien wurden international bereits entwickelt und implementiert. Diese Modelle unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Definition von „Ineffektivität“ – alternative Bezeichnungen sind etwa „obsolet“ oder „low value“ –, der Methoden und der Zielsetzungen. Gemeinsam ist diesen Modellen aber, dass selbst nach erfolgreicher Identifizierung (potenziell) ineffektiver Interventionen und Technologien die Umsetzung der daraus resultierenden Empfehlungen in den klinischen Alltag oftmals Schwierigkeiten bereitet. Bei Veränderungen im Angebot, aber auch in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, kann mit Widerständen der Gesundheitsdienstleister, der Ärzteschaft und der PatientInnen gerechnet werden. Um trotz dieser Widerstände Veränderungen bewirken zu können, können unterschiedliche Maßnahmen gesetzt werden: neben finanziellen Anreizen werden auch PatientInnenenbroschüren, Leitlinien für ÄrztInnen und anderes Gesundheitspersonal oder organisatorisch/strukturelle Umgestaltungen angeführt.

Gesundheitsausgaben steigen stetig an

neue Interventionen und Technologien werden vor Aufnahme in Leistungskataloge mittels HTA bewertet

derzeit angewandte Leistungen wurden zum Teil nie auf Effektivität und Sicherheit geprüft

aktive Identifizierung ineffektiver Interventionen und Technologien und deren Bewertung gewinnt an Bedeutung

freigesetzte Ressourcen können eingespart oder neuverteilt werden

es gibt bereits Modelle zur Identifikation ineffektiver Leistungen

Implementierung ist schwierig

verschiedene Maßnahmen zum Abbau von Widerständen

**Ableitung genereller
Handlungsempfehlungen
möglich?**

Es stellt sich nun die Frage, ob sich aus den bisher gesammelten internationalen Erfahrungen mit der Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien und mit der Umsetzung der Ergebnisse, generelle Handlungsempfehlungen für die erfolgreiche Implementierung eines Modells zur Erkennung, Priorisierung und Bewertung von ineffektiven Leistungen ableiten lassen

2 Definitionen

2.1 Ineffektive Interventionen und Technologien

Zahlreiche Begriffe existieren für Interventionen oder Technologien, deren Anwendung – sei es aus klinischen oder aus finanziellen Gründen – in der klinischen Praxis nicht (mehr) angezeigt ist. In der Literatur finden sich Bezeichnungen wie „obsolete“, „superseded“, „outdated“ [2], „low-value“ [3] oder „wasteful care“ [4]. Als *obsolete* wird:

„any health technology in use for one or more indications, whose clinical benefit, safety or cost-effectiveness has been significantly superseded by other available alternatives [2]“

beschrieben. Diese Definition legt nahe, dass es immer (eine) nachweislich bessere (effektivere, sicherere [5]) Alternative(n) zu einer bestimmten Intervention oder Technologie geben muss, bevor diese als *obsolete* bezeichnet wird. Möglich ist jedoch auch, dass diese Alternative „keinerlei Intervention“ ist [2].

Auch wird ein Unterschied zwischen „potenziell *obsolete*“ und „*obsolete*“ gemacht:

„A potentially obsolete technology is one which is indicated as being possibly obsolete (when such obsolescence is identified) after the process of detection, while an obsolete technology is one which is shown to be obsolete following the issue of a report based on a systematic review [2].“

Obwohl die Möglichkeit besteht, dass Technologien von alleine nicht mehr in der klinischen Praxis verwendet werden (outdated), werden ineffektive Interventionen und Technologien in der Regel durch die Bewertung von Wirksamkeit, Sicherheit und/oder Kosteneffektivität festgestellt [2, 3, 6], wobei unterschiedliche Kombinationen identifizierter Charakteristika auftreten können: Interventionen und Technologien können zwar wirksam und sicher, aber zu teuer, oder zu unsicher und/oder zu wenig wirksam sein. Idealerweise sind angewendete Interventionen und Technologien effektiv, sicher und kosteneffektiv.

Darüber hinaus müssen in Abhängigkeit der vorhandenen Evidenzlage unterschiedliche Konstellationen berücksichtigt werden. Interventionen und Technologien sind demnach als (potenziell) ineffektiv zu betrachten, wenn [7-11]:

1. Die Wirksamkeit, Sicherheit und/oder Kosteneffektivität nicht durch Evidenz belegt ist.
2. Eine geringe oder fehlende Wirksamkeit, Sicherheit und/oder Kosteneffektivität durch Evidenz belegt ist.
3. Wirksamkeit und Sicherheit durch Evidenz belegt sind, es jedoch nachweislich wirksame und sichere Alternativen mit höherer Kosteneffektivität gibt.

Daneben gibt es aber noch andere Situationen, die Ineffektivität bedingen können. So ist denkbar, dass Interventionen nicht fachgerecht, also anhand entsprechend anerkannter Qualitätskriterien, erbracht werden. Auch nicht bedarfsgerecht eingesetzte Leistungen, zum Beispiel bei weiteren Indikationen, für die es bislang keinen wissenschaftlichen Nachweis gibt, oder die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-) Nutzen erbracht werden, werden ineffektiv [12, 13]. In diesem Zusammenhang, spricht man häufig auch von Über- oder Fehlversorgung [14].

keine einheitliche Definition

effektivere, sicherere und kosteneffektivere Alternativen
„keine Intervention“ als Alternative

Unterschied zwischen potenziell *obsolete* und *obsolete*

wichtige Kriterien sind Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität

Abhängigkeit von Evidenzlage

andere Ursachen für Ineffektivität

Strukturen und Prozesse können Ineffektivität begünstigen

Hierbei ist erwähnenswert, dass auch zugrunde liegende Strukturen und Prozesse Ineffektivität begünstigen können. Beispiele für ineffektive Strukturen sind beispielsweise ein Überangebot an Betten oder Geräten. Die Prozessqualität leidet zum Beispiel in Zusammenhang mit ineffektivem Schnittstellenmanagement [15].

2.2 Mögliche Ziele und AdressatInnen

optimale Ressourcennutzung

Die Identifizierung, Priorisierung und Bewertung ineffektiver Interventionen und Technologien zielt letztlich darauf ab, finanzielle Nachhaltigkeit zu schaffen und/oder eine optimale Versorgung der PatientInnen zu gewährleisten [11, 16]. Eine Vermeidung der Anwendung ineffizienter Interventionen und Technologien soll also grundsätzlich zu einer optimaleren Nutzung vorhandener Ressourcen führen.

finanzieller Fokus

Folgende Zielsetzungen können beschrieben werden, welche – oft in Kombination – zu einer optimalen Ressourcennutzung beitragen sollen [3, 14, 16-18]:

PatientInnenversorgung

- ✿ Ziele mit finanziellem Fokus (Kosteneinsparungen, Reallokation).
- ✿ Ziele mit Fokus auf PatientInnenversorgung und –sicherheit.

Eine klare Abgrenzung dieser beiden Ziele ist allerdings nicht möglich, da oft mehrere Ziele gleichzeitig verfolgt werden oder sie ineinander greifen.

Disinvestment: bestmöglicher Einsatz vorhandener Ressourcen

Modelle und Strategien mit vorwiegend finanziellen Zielen messen dem Kriterium der Kosteneffektivität besondere Bedeutung in der Identifikation, Priorisierung und Bewertung ineffektiver Interventionen und Technologien zu. Ein Ziel mit finanziellem Fokus ist das „Disinvestment“ ineffektiver Interventionen und Technologien. Der Begriff, welcher in der Literatur nicht einheitlich verwendet wird, wurde bereits vor rund 20 Jahren als Antwort auf eine wachsende Anzahl medizinischer Technologien und damit verbundene steigende Kosten entwickelt. Verfügbare Ressourcen sollen nicht anwachsen, sondern die bereits vorhandenen bestmöglich eingesetzt werden, indem die Finanzierung von ineffektiven, potenziell unsicheren und/oder ineffizienten [1] Leistungen eingestellt wird [11].

Abzug finanzieller Ressourcen

Eine weit verbreitete Definition ist die von Elshaug et al., in der Disinvestment als „*process of (partially or completely) withdrawing health resources from any existing health care practices, procedures, technologies or pharmaceuticals that are deemed to deliver little or no health gain for their cost, and thus are not efficient health resource allocation*“ [17] beschrieben wird.

explizites und implizites Disinvestment

Es kann eine Unterteilung in „explizites“ und „implizites“ Disinvestment vorgenommen werden [1, 19]: Explizites Disinvestment ist ein Prozess, bei dem Ressourcen von einer Leistung abgezogen werden, um sie anderweitig mit potenziell höherem Nutzen einzusetzen. Implizites Disinvestment kann als eine Erneuerung der Praxis gesehen werden und tritt dann auf, wenn eine Intervention oder Technologie von einer neueren abgelöst wird. Modelle und Strategien, welche im vorliegenden Bericht beschrieben werden, beschäftigen sich mit explizitem Disinvestment, da nur in diesem Fall eine systematische und aktive Herangehensweise zur Identifikation nötig ist.

Stehen die PatientInnenversorgung und –sicherheit im Vordergrund, so werden Interventionen und Technologien vor allem anhand ihrer Effektivität und Sicherheit identifiziert, priorisiert und bewertet. Diese Modelle und Strategien legen den Fokus ausdrücklich auf das Wohl der PatientInnen und eine Sicherung optimaler Versorgungsqualität mit vorhandenen Ressourcen, finanzielle Aspekte treten in den Hintergrund.

Fokus auf das Wohl der PatientInnen

Ein weiteres Ziel, welches Modelle zur optimalen Ressourcennutzung verfolgen, ist, wie bereits erwähnt, die Verbesserung der Prozess- oder Strukturqualität im Sinne einer umfassenden Qualitätssicherung. In diesen Bereich fällt auch die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung der PatientInnen. Dieses Ziel erfordert jedoch weitreichende Veränderungen und komplexe Mechanismen und liegt nicht im Fokus des vorliegenden Berichts. Oft wird der Wunsch nach Struktur- und Prozessänderungen nicht explizit genannt, obwohl beispielsweise durch optimiertes Schnittstellenmanagement [14] zur Erreichung von Kosteneinsparungen und optimaler PatientInnenversorgung [14] beigetragen werden könnte.

Struktur- und Prozessqualität als Ziel

Im Zusammenhang mit dem Ziel der optimalen Ressourcenverteilung im Gesundheitsbereich werden auch die Begriffe Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung immer wieder, mitunter in unterschiedlicher Bedeutung, verwendet. Rationalisierung verfolgt das Ziel, eine Effizienz- und Produktivitätssteigerung im Rahmen der bestehenden Mittel zu ermöglichen, indem „Prozesse und Abläufe identifiziert und nicht mehr durchgeführt werden, die unwirksam, weniger wirksam als alternative Maßnahmen mit den gleichen Kosten oder nicht wirksamer als kostengünstigere Mittel sind [20].“ Unter Rationierung wird das Vorenthalten von effektiven Leistungen und Ressourcen für bestimmte PatientInnengruppen zum Wohle anderer [4] oder der Umgang mit strukturell vorgegebenen Versorgungsempfängern [20] verstanden. Priorisierung bedeutet die „Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, PatientInnengruppen oder Verfahren vor anderen“ [21].

Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung

Fälschlicherweise wird Priorisierung immer wieder mit dem Begriff der Rationierung gleichgesetzt. Allerdings werden bei der Priorisierung (idealerweise) „nur weitgehend unwirksame Leistungen aus Ressourcengründen zurückgestellt“ [20]. An oberster Stelle der Rangreihen sollten sich Interventionen befinden, welche nachweislich effektiv sind, am Ende jene, die keine nachweisbare Wirkung haben [20]. Die Priorisierung nimmt im Bestreben nach optimaler Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen einen wichtigen Platz ein und ist auch Teil eines Großteils der identifizierten Modelle und Strategien. Der Kontext ist hier jedoch ein anderer: nicht die effektivsten Leistungen stehen in der Rangreihe am höchsten, sondern jene, denen das größte Potenzial zuerkannt wird, Einfluss auf die Ressourcennutzung zu haben.

Priorisierung ist nicht Rationierung

Erstellung von Rangreihen

In Abhängigkeit der Zielsetzungen kann auch das Spektrum der AdressatInnen und damit der gewünschten Auswirkungen variieren. Mögliche AdressatInnen sind:

unterschiedliche AdressatInnen der Modelle möglich

- ❖ Klinische EntscheidungsträgerInnen (VertreterInnen der Gesundheitsberufe, v. a. ÄrztInnen).
- ❖ Politische EntscheidungsträgerInnen.
- ❖ PatientInnen/KonsumentInnen.

| | |
|---|---|
| <p>Wahl der AdressatInnen hängt von Zielsetzung(en) ab</p> | <p>Je nachdem, welches Ziel verfolgt wird, müssen möglicherweise auch andere AdressatInnen erreicht werden. Ziele mit finanziellem Fokus richten sich, in Form von Entscheidungsunterstützung, insbesondere an klinische und politische EntscheidungsträgerInnen, eine Verbesserung der PatientInnenversorgung und -sicherheit richtet sich, oft in Form von Informationsvermittlung, (auch) an PatientInnen und KonsumentInnen selbst sowie an die Ärzteschaft.</p> |
| <p>formulierten Empfehlungen müssen auch Konsequenzen folgen</p> | <p>Formulierte Ziele werden nur dann tatsächlich erreicht, wenn den Empfehlungen oder Handlungsanweisungen auch Konsequenzen folgen. Mögliche Konsequenzen einer Identifizierung, Priorisierung und Bewertung (potenziell) ineffektiver Interventionen und Technologien sind [22]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Eine Veränderung des Anwendungsbereichs. ✿ Die Entfernung aus der Praxis. ✿ Keine Veränderung in der Verwendung. |
| <p>unterschiedliche Konsequenzen möglich</p> | <p>Diese Konsequenzen können sich aus dem Streben nach den unterschiedlichen – also sowohl finanziellen als auch patientInnenorientierten – Zielsetzungen ergeben und ihr Erreichen ermöglichen.</p> |

2.3 Stakeholder

| | |
|--|---|
| <p>Notwendigkeit einer Definition</p> | <p>Die Form und das Ausmaß der Beteiligung relevanter Stakeholder an der Identifizierung, Priorisierung und Bewertung ineffektiver Interventionen und Technologien ist Teil der Analyse identifizierter Modelle und Strategien zur optimalen Ressourcennutzung. Um die Modelle bezüglich der Stakeholderbeteiligung vergleichbar zu machen, soll eine für den vorliegenden Bericht gültige Definition von „Stakeholder“ erstellt werden:</p> <p>Stakeholder sind jene Personen(gruppen), welche an Empfehlungen und/oder Handlungsanweisungen Interesse haben, die als Folge der Identifikation, Priorisierung und Bewertung ineffektiver Interventionen und Technologien formuliert werden, und/oder von diesen und in Folge getroffenen Entscheidungen (potenziell) betroffen sind.</p> |
| <p>relevante Stakeholder</p> | <p>Darunter fallen insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ PatientInnen und KonsumentInnen und deren Vertretung. ✿ ÄrztInnen und andere Gesundheitsberufe und deren Vertretung. ✿ PolitikerInnen. ✿ Sozial- und Krankenversicherungen. ✿ VertreterInnen der Industrie. ✿ VertreterInnen von Krankenanstalten und anderen Gesundheitseinrichtungen. |

3 Ziele und Forschungsfragen

Unter Berücksichtigung der in Kapitel 2.1 angeführten Definitionen werden im vorliegenden Bericht „(potenziell) ineffektive Interventionen und Technologien“ als jene verstanden,

- ❖ die nachweislich nicht wirksam, sicher oder kosteneffektiv sind.
- ❖ deren Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität nicht durch Evidenz belegt ist.
- ❖ die nachweislich weniger kosteneffektiv sind als effektive und sichere Alternativen.

Die Begriffe „Interventionen“ und „Technologien“ schließen im Rahmen der vorliegenden Arbeit alle Leistungen ein, die in Leistungskatalogen abgebildet sind und demnach erstattet werden. Dazu zählen beispielsweise medikamentöse Therapien genauso wie chirurgische und nicht-chirurgische Eingriffe, Diagnose- und Screeningverfahren und Impfungen.

Ziel des vorliegenden Berichts zur „Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien“ ist es also, bereits vorhandene und in der Praxis verwendete Modelle und Strategien zur Optimierung der Ressourcennutzung zu beschreiben, um

- ❖ deren Vor- und Nachteile zu analysieren,
- ❖ Herausforderungen und Barrieren in der Umsetzung zu identifizieren und
- ❖ Gemeinsamkeiten der Modelle zu erläutern, um daraus Handlungsempfehlungen für die Implementierung eines Modells im österreichischen Kontext ableiten zu können.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- ❖ Welche Methoden werden für die Identifikation, Priorisierung und Bewertung ineffektiver Interventionen und Technologien angewandt?
- ❖ Anhand welcher Kriterien wird „Ineffektivität“ gemessen, bzw. was ist die Zielsetzung der unterschiedlichen Modelle?
- ❖ Werden relevante Stakeholder bei der Identifikation, Priorisierung und Bewertung beteiligt? Wenn ja, wie gestaltet sich diese Beteiligung und wer sind die beteiligten Stakeholder?
- ❖ In welcher Form werden ineffektive Interventionen und Technologien bewertet, welches Produkt resultiert aus der Bewertung?
- ❖ An welche Zielgruppe richten sich die einzelnen Modelle?
- ❖ Wie werden die resultierenden Empfehlungen oder Handlungsanweisungen umgesetzt? Welche Disseminierungsstrategien finden dabei Verwendung?
- ❖ Können sich aus den identifizierten Modellen Gemeinsamkeiten hinsichtlich Zielsetzung, Methoden, Stakeholderbeteiligung und Disseminierungsstrategien ableiten lassen? Wenn ja, können daraus Handlungsempfehlungen für die Implementierung eines Modells abgeleitet werden?

der vorliegende Bericht definiert ineffektive Interventionen und Technologien anhand der Kriterien Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität

in Leistungskatalogen abgebildete Leistungen werden berücksichtigt

Ziel ist die Beschreibung angewandter Modelle und Strategien

7 Forschungsfragen wurden formuliert

4 Methoden

4.1 Literatursuche

Um wesentliche Publikationen und Hintergrundinformationen zu identifizieren, wurde eine systematische Literatursuche am 15. und 16. Mai 2013 in folgenden Datenbanken durchgeführt (die Suchstrategie und verwendete Schlüsselwörter sind im Appendix nachzulesen):

- ✧ The Cochrane Library.
- ✧ CRD Database.
- ✧ EMBASE.
- ✧ Ovid MEDLINE.
- ✧ Web of Science.

Modelle und Strategien zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien wurden zudem durch eine Suche nach relevanter Literatur aus folgenden Quellen identifiziert:

1. Bereits publizierte Übersichtsarbeiten [5, 6, 22, 23].
2. Eine Handsuche auf HTA-Webseiten und in verschiedenen Journalen (BMJ, Health Policy, International Journal of Technology Assessment in Health Care) im Mai 2013.
3. Eine web-basierte Suche mit den Suchmaschinen Google und Google Scholar, um graue Literatur wie Präsentationen, Pressemitteilungen oder Konferenzberichte zu identifizieren. Die Referenzen der inkludierten Publikationen wurden per Hand auf weitere relevante Artikel durchsucht.

Von den identifizierten Modellen wurden nur jene eingeschlossen, die den folgenden Kriterien entsprachen:

- ✧ Informationen sind in deutscher oder englischer Sprache verfügbar.
- ✧ Es konnte eine genaue Beschreibung der angewandten Methodik und Kriterien, der Ziele und Ergebnisse (Outputs) gefunden werden.
- ✧ Die Modelle und Strategien legen den Fokus auf die Identifikation bereits in Gebrauch befindlicher ineffektiver Interventionen und Technologien in Bezug auf Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität und haben eine Optimierung der Ressourcennutzung zum Ziel.
- ✧ Die Modelle und Strategien haben bereits in der Praxis Anwendung gefunden und befinden sich nicht mehr im Entwicklungsstadium.

**systematische
Literatursuche**

**Übersichtsarbeiten
Handsuche auf
HTA-Webseiten und
in Journalen
graue Literatur**

**Einschlusskriterien für
Modelle und Strategien**

4.2 Evidenzanalyse

analysierte Charakteristika

Eingeschlossene Modelle und Strategien wurden anhand folgender Charakteristika analysiert, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede beschreiben und Empfehlungen für den österreichischen Kontext daraus ableiten zu können:

- ✿ Ursprungsland.
- ✿ Ziele und AdressatInnen.
- ✿ Fokus.
- ✿ Identifikation: Methoden, Informationsquellen, Kriterien, Ausführende.
- ✿ Priorisierung: Methoden, Kriterien, Ausführende.
- ✿ Stakeholderbeteiligung.
- ✿ Ergebnisse und deren Disseminierung.
- ✿ Vor- und Nachteile, Barrieren.
- ✿ Implementierungsstrategie.
- ✿ Impact.

4.3 Befragung von ExpertInnen

Befragung internationaler ExpertInnen mittels halbstandardisiertem Fragebogen

Um eine umfassende Darstellung der identifizierten internationalen Modelle und Strategien zu erreichen und insbesondere Vor- und Nachteile sowie Barrieren bei der Umsetzung beschreiben zu können, wurde im Juli und August 2013 eine Befragung internationaler ExpertInnen, welche sich intensiv mit der Thematik beschäftigen oder selbst bei der Entwicklung eines Modells bzw. einer Strategie mitgewirkt haben, mittels eines halbstandardisierten Fragebogens durchgeführt. Zur Klärung auftretender Fragen wurden Telefonate mit den ExpertInnen geführt. So konnte gezielt möglichst detaillierte und umfassende Information generiert werden.

Folgende internationale ExpertInnen wurden befragt:

- ✿ Dr. Sarah Garner (NICE/Disinvestment-Strategie NICE).
- ✿ Dr. Iñaki Gutierrez Ibarluzea (Osteba/GuNFT und PriTec).
- ✿ Dr. Christine Cassel (NQF/Choosing Wisely® Initiative).
- ✿ Prof. Dr. Eberhard Wille (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen/SVR Gutachten 2000/2001).
- ✿ Craig Mitton, PhD (University of British Columbia/PBMA).
- ✿ Pernilla Östlund (SBU/Uncertainties und Disinvestment- Projekt).
- ✿ PBAC Sekretariat (PBAC/Disinvestment von Medikamenten und Impfungen).
- ✿ Kelly Allen (Monash Health/SHARE-Projekt).

Da die ASTUTE Health Study nicht den Einschlusskriterien des vorliegenden Berichts entspricht, wurde Dr. Adam Elshaug (einer der Projektleiter der ASTUTE Health Study) lediglich per Mail kontaktiert und formlos um Informationen gebeten.

5 Ergebnisse: Modelle und Strategien zur Optimierung der Ressourcennutzung

Nach Entfernung der Duplikate lagen aus der systematischen Literatursuche insgesamt 532 Artikel vor, von denen nach Durchsicht der Abstracts 81 und nach Sichtung der Volltexte 59 Referenzen eingeschlossen wurden. Artikel wurden eingeschlossen, wenn sie in Deutsch oder Englisch verfügbar waren und relevante methodische Informationen zu Modellen oder Strategien zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien oder relevante Hintergrundinformation beinhalten.

532 Treffer aus systematischer Literatursuche

Die Handsuche ergab insgesamt 61 relevante Dokumente, was die Gesamtzahl der Treffer auf 593 erhöhte.

59 eingeschlossene Referenzen

Von den 8 an internationale ExpertInnen verschickten Fragebögen wurden 5 ausgefüllt retourniert, was eine Rücklaufquote von 62,5 % ergibt. Die Kontaktaufnahme mit der „Medical Benefits Reviews Task Group“ (verantwortlich für das „Framework for reviewing existing MBS items“) blieb unbeantwortet.

61 Treffer aus der Handsuche

62,5 % Rücklaufquote bei ExpertInnenbefragung

5.1 Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien

Insgesamt werden im vorliegenden Bericht 8 bereits implementierte Modelle und Strategien zur Optimierung der Ressourcennutzung im Gesundheitsbereich beschrieben.

8 Modelle wurden identifiziert

Die Einteilung der Modelle und Strategien erfolgt nach ihrem Bezug zu HTA-Organisationen und Methoden. HTA-basierte Modelle und Strategien haben ihren Ursprung im HTA-Bereich und/oder werden in HTA-Organisationen umgesetzt, während die anderen außerhalb des HTA-Bereichs entwickelt wurden. Es wurden 5 HTA-basierte Modelle identifiziert. 4 der 8 identifizierten Modelle wurden in europäischen Ländern entwickelt und umgesetzt, eines stammt aus den USA, 2 aus Australien und eines ist eine international angewendete Strategie.

Einteilung der Modelle nach HTA-Bezug

4 europäische, ein US-amerikanisches, 2 australische und ein internationales Modell

Zusätzlich wurden 2 Modelle (ASTUTE Health Study, SHARE-Projekt) identifiziert, bei denen es sich um Pilotprojekte handelt. Damit entsprechen sie nicht den definierten Einschlusskriterien. Da diese Modelle dennoch relevante Informationen enthalten und ihre Erkenntnisse teilweise in andere Modelle einfließen, werden sie in einem gesonderten Kapitel erwähnt. Das SHARE-Projekt wurde erst nach Analyse der durch den ExpertInnen-Fragebogen übermittelten Informationen dem Kapitel der Pilotprojekte zugeordnet.

2 Pilotprojekte in gesondertem Kapitel erwähnt

5.2 HTA-basierte Modelle und Strategien

5.2.1 Guideline for Not Funding existing health Technologies in health care systems (GuNFT) & PriTec Prioritization Tool (Spanien)

Hintergrund

2006:
Erlass eines
nationalen Gesetzes zum
Ausschluss ineffizienter
Leistungen aus der
Gesundheitsversorgung

In Spanien unterliegen die Finanzierung und Planung des Gesundheitssystems im Wesentlichen den 17 autonomen Regionen, welche unabhängig voneinander und dezentral Entscheidungen bezüglich der Gesundheitsversorgung treffen. 2004 erließ die autonome Region Baskenland ein Gesetz, welches die Manager des Baskischen Gesundheitsdienstes dazu verpflichtete, Technologien zu melden, welche nicht mehr verwendet werden. Daraufhin wurde 2006 ein nationales Gesetz erlassen, das es ermöglichte, Technologien aus der Gesundheitsversorgung auszuschließen, welche nachweislich nicht effektiv und effizient sind oder ein ungünstiges Risiko-Nutzen-Verhältnis aufweisen [24].

2007:
Pilotprojekt zur
Identifizierung,
Priorisierung und
Evaluierung ineffektiver
Leistungen

Da jedoch keine Vorgaben zu Kriterien oder Methoden gemacht wurden, initiierten im Jahr 2007 2 regionale HTA-Organisationen (OSTEBA und Avalia-t) unter der Schirmherrschaft des Spanischen Gesundheitsministeriums [6] ein Pilotprojekt, in dessen Rahmen eine methodische Richtlinie erarbeitet werden sollte, wie potenziell obsolete Technologien identifiziert, priorisiert und evaluiert werden können [23, 24]. Das Projekt „The identification, prioritisation and evaluation of potentially obsolete health technologies“ führte zur Entwicklung eines methodischen Leitfadens zur Identifikation, Priorisierung und Assessment von obsoleten Technologien im Gesundheitswesen, welcher in großem Ausmaß als Referenz für die GuNFT (Guideline for not funding existing health technologies in health care systems) dient [2]. Zudem entstand daraus PriTec, ein öffentlich zugängliches Online-Tool, welches von der galizischen HTA-Organisation Avalia-t entwickelt wurde, um die Priorisierung potenzieller Disinvestment-Kandidaten im Gesundheitssystem zu erleichtern [24]. 2010 wurde das bisher einzige Methodenpapier zu Disinvestment im Gesundheitssystem (GuNFT) in Spanien veröffentlicht.

Entwicklung eines
methodischen Leitfadens

Entstehung des
PriTec Tools

2010:
Entwicklung der GuNFT
mit 7 Prozessschritten

Die GuNFT beschreibt 7 Schritte eines Disinvestment-Prozesses für eine bestimmte Intervention oder Technologie [25]:

- ✦ Identifikation.
- ✦ Bestätigung von Anträgen.
- ✦ Priorisierung.
- ✦ Bewertung von Anträgen.
- ✦ Entscheidungsfindung.
- ✦ Entwicklung eines Aktionsplans.
- ✦ Veröffentlichung der Entscheidung und des Aktionsplans.

Entwicklung von PriTec
in mehreren Phasen

Die Entwicklung des PriTec Prioritization Tool erfolgte in mehreren Phasen: zunächst wurden durch systematische Literaturrecherche relevante Priorisierungskriterien identifiziert, die anschließend von einer ExpertInnengruppe analysiert wurden. Endgültige Kriterien wurden von der Gruppe durch die Delphi-Methode ausgewählt und gewichtet [26].

Ziele und AdressatInnen

Die GuNFT wurde mit dem Ziel entwickelt, den Disinvestment-Prozess in Krankenhäusern und anderen Settings des Gesundheitswesens zu erleichtern sowie eine standardisierte, transparente und klare Methodik anzubieten, um potenziell obsolete Technologien zu identifizieren, zu priorisieren und zu bewerten. EntscheidungsträgerInnen des Gesundheitswesens sollen unterstützt werden, evidenzbasierte Entscheidungen (auch im lokalen Kontext) zu treffen und möglichst einfach umsetzen zu können [25]. Das Disinvestment wird als vorrangiges Ziel der GuNFT beschrieben.

Der Fokus liegt dabei nicht auf einer bestimmten Art der Intervention oder Technologie, vielmehr zielt GuNFT auf alle Interventionen und Technologien ab, welche von VertreterInnen der Gesundheitsberufe eingesetzt werden, um die Gesundheit von PatientInnen zu fördern oder zu verbessern, Krankheiten zu verhindern oder zu behandeln, Rehabilitation zu fördern oder Langzeitpflege durchzuführen [25].

Mit Hilfe des PriTec Tools wird das Ziel verfolgt, identifizierte Interventionen und Technologien zu priorisieren, um die übergeordnete Zielsetzung des Disinvestment zu erreichen. Effektivität und Sicherheit haben dabei eine höhere Gewichtung als die Kosten einer Intervention oder Technologie [2].

Als AdressatInnen werden in der GuNFT vorrangig politische und klinische EntscheidungsträgerInnen sowie KonsumentInnen und PatientInnen genannt [25].

Erleichterung des Disinvestment-Prozesses

standardisierte und transparente Methodik

keine Einschränkung im Fokus

Disinvestment als übergeordnetes Ziel

unterschiedliche AdressatInnen

Methoden

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

Die Identifikation von Interventionen und Technologien, welche potenzielle Disinvestment-Kandidaten sein können, ist in der GuNFT als erster Schritt im Disinvestment-Prozess beschrieben und wird anhand eines vorgegebenen „Antragsformulars“ durchgeführt. Antragsteller können, laut Guideline, verschiedenste Akteure im Gesundheitswesen sein, insbesondere Angehörige der Gesundheitsberufe werden als Verantwortliche genannt.

Bevor für eine Intervention oder Technologie ein Antrag eingereicht werden kann, sollten laut GuNFT verschiedene Voraussetzungen gegeben sein [25]:

- ✳ Anträge können nur von MitarbeiterInnen jener Institutionen gestellt werden, wo die betreffende Intervention oder Technologie Anwendung findet.
- ✳ AntragstellerInnen sind mit der regionalen Versorgungslage vertraut.
- ✳ Eine kosteneffektive Alternative ist vorhanden (gilt nicht bei fehlender Sicherheit oder Wirksamkeit der vorgeschlagenen Intervention/Technologie).
- ✳ Disinvestment führt nicht zu Versorgungslücken.

Avalia-t beschreibt ExpertInnen-Netzwerke und Systematic Reviews als zuverlässigste Informationsquelle für AntragstellerInnen, um potenziell obsolete Interventionen und Technologien zu identifizieren [2]. Weitere Quellen, die zur Identifikation genutzt werden können, sind [2, 23]:

- ✳ Literatursuche in verschiedenen Datenbanken.
- ✳ Durchsicht von HTA-Berichten internationaler HTA-Organisationen.
- ✳ Suche in Horizon Scanning-Datenbanken (z. B. EuroScan).
- ✳ Direkte Kommunikation mit ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen.

Identifikation anhand eines Antragsformulars

Voraussetzungen für die Antragstellung sollten gegeben sein

unterschiedliche Informationsquellen können genutzt werden

| | |
|--|---|
| Kriterien stützen sich auf gesetzliche Grundlagen | <p>In der GuNFT werden Kriterien zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien nicht direkt angegeben, Avalia-t beschreibt jedoch folgende, die sich auf die gesetzlichen Grundlagen in Spanien stützen [2]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Fehlende Effektivität und/oder Effizienz. ✿ Schlechtes Risiko-Nutzen-Verhältnis. ✿ Gesetzliche Anforderungen werden nicht erfüllt. |
| das Antragsformular gibt Kriterien an | <p>Trotz des Fehlens von eindeutigen Kriterien in der Guideline selbst, finden sich im Antragsformular folgende Kriterien, anhand derer Interventionen und Technologien vom Antragsteller als Disinvestment-Kandidaten vorgeschlagen werden können [25]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Sicherheit. ✿ Potenzielles Risiko. ✿ Effektivität. ✿ Akzeptanz durch PatientInnen. ✿ Nutzen. ✿ Alternativen. |
| Priorisierung der identifizierten Interventionen und Technologien | |
| Verantwortung liegt bei HTA-Organisation | <p>Die Priorisierung potenzieller Disinvestment-Kandidaten wird in der GuNFT als nächster Schritt im Prozess – nach Annahme der eingegangenen Anträge – beschrieben. Die Verantwortung dafür liegt laut Guideline bei der (nationalen, regionalen oder intrainstitutionellen) HTA-Organisation oder einer ähnlichen Institution, die auch für das Assessment zuständig ist [25].</p> |
| PriTec bietet die kostenlose Priorisierung von bis zu 50 Leistungen | <p>Die GuNFT legt eine Priorisierung entweder durch das PriTec Prioritization Tool und dessen Kriterien oder anhand des von Elshaug et al. 2009 [27] entwickelten Kriterienkatalogs (vgl. unten) nahe¹. Das PriTec Prioritization Tool bietet interessierten Stakeholdern die Möglichkeit, online und kostenlos bis zu 50 verschiedene Technologien und Interventionen zu vergleichen und einen Priorisierungsbericht zu erstellen. Die Kriterien, welche im Rahmen des PriTec Tool Anwendung finden, sind in drei Gruppen eingeteilt [2]:</p> |
| Kriterien sind in 3 Gruppen eingeteilt | <ul style="list-style-type: none"> ✿ <i>Population/Endnutzer</i>: Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung, Krankheitslast, Verwendungshäufigkeit, Präferenzen der PatientInnen. ✿ <i>Risiko/Nutzen</i>: Effektivität, Validität, Nebenwirkungen, Risiken. ✿ <i>Kosten und sonstige</i>: Effizienz, Erhaltungskosten, ethische und kulturelle Aspekte. |
| Gewichtung der Kriterien | <p>Jede dieser Kriteriengruppen wird gewichtet („Kosten und sonstige“ haben eine geringere Gewichtung als die beiden anderen Kategorien) und dementsprechend im Priorisierungsbericht berücksichtigt². NutzerInnen (MitarbeiterInnen der HTA-Organisationen, MitarbeiterInnen betroffener Institutionen) können die Kriterien jeweils auf einer Skala von 1 bis 9 bewerten, das Tool errechnet daraufhin automatisch einen Score pro Gruppe sowie einen Gesamtscore für die Intervention oder Technologie [26].</p> |
| Errechnung eines Scores | |

¹ Elshaug et al. definierten folgende Kriterien zur Priorisierung obsoleter Technologien [27]: Kosten der Leistung, potenzieller Einfluss auf Gesundheit, Kosten und Verteilung von Gesundheitsleistungen, kosteneffektive Alternativen, Krankheitslast, Evidenzlage, (fehlende) Sinnhaftigkeit.

² Die Kriterien wurden in einer 36-köpfigen nationalen ExpertInnengruppe unter Anwendung der Delphi-Methode ausgewählt und gewichtet [26].

Grundsätzlich gilt für die Priorisierung [2]: Je größer der erwartete Impact (Impact wird verstanden als bedeutende Reallokation von Ressourcen oder eine bedeutende Verbesserung in der Sicherheit oder Effektivität einer bestimmten Intervention), desto größer ist die Priorität für eine Bewertung. Eine Intervention oder Technologie ist aber auch dann prioritär, wenn sie nur für eine kleine Anzahl von PatientInnen eingesetzt wird und/oder es eine Alternative gibt, die eine substantielle Steigerung der Lebensqualität der PatientIn bringt.

Je größer der erwartete Impact, desto größer die Priorität für eine Bewertung

Stakeholderbeteiligung

Die GuNFT ist grundsätzlich dafür entwickelt, von verschiedensten Akteuren des Gesundheitswesens angewandt zu werden, die in der Lage sind, ineffektive Interventionen und Technologien zu identifizieren und zu priorisieren. Dazu zählen insbesondere auch PatientInnen, ÄrztInnen und KonsumentInnen [25]. Die Priorisierung ist laut GuNFT von einer HTA-Organisation vorzunehmen. Eine Einbeziehung von Stakeholdern ist hier nicht explizit beschrieben, kann jedoch erfolgen, wenn sich die HTA-Organisation dazu entschließt³ [28].

PatientInnen, KonsumentInnen und ÄrztInnen werden involviert

Ergebnisse und deren Disseminierung

Das Assessment identifizierter und als prioritär bewerteter Interventionen und Technologien wird in der GuNFT als vierter Prozessschritt beschrieben, welcher von (nationalen, regionalen oder intrainstitutionellen) HTA-Organisationen durchgeführt werden soll. Als wichtiger qualitätssteigernder Arbeitsschritt im Rahmen des Assessments gilt laut GuNFT die systematische Suche nach Evidenz [25]. Das Assessment soll möglichst kurz und genau gehalten sein, um eine hohe Verständlichkeit zu gewährleisten [2]. Bezüglich einer speziellen Methodik des Assessments werden in der GuNFT keine Angaben oder Vorschläge gemacht. Es kann davon ausgegangen werden, dass gebräuchliche HTA-Methodik zum Einsatz kommt [2, 23].

Verantwortung liegt bei HTA-Organisation

HTA-Methodik

Die Berichte werden idealerweise von EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen als Grundlage möglicher Disinvestment-Entscheidungen zu Rate gezogen. Strategien zur Disseminierung von Ergebnissen konnten nicht identifiziert werden. Im Rahmen einer Implementierungs-Strategie sollen jedoch vor allem auch die Medien über Disinvestment-Entscheidungen informiert werden, um korrekte Informationen an eine breite Öffentlichkeit weitergeben zu können [25].

Endprodukte sind HTA-Berichte

keine Disseminierungs-Strategie beschrieben

Die Entwicklung einer Implementierungs-Strategie („Action Plan“) wird in der GuNFT als letzter und entscheidender Schritt im Disinvestment-Prozess beschrieben und soll insbesondere folgende Maßnahmen umfassen [25]:

Implementierungs-Strategie als entscheidender Schritt

- ❖ Information von AnwenderInnen, PatientInnen und Angehörigen der Gesundheitsberufe, welche von der Disinvestment-Entscheidung betroffen sind, um die Ablehnung von Veränderungen zu vermeiden.
- ❖ Entwicklung eines Systems, welches anhand von Indikatoren eine Verbesserung durch die getroffene Entscheidung nachweisen soll.
- ❖ Schaffen eines positiven Bildes von Disinvestment-Entscheidungen in der Öffentlichkeit und bei Betroffenen.

Information, Evaluation

³ Die HTA-Organisation Osteba, welche mit der GuNFT arbeitet, bindet PatientInnen, ÄrztInnen und andere Gesundheitsberufe sowie ManagerInnen in den Priorisierungsprozess ein [28].

**Praktische Anwendung
der GuNFT im
Baskenland**

Die HTA-Organisation Osteba erarbeitet anhand der GuNFT sogenannte „EKU-Reports“ und „EKU-Sheets“, die Informationen und Empfehlungen zu ineffektiven Interventionen und Technologien enthalten. Diese derzeit nur in Spanisch verfügbaren Berichte werden sowohl auf der Website der Organisation als auch über das Intranet des Baskischen Gesundheitsservice zugänglich gemacht [28].

Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren

Vorteile

**strukturiert,
transparent,
Stakeholderbeteiligung**

Folgende Vorteile konnten identifiziert werden [2, 28]:

- ✿ Strukturiert, transparent.
- ✿ Kostenloses Online-Tool.
- ✿ Kann als Software implementiert werden, was den Informationsfluss erleichtert.
- ✿ Entwickelt mit breiter Unterstützung von internationalen ExpertInnen und regionalen HTA-Organisationen.
- ✿ Meinungen von Stakeholdern wurden bei Entwicklung eingeholt.

Nachteile und Barrieren

Mögliche Nachteile und Barrieren dieses Modells sind [25, 28]:

- ✿ Infrastruktur notwendig: ohne HTA-Organisation oder einer ähnlichen Institution ist die Umsetzung des Prozesses nicht möglich.
- ✿ Ablehnung durch klinische EntscheidungsträgerInnen.
- ✿ Fehlendes Wissen zur Bedeutung von Disinvestment allgemein.

**5.2.2 NICE: Disinvestment als Teil der
NICE-Guidance (UK)**

Hintergrund

**offizieller
Disinvestment-Auftrag
seit 2006**

Schon seit 1999 unterstützt NICE (National Institute for Health and Care Excellence) das NHS (National Health Service) dabei, „low value“-Interventionen zu identifizieren, die ineffektiv, riskant und/oder nicht evidenzbasiert sind. Als Folge der Gesundheitsreform 2005 erhielt das Institut erstmals 2006 den offiziellen Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, ein Programm für das Disinvestment in Verwendung befindlicher ineffektiver Interventionen und Technologien zu erarbeiten [23, 27, 29].

**Initiierung eines
Pilotprojekts 2006**

2006 wurde von NICE ein Pilotprojekt, das „Ineffective Treatments Programme“, initiiert, welches zum Ziel hatte, einzelne Interventionen von geringem Nutzen zu identifizieren, die damit großes Potenzial für Kosteneinsparung hätten. Das Projekt kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass NICE im Rahmen der bisherigen Tätigkeit bereits mehrere „do not do“-Empfehlungen entwickelt hatte, ein separates Disinvestment-Programm, zusätzlich zur bisherigen Methodik, schien daher nicht gerechtfertigt. Bereits vor Abschluss des Pilotprojektes sprach sich NICE's Centre for Public Health Excellence dafür aus, keine gesonderten Disinvestment-Aktivitäten einzuführen. Stattdessen wurde empfohlen, Disinvestment in die laufende Entwicklung von Leitlinien zu integrieren, immer mit dem Fokus auf (In-)Effektivität, Sicherheit und Kosten [30].

**separates
Disinvestment-
Programm nicht
gerechtfertigt**

**Integration in laufende
Arbeit**

Ziele und AdressatInnen

Mit der NICE-Disinvestment-Strategie sollten laut dem offiziellen Auftrag des Ministeriums für Gesundheit „Millionen von Pfund“ für Reinvestitionen freigemacht werden [6]. Damit wird deutlich, dass NICE den Fokus besonders auf finanzielle Aspekte der Ressourcennutzung legt. Die Wahl der Identifikationskriterien macht jedoch deutlich, dass auch die Gewährleistung einer optimalen PatientInnensicherheit und -versorgung als Ziel angesehen wird. Zudem legt NICE auch ein Augenmerk auf die Anzahl überflüssiger Überweisungen zu FachärztInnen und macht damit auch die Verbesserung der Prozessqualität zu einem Ziel der Strategie.

Die Strategie des NICE bezieht sich auf alle Interventionen und Technologien, die innerhalb des NHS Anwendung finden und vergütet werden. Es gibt keine Einschränkungen bezüglich der Art der Intervention. Viele Empfehlungen beziehen sich jedoch auf den „unangemessenen Einsatz“ von Technologien [29], also auf Fehlversorgung.

NICE richtet seine Empfehlungen sowohl an politische und klinische EntscheidungsträgerInnen als auch an PatientInnen und KonsumentInnen [29, 31].

Fokus auf finanzielle Aspekte

auch PatientInnensicherheit und Prozessverbesserung als Ziele

alle Leistungen des NHS werden berücksichtigt

Methoden

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

NICE identifiziert potenzielle Disinvestment-Kandidaten anhand bereits existierender klinischer Leitlinien oder anderer NICE Assessments, da die zur Erstellung angewandten Methoden eine umfassende Berücksichtigung aller Einflussfaktoren sicherstellen und eine Konsenslösung bei unzureichender Evidenzlage erlauben. Ebenso können so Disinvestment-Aktivitäten leicht im Rahmen bereits existierender Programme integriert werden [29].

Darüber hinaus wurde 2008 das UK Cochrane Centre von NICE beauftragt, eine Liste von Interventionen zu erstellen, die anhand von Cochrane Reviews als „low value“-Interventionen identifiziert wurden. Letztendlich wurden jedoch nur für 2 Interventionen Disinvestment-Empfehlungen ausgesprochen. 2009 wurde diese Methodik erneut aufgegriffen und es konnte gezeigt werden, dass diese Methode unter Berücksichtigung des regionalen oder lokalen Kontexts durchaus zielführend sein kann [10].

Es wurden keine offiziellen Angaben gefunden, nach welchen Kriterien NICE Kandidaten für Disinvestment identifiziert. Folgende Charakteristika identifizierter Disinvestment-Kandidaten werden jedoch von verschiedenen AutorInnen beschrieben [23, 29]:

- ✿ klinische Effektivität.
- ✿ Effizienz.
- ✿ Risiko-Nutzen-Verhältnis.
- ✿ Nutzungshäufigkeit.
- ✿ Kosten.
- ✿ Effektive und effiziente Alternativen.
- ✿ Mögliche Auswirkungen auf vulnerable PatientInnengruppen.

Identifikation durch Leitlinien und NICE Assessments

Kooperation mit dem UK Cochrane Center

Priorisierung der identifizierten Interventionen und Technologien

Die Priorisierung identifizierter Interventionen und Technologien erfolgt in NICE's interner Datenbank zur Themenfindung, welche potenziellen Disinvestment-Kandidaten besondere Priorität zuordnet: Themen, die sich auf

Priorisierung durch eine interne Datenbank

| | |
|--|---|
| | <p>eine oder mehrere Intervention(en) beziehen, für welche das NHS die Finanzierung einstellen könnte (Disinvestment), werden in der Datenbank stärker gewichtet [29].</p> |
| <p>keine standardisierten Kriterien beschrieben</p> | <p>Es konnten keine standardisierten Kriterien zur Priorisierung von Interventionen und Technologien gefunden werden, folgende Punkte werden bei der Themenwahl jedoch berücksichtigt [29, 32]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ (geografische) Schwankungen in der Anwendung. ✿ Derzeitige Nutzung und potenzielle Einsparungen. ✿ Alternativen. ✿ Realisierbarkeit der Umsetzung in der Praxis. ✿ Anwendungszahlen. |
| <p>Schönheits-OPs als potenzielle Kandidaten</p> | <p>Einige AutorInnen schlagen als potenziell vorrangige Kandidaten unter anderem Schönheitsoperationen und Medikamente vor, für die Generika erhältlich sind [23, 33].</p> |
| <p>Beteiligung von Stakeholdern an der Erstellung von NICE-Leitlinien</p> | <p>Stakeholderbeteiligung</p> <p>NICE-Leitlinien – auch jene, aus denen Disinvestment-Empfehlungen abgeleitet werden – werden von verschiedenen unabhängigen Beratungsgremien entwickelt, die aus ÄrztInnen, Fachgruppen, ForscherInnen und einzelnen ExpertInnen bestehen. Andere Stakeholder (beispielsweise PatientInnenvertretungen und Hersteller) werden während des gesamten Entwicklungsprozesses einbezogen und dazu angehalten, die Leitlinien und Empfehlungen vor Veröffentlichung zu kommentieren [34]. In der Entwicklung klinischer Leitlinien gelten folgende Stakeholder als relevant [35]:</p> |
| <p>eine Registrierung ist notwendig</p> | <p>Stakeholder sind damit an der Erstellung der Informationsquellen für die Identifikation und Priorisierung und bei der Bewertung ineffektiver Interventionen und Technologien sowie an der Erarbeitung von Empfehlungen und Handlungsanweisungen beteiligt. Eine Registrierung als Stakeholder ist notwendig, um am Entwicklungsprozess teilnehmen zu können. Diese Möglichkeit besteht allerdings nur für nationale Organisationen, nicht für lokale Gruppen oder Individuen: diese können lediglich im Namen registrierter Stakeholder teilnehmen.</p> |
| <p>besondere Bedeutung von ÄrztInnen</p> | <p>NICE ist darauf bedacht, insbesondere ÄrztInnen aktiv in eine Weiterentwicklung der Disinvestment-Strategien miteinzubeziehen, um die Akzeptanz von Empfehlungen zu erhöhen und die Expertise und Erfahrung der ÄrztInnen zu nutzen [36].</p> |
| <p>über 800 potenzielle Disinvestment-Kandidaten identifiziert</p> | <p>Ergebnisse und deren Disseminierung</p> <p>Während der letzten 10 Jahre hat NICE über 800 klinische Interventionen als potenzielle Disinvestment-Kandidaten identifiziert [29]. NICE verwendet die gleichen Methoden – also HTA-Methoden – für das Assessment von Disinvestment-Kandidaten, die auch für Investitionsempfehlungen eingesetzt werden [33].</p> |
| <p>HTA-Methoden werden angewandt</p> | <p>Zu Beginn der Disinvestment-Aktivitäten 2006 wurde beschlossen, eine Methodik anzuwenden, welche auf dem Single Technology Appraisal (STA)-Prozess basiert, jedoch je nach verfügbarer Evidenz veränderbar sein sollte [37]. 2009 ging vom „House of Commons Health Committee“ [38] die Empfehlung aus, NICE solle anstatt der geplanten STAs mehr MTAs (Multiple Technology Appraisals) durchführen, um Disinvestment-Kandidaten zu bewerten.</p> |

NICE wendet derzeit also 2 unterschiedliche Modelle an, Interventionen und Technologien zu bewerten. MTAs eignen sich eher als STAs dazu, gleichzeitige Entscheidungen bezüglich Investition und Disinvestment zu treffen, da von den zahlreichen bewerteten Leistungen unweigerlich einige weniger effektiv sind und ersetzt werden sollten [6].

Um Empfehlungen zu verbreiten und für die Zielgruppe passend aufzubereiten, hat NICE verschiedene Produkte entwickelt [23, 29], die hauptsächlich über die NICE Website⁴ zugänglich sind und sich an ÄrztInnen, ManagerInnen, NHS-Commissioner und interessierte KonsumentInnen richten:

- ❖ Monatlich veröffentlichte „recommendation reminders“, in welchen immer wieder auf einzelne „do not do“-Empfehlungen aus bestehenden NICE-Leitlinien hingewiesen wird. Diese Erinnerungen werden seit 2006 verfasst und sind an ÄrztInnen und NHS-ManagerInnen gerichtet, um die Ressourcen des NHS optimaler einsetzen zu können. Seit 2007 werden die Empfehlungen in der „do not do“ Recommendations-Datenbank gesammelt, die davor erstellten Empfehlungen (insgesamt 45) sind auf der NICE Website zugänglich.
- ❖ „Do not do“ Recommendations-Datenbank: Empfehlungen zu Interventionen und Technologien, welche NICE als ineffektiv und (teilweise) vermeidbar identifizieren konnte, sind seit 2007 in einer online verfügbaren Datenbank gesammelt einsehbar. Zu jeder Intervention wird zusätzliches Informationsmaterial zur zugrundeliegenden Leitlinie, dem Anwendungsgebiet und dem übergeordneten Themengebiet zur Verfügung gestellt. Die Datenbank enthält derzeit 799 „do not do“-Empfehlungen.
- ❖ Commissioning Guides: Commissioning Guides sind Empfehlungen zu einzelnen Themengebieten und beziehen sich sowohl auf Investment- als auch auf Disinvestmententscheidungen. NHS „Commissioners“ sollen dabei unterstützt werden, evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können, welche medizinischen Leistungen effizient, effektiv und sicher sind, um Ressourcen bestmöglich einsetzen zu können. Ein Tool zur Kostenkalkulation steht zur Verfügung, mit welchem EntscheidungsträgerInnen Kosten im lokalen Kontext berechnen können [6]. Diese praxisorientierten Informationen sind auf der NICE Website abrufbar und bieten auch Empfehlungen für lokale Disinvestmententscheidungen [6]. 40 Commissioning Guides wurden seit 2006 veröffentlicht.
- ❖ Unnötige Überweisungen: Da auch unnötige ärztliche Überweisungen zu einem ineffizienten Gesundheitssystem beitragen, hat NICE eine zusätzliche Datenbank erstellt, die dazu Empfehlungen enthält.
- ❖ „Cochrane Quality and Productivity topics“: In Zusammenarbeit mit dem UK Cochrane Centre entwickelt NICE Zusammenfassungen veröffentlichter Cochrane Reviews, in welchen von ineffektiven Interventionen und Technologien abgeraten wird. Diese Empfehlungen sind auf der Website des NHS verfügbar und enthalten auch Schätzungen zu potenziell möglichen Einsparungen durch Umsetzung der Empfehlung [10]. Mögliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die PatientInnensicherheit sind darin ebenfalls enthalten.

STAs und MTAs werden durchgeführt

unterschiedliche Produkte werden angeboten

monatliche recommendation reminders weisen auf Empfehlungen hin

eine Datenbank enthält do not do-Empfehlungen

Commissioning Guides bieten praxisorientierte Entscheidungshilfe

ein Tool zur Kostenkalkulation ist verfügbar

eine Datenbank enthält Empfehlungen zu überflüssigen Überweisungen

Zusammenfassungen von Cochrane Reviews

⁴ Weblinks siehe Kapitel 10.2 im Anhang

| | |
|---|--|
| NICE bietet ein Implementierungsprogramm | <p>Um die Implementierung dieser Empfehlungen zu unterstützen, hat NICE ein Programm entwickelt, welches folgende Punkte umfasst [31]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Information und Unterstützung von EntscheidungsträgerInnen (NHS „Commissioners“ und PolitikerInnen) und BürgerInnen. ✿ Entwicklung von Implementierungs-Tools. ✿ Evaluierung der Nutzung von Empfehlungen. ✿ Bereitstellung von Schulungsunterlagen. |
| eine Beurteilung des Impact ist nicht möglich | <p>Eine Beurteilung der Umsetzung von NICE's Disinvestment-Empfehlungen gestaltet sich schwierig, da keine Daten zur Anwendung der Disinvestment-Kandidaten oder zur Implementierung durch das NHS vorliegen. Darüber hinaus sind NICE's „do not do“-Empfehlungen nicht bindend im NHS zu implementieren. In einer Studie von Chamberlain et al. 2013 [39] konnte anhand von 3 Beispielen (Varikozele-OPs bei unfruchtbaren Männern, endometrische Biopsien bei unfruchtbaren Frauen und Kaiserschnitt bei Frauen mit Hepatitis B oder C) gezeigt werden, dass NICE's Recommendation Reminders keinen Effekt auf deren Anwendung in Praxis hatten, obwohl eine klare Empfehlung gegen die Durchführung ausgesprochen wurde. Es kann von einer unzureichenden Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis ausgegangen werden [39].</p> |
| eine Studie zeigt unzureichende Umsetzung der Empfehlungen | |
| Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren | |
| Vorteile | |
| ressourcenschonend, evidenzbasiert | <p>Vorteile des Modells von NICE sind [10, 29]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Integriert in die laufende Arbeit, keine zusätzlichen Zeit- und Personalressourcen nötig. ✿ Evidenzbasiert, hohe Qualität durch Guidance-Prozess und Cochrane Reviews. ✿ Stakeholder werden in den Prozess eingebunden. |
| Nachteile und Barrieren | |
| fehlende Ressourcen, Ablehnung von ÄrztInnen | <p>2008 identifizierte das House of Commons Health Committee verschiedene Barrieren bei der Implementierung von NICE-Richtlinien und Empfehlungen [38]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Fehlende Ressourcen und Kapazitäten, Veränderungen umzusetzen, erschweren die Implementierung in der Praxis. ✿ Nationale Empfehlungen stimmen oft nicht mit dem lokalen Kontext überein. ✿ ÄrztInnen stehen Veränderungen ablehnend gegenüber und bringen den Empfehlungen oftmals wenig Vertrauen entgegen. |
| lokaler Bezug fehlt | <p>Folgende Nachteile der NICE-Strategie konnten identifiziert werden [10, 19, 29]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Durch die Identifikation der Disinvestment-Kandidaten durch Cochrane Reviews, ist die Relevanz für den nationalen und lokalen Kontext nicht immer gegeben. Da die Empfehlungen damit oftmals nicht direkt anwendbar sind, sind weitere Assessments nötig, die den lokalen Kontext berücksichtigen. ✿ Eine gute Evidenzlage ist nötig; oftmals ist aber gerade bezüglich eines Nachweises von Ineffektivität die Datenlage schlecht. |

5.2.3 Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC): Disinvestment von Medikamenten und Impfungen (Australien)

Hintergrund, Ziele und AdressatInnen

Das Pharmaceuticals Benefit Advisory Committee (PBAC) in Australien hat die Aufgabe, Medikamente und Impfungen auf ihre Effektivität, ihre Sicherheit und Kosteneffektivität zu prüfen [6], um dem Australischen Gesundheitsministerium eine Entscheidungsgrundlage zu liefern, bei bestehender Ineffektivität eine Finanzierung durch das Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) einzustellen. Auf Basis eigener Bewertungen können Disinvestment-Empfehlungen formuliert werden [6, 40]. AdressatInnen dieser Empfehlungen sind demnach politische EntscheidungsträgerInnen.

**Bewertung von
Medikamenten und
Impfungen**

Methoden

Identifikation, Priorisierung und Bewertung ineffektiver Medikamente und Impfungen

Das PBAC bewertet Medikamente und Impfungen im Rahmen von regelmäßigen Treffen (3 mal jährlich), detaillierte Informationen bezüglich der Identifikation und Priorisierung ineffektiver Leistungen wurden nicht gefunden [23]. In einem im Juli 2012 veröffentlichten Dokument mit Empfehlungen wird darauf hingewiesen, dass Medikamente, welche im PBS gelistet waren, auf Anfrage des Gesundheitsministeriums neu bewertet wurden, da neue wissenschaftliche Belege verfügbar wurden [41].

**keine detaillierte
Information zu
Methoden**

Stakeholderbeteiligung

Mitglieder des PBAC sind verschiedene Stakeholder wie ÄrztInnen und VertreterInnen anderer Gesundheitsberufe, GesundheitsökonomInnen und KonsumentInnenvertretern [42]. Damit werden Stakeholder in den gesamten Prozess einbezogen.

**involviert in
gesamten Prozess**

Ergebnisse und deren Disseminierung

Ergebnisse sind Empfehlungen für oder gegen eine Listung der bewerteten Medikamente und Impfungen im PBS, welche online auf der Webseite des Australischen Ministeriums für Gesundheit einzusehen sind.

Disseminierung online

Folgende Kriterien werden vom PBAC zur Bewertung von Medikamenten und Impfungen und damit auch zur Identifikation von Ineffektivität angewandt [23]:

**Kriterien zur Bewertung
werden auch zur
Identifikation
angewandt**

- ✦ Verfügbarkeit effektiverer/gleich effektiver, aber weniger toxischer Medikamente.
- ✦ Wissenschaftlicher Nachweis unzureichender Effektivität.
- ✦ Toxizität und Missbrauchsgefahr übersteigen den therapeutischen Nutzen.
- ✦ Das Medikament wird fehlverwendet oder ist nicht länger verfügbar.
- ✦ Die Kosteneffektivität ist im Vergleich zu Alternativen nicht mehr gegeben.

Die Empfehlungen des PBAC, negativ bewertete Produkte aus der Pharmaceutical Benefits Scheme zu entfernen, werden meist auch umgesetzt. Somit werden diese auch nicht mehr finanziert [6].

**Empfehlungen wurden
bereits umgesetzt**

Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren

In der Literatur konnten weder Vor- noch Nachteile oder Implementierungsbarrieren identifiziert werden. Auch durch die ExpertInnenbefragung konnten keine Informationen gewonnen werden.

5.2.4 Framework for reviewing existing MBS (Medical Benefits Schedule) items (Australien)

Hintergrund

Grundlage ist ein 2010 veröffentlichtes Impulspapier

Das Rahmenwerk für die Bewertung existierender Leistungen des Medical Benefits Schedule (MBS) in Australien ist Teil des „Comprehensive Management Framework (CMF) for the MBS“. Dieser wurde 2011 von der Australischen Regierung ins Leben gerufen und basiert auf dem 2010 veröffentlichten Impulspapier zur Entwicklung eines „Quality Framework for the MBS“ und dem 2007-08 durchgeführten ASERNIP-S-Projekt [43]. Grund für die Entwicklung dieses Rahmenwerks war die Tatsache, dass 2010 nur ein geringer Teil (ca. 3 %) der im MBS gelisteten Leistungen auf ihre Sicherheit, Effektivität und Kosteneffektivität geprüft worden waren [43]. Der CMF selbst befindet sich derzeit in Überarbeitung: die im Quality Framework beschriebenen Prozesse werden, basierend auf Erkenntnissen anderer Projekte [3, 44], modifiziert.

der CMF befindet sich in Überarbeitung

Ziele und AdressatInnen

laufende Reviews von MBS-Leistungen

Zielsetzung des CMF ist eine Verbesserung des MBS-Managements und der Steuerung der in der MBS enthaltenen Leistungen, um schließlich die Gesundheit der PatientInnen und die Nachhaltigkeit der Versorgung zu maximieren. Dies soll durch laufende Reviews von in Gebrauch befindlichen MBS-Leistungen gewährleistet werden, durch welche MBS-Leistungen identifiziert und evaluiert werden sollen, die potenziell unsicher, ineffektiv und/oder unangemessen eingesetzt werden [43].

Empfehlungen gehen an das MSAC und an das Gesundheitsministerium

Adressat von erstellten Berichten und Empfehlungen ist das Medical Services Advisory Committee (MSAC), welches in weiterer Folge Empfehlungen an politische EntscheidungsträgerInnen im Ministerium für Gesundheit abgibt. Das Medical Services Advisory Committee (MSAC) ist auf nationaler Ebene für die Bewertung von Technologien und medizinischen Verfahren verantwortlich und richtet seine Empfehlungen, gleich dem PBAC, an das Gesundheitsministerium. Das Gesundheitsministerium entscheidet auf Basis der Empfehlungen des MSAC, welche Leistungen im Medicare Benefits Schedule (MBS) gelistet werden [40]. Der Fokus des Rahmenwerks liegt auf Leistungen, die im MBS enthalten sind und daher auf Technologien und medizinischen Verfahren, Medikamente sind ausgeschlossen.

Medikamente werden nicht bewertet

Methoden

Methoden werden modifiziert

Die Methoden, welche im „Framework for reviewing existing MBS items“ beschrieben sind, werden im Rahmen des CMF weiterentwickelt. Unterlagen zu modifizierten Prozessen konnten jedoch nicht gefunden werden, weshalb die 2010 im Quality Framework beschriebenen Prozesse angeführt werden.

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

Die Identifikation potenziell ineffektiver oder unsicherer Interventionen und Technologien geschieht durch einen sogenannten „Environmental Scanning“-Ansatz, welcher folgende Elemente umfasst und vom „MBS Quality Framework Expert Advisory Committee“ koordiniert wird [43]:

- ✿ Systematische Analyse von MBS-Daten und anderen Datenquellen, um geografische, anbieterabhängige oder zeitliche Praxisvariabilität in der Versorgung festzustellen.
- ✿ Umfassende und regelmäßige Literaturbewertung zur Identifikation von neuer Evidenz.
- ✿ Angabe von Leistungen durch Beratungskomitees wie dem MSAC oder PBAC aufgrund von Unsicherheiten bei Sicherheit oder Effektivität.
- ✿ Identifikation von potenzieller Über-, Fehl- oder Unterversorgung mit MBS-Leistungen durch Kontrollaktivitäten von Medicare Australia.
- ✿ Nennung von Leistungen durch Stakeholder. Hier wird zusätzlich eine systematische Datenanalyse durchgeführt.
- ✿ Identifikation potenziell überholter Leistungen bei Listung einer neuen Leistung.

Das „MBS Quality Framework Expert Advisory Committee“ soll sich aus einer „adäquaten Auswahl an Stakeholdern“ [43] zusammensetzen und 10-12 Mitglieder umfassen. Im Rahmenwerk vorgeschlagene Gruppen von Stakeholdern sind beispielsweise ÄrztInnen, KonsumentInnen, GesundheitsökonomInnen und WissenschaftlerInnen (HTA) [43].

Kriterien für die Identifikation, sind:

- ✿ Effektivität.
- ✿ Sicherheit.
- ✿ Kosteneffektivität.
- ✿ Praxisvariabilität.
- ✿ Evidenzlage.
- ✿ Alternativen.

Der modifizierten Version des Quality Framework, dem CMF, werden die Erkenntnisse eines Projektes zugrunde liegen, in dessen Rahmen eine systematische und transparente Strategie zur Identifizierung ineffizienter Leistungen entwickelt wurde. Der Ansatz umfasst drei Kernelemente [3]:

- ✿ Systematische Literatursuche in relevanten Datenbanken.
- ✿ Zielgerichtete Suche in speziellen Datenbanken (Cochrane Library, NICE „Do not do“-Datenbank, BlueCross BlueShield Association Technology Evaluation Center assessments, CADTH Health Technology Assessments).
- ✿ Opportunistische Sammlung von Vorschlägen (durch Erfahrungswerte, Kontakt mit Stakeholdern, Medien).

Kriterien, die zur Suche von ineffektiven Interventionen und Technologien angewendet werden, sind Sicherheit, Evidenzlage und Wirksamkeit. Die systematische Datenbanksuche beinhaltet zudem Schlüsselwörter mit Bezug auf Disinvestment, Generierung neuer wissenschaftlicher Nachweise, Reinvestition oder Ressourcen-Neuverteilung [3].

umfassender Ansatz zur Identifikation

systematische und unsystematische Identifikation durch verschiedene Informationsquellen

beteiligt sind unterschiedliche Stakeholder

modifizierte Methoden umfassen drei Kernelemente

| | |
|--|--|
| <p>ein Komitee priorisiert identifizierte Leistungen</p> | <p>Priorisierung der identifizierten Interventionen und Technologien</p> <p>Identifizierte MBS-Leistungen werden anschließend vom „MBS Quality Framework Expert Advisory Committee“ anhand folgender vorgeschlagener Kriterien priorisiert [43]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Krankheitslast, Inzidenz und Prävalenz. ✿ Verfügbarkeit effektiver(er) Alternativen. ✿ Potenzial, klinische Outcomes von PatientInnen zu verbessern. ✿ Einfluss auf das MBS-Budget. ✿ Verfügbarkeit von wissenschaftlichen Belegen und Daten. ✿ Relevanz für vulnerable PatientInnengruppen. ✿ Wahrscheinliche Stakeholderunterstützung. |
| <p>Stakeholder haben umfassende Möglichkeit, am Prozess mitzuwirken</p> | <p>Stakeholderbeteiligung</p> <p>Stakeholder sind während des gesamten Prozesses involviert und haben verschiedene Möglichkeiten, sich einzubringen [43]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Identifikation von Leistungen. ✿ Mitgliedschaft im „MBS Quality Framework Expert Advisory Committee“. ✿ Abgeben von Kommentaren zu Projektprotokollen der Reviews und fertigen Reviews und Empfehlungen im Rahmen einer öffentlichen Konsultation. ✿ Implementierung von Empfehlungen. |
| <p>Bewertung durch HTA-Organisationen</p> | <p>Ergebnisse und deren Disseminierung</p> <p>Die Bewertung prioritärer MBS-Leistungen wird, betreut vom „MBS Quality Framework Expert Advisory Committee“ und beauftragt vom Ministerium für Gesundheit, durch unabhängige Organisationen durchgeführt, welche Expertise im Bereich der Evaluation von Gesundheitsleistungen und Health Technology Assessment haben. Unterstützt werden sie dabei von durch das „MBS Quality Framework Expert Advisory Committee“ ausgewählte klinische ExpertInnen. Als Ergebnisse werden Berichte mit klaren Empfehlungen verfasst. Empfehlungen können die Entfernung der bewerteten Leistung aus dem MBS, eine Änderung der Vergütung, ein gezielterer Einsatz der Leistung oder die Beibehaltung des derzeitigen Status sein. Diese Berichte werden an das MSAC übergeben, welches seinerseits Empfehlungen an das Gesundheitsministerium abgibt. Im Rahmen des „Quality Framework for the MBS“ wurden 2010 vier Reviews durchgeführt, um die Prozesse des Modells zu testen. Die Berichte und Empfehlungen sind auf der Website des MSAC frei verfügbar. Weitere 18 Reviews – wovon sich ein großer Teil mit chirurgischen Eingriffen befasst – sind derzeit in Entwicklung⁵. Nach der Entscheidung des Gesundheitsministers sollen diese Empfehlungen direkt im MBS umgesetzt werden [43].</p> |
| <p>Berichte werden an das MSAC weitergeleitet</p> | |
| <p>derzeit 18 Reviews in Entwicklung</p> | |
| | <p>Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren</p> <p>In der Literatur konnten weder Vor- noch Nachteile oder Implementierungsbarrieren identifiziert werden.</p> |

⁵ Weblink siehe Kapitel 10.2 im Anhang

5.2.5 „Scientific Uncertainties“ und SBU Disinvestment-Projekt (Schweden)

Hintergrund

In Schweden ist das SBU (Swedish Council on Technology Assessment in Health Care), welches bereits 1987 als Antwort der Schwedischen Regierung auf die steigenden Gesundheitsausgaben gegründet wurde, für die Erstellung von HTA-Berichten zuständig, die ausdrücklich auch als Grundlage für Disinvestment- und Priorisierungsentscheidungen im Gesundheitswesen dienen sollen [22].

2010 wurde damit begonnen, „Scientific Uncertainties“, also Interventionen und Technologien, für welche ein unsicherer medizinischer Effekt nachgewiesen wurde oder für welche keine Evidenz verfügbar ist [45], systematisch zu identifizieren und dokumentieren⁶. Im Rahmen dieser Arbeit werden auch Interventionen und Technologien identifiziert, welche besonders kostenintensiv und/oder unsicher sind.

Ziele und AdressatInnen

Ziele des „Scientific Uncertainties“ Projekts sind also, Informationen über diese Interventionen und Technologien aktiv zu disseminieren, Entscheidungsgrundlagen im Gesundheitswesen zu schaffen sowie Forschung und Generierung von wissenschaftlichen Nachweisen anzuregen [45]. Aufbauend auf dem Projekt zu „Scientific Uncertainties“ wurde vom SBU ein Disinvestment-Projekt initiiert, in dessen Rahmen die identifizierten Interventionen und Technologien bewertet werden, um Empfehlungen für EntscheidungsträgerInnen abgeben zu können [46]. Das Projekt soll dazu beitragen, ineffektive Interventionen und Technologien einzustellen [45] und möglicherweise frei werdende Ressourcen neu zu verteilen [46]. Das Disinvestment-Projekt richtet sich damit in erster Linie an politische EntscheidungsträgerInnen. AdressatInnen des „Scientific Uncertainties“-Projektes sind zudem ForscherInnen, welche unbeantwortete Fragen durch neue Evidenz beantworten sollen.

Derzeit enthält die Datenbank, in welcher bereits identifizierte „Uncertainties“ eingetragen sind, Interventionen, Technologien und Pharmazeutika. Derzeit gibt es keine Einträge zu Diagnoseverfahren [47].

Methoden

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

Die Identifikation von „Scientific Uncertainties“, welche als Grundlage für das Disinvestment-Projekt des SBU dient, geschieht durch MitarbeiterInnen der Organisation durch verschiedene Informationsquellen [45]:

- ✿ SBU-Berichte.
- ✿ Nationale Leitlinien.

HTA-Berichte des SBU sollen als Grundlage für Disinvestment dienen

seit 2010 werden *Uncertainties* identifiziert

Anregung von Forschung als Zielsetzung

Disinvestment-Projekt bewertet identifizierte Leistungen

Projekt beschränkt sich auf Behandlungsmethoden

***Uncertainties* als Grundlage für Disinvestment-Projekt**

⁶ Das „Uncertainties“-Projekt ist ähnlich der von NICE gewarteten „UK Database of Uncertainties about the Effects of treatments“ (DUETs), welche ebenso die Anregung von Forschung und die Information über bestehende Unsicherheiten und Wissenslücken bezüglich Wirkung und Sicherheit von Interventionen und Technologien zum Ziel hat. Nähere Informationen unter: <http://www.library.nhs.uk/duets/>.

unter den
Uncertainties befinden
sich Disinvestment-
Kandidaten

- ✿ Andere HTA-Organisationen, Universitätskliniken, wissenschaftliche Vereinigungen verschiedener Fachrichtungen.
- ✿ PatientInnenorganisationen.
- ✿ Zudem ist es möglich, über die Webseite von SBU einen Vorschlag für eine potenzielle „Uncertainty“ abzugeben.

Unter den identifizierten „Uncertainties“ sind auch Interventionen und Technologien, welche negative Effekte oder keinen nachweisbaren Nutzen haben [46]. Diese werden als Disinvestment-Kandidaten angesehen, wenn sie ineffektiv, sehr kostenintensiv und mit Risiken verbunden [48] sind.

Priorisierung der identifizierten Interventionen und Technologien

Es wurde keine Information dazu gefunden, ob und mit welcher Methodik eine Priorisierung identifizierter Interventionen und Technologien durchgeführt wird.

Stakeholderbeteiligung

Stakeholder haben die Möglichkeit, durch Nennung auf der SBU-Website zur Identifizierung ineffektiver Interventionen und Technologien beizutragen. Darüber hinaus ist keine Stakeholderbeteiligung beschrieben.

Datenbank enthält
identifizierte
Uncertainties

Ergebnisse und deren Disseminierung

Identifizierte Leistungen werden von SBU unter Berücksichtigung der vorhandenen Evidenz bewertet und, wenn die Kriterien erfüllt werden (ein unsicherer medizinischer Effekt kann nachgewiesen werden oder kein wissenschaftlicher Nachweis ist verfügbar), als „Uncertainty“ in eine frei zugängliche Datenbank⁷ aufgenommen. Um die Datenbank aktuell zu halten, sollen die in der Datenbank geführten Interventionen und Technologien alle 3 Jahre nach Erstpublikation erneut bewertet werden [45].

bislang wurden
3 ineffektive Leistungen
identifiziert

Informationen zu Interventionen und Technologien mit negativen Effekten oder geringem Nutzen, also potenzielle Disinvestment-Kandidaten, werden vom SBU in Berichten zusammengefasst, welche sowohl medizinische als auch ökonomische Bewertungen und ethische Aspekte enthalten [46]. Bisher konnten 3 Bereiche ineffektiver Interventionen identifiziert werden⁸, die Implementierung formulierter Empfehlungen wird im Herbst 2013 in 3 politischen Bezirken in Schweden getestet [48].

Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren

In der Literatur konnten weder Vor- noch Nachteile oder Implementierungsbarrieren identifiziert werden.

⁷ <http://www.sbu.se/en/Published/Scientific-Uncertainties/>

⁸ Arthroskopie bei Arthritis, Corticosteroide bei lateraler Epicondylitis, Klinisch indizierter Ersatz versus routinemäßiger Ersatz peripherer Venenkatheter [48].

5.3 Modelle und Strategien ohne HTA-Bezug

5.3.1 Die Choosing Wisely®-Initiative (USA)

Hintergrund

Der Grundstein für die Choosing Wisely®-Initiative wurde 2009 ursprünglich in Gestalt eines Pilotprojekts durch die „National Physicians Alliance“ (NPA) gelegt. Diese reagierte damit auf die von der ABIM Foundation („American Board of Internal Medicine“), der „American College of Physicians Foundation“ und der „European Federation of Internal Medicine“ veröffentlichte Charta zur Professionalität in der Medizin des neuen Jahrtausends [49] und auf den Artikel zur Gesundheitsreform von Howard Brody, der zur Erstellung von Top 5-Listen überflüssiger und ineffizienter Behandlungen aufrief [50]. Die NPA veröffentlichte im Rahmen des „Promoting Good Stewardship in Clinical Practice“-Projekts insgesamt 3 Listen mit praxisnahen Vorschlägen für ÄrztInnen der Internen Medizin, Familienmedizin und Pädiatrie zum effektiven Einsatz von Ressourcen im Gesundheitsbereich [51]. Jede der gelisteten Interventionen und Technologien soll evidenzbasiert sein und, wenn möglich, zu einer Kosteneinsparung im Gesundheitsbereich führen.

Darauf aufbauend, im Jahr 2012, entwickelten VertreterInnen 9 verschiedener medizinischer Fachdisziplinen Listen mit jeweils 5 häufig angewandten Interventionen oder Technologien ihres Fachgebiets („Five things physicians and patients should question“), deren Notwendigkeit ihrer Meinung nach hinterfragt und diskutiert werden sollte. Die Listen enthalten nicht nur die Empfehlungen selbst, sondern auch die zugrunde liegende Evidenz und Guidelines. In dieser ersten Phase der Initiative nahmen folgende Fachdisziplinen teil [52]:

- ✧ American Academy of Allergy, Asthma & Immunology.
- ✧ American Academy of Family Physicians.
- ✧ American College of Cardiology.
- ✧ American College of Physicians.
- ✧ American College of Radiology.
- ✧ American Gastroenterological Association.
- ✧ American Society of Clinical Oncology.
- ✧ American Society of Nephrology.
- ✧ American Society of Nuclear Cardiology.

Bislang schlossen sich mehr als 50 Fachgesellschaften der Initiative an, bis Anfang 2014 sollen 30 weitere Listen veröffentlicht werden [53].

Um PatientInnen die Informationen näherbringen zu können, entwickelte die Organisation „Consumer Reports“, ein Kooperationspartner der ABIM Foundation, patientInnenfreundliches Informationsmaterial, welches durch unterschiedliche Medien der Organisation verbreitet wird.

2009:
Veröffentlichung von 3 Listen mit Empfehlungen zum effektiven Ressourceneinsatz im Rahmen eines Pilotprojekts

2012:
Entwicklung von Top 5-Listen durch 9 Fachgesellschaften

bislang mehr als 50 Fachgesellschaften

Kooperation mit Consumer Reports

Ziele und AdressatInnen

| | |
|--|--|
| Förderung des Dialogs zwischen PatientInnen und ÄrztInnen | Choosing Wisely® verfolgt vorrangig das Ziel, den Dialog zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu fördern, indem die PatientInnen darin unterstützt werden, informiert Entscheidungen zugunsten einer Behandlung zu treffen, die evidenzbasiert, sicher und wirklich notwendig ist oder, im Gegenteil, eine Behandlung abzulehnen, die ineffektiv oder unnötig ist [52]. Damit tragen sie zu einem angemessenen Umgang mit Ressourcen bei. Ebenso soll ÄrztInnen ein einfaches Tool zur Verfügung gestellt werden, das es ihnen erlaubt, schnelle Entscheidungen darüber zu treffen, welche Intervention(en) und Technologien potentiell unnötig und ineffektiv sind [54]. Ziel ist es, medizinische Überversorgung zu vermeiden oder zu reduzieren und – durch Umdenken von ÄrztInnen und PatientInnen – Ressourcen optimal einzusetzen [52]. Die Empfehlungen werden nicht mit der Intention entwickelt, Entscheidungen bezüglich der Finanzierung einzelner Interventionen durch öffentliche Ressourcen zu beeinflussen [55]. |
| Identifikation unnötiger und ineffektiver Leistungen | |
| Vermeidung von Überversorgung | |
| diagnostische Verfahren besonders oft vertreten | Es gibt keine Einschränkung auf eine bestimmte Art der Interventionen oder Technologien, diagnostische Verfahren und insbesondere bildgebende Verfahren sind jedoch besonders häufig auf den Listen vertreten [56]. Auch eine Einschränkung auf bestimmte Fachbereiche ist nicht gewollt, da alle Disziplinen eingeladen sind, an der Initiative teilzunehmen. |

Methoden

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

| | |
|---|--|
| Identifikation durch teilnehmende ÄrztInnen verschiedener Fachdisziplinen | Die Identifikation ineffektiver, in diesem Fall insbesondere überflüssiger, Interventionen und Technologien basiert bei der Choosing Wisely®-Initiative auf evidenzbasierter Konsensfindung der teilnehmenden ÄrztInnen verschiedener Fachdisziplinen. In einem demokratischen Prozess werden von den ÄrztInnen Leistungen ausgewählt, für die wissenschaftliche Nachweise und praktische Erfahrungen existent sind, die deren Ineffektivität belegen. Teilweise werden auch andere Stakeholder wie PatientInnen in den Prozess involviert. |
| 2009: Identifikation in Arbeitsgruppen basierend auf Erfahrung | Zu Beginn des Pilotprojektes 2009 wurden Arbeitsgruppen mit ÄrztInnen der drei teilnehmenden Fachdisziplinen zusammengestellt, welche per E-Mail zur Teilnahme eingeladen wurden. Aus den Antwortenden wurden je 5 Personen pro Gruppe ausgewählt, wobei auf eine möglichst hohe Diversität (bezüglich Herkunft, Geschlecht und Ethnie) geachtet wurde. Die Arbeitsgruppen identifizierten im Rahmen von Telekonferenzen Interventionen, welche sie unter Berücksichtigung folgender Kriterien aufgrund ihrer Erfahrung als ineffektiv und unnötig erachteten[51]: <ul style="list-style-type: none"> ✱ Häufige Anwendung in der Praxis. ✱ Gestützt durch wissenschaftlichen Nachweis. ✱ Die Vermeidung führt zu wesentlichem Nutzen für die PatientInnen und zu Kosten- und Risikoreduktion. |
| identifizierte Leistungen müssen wissenschaftlich belegbar ineffektiv sein | Im Rahmen der Initiative ab 2012 wurden die Fachverbände seitens der InitiatorInnen zudem aufgefordert, Interventionen und Technologien auszuwählen, welche tatsächlich in ihren Fachbereich fallen [57]. |

Die 2012 und 2013 erstellten Listen wurden durch VertreterInnen der Fachdisziplinen u. a. unter Verwendung folgender Methoden und Informationsquellen erstellt:⁹

- ✱ Bildung von Arbeitsgruppen (die Zusammenstellung variiert zwischen den verschiedenen Disziplinen).
- ✱ Konsultation von ÄrztInnen zur Gewinnung von Meinungen und Vorschlägen durch E-Mail-Kontakt oder Aufrufe in Fachzeitschriften.
- ✱ Erstellung von Auswahlkriterien basierend auf Guidelines.
- ✱ Literaturrecherche und Bewertung der identifizierten Evidenz.
- ✱ Delphi-Methode.
- ✱ Online Befragung von ÄrztInnen des Fachgebiets.
- ✱ Konsultation von PatientInnenvertretern.

Die angewandten Methoden zeichnen sich durch einen demokratischen Zugang zur Entscheidungsfindung aus. Alle Fachverbände gaben ihren Mitgliedern die Möglichkeit, zur Erstellung der Listen beizutragen.

Priorisierung der identifizierten Interventionen und Technologien

Im Rahmen von Choosing Wisely® werden von jeder Fachdisziplin selektiv „5 Posterioritäten¹⁰“, [58] beschrieben – die ineffektivsten Behandlungs- und Untersuchungsmethoden werden in die veröffentlichten Listen aufgenommen. Die Priorisierung der Interventionen und Technologien geschieht innerhalb der Fachgesellschaften durch jene Personen, welche auch für die Identifikation verantwortlich sind. Da keine für alle Fachrichtungen gültigen Kriterien vorgegeben sind, sind die Priorisierungskriterien heterogen und auch nicht für jede Fachrichtung beschrieben.

Eine erste Version der 2009 entwickelten Listen wurde durch Anwendung der Nominal Group-Technik erstellt, die zu einer Priorisierung von insgesamt 15 (also 3 mal 5) Interventionen oder Technologien führte [51]. Meinungen und Erfahrungen von „TesterInnen“ aus der Praxis (ÄrztInnen der 3 Fachdisziplinen) wurden mittels online Befragung erhoben und in die Erstellung der finalen Listen miteinbezogen [51].

Folgende Kriterien sind für die Priorisierung beschrieben:

- ✱ (Potenzielle) Relevanz für die Fachrichtung und die Allgemeinheit.
- ✱ Potenzieller Impact und zugrunde liegende Evidenz.
- ✱ Potenzial, Schaden anzurichten.
- ✱ Derzeitige Nutzungsfrequenz.
- ✱ Nachweis fehlenden Nutzens.
- ✱ Potenzial, Qualität zu verbessern und Kosten zu senken.
- ✱ Einfluss auf die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung.

Fachgesellschaften erstellen Listen mit Hilfe unterschiedlicher Methoden und Informationsquellen

demokratischer Zugang

Priorisierung durch Fachgesellschaften anhand heterogener Kriterien

2009: Einsatz der Nominal Group-Technik

⁹ Die Methoden der einzelnen Fachdisziplinen sind jeweils in der erstellten Liste nachzulesen, welche auf der Choosing Wisely- Homepage zum Download zur Verfügung stehen.

¹⁰ Posterioritäten sind das Gegenteil von Prioritäten, sie bilden das Ende einer Rangreihe.

| | |
|--|---|
| Stakeholderbeteiligung ist wichtiger Bestandteil | Stakeholderbeteiligung |
| hauptsächlich ÄrztInnen involviert | Umfassende Stakeholderbeteiligung wird von den Initiatoren von Choosing Wisely® sowie von VertreterInnen der teilnehmenden Fachrichtungen als wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Umsetzung des Modells gesehen. Neben der Einbeziehung der ÄrztInnen in die Entwicklung der Top 5-Listen werden auch Vorschläge und Kommentare zu den ausgewählten Interventionen und Technologien beispielsweise von betroffenen PatientInnen eingeholt. Obwohl als wichtig beschrieben, bezieht der Großteil der Fachdisziplinen jedoch – abgesehen von ÄrztInnen – keine weiteren Stakeholder in der Erstellung der Listen ein. |
| PatientInnen und KonsumentInnen als AdressatInnen | Allerdings stehen PatientInnen und KonsumentInnen besonders bei der Umsetzung im Mittelpunkt. Sie sind – neben den ÄrztInnen – Hauptadressaten der entwickelten Listen. |
| Ergebnisse und deren Disseminierung | |
| Disseminierung durch Consumer Reports und über andere Medien | Die Disseminierung der Top 5-Listen erfolgt vor allem in Kooperation mit „Consumer Reports“, einer unabhängigen Non Profit-Organisation, welche sowohl über das Internet als auch über eigene Printmedien breitenwirksame Öffentlichkeitsarbeit betreiben kann. Die ursprünglichen Listen werden in Zusammenarbeit mit den VertreterInnen der Fachdisziplinen verständlich aufbereitet und stehen zum freien Download zur Verfügung. ¹¹ Consumer Reports koordiniert außerdem die Verbreitung der Informationen durch andere Konsumentenschutzorganisationen. Auch Wikipedia hat sich der Kampagne angeschlossen, und trägt somit weiter zur Verbreitung bei. Zusätzlich werden die Listen der verschiedenen Fachdisziplinen sowie Hintergrundinformation zur Kampagne durch die Choosing Wisely® Homepage verbreitet. |
| leicht verständliche Aufbereitung der Empfehlungen | Um die Reichweite der Initiative weiter zu erhöhen, werden bis 2015 von der ABIM Foundation geförderte Projekte umgesetzt, die unter anderem folgende Disseminierungsmethoden einsetzen [59]: |
| geförderte Projekte erhöhen Reichweite | <ul style="list-style-type: none"> ✦ Eine Handy-App, die ÄrztInnen einen schnellen Zugriff auf die Top 5-Listen ermöglichen soll. ✦ Individuelle Beratung und Schulung, insbesondere von MedizinstudentInnen und AssistenzärztInnen. |
| Hauptverantwortliche für die aktive Disseminierung sind ÄrztInnen | Die tatsächliche Verbreitung der Inhalte in der Praxis liegt in der Verantwortung der ÄrztInnen, die den Dialog und die Diskussion mit PatientInnen anregen sollen. Um ÄrztInnen dabei zu unterstützen, die erstellten Listen auch tatsächlich in die Praxis zu übertragen, sollen sie in laufenden Schulungen die Möglichkeit haben, die Empfehlungen der Fachgesellschaften kennenzulernen und ihre Kommunikationskompetenz zu verbessern. Auch soll eine Lernplattform geschaffen werden, um teilnehmenden ÄrztInnen die Möglichkeit des Austauschs ihrer Erfahrungen in der Implementierung der Empfehlungen zu geben [59]. |

¹¹ <http://consumerhealthchoices.org/campaigns/choosing-wisely/>

Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren

Nachteile und Barrieren

Barrieren, welche von verschiedenen AutorInnen beschrieben werden, sind [51, 54, 60]:

- ❖ Ablehnung der Listen, bedingt durch die Angst vor „Rationierung“.
- ❖ Widerspruch zu PatientInnenwünschen.
- ❖ Sicherung der permanenten Mitwirkung der beteiligten Fachgesellschaften und Aufrechterhaltung von deren Motivation.

Angst vor Rationierung, Ablehnung, Motivationsverlust

Potenzielle Nachteile sind [54, 58]:

- ❖ Methoden zur Identifikation und Priorisierung, welche von den verschiedenen Fachdisziplinen angewendet werden, sind heterogen und teilweise unzureichend beschrieben.
- ❖ Howard Brody sieht im Fehlen einer Evaluation der tatsächlichen Umsetzung von Empfehlungen in die Praxis einen Schwachpunkt der Initiative und fordert mehr Übernahme von Verantwortung seitens der involvierten Fachgesellschaften.

fehlende Evaluierung, heterogene Methoden

Vorteile

Die folgenden Vorteile wurden identifiziert [52, 55, 61]:

- ❖ Dialog zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wird angeregt – Förderung von Shared Decision Making.
- ❖ PatientInnen werden ermutigt, informierte Entscheidungen zu treffen.
- ❖ Initiative geht von ÄrztInnen selbst aus.
- ❖ Bedingt durch die Zilesetzung der Initiative – die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern und die PatientInnensicherheit gewährleisten zu wollen – ist die öffentliche Akzeptanz wesentlich höher, als bei vorangegangenen Initiativen zur Reduktion unnötiger Behandlung, denen es nicht gelang, die unpopuläre Diskussion der Rationierung zu vermeiden.
- ❖ Durch Zusammenarbeit mit „Consumer Reports“ hat die Initiative eine große Reichweite.
- ❖ Leicht verständliche Sprache der Empfehlungen.

Anregung von Dialog, PatientInneninformation, Initiative der ÄrztInnen, große Reichweite

5.3.2 Program Budgeting and Marginal Analysis (PBMA)

Hintergrund

seit mehr als
25 Jahren angewandt

„Program Budgeting and Marginal Analysis“ wurde bereits in den 1950er Jahren in den USA entwickelt und zunächst für eine optimale Ressourcenverteilung im amerikanischen Verteidigungsministerium verwendet [6]. Im Bereich des Gesundheitswesens findet das Modell seit mehr als 25 Jahren vor allem in Australien, Neuseeland und Kanada [62] Anwendung, um eine Verbesserung der Gesundheit durch optimalen Ressourceneinsatz zu erzielen [63], wobei insbesondere finanzielle Aspekte Berücksichtigung finden.

2 ökonomische
Prinzipien:
Opportunitätskosten
und Marginalanalyse

Der Ansatz des PBMA beruht auf zwei ökonomischen Prinzipien: zum einen den Opportunitätskosten, dem entgangenen Nutzen bei Einsatz vorgegebener Ressourcen für eine Alternative und nicht eine andere, und zum anderen der Marginalanalyse, welche inkrementelle Kosten und Nutzen einer Umschichtung von Ressourcen untersucht, um nötige und sinnvolle Veränderungen aufzuzeigen [63].

Grundlage
ist ein Plan derzeitiger
Ressourcenverwendung

Um PBMA erfolgreich in der Entscheidungsfindung einsetzen zu können, muss zunächst ein „program budget“, also ein Plan, wie Ressourcen derzeit – im Rahmen einer bestimmten Organisation – eingesetzt werden, erstellt werden. Danach ist es mittels Marginalanalyse möglich, Vorschläge zu erarbeiten, wie Ressourcen besser verteilt werden könnten. Der Prozess kann in folgende Schritte unterteilt werden [64]:

danach werden
Vorschläge zur
Optimierung erarbeitet

- ✦ Erstellung eines „program budget“.
- ✦ Zusammenstellung eines Beratungsgremiums aus Stakeholdern.
- ✦ Identifikation lokal relevanter Entscheidungskriterien durch das Beratungsgremium.
- ✦ Identifikation von Möglichkeiten für Investment und Disinvestment.
- ✦ Evaluation der gefundenen Möglichkeiten anhand der Entscheidungskriterien, vorhandener wissenschaftlicher Nachweise und lokaler Daten.
- ✦ Formulieren von Vorschlägen zur Ressourcenallokation.
- ✦ Validierung der Ergebnisse und Umsetzung.

Ziele und AdressatInnen

Fokus liegt auf
Maximierung des
Nutzens und Senkung
der Opportunitätskosten

PBMA zielt darauf ab, Entscheidungen zur Ressourcenverteilung zu lenken. Der Fokus liegt dabei auf einer Maximierung des Nutzens der Gesundheitsversorgung [65] – insbesondere im lokalen Kontext – bei gleichzeitiger Senkung der Opportunitätskosten. Ineffektive Leistungen werden nicht mehr finanziert und freiwerdende Ressourcen können reinvestiert werden [66]. EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen, in den meisten Fällen die Geschäftsführung und klinische EntscheidungsträgerInnen in der Institution, sollen dabei unterstützt werden, zu verstehen, wie Ressourcen eingesetzt werden, wie effektiv dieser Einsatz ist und wie die Effektivität in Zukunft gesteigert werden kann [63].

Steigerung der
Effektivität

Es gibt keinerlei Einschränkungen auf bestimmte Arten von Interventionen oder Technologien.

Methoden

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

Im Rahmen der Marginalanalyse ist ein Beratungsgremium, welches idealerweise für die betreffende Institution (z. B. ein Krankenhaus) repräsentativ und aus ÄrztInnen, ManagerInnen, PatientInnen und anderen Stakeholdern zusammengestellt ist, dafür verantwortlich, neue Leistungen (Interventionen, Technologien etc.), in welche investiert werden sollte, oder aber bestehende Leistungen, die potenzielle Disinvestment-Kandidaten sind, zu identifizieren [62]. Verschiedene Ansätze zur Identifikation von Disinvestment-Kandidaten durch das Beratungsgremium sind möglich und werden in der Praxis angewendet [64, 67]:

- ✳ Fokustruppen mit Konsensfindung innerhalb der Gruppe.
- ✳ Konsensfindung anhand von Informationen aus dem „program budget“ und anderen Quellen (z. B. Wartelisten, vorhandene Evidenz).
- ✳ Das Einholen von Meinungen lokaler ExpertInnen.
- ✳ Interviews mit Stakeholdern.
- ✳ Literaturrecherche und Benchmarking.

Als Informationsquellen dienen, den oben genannten Methoden entsprechend, Datenbanken, Guidelines, Daten anderer Institutionen und ExpertInnen- bzw. Stakeholdereinschätzungen [67].

Kriterien zur Identifikation werden, angepasst an den lokalen Kontext, vom Beratungsgremium bestimmt. Es konnten daher keine standardisierten Kriterien gefunden werden. Peacock et al. [64] nennen jedoch Wirksamkeit sowie die Möglichkeit einer Umsetzung in einem überschaubaren Zeitrahmen als wichtige Kriterien, welche in jedem Fall Berücksichtigung finden sollten.

Priorisierung der identifizierten Interventionen und Technologien

Dasselbe Beratungsgremium, welches auch für die Identifikation verantwortlich ist, erstellt Listen priorisierter Leistungen durch Konsensfindung. Kriterien zur Priorisierung müssen zuvor dem lokalen Kontext entsprechend definiert werden [62] und variieren demnach zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen. Mögliche Priorisierungskriterien sind [66, 68]:

- ✳ Effektivität.
- ✳ Effizienz.
- ✳ Sicherheit.
- ✳ Zugang zur Leistung.
- ✳ Kontinuität der Gesundheitsversorgung.
- ✳ Anzahl betroffener PatientInnen/KonsumentInnen.
- ✳ Potenzielle Barrieren in der Umsetzung.
- ✳ Verteilungsgerechtigkeit.
- ✳ Krankheitslast.

Um den PBMA-Prozess und insbesondere die Priorisierung für das Beratungsgremium einfacher zu gestalten und eine mögliche Überforderung involvierter Stakeholder zu vermeiden, entwickelte eine Gruppe von WissenschaftlerInnen eine nicht frei verfügbare Priorisierungssoftware¹² speziell für die Verwendung im Rahmen von PBMA. Diese wird derzeit in kanadischen Gesundheitsorganisationen, wie beispielsweise Vancouver Coastal Health, eingeführt [69].

ein interdisziplinäres Beratungsgremium identifiziert ineffektive Leistungen

die verwendeten Methoden und Informationsquellen sind vielfältig

Kriterien werden an den lokalen Kontext angepasst

die Priorisierung geschieht durch das Beratungsgremium

die Kriterien berücksichtigen den lokalen Kontext

eine Priorisierungssoftware für den PBMA-Prozess wird derzeit in Kanada eingeführt

¹² <http://www.prioritizesoftware.com/products-and-services/prioritize-software/>

| | |
|--|--|
| <p>Stakeholder sind am gesamten Prozess beteiligt</p> <p>eine Überrepräsentation von ÄrztInnen soll vermieden werden</p> | <p>Stakeholderbeteiligung</p> <p>Stakeholder werden als Teil des Beratungsgremiums in den Identifikations-, Priorisierungs-, Bewertungs- und Entscheidungsprozess einbezogen. Insbesondere ÄrztInnen sollen mit ihrer Expertise und Erfahrung zur Identifikation und Priorisierung von Bereichen beitragen, in welchen Disinvestment von ineffektiven Interventionen und Technologien möglich und sinnvoll wäre. Es gilt jedoch eine Überrepräsentation von ÄrztInnen und damit eine Einseitigkeit von Interessen zu vermeiden. Idealerweise sind verschiedenste Berufs- und Interessengruppen (auch VertreterInnen der Öffentlichkeit) im Gremium vertreten [62].</p> |
| <p>im Rahmen der Marginalanalyse werden Kosten-Nutzen-Berechnungen durchgeführt und Empfehlungen formuliert</p> | <p>Ergebnisse und deren Disseminierung</p> <p>Priorisierte Disinvestment-Kandidaten werden im Rahmen der Marginalanalyse evaluiert, wobei insbesondere Effektivität und Kosten Berücksichtigung finden. Das Beratungsgremium nutzt in diesem Schritt publizierte Evidenz oder ExpertInnenwissen, um Kosten-Nutzen-Berechnungen durchzuführen. Um verlässliche Aussagen treffen zu können, bedarf es lokaler Daten zur Verwendung bestimmter Interventionen und Technologien sowie Daten zu anfallenden Kosten, wobei insbesondere die variablen Kosten einer Leistung von Bedeutung sind. So können die inkrementellen Kosten, die durch eine Veränderung (z. B. Reduzierung) des Leistungsumfangs entstehen, berechnet werden [6]. In den letzten Jahren entwickelte sich PBMA dahingehend, dass nicht allein Nutzen und Kosten berücksichtigt werden, sondern auch Kriterien wie Verteilungsgerechtigkeit, Zugang und kulturelle Aspekte an Bedeutung gewinnen. Je nach lokalem Kontext werden die Entscheidungskriterien gewichtet und führen schließlich zu Handlungsempfehlungen [64].</p> |
| <p>auch Verteilungsgerechtigkeit und kulturelle Aspekte werden berücksichtigt</p> | <p>Das Endprodukt von PBMA sind sogenannte „Shift Lists“ (Leistungen, die potenzielle Disinvestment-Kandidaten sind) und „Wish Lists“ (Leistungen, in die investiert werden sollte). Entscheidungen, in welche Leistungen investiert wird, oder welche Kandidaten für Disinvestment sind, werden anhand von Entscheidungskriterien meist nicht direkt vom Beratungsgremium, sondern von EntscheidungsträgerInnen der Institution, wie der Geschäftsführung, getroffen. Eine Disseminierung der Ergebnisse über die Institution hinaus ist nicht üblich [67].</p> |
| <p>Endprodukte sind <i>Shift Lists</i> und <i>Wish Lists</i></p> | <p>Es konnte gezeigt werden, dass PBMA vor allem im kanadischen Kontext teilweise erfolgreich eingesetzt wird, um Ressourcen von ineffektiven Interventionen und Technologien abzuziehen [70]. Disinvestmentprozesse innerhalb von verschiedenen Organisationen konnten in den letzten Jahren Einsparungen von 3-50 Millionen Kanadischen Dollars erzielen [67]. Ein Beispiel erfolgreicher Implementierung wird für die Coastal Health Authority in Vancouver, Kanada, beschrieben: insgesamt wurden Einsparungen von 4,9 Millionen Kanadischen Dollars beschlossen [68].</p> |
| <p>PBMA wird erfolgreich zur Kosteneinsparung eingesetzt</p> | |

Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren

Nachteile und Barrieren

Mögliche Nachteile, die in der Literatur beschrieben werden, sind [6, 64, 67, 69]:

- ❖ Verlässliche Daten und wissenschaftliche Belege sind notwendig.
- ❖ Relativ ressourcenintensiv.
- ❖ Engagement und die Kooperationsbereitschaft von ÄrztInnen zur Identifikation von Leistungen ist nötig.
- ❖ Investment-Kandidaten werden wesentlich leichter identifiziert als Disinvestment-Kandidaten.
- ❖ Bürokratie innerhalb der Institution behindert die Umsetzung.
- ❖ Fehlender Rückhalt von EntscheidungsträgerInnen und Führungspersonlichkeiten innerhalb der Organisation.

Herausforderungen bei der Implementierung von PBMA sind ein oftmaliges Fehlen von zuverlässigem Datenmaterial als Grundlage der Analyse sowie die Tatsache, dass die Mitglieder des Beratungsgremiums mitunter überfordert sind, Kandidaten für Disinvestment vorzuschlagen [62].

Folgende Voraussetzungen sollten erfüllt sein, damit PBMA erfolgreich in der Praxis umgesetzt werden kann [71]:

- ❖ Klare strategische Zielsetzung und organisatorische Stabilität.
- ❖ Akzeptanz der Notwendigkeit von Veränderungen in der Ressourcenallokation durch die Stakeholder.
- ❖ PBMA sollte von einer umfassenden Strategie zum Management von Veränderungsprozessen begleitet werden.
- ❖ Leistungsanbieter sollten in den gesamten Prozess einbezogen werden.
- ❖ Mitglieder des Beratungsgremiums und relevante Stakeholder müssen zu Beginn umfassende Informationen zu verwendeten Methoden erhalten.

Zudem ist ein effizienterer Einsatz von PBMA für Disinvestment möglich, wenn den am Prozess Beteiligten von Beginn an klar ist, dass Einsparungen tatsächlich nötig sind, der Rahmen für mögliche Veränderungen nicht zu eng gehalten wird und die Liste mit Disinvestment-Kandidaten (Shift List) bei der Umsetzung der Empfehlungen vorrangig gegenüber jener der Investment-Kandidaten (Wish List) behandelt wird [70].

Vorteile

Folgende Vorteile von PBMA konnten identifiziert werden [6, 62, 64, 67]:

- ❖ Lokaler Kontext wird berücksichtigt.
- ❖ Pragmatischer Zugang.
- ❖ Systematisch, transparent, fair und klar.
- ❖ Die Übernahme von Verantwortung für getroffene Entscheidungen wird gestärkt.
- ❖ Unterstützung und Zustimmung aller beteiligten Stakeholder („buy-in“) zu getroffenen Entscheidungen.

Notwendigkeit von Daten, ressourcenintensiv, fehlender Rückhalt und Engagement

Voraussetzungen sind klare Zielsetzung, Involvierung aller Stakeholder und Akzeptanz

Shift Lists sollten vorrangig behandelt werden

Berücksichtigung des lokalen Kontexts, Transparenz, Stärken der Verantwortung

5.3.3 SVR/Sachverständigenrat-Gutachten: Stakeholder-Befragung (Deutschland)

Hintergrund

2000:
SVR beschließt
einmalige Befragung
aller relevanter
Stakeholder zur
Versorgungslage in
Deutschland

Im Frühjahr 2000 entschied sich der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) – seit 1. Jänner 2004 „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ – für die Durchführung einer einmaligen Befragung von Organisationen, die sich „mit der gesundheitlichen Versorgung von Patienten, Versicherten und Bürgern in Deutschland befassen“ [14]. Es sollten Daten und Einschätzungen verschiedener Stakeholder erhoben werden, ergänzt durch Studien und empirische Erfahrungsberichte. Um ein möglichst umfassendes Bild der Versorgungssituation aus Sicht verschiedener Akteure und Interessensgruppen abbilden zu können, wurde eine Befragung der „Nutzer, der Finanzierer, der Leistungserbringer, der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Körperschaften mit gesetzlichen Bedarfsplanungsaufträgen“ [14] durchgeführt, die vom 4. April 2000 bis zum 31. August 2000 stattfand. Die Auswertung wurde 2001 abgeschlossen.

**2001 wird ein 3-teiliges
Gutachten vorgelegt**

Im Jahr 2001 legte der SVR dem Bundesministerium für Gesundheit sein Gutachten zum Thema „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Gesundheitswesens in Deutschland vor, welches insgesamt 3 Teile umfasst. In Band III des Gutachtens geht der SVR, auf Basis einer Befragung von wissenschaftlichen Organisationen, Körperschaften und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens, der Frage nach, welche Formen von „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ im Gesundheitswesen identifiziert werden können [14].

**Band III beschäftigt sich
mit Über-, Unter- und
Fehlversorgung**

**der SVR erfüllt mit
Erstellung des
Gutachtens
unterschiedliche
Aufgaben**

Der Sachverständigenrat erfüllt mit dem Gutachten seine vom Gesetzgeber vorgegebene Aufgabe [72],

- ✦ die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
- ✦ unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
- ✦ Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen, sowie
- ✦ Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Ziele und AdressatInnen

**Über-, Unter- und
Fehlversorgung soll
konkret benannt werden**

Der SVR legte das Augenmerk zwar auch auf PatientInnenversorgung und -sicherheit, allerdings eher im Sinne der Qualitätssicherung in Bereichen mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen in Deutschland [14], als auf die reine Identifikation von ineffektiven Interventionen und Technologien. Trotz dieser Ausnahmestellung wurde das Modell in den Bericht aufgenommen, da es zum einen verdeutlicht, dass Ineffektivität durch zahlreiche Faktoren verursacht sein kann und zum anderen auch, um die besondere Methode (die umfassende Befragung relevanter Stakeholder mit der Möglichkeit, auch benachbarte Fachgebiete zu beurteilen), die hier zur Anwendung gelangte, darstellen zu können.

**Ausnahmestellung des
Gutachtens**

Die Darstellung von Ineffektivität durch Über-, Unter- und Fehlversorgung sollte möglichst sektorenübergreifend und realitätsnah ausfallen und nicht nur einzelne Interventionen und Technologien umfassen, sondern primär nicht-indikationsbezogene Bereiche (insbesondere zu Strukturen und Prozessen im Gesundheitssystem) einschließen. Damit deckt die Befragung ein sehr breites Spektrum an zu identifizierender Ineffektivität ab, welches von Therapien über Prävention, Heil- und Hilfsmittel bis zu Diagnostik und strukturelle Defizite in der Aus-, Fort- und Weiterbildung reicht. Als Technologien werden im Rahmen der Befragung alle diagnostischen, auch frühdiagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen und Verfahren bezeichnet, welche neben Behandlungsverfahren ausdrücklich auch Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und spezialisierte Transportmittel (Rettungsdienste) beinhalten [14].

AdressatInnen der Ergebnisse sind in erster Linie das Bundesministerium für Gesundheit und der Deutsche Bundestag [15].

auch Struktur- und Prozessqualität werden berücksichtigt

breites Spektrum wird abgedeckt

PolitikerInnen als AdressatInnen

Methoden

Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien

Die Identifikation von Ineffektivität unterschiedlichster Ausprägung erfolgte durch die Befragung von insgesamt 300 Organisationen, welche als Stakeholder im Gesundheitswesen identifiziert wurden. Diese können in folgende Gruppen unterteilt werden [14]:

- ❖ **Medizinische Fachgesellschaften:** sollten eine hohe Sachbezogenheit und wissenschaftliche Nachprüfbarkeit indikationsbezogener Fragestellungen gewährleisten. Insgesamt wurden 129 Fachgesellschaften in die Befragung einbezogen.
- ❖ **Betroffenen-Organisationen:** sollten die Perspektive von PatientInnen und damit die NutzerInnenseite vertreten und so einen „Gegenpol“ zur Anbieterseite schaffen. Insgesamt wurden 69 (überwiegend bundesweit tätige) Organisationen einbezogen.
- ❖ **Mitgliedsorganisationen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) und sonstige Organisationen:** dazu gehören Körperschaften und Verbände der Kassen und Leistungserbringer, Ministerien und Senatoren der Länder, Behinderten- und Verbraucherverbände, der Deutsche Städtetag, der Deutsche Landkreistag, der Städte- und Gemeindebund und die Sozialpartner. Insgesamt gehören der KAiG 47 Körperschaften und Organisationen an. Zusätzlich wurden weitere 55 Organisationen (beispielsweise das Robert Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) in die Befragung einbezogen.

300 Organisationen wurden befragt

medizinische Fachgesellschaften

Betroffenen-Organisationen

Verbände der Kassen, PolitikerInnen, VerbraucherInnenverbände, wissenschaftliche Institutionen

Die Befragung wurde mittels eines offen gehaltenen Fragebogens durchgeführt, da der Rat die Antwortmöglichkeiten der Befragten möglichst uneingeschränkt gestalten wollte. Die unterschiedlichen Gruppen erhielten „zielgruppenspezifische Befragungsunterlagen in Form von nichtstandardisierten Fragebögen“ [14], welche durch Erläuterungen ergänzt wurden.

offen gehaltenen Fragebogen

Im Gutachten finden folgende Definitionen Anwendung [14], anhand derer – basierend auf den Erfahrungen der Befragten [15] – eine Identifikation von Ineffektivität erfolgte:

die Identifikation basiert auf den Definitionen von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Überversorgung: Eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus oder eine unwirtschaftliche Erbringung von Leistungen; unnötige Risiken durch nicht-indizierte Behandlung sind möglich.

Fehlversorgung: jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht. Dazu gehört die Versorgung mit Leistungen, die zwar bedarfsgerecht sind, aber nicht fachgerecht erbracht werden, nicht bedarfsgerechten Leistungen und an sich bedarfsgerechten Leistungen, welche unterlassen oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden.

Unterversorgung: teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz anerkannten Bedarfs, obwohl Leistungen zur Verfügung stehen.

die Befragung deckt auch *benachbarte* Fachgebiete ab ...

Im Rahmen der indikationsbezogenen Befragung sollten Aussagen in jenen Bereichen gemacht werden, die

- ✦ sich auf die Hauptindikationsbereiche des eigenen Fachbereiches beziehen.
- ✦ sich auf sonstige wichtige Indikationsbereiche des Fachgebiets beziehen.
- ✦ sich auf Indikationsbereiche beziehen, die in fachlicher Nähe zum eigenen Fachgebiet stehen, in denen aber auch andere Leistungserbringer tätig sind.

... und schafft so ein Korrektiv

Durch die Beurteilung der Versorgungslage anderer Fachgebiete sollte ein „Korrektiv zu möglicherweise interessengeleiteten Aussagen“ [14] zum eigenen Bereich geschaffen werden. Im Rahmen der nicht-indikationsbezogenen Befragung sollten Aussagen zum Versorgungsgrad, zu Zugang und zur Strukturqualität von Leistungserbringern, Einrichtungen und Technologien erfragt werden. Die Befragten wurden aufgefordert, nachvollziehbare Angaben zu Datenquellen (publizierte Studien, Datenreihen aus Deutschland oder empirische Erfahrungsberichte) zu machen. Nicht ausreichend belegte oder unglaubwürdige Aussagen und Empfehlungen wurden vom SVR anhand von Literaturrecherchen überprüft [15] oder als rein qualitative Stellungnahmen dokumentiert und ausgewertet [14].

nachvollziehbare Datenquellen wurden erbeten

Schwerpunkt-Erkrankungen wurden

Priorisierung der identifizierten Interventionen und Technologien

Der Sachverständigenrat entschied sich dafür, in der Befragung einen Schwerpunkt auf Erkrankungen zu legen, die sich durch besondere Relevanz für große Bevölkerungsgruppen auszeichnen. Die Aussagen der Befragten sollten sich zwar nicht ausschließlich auf diese Bereiche beziehen, sie aber prioritär behandeln. Um eine Auswahl an Erkrankungen treffen zu können, welche sich als Gegenstand für die Befragung eigneten, wurden sieben Priorisierungskriterien festgelegt, welche untereinander gewichtet wurden [14]:

anhand verschiedener Kriterien

- ✦ Prävalenz.
- ✦ Krankheitsschwere.
- ✦ Direkte und indirekte Kosten.
- ✦ Unausgeschöpfte präventive Potenziale.
- ✦ Umstrittene Gesundheits- oder Versorgungsprobleme, wenn sie einer Klärung zugänglich sind.
- ✦ Gesundheitliche Probleme vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

Anhand dieser Kriterien wurden folgende Krankheiten ausgewählt [14]:

- ✿ Rückenleiden.
- ✿ Ischämische Herzkrankheiten inkl. Herzinfarkt.
- ✿ Zerebrovaskuläre Erkrankungen.
- ✿ Lungen-, Mamma-, Kolon- und Rektumkarzinom.
- ✿ Chronische, obstruktive Lungenerkrankungen.
- ✿ Depression.

**durch den Rat
ausgewählt**

Bei Nennung sehr vieler Indikationsbereiche durch die befragten Stakeholdergruppen nahm der Rat eine eigene Priorisierung anhand der oben genannten Kriterien vor [14, 15]. Eine Priorisierung durch die Befragten fand nur teilweise im Rahmen von persönlichem Kontakt mit SVR-MitarbeiterInnen statt [15], die Methodik ist nicht beschrieben.

**eine Priorisierung der
Indikationsbereiche fand
teilweise durch den Rat
und die Befragten statt**

Stakeholderbeteiligung

Die Befragung wurde so konzipiert, dass möglichst viele relevante Stakeholder aus den verschiedensten Bereichen einbezogen wurden. Betroffenen-Organisationen nahmen als VertreterInnen der PatientInnen- und NutzerInnen-Seite an der Befragung teil. Die befragten Stakeholder (ÄrztInnen, PatientInnen und KonsumentInnen(vertreter), Verbände der Kassen und Leistungserbringer, WissenschaftlerInnen, PolitikerInnen) waren sowohl für die Identifikation als auch teilweise für eine Priorisierung ineffektiver Interventionen, Technologien und struktureller Prozesse verantwortlich.

**Stakeholder aus
verschiedensten
Bereichen wurden
einbezogen**

Ergebnisse und deren Disseminierung

Die hauptsächlich qualitativen Stellungnahmen machten eine ebenso qualitative Auswertung mit Hilfe einer Datenbank notwendig, welche folgende Datenkategorien unterscheiden konnte [14]:

**qualitative Auswertung
in einer Datenbank**

- ✿ Grunddaten der Organisationen.
- ✿ Aussagen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- ✿ Empfehlungen.
- ✿ Quellenangaben.

Zudem wurden Merkmale wie Indikationsbereich, Versorgungssektor, Leistungsart oder Zielgruppe erfasst.

Das Endprodukt der Befragung sind Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation: Maßnahmen und deren Begründung, um geschilderte Probleme verbessern oder lösen zu können. Um Handlungsempfehlungen ableiten zu können, wurde ein Konzept entwickelt, das die unterschiedlichen Aussagen und Empfehlungen kategorisiert. Die Empfehlungen beziehen sich schließlich, je nach Bewertung des Versorgungsproblems und zugehörigen Lösungsansatzes, auf Interventions-, Entwicklungs- oder Investigationsbedarf [14]. Der Bericht zur Befragung sowie die ausgearbeiteten Handlungsempfehlungen sind auf der Homepage des SVR zugänglich. Dort können auch die Originaltexte der Stellungnahmen eingesehen werden. Zudem wurde das Gutachten dem Gesundheitsminister und dem Deutschen Bundestag persönlich übergeben und präsentiert [15].

**ein Bericht mit
ausgearbeiteten
Handlungsempfehlungen
verschiedener Kategorien
ist online verfügbar**

die Empfehlungen des SVR wurden teilweise umgesetzt

Folgende Beispiele für die Umsetzung von im Gutachten formulierten Empfehlungen können genannt werden [15]:

- ✦ Es wurde eine Stärkung der PatientInnenrechte und BenutzerInnenkompetenz erreicht (Einsetzung einer PatientInnenvertretung im G-BA).
- ✦ Eine Ausweitung der Fallpauschalen (pauschalierte Abrechnung) wurde umgesetzt.
- ✦ Im Bereich der Schmerztherapie konnte die Unterversorgung reduziert werden.
- ✦ Die Kosten-Nutzen-Analyse von Arzneimitteln wurde, sowohl im Sinne einer frühen Nutzenbewertung auf Basis klinischer Forschung als auch im Sinne einer Bewertung auf Basis der Versorgungsforschung, gesetzlich festgelegt.

Zudem wurde 2004 das Mehrbesitzverbot für Apotheken aufgelockert, was einen erhöhten Wettbewerb im Bereich Arzneimittelpreise zur Folge hatte. Eine gesteigerte Abgabe von Generikern (Aut idem-Verordnung) sowie eine nachweisliche Ressourceneinsparung durch Arzneimittel-Rabattverträge konnten als weitere Folgen des Gutachtens erzielt werden [15].

Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren

Nachteile und Barrieren

unzureichende Datenlage, fehlende Transparenz, Schnittstellenprobleme

Als Herausforderungen bei der Umsetzung der Befragung wurden von den AutorInnen die unzureichende Datenlage und die daraus resultierende Dominanz qualitativer Einschätzungen genannt [14]. Es wurden von den AutorInnen keine Nachteile beschrieben, die sich auf die angewendete Methodik beziehen. Als Barrieren für eine Umsetzung der im Gutachten formulierten Empfehlungen werden seitens des SVR folgende genannt [15]:

- ✦ Mangelnder Qualitätswettbewerb unter Leistungserbringern und fehlende Transparenz bezüglich der Qualität erbrachter Leistungen.
- ✦ Die Umsetzung der Empfehlung, Präventionsmaßnahmen zu fördern, wird durch das Inanspruchnahmeverhalten und die Erreichbarkeit vulnerabler PatientInnengruppen eingeschränkt.
- ✦ Zu stark abgeschlossene Leistungssektoren führen weiterhin zu Schnittstellenproblemen (und damit zu ineffektiver und ineffizienter Versorgung).

Vorteile

Die folgenden Vorteile konnten identifiziert werden [14, 15]:

Anregen politischer Diskussion, Stakeholderbeteiligung, große Reichweite

- ✦ Mangelnde Datenverfügbarkeit und -transparenz wird aufgezeigt.
- ✦ Das gegenseitige Beurteilen benachbarter Fachgebiete dient als Korrektiv.
- ✦ Verschiedenste Interessengruppen und Stakeholder wurden einbezogen, was zu einer großen Bandbreite an Blickwinkeln und zu einer flächendeckenden Darstellung von Unter-, Über- und Fehlversorgung führt.
- ✦ Die politische Diskussion wurde angeregt.
- ✦ Die Empfehlungen haben durch den SVR eine große Reichweite: sowohl dem Bundestag als auch dem Ministerium wurden die Ergebnisse präsentiert.

5.4 Pilotprojekte

Zusätzlich zu den 8 bereits implementierten Modellen und Strategien wurden 2 Modelle identifiziert, bei denen es sich um Pilotprojekte handelt. Damit entsprechen sie nicht den definierten Einschlusskriterien und wurden auch nicht in die Analyse aufgenommen. Da diese Modelle dennoch relevante Informationen enthalten und ihre Erkenntnisse teilweise in andere Modelle einfließen, werden sie im folgenden Kapitel gesondert erwähnt.

5.4.1 The ASTUTE Health Study (Australien)

Hintergrund und Ziele

Die ASTUTE Health Study („Assessing Service and Technology Use To Enhance Health“) ist Teil eines seit 2009 in Australien laufenden Projektes, welches sich zum Ziel gesetzt hat, ein transparentes Disinvestment-Modell zu entwickeln, das Politik und Praxis verbindet. Damit ist es ein vorrangig methodisch orientiertes Projekt, welches von einem multidisziplinären Team von AHTA (Adelaide Health Technology Assessment) in Kooperation mit der Universität von Adelaide geleitet wird [44].

Das entwickelte Modell soll im Laufe des Projekts implementiert und evaluiert werden, um soziale, ethische, politische, ökonomische und epidemiologische Faktoren zu identifizieren, die die Anwendung von ineffektiven Interventionen und Technologien begünstigen. Ziel des Projekts ist es, HTA-Methoden und Methoden der Deliberativen Demokratie zu kombinieren und damit einen neuen Ansatz für evidenzbasierte Entscheidungsfindung im Gesundheitsbereich zu schaffen, der insbesondere auf starke Stakeholderbeteiligung setzt [44]. Evidenz aus Literaturrecherchen und, wie es die ForscherInnen nennen, „colloquial evidence¹³“, aus der Arbeit mit Stakeholdern soll kombiniert werden, um zu Entscheidungen zu gelangen, die breite Akzeptanz finden.

Methoden

Für die Methodenentwicklung wurden zu Beginn des Projektes 2 Fallbeispiele ausgewählt, welche vom Australischen Versicherungssystem finanziert werden („Assistierte Fortpflanzungstechniken“ und „Symptom-Tests auf Vitamin B12 und Folsäure-Mangel“). Der genaue Vorgang der Identifikation und Priorisierung wird von den ForscherInnen nicht beschrieben, es wird jedoch angeführt, dass die Fallstudien „as candidates for further assessment under disinvestment initiatives“ [44] ausgewählt wurden.

Entwicklung eines Disinvestment-Projekts seit 2009

ein neuer Ansatz zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung soll entwickelt werden

starke Stakeholderbeteiligung

2 Fallstudien wurden ausgewählt

¹³ „colloquial“ wird hier nicht in der gebräuchlichen Bedeutung von „umgangssprachlich“ gebraucht, sondern meint eher eine Evidenz, die über wissenschaftliche Forschung hinausgeht und auf Erfahrungen, Meinungen und Wissen Einzelner oder der Gesellschaft beruht.

**die Identifikation und
Priorisierung erfolgte
nach definierten
Kriterien**

Die als Grundlage für die Modellentwicklung identifizierten Fallbeispiele wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt [16]:

- ✧ Neue wissenschaftliche Nachweise sind verfügbar.
- ✧ Geographische Abweichungen in der Anwendung.
- ✧ Unterschiede im Angebot und in der Ausführung.
- ✧ Zeitliche Unterschiede im Umfang.
- ✧ Weiterentwicklung der Technologie.
- ✧ Öffentliches Interesse oder Debatte.
- ✧ Widerspruch zu Guidelines.

Die Priorisierung der Fallbeispiele erfolgte nach folgenden Kriterien [16]:

- ✧ Kosten.
- ✧ Potenzielle Auswirkungen.
- ✧ Kosteneffektive Alternative(n).
- ✧ Krankheitslast.
- ✧ Vorhandene Evidenz.
- ✧ Sinn(losigkeit) von Interventionen.

**das Modell verläuft in
3 Phasen**

Das Modell verläuft in drei aufeinanderfolgenden Phasen: Nach Identifikation und Priorisierung der potenziellen Disinvestment-Kandidaten erfolgt in Phase I ein systematischer Review, um den Stakeholdern eine Übersicht über bestehende Evidenz zu geben. Die zweite Phase umfasst mehrere Treffen der unterschiedlichen Stakeholder (in getrennten Gruppen nach Expertise), in welchen sowohl wissenschaftliche Belege als auch ökonomische und ethische Aspekte präsentiert und anschließend diskutiert werden. Methoden wie Brainstorming, Gruppendiskussionen und offene Diskussionen finden Anwendung. In Phase III erhalten EntscheidungsträgerInnen einen Überblick über die Evidenz aus der Literatur und die Sichtweisen aller Stakeholder aus Phase II. In dieser Phase soll nun eine Entscheidung bezüglich der weiteren Finanzierung betroffener Leistungen getroffen werden [44].

systematischer Review

Stakeholder-Treffen

Entscheidungsfindung

Stakeholderbeteiligung

**Stakeholder sind
Kern des Projekts**

Die Beteiligung verschiedenster Stakeholder ist Kern des Projektes, wobei von den ForscherInnen besonders darauf geachtet wurde, unabhängige und unparteiische Interessengruppen miteinzubeziehen, um eine Balance zu speziellen Interessengruppen (ÄrztInnen, VerbraucherInnenverbände) zu halten. Diese heterogene Zusammensetzung der Stakeholder soll die Vielzahl an Meinungen widerspiegeln, mit denen EntscheidungsträgerInnen konfrontiert sind, wenn sie Entscheidungen zu Disinvestment treffen. Die Rekrutierung der verschiedenen Stakeholder passierte unterschiedlich: per Brief nach Identifikation durch Fachgesellschaften und Verbände, durch Werbung in Printmedien, durch persönlichen Kontakt oder Netzwerkarbeit [44]. Trotz der expliziten Betonung der Wichtigkeit der Stakeholder sind, neben der Generierung von „colloquial evidence“, keine Aufgabenbereiche der Stakeholder beschrieben.

**heterogene Gruppe soll
Realität widerspiegeln**

Ergebnisse

Ergebnis des Projektes ist – laut Adam Elshaug, einem leitenden Mitglied der ASUTE Study Group – Wissen dazu, welche Modell-Komponenten einen effektiven Entscheidungsfindungsprozess (bezüglich dem Disinvestment ineffektiver Leistungen) unterstützen können. Solche Komponenten sind Anforderungen an die Evidenz, Art und Umfang der Einbeziehung von Stakeholdern und Möglichkeiten zum Anstoß von Veränderungen. Dieses Wissen wird derzeit von den WissenschaftlerInnen aufbereitet und findet praktische Umsetzung in der Entwicklung des „Comprehensive Management Framework for the MBS“ in Australien [73].

Ergebnisse, in Form von Empfehlungen, welche direkt aus der ASTUTE Health Study hervorgegangen sind, wurden nicht gefunden. Eines der Fallbeispiele, „Symptom-Tests auf Vitamin B12 und Folsäure-Mangel“, wird jedoch derzeit im Rahmen des „Comprehensive Management Framework for the MBS“ einem Review unterzogen.

Wissen zu Entscheidungsfindungsprozessen wird generiert

eines der Fallbeispiele wird derzeit einem Review unterzogen

5.4.2 Das SHARE-Projekt (Australien)

Hintergrund

Im Rahmen eines 2007 vom Australischen „Department of Human Services“ und dem Victorian Policy Advisory Committee on Clinical Practice and Technology initiierten Workshops zum Thema Einführung, Nutzung und Disinvestment von Gesundheitsleistungen im Bundesstaat Victoria/Australien, wurde beschlossen, eine von Monash Health (dem größten Leistungserbringer im Gesundheitssystem des Bundesstaats Victoria) durchgeführte Disinvestment-Initiative, das „Sustainability in Healthcare by Allocating Resources Effectively (SHARE)-Projekt“, zu finanzieren [6]. Derzeit beschränken sich die publizierten Informationen zum Projekt auf einen Workshop-Bericht und ein Hintergrundpapier, die Veröffentlichung weiterer Projektergebnisse ist geplant [74].

2007 im Rahmen eines Workshops initiiert

Ziele und AdressatInnen

Das Ziel des SHARE-Projekts ist die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines evidenzbasierten, systematischen Prozesses zur Einführung und Verwendung sicherer, effektiver und kosteneffektiver Interventionen und Technologien sowie im Gegenzug die Einstellung oder Reduzierung ineffektiver Leistungen. AdressatInnen des Projekts sind sowohl politische als auch klinische EntscheidungsträgerInnen[6, 75].

Ziel ist ein evidenzbasierter, systematischer Prozess

Methoden

Im Rahmen des SHARE-Projekts werden (potenziell) ineffektive Interventionen und Technologien unter Verwendung literaturbasierter und personenbezogener Informationsquellen identifiziert [75, 76]:

- ✧ NICE Practice Reviews.
- ✧ Cochrane Datenbank für Systematische Reviews.
- ✧ Horizon Scanning-Netzwerk Australien/Neuseeland.
- ✧ HTA-Berichte anderer Organisationen.
- ✧ Guidelines.

unterschiedlichste Informationsquellen werden zur Identifikation genutzt

| | |
|---|---|
| <p>eine Datenbank soll Disinvestment-Kandidaten enthalten</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Nennung durch ÄrztInnen und andere Stakeholder. ✿ Einführung neuer Leistungen. ✿ Durch das „Evidence Dissemination Service“, welches vom „Technology/Clinical Practice-Komitee“ koordiniert wird, werden wissenschaftliche Nachweise zu ineffektiven Interventionen und Technologien (aus Systematic Reviews und HTA-Berichten) an EntscheidungsträgerInnen weitergeleitet, welche aufgefordert sind, jene Leistungen zu identifizieren, die für Monash Health relevant sind. |
| <p>die anhand definierter Kriterien identifiziert werden</p> | <p>Identifizierte Leistungen werden anschließend in einer Disinvestment-Datenbank gesammelt. Involviert sind sowohl die Mitglieder des interdisziplinären SHARE Steering Committee als auch WissenschaftlerInnen. Folgende Kriterien finden bei der Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien Anwendung [75]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Sicherheit. ✿ Effektivität. ✿ Kosteneffektivität. ✿ Alternativen. ✿ Lokaler Kontext. |
| <p>Methoden zur Priorisierung werden noch getestet</p> | <p>Der Priorisierungsprozess befindet sich derzeit noch in der Entwicklungsphase, die Prüfung der Praktikabilität verschiedener Methoden ist jedoch Teil des Projekts. Eine Bewertung identifizierter Leistungen durch ein interdisziplinäres Komitee ist vorgesehen [75].</p> |
| <p>Stakeholder sind Teil des Lenkungsausschusses</p> | <p>Stakeholderbeteiligung</p> <p>Stakeholder wurden von Beginn an als Mitglieder des interdisziplinären Lenkungsausschusses in die Prozessentwicklung involviert. Neben ÄrztInnen und Gesundheitspersonal verschiedener Fachbereiche wurden auch KonsumentInnenvertreter und ein Gesundheitsökonom einbezogen [75].</p> |
| <p>monatliche Berichte sind geplant Methoden werden noch entwickelt</p> | <p>Ergebnisse und deren Disseminierung</p> <p>Das für die Priorisierung verantwortliche Komitee soll monatliche Berichte zu bewerteten Disinvestment-Kandidaten verfassen und übermittelt diese an das Monash Health-Management [77]. Nähere Informationen zur Art der Ergebnisse und der Methodik zur Disseminierung sind noch in Entwicklung. Eine Evaluierung einzelner Punkte des SHARE-Projektes wurde durchgeführt, die Ergebnisse werden derzeit ausgewertet [75].</p> |
| <p>für eine Einschätzung ist es noch zu früh</p> | <p>Vor- und Nachteile, Implementierungsbarrieren</p> <p>Für eine Einschätzung bezüglich möglicher Nachteile und Barrieren ist es derzeit noch zu früh. Folgende Vorteile des SHARE-Projekts können aber bereits jetzt beschrieben werden [75]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Evidenzbasierung. ✿ Transparenz. ✿ Keine reine Fokussierung auf Kosteneinsparung. |

5.5 Zusammenfassende Darstellung der Modelle und Strategien

Ziele und Fokus

Grundsätzlich lassen sich bei den identifizierten Modellen und Strategien 2 übergeordnete Zielsetzungen beschreiben, unter welchen die einzelnen Ziele zusammengefasst werden können (siehe Tabelle 5-1):

- ✱ Ziele mit Fokus auf PatientInnenversorgung und -sicherheit.
- ✱ Ziele mit finanziellem Fokus (Kosteneinsparungen, Reallokation).

Prinzipiell ist die Verbesserung der PatientInnenversorgung und -sicherheit ein Ziel aller Modelle und Strategien. Eine Vermeidung der Anwendung ineffektiver Interventionen und Technologien soll also in erster Linie Risiken und Schäden von PatientInnen abwenden und eine bedarfsgerechte Versorgung mit wirksamen Leistungen sichern.

Das explizite Ziel, Einsparungen vorzunehmen und frei werdende Ressourcen neu zu verteilen, wird seltener genannt, der finanzielle Fokus ist dennoch eine wichtige Zielsetzung von 6 Modellen (GuNFT, NICE, SBU, PBAC, PBMA, MBS). Auch die Choosing Wisely®-Initiative, die eine starke PatientInnenorientierung aufweist und ausdrücklich keine finanziellen Entscheidungen beeinflussen möchte, identifiziert und priorisiert Interventionen und Leistungen anhand des Kriteriums „Kosten“.

Ein weiteres Ziel, welches von 2 Modellen (NICE und SVR) ausdrücklich formuliert wird, ist die Verbesserung der Struktur- und/oder Prozessqualität. Neben der Reduktion von Über- und Fehlversorgung mit einzelnen Leistungen werden als Ziele auch die aktive Disseminierung von Information an PatientInnen und KonsumentInnen sowie eine angestrebte Verhaltensänderung von ÄrztInnen genannt.

Eine Besonderheit stellt das Ziel des „Scientific Uncertainties“-Projekts des SBU dar, welches zur Anregung von Forschung beitragen möchte, um die Evidenzlage bezüglich potenziell ineffektiver Interventionen und Technologien zu verbessern. Das explizite Ziel der Choosing Wisely®-Initiative, den Dialog zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu fördern, stellt ebenso eine besondere Zielsetzung dar.

Die formulierten Ziele greifen also in den meisten Fällen ineinander und lassen sich nicht klar voneinander abgrenzen.

Generell weist die überwiegende Mehrheit der Modelle und Strategien weder Einschränkungen bezüglich der Art der Intervention oder Technologie noch in Bezug auf bestimmte Fachbereiche auf. Lediglich ein Modell (PBAC) schränkt die Identifikation auf Medikamente und Impfungen ein, was sich jedoch aus dem Verantwortungsbereich der entsprechenden Organisation erklärt. Der Framework for reviewing existing MBS items schließt dagegen Medikamente aus und ergänzt damit die Arbeit des PBAC im Australischen Kontext. Das SBU-Projekt schließt derzeit keine Diagnoseverfahren in die Identifikation von ineffektiven Leistungen ein.

grundsätzlich gibt es 2 übergeordnete Zielsetzungen

alle Modelle streben eine bessere und sichere PatientInnenversorgung an

finanzielle Ziele werden seltener genannt

Kosten sind dennoch wichtiges Kriterium

2 Modelle berücksichtigen Strukturen und Prozesse

Anregung von Forschung als besonderes Ziel

Ziele greifen ineinander

Mehrheit der Modelle weist keine Einschränkung auf bestimmte Leistungen auf

AdressatInnen

| | |
|--|---|
| <p>AdressatInnen lassen sich in 3 Gruppen einteilen</p> | <p>Die AdressatInnen der Modelle und Strategien können in folgende Gruppen eingeteilt werden (siehe Tabelle 5-1):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ ÄrztInnen und anderes Gesundheitspersonal (klinische EntscheidungsträgerInnen). ✧ Politische EntscheidungsträgerInnen. ✧ PatientInnen und KonsumentInnen. |
| <p>Mehrheit der Modelle richtet sich an politische und klinische EntscheidungsträgerInnen</p> | <p>Die Mehrheit der Modelle und Strategien (GuNFT, NICE, SBU, MBS, PBMA, SVR) richtet sich sowohl an politische als auch an klinische EntscheidungsträgerInnen, die Empfehlungen des PBAC sind dagegen nur an politische EntscheidungsträgerInnen gerichtet. Die Choosing Wisely®-Initiative zählt politische EntscheidungsträgerInnen wiederum nicht zu ihren AdressatInnen. 3 Modelle (GuNFT, NICE, Choosing Wisely) richten sich mit ihren Empfehlungen gezielt an PatientInnen und/oder KonsumentInnen.</p> |
| <p>Wahl der AdressatInnen hängt von den Zielsetzungen ab</p> | <p>Die Wahl der AdressatInnen ist also durch die Ziele der einzelnen Modelle bestimmt, um eine bestmögliche Umsetzung von Empfehlungen und Handlungsanweisungen zu ermöglichen. Modelle mit finanziellem Fokus oder dem Ziel, Strukturen und Prozesse zu verändern, richten sich durchwegs an politische EntscheidungsträgerInnen, da diese eine tatsächliche Umsetzung derartiger Empfehlungen gewährleisten können. Die Choosing Wisely®-Initiative, die ausdrücklich keine finanziellen Ziele verfolgt, zählt dagegen nur klinische EntscheidungsträgerInnen (vor allem ÄrztInnen) sowie PatientInnen und KonsumentInnen zu ihrer Zielgruppe. Interessant ist, dass sich die Empfehlungen des PBAC allein an politische EntscheidungsträgerInnen richten und ÄrztInnen nicht als AdressatInnen genannt werden, obwohl die PatientInnenversorgung und –sicherheit als ausdrückliche Ziele genannt werden.</p> |

Tabelle 5-1: Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: HTA-Basierung, Ziele, Adressaten und Fokus

| | GuNFT & PriTec | Disinvestment bei NICE | SBU „Uncertainties“ und Disinvestment-Projekt | PBAC: Disinvestment von Medikamenten und Impfungen | Framework for reviewing existing MBS items | Choosing Wisely® | PBMA | SVR-Gutachten |
|---|----------------|------------------------|---|--|--|------------------|---------------|---------------|
| Land | ES | GB | S | AUS | AUS | USA | international | D |
| HTA-basiert | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nein | Nein | Nein |
| Ziele | | | | | | | | |
| PatientInnenversorgung und -sicherheit | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Finanzieller Fokus | x | x | x | x | x | | x | |
| Andere | | x | x | | | x | | x |
| Adressaten | | | | | | | | |
| Politische EntscheidungsträgerInnen | x | x | x | x | x | | x | x |
| ÄrztInnen/ Gesundheitspersonal (Klinische EntscheidungsträgerInnen) | x | x | x | | x | x | x | x |
| KonsumentInnen/ PatientInnen | x | x | | | | x | | |
| Fokus | | | | | | | | |
| Keine Einschränkung | x | x | | | | x | x | x |

Identifizierung ineffektiver Interventionen und Technologien

es werden literatur- und datenbasierte sowie personenbasierte Informationsquellen genutzt

Für die Identifizierung von ineffektiven Interventionen und Technologien werden verschiedene Informationsquellen herangezogen, wobei eine grobe Einteilung in literatur- und datenbasierte sowie personenbasierte Information vorgenommen werden kann (siehe Tabelle 5-2). Literatur- und datenbasierte Informationsquellen sind:

- ✿ Systematic Reviews.
- ✿ HTA-Berichte.
- ✿ Klinische Leitlinien und Richtlinien.
- ✿ Routinedaten.
- ✿ Datenbanken.

Unter personenbasierte Informationsquellen fallen:

- ✿ Kommunikation mit ÄrztInnen und anderem Gesundheitspersonal.
- ✿ HTA-WissenschaftlerInnen.
- ✿ Nennung durch Beratungskomitees.
- ✿ Kontakt zu PatientInnenorganisationen und anderen Stakeholdern.

die meisten Modelle kombinieren die Informationsquellen

6 der 8 Modelle (GuNFT, SBU, Choosing Wisely, PBMA, SVR, MBS) arbeiten mit literatur- und personenbasierten Informationsquellen, NICE verwendet literaturbasierte Informationen. Im Rahmenwerk des MBS ist zudem eine Identifikation bei Listung neuer Leistungen vorgesehen.

es wird eine Vielzahl an verschiedenen Methoden zur Identifikation angewandt

Eine Vielzahl an Methoden wird zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien verwendet: Literaturrecherchen (NICE, SBU, PBMA, MBS), der Antrag mittels standardisierten Formulars (GuNFT) oder durch Stakeholder (PBAC, MBS), die Delphi-Methode oder Telefonkonferenzen (Choosing Wisely®), das Bilden von Fokusgruppen und Stakeholderinterviews (PBMA) oder die Befragung mittels Fragebogen (SVR). Der „Environmental Scanning“-Ansatz des „Framework for reviewing existing MBS items“ umfasst zudem eine Datenanalyse.

Ausführende sind hauptsächlich ÄrztInnen, PatientInnen/KonsumentInnen und HTA-WissenschaftlerInnen

Als ausführende Personen werden bei 6 Modellen (GuNFT, PBAC, Choosing Wisely, PBMA, SVR, MBS) ÄrztInnen, bei 5 Modellen (NICE, SBU, PBAC, SVR, MBS) MitarbeiterInnen von HTA-Organisationen, also HTA-WissenschaftlerInnen, und bei 5 Modellen (PBAC, Choosing Wisely, PBMA, SVR, MBS) PatientInnen oder KonsumentInnen(vertreter) genannt. Weniger häufig werden VertreterInnen aus Politik, Management oder Industrie einbezogen. Das Einbeziehen von ÄrztInnen in den Identifikationsprozess wird offensichtlich als besonders wichtig erachtet.

die definierten Kriterien überschneiden sich

Bei den beschriebenen Identifikationskriterien werden Überschneidungen der Modelle und Strategien deutlich. Die meistgenannten Kriterien sind:

- ✿ Effektivität.
- ✿ Effizienz/Kosten/Kosteneffektivität.
- ✿ Nutzen.
- ✿ Risiko/Sicherheit.
- ✿ Evidenzlage.
- ✿ Nutzungshäufigkeit.
- ✿ Alternativen.
- ✿ Praxisvariabilität.

Tabelle 5-2: Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: Identifikation

| | | GuNFT & PriTec | Dis-investment bei NICE | SBU Uncertainties und Disinvestment Projekt | PBAC: Disinvestment von Medikamenten und Impfungen | Framework for reviewing existing MBS items | Choosing Wisely® | PBMA | SVR-Gutachten | |
|----------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------|---|--|--|---|--|--|---|
| Identifikation | Informationsquellen | Personenbasiert | x | | x | x | x | x | x | |
| | | Literatur- und datenbasiert | x | x | x | | x | x | x | |
| | Kriterien | Effektivität | x | x | x | x | x | x | | |
| | | Effizienz/Kosten/Kosteneffektivität | x | x | x | x | x | x | | |
| | | Nutzen | x | x | | x | | x | | x |
| | | Risiko | x | x | x | | | | | x |
| | | Sicherheit | x | | | x | x | | | |
| | | Alternativen | x | x | | x | x | | | |
| | | Evidenzlage | | | x | | x | x | | |
| | | Praxisvariabilität | | | | | x | | | |
| | andere | x | x | | x | x | | | x | |
| | Methoden | | Antragsformular | Literaturrecherche | Vorschlag auf Website Literaturrecherche | Antrag des Gesundheitsministeriums | „Environmental Scanning“-Ansatz (Literaturrecherche, Datenanalyse, Antragstellung durch Stakeholder) | Delphi-Methode Telefonkonferenz Online-Befragung | Konsensfindung im Beratungsgremium Literaturrecherche/ Benchmarking Stakeholderinterviews | Befragung mit nicht standardisierten Fragebögen |
| | Ausführende | WissenschaftlerInnen (HTA) | | x | x | x | x | | | x |
| | | ÄrztInnen | x | | | x | x | x | x | x |
| | | PatientInnen/ KonsumentInnen | | | | x | x | x | x | x |
| | | andere | x | | x | x | x | | x | x |

Priorisierung identifizierter Interventionen und Technologien

es existiert nur ein standardisiertes Priorisierungs-Tool

Wie in Tabelle 5-3 ersichtlich, konnte lediglich ein standardisiertes Tool zur Priorisierung, das PriTec Tool, identifiziert werden. Dieses findet jedoch nur in einem Modell (GuNFT) Erwähnung und Anwendung. NICE verwendet für die Priorisierung eine institutseigene Datenbank. Weiters werden Konsensfindung (PBMA, MBS, SVR) sowie die Nominal Group Technik (Choosing Wisely®) als mögliche Methoden der Priorisierung beschrieben. Ausführende Personen sind großteils (HTA-)WissenschaftlerInnen (GuNFT, NICE, SVR, MBS) und/oder ÄrztInnen (Choosing Wisely®, PBMA, SVR, MBS) und PatientInnen(vertreter) (PBMA, SVR), aber auch andere Stakeholder wie KonsumentInnen(vertreter), PolitikerInnen oder Verbände der Kassen und Leistungserbringer.

Ausführende sind großteils HTA-WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen

die Kriterien überschneiden sich teilweise mit der Identifikation

Bei den beschriebenen Kriterien gibt es weitgehende Überschneidungen, sowohl zwischen den Modellen als auch zwischen Priorisierung und Identifizierung. Häufig verwendete Kriterien sind:

- ✧ Kosten, Kosteneffektivität und Effizienz.
- ✧ Nutzungshäufigkeit.
- ✧ Prävalenz, Inzidenz und Krankheitslast.
- ✧ Effektivität.
- ✧ Alternativen.
- ✧ Evidenzlage.
- ✧ Potenzielle Auswirkungen.
- ✧ Praxisvariabilität.

Tabelle 5-3: Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: Priorisierung

| | | GuNFT & PriTec | Dis-investment bei NICE | SBU Uncertainties und Disinvestment Projekt | PBAC: Disinvestment von Medikamenten und Impfungen | Framework for reviewing existing MBS items | Choosing Wisely® | PBMA | SVR-Gutachten | |
|----------------------|-------------|---|----------------------------------|---|--|--|---|----------------|----------------|---|
| Priorisierung | Methoden | PriTec Prioritization Tool Kriterien-katalog | NICE Datenbank zur Themenfindung | k.A. | k.A. | Konsensfindung | Nominal Group Technik Online Befragung | Konsensfindung | Konsensfindung | |
| | Kriterien | Kosten/Effizienz | x | x | | | x | x | x | x |
| | | Prävalenz u./o. Inzidenz | x | | | | x | | x | x |
| | | Effektivität | x | | | | | | x | |
| | | Nutzungshäufigkeit | x | x | | | | x | | |
| | | Alternativen | | x | | | x | | | |
| | | Evidenzlage | | | | | x | x | | |
| | | Potenzielle Auswirkungen | | | | | x | x | | |
| | | Praxisvariabilität | | x | | | | | x | |
| | andere | x | x | | | x | x | x | x | |
| | Ausführende | WissenschaftlerInnen/HTA | x | x | | | x | | | x |
| | | ÄrztInnen | | | | | x | x | x | x |
| | | PatientInnen/ KonsumentInnen | | | | | x | | x | x |
| | | andere | | | | | x | | x | x |

Stakeholderbeteiligung

Stakeholderbeteiligung ist Teil aller Modelle und Strategien

Stakeholder werden von allen Modellen und Strategien in verschiedenem Ausmaß und in unterschiedlichen Arbeitsschritten in den Prozess einbezogen (siehe Tabelle 5-4). Die meisten Modelle arbeiten bei der Identifikation von ineffektiven Interventionen und Technologien mit Stakeholdern, wobei die Art der Beteiligung zwischen den Modellen und Strategien variiert. Während sie teilweise direkt als Teil eines Gremiums (PBMA, NICE, MBS, PBAC) oder einer Arbeitsgruppe (Choosing Wisely®) einbezogen werden, agieren sie bei anderen Modellen (GuNFT, SBU, SVR) als individuelle BeraterInnen.

Ausmaß und Art der Beteiligung variieren

Stakeholder sind in Identifizierung, Priorisierung, Empfehlungserstellung und Entscheidungsfindung involviert

In der Priorisierung sind Stakeholder etwas weniger stark vertreten. 4 Modelle (Choosing Wisely®, PBMA, MBS, teilweise SVR) arbeiten aber auch hier mit denselben Gruppen, die bereits bei der Identifizierung einbezogen werden. Bei der Erstellung von Empfehlungen (NICE, PBMA, PBAC, MBS) und dem Treffen von Entscheidungen (PBAC, MBS) sind Stakeholder ebenso beteiligt wie auch bei der Umsetzung der Ergebnisse (Choosing Wisely®, MBS).

Ergebnisse (Output) und Disseminierung

die meistverwendeten Formen sind HTA-Berichte und Listen

Ergebnisse der einzelnen Modelle und Strategien können folgende sein (siehe Tabelle 5-4):

- ✧ HTA-Berichte (GuNFT, NICE, SBU, MBS).
- ✧ Empfehlungen in Form von Listen (Choosing Wisely®, PBMA, PBAC).
- ✧ Datenbanken (SBU, NICE).
- ✧ Einzelne Empfehlungen (NICE, MBS).
- ✧ Bericht (SVR).

ein Großteil der Modelle nützt die kostenlose Disseminierung über das Internet

Auffallend ist, dass ein Großteil der Modelle die kostenlose Verbreitung von Empfehlungen über das Internet wählt, wobei Webseiten der eigenen Organisation oder von Partnerorganisationen als Plattform dienen. Diese Methode gewährleistet umfassenden Zugriff auf Empfehlungen für alle Adressaten, setzt jedoch deren Interesse und die nötigen technischen Möglichkeiten sowie Befähigung voraus, diese auch nützen zu können. Die Disseminierung der Ergebnisse verläuft bei 6 Modellen und Strategien (NICE, SBU, PBAC, Choosing Wisely®, SVR, MBS), also bei der deutlichen Mehrheit, passiv auf Webseiten. Choosing Wisely® setzt zudem auf Printmedien und die Verbreitung der Ergebnisse über KonsumentInnenverbände und wählt als aktive Disseminierungsmethode das ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch.

passive Verbreitung dominiert

Disseminierungsstrategie ist auf AdressatInnen abgestimmt

Es kann hier ein Zusammenhang zwischen der Wahl der Disseminierungsstrategie und der Zielgruppe gezeigt werden: diese besonders umfassende und aktive Disseminierung der Ergebnisse in Massenmedien und über persönliche Gespräche soll insbesondere die PatientInnen und KonsumentInnen erreichen, welche sonst möglicherweise nicht in demselben Ausmaß erreicht werden könnten. Insbesondere ältere Menschen, welchen der Umgang mit dem Internet nicht vertraut ist, können auf diese Weise angesprochen werden. Der SVR wählt auch für den Kontakt zu politischen EntscheidungsträgerInnen eine aktive Strategie, das persönliche Gespräch. Ergebnisse von PBMA werden üblicherweise nicht außerhalb der Institution disseminiert. GuNFT macht keine konkrete Angabe zu einer Disseminierungsstrategie.

Choosing Wisely® und SVR nutzen aktive Strategien

Implementierung der Ergebnisse und Impact

Eine explizite Strategie, wie Ergebnisse implementiert werden sollen, wird von 2 Modellen (GuNFT, NICE) beschrieben (siehe Tabelle 5-4). GuNFT bezieht sich insbesondere auf die Information von Stakeholdern und dem Schaffen eines positiven Bildes von Disinvestment-Entscheidungen. Teil der Strategie ist zudem eine Evaluation des Impacts von formulierten Empfehlungen und Handlungsanweisungen. NICE unterstützt die Implementierung von Empfehlungen durch ein eigenes Programm, welches sich vor allem an politische (Information, Anleitung, Implementierungstools) und klinische EntscheidungsträgerInnen (Schulungsunterlagen) richtet.

Choosing Wisely® setzt auf eine Implementierung der Empfehlungen durch ÄrztInnen in der Praxis. Die Empfehlungen des PBAC werden direkt in der Pharmaceutical Benefits Scheme umgesetzt, indem Medikamente und Impfungen von der Liste genommen werden, für die eine negative Bewertung ausgesprochen wird. Die gleiche Methode, bezogen auf medizinische Leistungen des MBS, wird vom „Framework for reviewing existing MBS items“ beschrieben. Entscheidungen des Beratungsgremiums im Rahmen des PBMA-Modells können institutionsbezogen direkt durch intrainstitutionelle EntscheidungsträgerInnen umgesetzt werden, da sich Empfehlungen nur auf die bestimmte Institution beziehen. Der SVR legt seine Empfehlungen sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als auch dem Bundestag vor, wodurch diese direkt von politischen EntscheidungsträgerInnen (z. B. in Form von Gesetzen) umgesetzt werden konnten.

Generell wurden zum Impact formulierter Empfehlungen und Handlungsanweisungen kaum Daten gefunden. PBMA-Empfehlungen werden laut Literatur durchaus mit Erfolg umgesetzt, da Einsparungen von 3-50 Mio. Kanadischen Dollars in verschiedenen Institutionen erzielt wurden [67]. Für NICE hingegen wurde das Fehlen eines Effektes von NICE-Empfehlungen auf Entscheidungen in der Praxis gezeigt [39]. Die Empfehlungen des PBAC wurden bereits in mehreren Fällen erfolgreich umgesetzt [6] und auch die vom SVR im Rahmen des Gutachtens 2000/2001 formulierten Empfehlungen wurden seitens der EntscheidungsträgerInnen teilweise aufgegriffen und umgesetzt [15]. Der Impact von anhand der GuNFT erstellten Empfehlungen wird zwar evaluiert – auch eine Kostenreduktion in Bezug auf einzelne Technologien konnte festgestellt werden – diese Daten sind jedoch nicht veröffentlicht und derzeit lediglich für interne Zwecke gedacht [28, 78]. Die spärliche datenlage macht eine tatsächliche Einschätzung des Impacts der beschriebenen Modelle derzeit jedoch unmöglich.

nur 2 Modelle beschreiben eine explizite Implementierungs-Strategie

ÄrztInnen übernehmen die Implementierung im Rahmen von Choosing Wisely®

andere Modelle wählen eine direkte Implementierung durch verbindliche Handlungsanweisungen

sehr wenige Daten zum Impact machen eine Einschätzung unmöglich

teilweise wurden Empfehlungen erfolgreich umgesetzt

Tabelle 5-4: Zusammenfassung der Charakteristika identifizierter Modelle und Strategien: Stakeholderbeteiligung, Ergebnisse, Disseminierung

| | | GuNFT & PriTec | Disinvestment bei NICE | SBU Uncertainties und Disinvestment Projekt | PBAC: Disinvestment von Medikamenten und Impfungen | Framework for reviewing existing MBS items | Choosing Wisely® | PBMA | SVR-Gutachten |
|--------------------------------|--|------------------------|------------------------|---|--|--|------------------|------|---------------|
| Stakeholderbeteiligung | Identifikation | x | | x | | x | x | x | x |
| | Priorisierung | | | | | x | x | x | (x) |
| | Bewertung | | x | | x | x | | x | |
| | Implementierung | | | | | x | x | | |
| | Generierung von Informationsquellen für Identifikation | | x | | | | | | |
| Ergebnisse | HTA-Berichte | x | x | x | | x | | | |
| | Datenbank | | x | x | | | | | |
| | Liste(n) mit Empfehlungen | | | | x | | x | x | |
| | Bericht | | | | | | | | x |
| | Empfehlungen | | x | | | x | | | |
| Disseminierung | passiv | online | x | x | x | x | x | | x |
| | | Printmedien | | | | | x | | |
| | | KonsumentInnenverbände | | | | | x | | |
| | aktiv | persönliche Gespräche | | | | | x | | x |
| Implementierung der Ergebnisse | Information | x | x | | | | | | |
| | Direkte Umsetzung | | | | x | x | | x | x |
| | andere | x | x | | | | x | | |

Vorteile und Nachteile bzw. Implementierungsbarrieren

Für die verschiedenen Modelle und Strategien werden in der Literatur und von den befragten ExpertInnen charakteristische Stärken und Schwächen genannt, die eine Implementierung der Prozesse und in weiterer Folge der Ergebnisse erleichtern oder behindern können. Als Vorteile der identifizierten Modelle und Strategien werden beschrieben:

- ❖ Die Beteiligung von Stakeholdern (v. a. von ÄrztInnen) zur Steigerung der Akzeptanz von Entscheidungen und zur Generierung verschiedener Blickwinkel. Dadurch werden auch die Verantwortlichkeit gegenüber und die Unterstützung von Empfehlungen gefördert.
- ❖ Ein strukturierter, evidenzbasierter Prozess.
- ❖ Transparenz in der Methodenauswahl und -anwendung zur Identifizierung, Priorisierung und Bewertung ineffektiver Interventionen und Technologien.
- ❖ Eine an die Zielgruppe angepasste Disseminierungsstrategie.
- ❖ Die Berücksichtigung des lokalen Kontexts, vor allem bei der Definition von Kriterien zur Identifikation und Priorisierung ineffektiver Interventionen und Technologien sowie bei der Formulierung von Empfehlungen.
- ❖ Anregung politischer Diskussion.

Diese Vorteile wurden zwar bestimmten Modellen und Strategien zugeordnet, können aber generell als Faktoren betrachtet werden, die ein erfolgreiches Modell ausmachen.

Als Nachteile der verschiedenen Modelle und Barrieren für deren Implementierung sowie die Umsetzung getroffener Entscheidungen und formulierter Empfehlungen werden hingegen genannt:

- ❖ Notwendigkeit zusätzlicher (personeller) Ressourcen oder das Fehlen von Ressourcen und Kapazitäten für die (nachhaltige) Implementierung eines Modells.
- ❖ Notwendigkeit einer guten Evidenzlage. Dies ist ein Nachteil, der für alle evidenzbasierten Modelle und Strategien gilt, vor allem für jene, die sich auf literaturbasierte Informationsquellen zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien stützen.
- ❖ Das Fehlen einer Implementierungsstrategie und Evaluation.
- ❖ Das Fehlen standardisierter und nachvollziehbarer Methoden.
- ❖ Fehlende Kooperationsbereitschaft oder Ablehnung seitens der ÄrztInnen.
- ❖ Bürokratie innerhalb von Organisationen, die die Umsetzung von Veränderungen behindert.
- ❖ Fehlender Rückhalt von EntscheidungsträgerInnen und Führungspersonlichkeiten innerhalb von Organisationen/Institutionen und dadurch bedingtes Fehlen an Vertrauen seitens der Stakeholder.

als Vorteile werden
Stakeholderbeteiligung,

Struktur und
Transparenz,

standardisierte
Methoden sowie

Berücksichtigung
des lokalen Kontexts

gesehen

Nachteile und
Barrieren sind:

Ressourcenintensität,

Notwendigkeit von
Evidenz,

fehlende Akzeptanz

und fehlender Rückhalt

6 Limitationen

Die Beschränkung auf englisch- und deutschsprachige Literatur stellt eine Limitation dar. Da jedoch die Literatursuche kaum anderssprachige Artikel identifizierte und die Webseiten der HTA-Organisationen Information auf Englisch bereitstellen, ist es unwahrscheinlich, dass entscheidende Evidenz zum Thema übersehen wurde. Durch den persönlichen Kontakt mit ExpertInnen zum Forschungsthema im Rahmen der Interviews konnte diese Einschränkung zusätzlich minimiert werden.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der unscharfen Abgrenzung der Begriffe und Definitionen zum Thema, die eine Formulierung von Schlüsselwörtern und die darauf basierende Literatursuche erschwert. Es ist möglich, dass Literatur nicht identifiziert werden konnte, welche nicht berücksichtigte Begrifflichkeiten verwendet. Es wurde jedoch versucht, die Formulierung der Schlüsselwörter möglichst umfassend zu gestalten, um der Vielfältigkeit an Begriffen gerecht zu werden.

Eine Aussage des vorliegenden Berichts zu tatsächlichen Auswirkungen beschriebener Modelle und Strategien und der erfolgreichen Umsetzung ihrer Empfehlungen und Handlungsanweisungen ist kaum möglich, da Evaluierungsdaten nur beschränkt oder gar nicht vorliegen. Damit können sich auch Empfehlungen zur Entwicklung eines Modellvorschlags nicht auf verlässliche Daten zum Impact stützen, sondern beruhen auf der Analyse anderer Charakteristika.

Weiters ergibt sich eine mögliche Limitation daraus, dass in dem vorliegenden Bericht nicht explizit nach Modellen zur Identifikation ineffektiver Strukturen und Prozesse sowie generell zur Qualitätssicherung gesucht wurde, obwohl diese in Zusammenhang mit einer optimalen Ressourcennutzung und PatientInnenversorgung eine Rolle spielen können. Eine detaillierte Berücksichtigung dieser Aspekte würde jedoch den Rahmen des Berichts sprengen und stellt somit ein mögliches Thema für einen weiteren Bericht dar.

Ein solcher Folgebericht könnte sich – aufbauend auf vorliegender Arbeit – auch mit der Erstellung eines Plans für einen konkreten Anwendungsbereich und Umsetzungsmöglichkeiten im österreichischen Kontext befassen, da diese Fragestellung in dem vorliegenden Bericht nicht bearbeitet wird.

Sprache

**unscharfe
Begrifflichkeit**

**fehlende Daten
zum Impact**

**keine explizite Suche
nach ineffektiven
Strukturen, Prozessen
und Strategien zur
Qualitätssicherung**

österreichischer Kontext

7 Diskussion

Viele neue medizinische Interventionen und Technologien werden bereits vor ihrer Einführung auf Sicherheit, Effektivität und Kosteneffektivität überprüft [79]. Leistungen, die schon seit längerer Zeit angewandt werden, wurden jedoch oftmals nicht anhand dieser Kriterien bewertet. Im Fall von Unsicherheit ist kritisches Hinterfragen geboten, da die Vermeidung ineffektiver Interventionen und Technologien den Vorteil hat, gleichzeitig die PatientInnenversorgung zu verbessern und auch Ressourcen effizienter einsetzen zu können. Der vorliegende Bericht gibt einen umfassenden Überblick über Modelle und Strategien zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien und somit zur Optimierung der Ressourcennutzung im Gesundheitsbereich. Aufbauend auf deren Gemeinsamkeiten und unter Berücksichtigung identifizierter Vor- und Nachteile wurde ein Modellvorschlag für den österreichischen Kontext entwickelt. Auch wenn die identifizierten und analysierten Modelle und Strategien in vielen Punkten Gemeinsamkeiten aufweisen, die eine Ableitung von Handlungsempfehlungen ermöglichen, können gleichzeitig unterschiedliche Herausforderungen für die Entwicklung und Implementierung beschrieben werden, die auch für eine Umsetzung in Österreich von Bedeutung sind.

Grundsätzlich besteht eine gewisse Unschärfe, was als Modell oder Strategie zur Optimierung der Ressourcennutzung bezeichnet werden kann. Verschwimmende Grenzen zu übergeordneten Strategiepapieren, wie beispielsweise dem von der US-amerikanischen „National Priorities Partnership“ formulierten Statement zu nationalen Prioritäten und Zielen, welches auch Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Ineffektivität im Gesundheitswesen beinhaltet [18] sowie die Tatsache, dass einige WissenschaftlerInnen an der Entwicklung verschiedener Modelle mitwirken, führen zu Überschneidungen und erschweren mitunter eine exakte Unterscheidung. Gleichzeitig können diese Querverbindungen aber auch zur rascheren Weiterentwicklung der Methoden führen und somit positiv für die Entwicklung erfolgreicher Modelle und Strategien sein.

Alle identifizierten Modelle und Strategien zur Optimierung der Ressourcennutzung im Gesundheitsbereich sind – je nach genutzten Informationsquellen zur Identifikation von Ineffektivität mehr oder weniger – abhängig von wissenschaftlichen Nachweisen. Fraglich ist, wie mit Interventionen und Technologien umgegangen werden soll, die noch nie bewertet wurden und für die es keine Studien zu Effektivität, Sicherheit oder Kosteneffektivität gibt. Diese Problemstellung konnte durch keines der analysierten Modelle gelöst werden. Einzig das SBU verfolgt mit seinem Projekt systematisch das Ziel, neben der Identifikation ineffektiver Leistungen auch Forschung in Bereichen anzuregen, bei denen Evidenz bislang fehlt oder zu große Unsicherheit herrscht, um Entscheidungen treffen zu können.

Eine weitere Herausforderung für Modelle und Strategien ergibt sich aus der Tatsache, dass Ineffektivität zum Einen nicht klar definiert ist und zum Anderen meist nicht für alle PatientInnengruppen und Indikationsbereiche in gleichem Ausmaß besteht – nur für wenige Leistungen kann uneingeschränkt die Streichung aus dem Leistungskatalog empfohlen werden. Leistungen, die unter bestimmten Voraussetzungen ineffektiv sind, können unter anderen Gegebenheiten (z. B. andere Population, unterschiedliche Krankheitsstadien) effektiv sein [12, 29], wodurch die Identifikation und Bewertung von potenziell ineffektiven Interventionen und Technologien enorm komplex wird. Allerdings wäre vor allem im Sinne der Qualitätssicherung eine umfassendere Aus-

viele angewandte Interventionen und Technologien wurden nie bewertet

die Vermeidung ineffektiver Leistungen verbessert die PatientInnenversorgung und reduziert Kosten

verschiedene Herausforderungen sind zu berücksichtigen

die Grenzen zwischen Modellen und übergeordneten Strategiepapieren verschwimmen

das Fehlen von wissenschaftlichen Belegen stellt ein Problem dar

die uneinheitliche Definition von Ineffektivität erschwert deren Identifikation

effektive Leistungen können unter anderen Gegebenheiten ineffektiv sein

| | |
|---|--|
| <p>eine klare Definition, was als ineffektiv anzusehen ist, ist nötig</p> | <p>einandersetzung insbesondere mit Aspekten der Über- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem wünschenswert, bei der etwa die nicht indikationsgerechte Anwendung von Leistungen berücksichtigt wird.</p> |
| <p>kontinuierliches Einbeziehen von Stakeholdern ist wichtig</p> | <p>Nicht alle Disinvestment-Kandidaten (z. B. Kosmetische Eingriffe) werden nach Kriterien wie Bedarf, Effektivität oder Kosteneffektivität ausgewählt, sondern in Abhängigkeit von je nach Land variierenden engeren oder weiteren Grenzen, die für die Leistungskataloge gesetzt wurden, aufgenommen oder abgelehnt [29]. Eine klare Definition, was als ineffektiv anzusehen ist und welche Kriterien von Bedeutung sind, ist daher im Rahmen der Entwicklung eines Modellvorschlags unbedingt notwendig, um daraus resultierende Empfehlungen nachvollziehbar zu machen.</p> |
| <p>eine erfolgreiche Implementierung hängt von der Akzeptanz der ÄrztInnen ab</p> | <p>Das kontinuierliche Einbeziehen von Stakeholdern, insbesondere von ÄrztInnen, wird von allen analysierten Modellen und Strategien befürwortet. Große Bedeutung wird der grundsätzlichen Zustimmung des Gesundheitspersonals bezüglich der Ineffektivität von Interventionen und Technologien und der Notwendigkeit, eine Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden, zugemessen [7]. In diesem Zusammenhang ist besonders interessant, dass neue – oftmals, aber nicht immer nachweislich effektive – Leistungen von ÄrztInnen wesentlich schneller implementiert werden, als ineffektive Leistungen eingestellt werden [80, 81]. Die erfolgreiche Implementierung von Empfehlungen, gerade wenn diesen keine verbindlichen Handlungsanweisungen folgen, hängt daher maßgeblich von der Akzeptanz der ÄrztInnen ab. Empfehlungen müssen demnach so formuliert und disseminiert werden, dass ÄrztInnen tatsächlich erreicht und überzeugt werden. Die Frage, welcher „Hebel“ angesetzt werden soll, um besonders effektiv nachhaltige Veränderungen in der Nutzung ineffektiver Leistungen zu erzielen – Leitlinien, Modifikation der Finanzierung oder verbindliche Richtlinien – ist Gegenstand derzeitiger Forschung und noch nicht gänzlich geklärt [82].</p> |
| <p>die Identifikation und Vermeidung ineffektiver Strukturen und Prozesse sollte stärker verfolgt werden</p> | <p>Neben Interventionen und Technologien kann Ineffektivität auch Strukturen und Prozesse betreffen. Lediglich 2 Modelle, die in dieser Hinsicht im Rahmen des vorliegenden Berichts Ausreißer darstellen, beschäftigen sich mit der Identifikation ineffektiver Ressourcennutzung, die sich aus bestehenden Strukturen und Prozessen ergibt, obwohl auch in diesen Bereichen beachtliche Verbesserungen möglich wären [15, 67]. Beispielsweise können zu stark abgeschlossene Leistungssektoren – und damit ein Fehlen sektorenübergreifender Zusammenarbeit – zu Schnittstellenproblemen, und damit zu ineffektiver und ineffizienter Versorgung, führen [15]. Prozess- und Strukturänderungen erfordern jedoch weit komplexere und weitreichendere Mechanismen als die reduzierte Verwendung ineffektiver Interventionen und Technologien und stehen bei einem Großteil der analysierten Modelle nicht im Fokus. NICE wird sich in Zukunft vermehrt mit dem Thema ineffektiver Prozesse beschäftigen und Empfehlungen für eine Steigerung der Effektivität formulieren [83]. Die Frage, wie eine Identifikation ineffektiver Strukturen und Prozesse bestmöglich umgesetzt werden könnte, bleibt offen.</p> |
| <p>Übersversorgung ist schwerer festzustellen als Unterversorgung</p> | <p>Zudem gilt es zu bedenken, dass Übersversorgung im Sinne einer Versorgung über den Bedarf hinaus im Gegensatz zur Unterversorgung – die anhand von festgelegten Mindeststandards identifiziert werden kann – nicht einfach festzustellen und wissenschaftlich nachzuweisen ist. Dafür müsste erst klar und objektiv definiert werden, was als bedarfsgerechte Versorgung zu gelten hat. Das Gutachten des SVR hat, wie auch die Choosing Wisely®-Initiative, eine Vermeidung der Über- und Fehlversorgung im Sinne einer Qualitätssicherung zum Ziel, stützt sich dabei jedoch auch auf die subjektive Einschätzung befragter Stakeholder.</p> |

Ein weiteres Thema, das von den analysierten Modellen und Strategien nur wenig behandelt wird, ist die Evaluierung des Impacts von Entscheidungen und Empfehlungen. Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Belege dazu ist es derzeit kaum möglich, Aussagen über den tatsächlichen Erfolg und die Zweckmäßigkeit der verschiedenen Modelle zu machen – gerade diese Information wäre aber, auch für die Entwicklung eines Modells für den österreichischen Kontext, interessant. Im Rahmen von PBMA wurden qualitative Evaluierungen in Form von Interviews durchgeführt, eine quantitative Messung des Impacts von Entscheidungen wird jedoch als schwierig beschrieben [67].

Die Thematik der optimalen Ressourcenverteilung und Vermeidung ineffektiver Gesundheitsleistungen wird – bedingt durch den Wunsch nach Eindämmung stetig steigender Gesundheitskosten und Steigerung der Versorgungsqualität – in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Mehr Forschung, insbesondere zum Impact bereits angewandter Modelle und Methoden, ist daher nötig, um deren Praktikabilität, auch in Hinblick auf den österreichischen Kontext, bewerten zu können. Ebenso besteht noch Forschungsbedarf zum Thema der Wirksamkeit verschiedener „Hebel“ bei der Implementierung von Empfehlungen, bei der Identifikation und Bewertung ineffektiver Strukturen und Prozesse sowie in Hinblick auf die Frage, wie mit fehlender Evidenz zur (In)effektivität von Interventionen und Technologien umgegangen werden könnte.

der Impact von Entscheidungen und Empfehlungen wird nicht ausreichend evaluiert

das Thema wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen

es besteht Forschungsbedarf

8 Konklusion: Vorschlag eines Modells zur Optimierung der Ressourcennutzung

Auch wenn die Modelle und Strategien, die international Anwendung finden, Unterschiede hinsichtlich der analysierten Charakteristika aufweisen, die Heterogenität verwendeter Begrifflichkeiten eine zusammenfassende Darstellung erschwert und einige Fragen hinsichtlich der besten Vorgehensweise sowie dem tatsächlichen Erfolgspotenzial einzelner Modelle offen bleiben, zeichnen sich doch Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Modelle und Strategien ab. Darauf aufbauend wird im Folgenden ein mögliches Modell zur optimalen Ressourcennutzung und Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien vorgeschlagen, welches in Folge auch im österreichischen Kontext Anwendung finden könnte. Es orientiert sich an Methoden und Prozessen, die von mehreren Modellen eingesetzt werden und als „good practice“ übernommen werden können.

es konnten Gemeinsamkeiten der Modelle gefunden werden, die die Formulierung von Handlungsempfehlungen ermöglichen

8.1 Generelle Empfehlungen

Modelle, die zu nachhaltigen Veränderungen im Umgang mit ineffektiven Interventionen und Technologien führen sollen, müssen längerfristig ausgelegt werden. Um die Akzeptanz und das Vertrauen aller beteiligten Stakeholder zu gewinnen und die Prozesse dauerhaft implementieren zu können, braucht es daneben auch klare und verbindliche Bestimmung von Zuständigkeiten.

eine längerfristige Auslegung und die Bestimmung von Zuständigkeiten sind nötig

Besonders wichtig ist, dass die langfristige Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen für die Koordination und Durchführung dieser Prozesse geklärt wird [23, 40]. Um den effizienten Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen dauerhaft zu ermöglichen, sind Investitionen in die Umsetzung eines Modells unumgänglich: eine nachhaltige Steigerung der Effizienz ist nicht mit der direkten Einsparung von Ressourcen gleichzusetzen [1, 29]. Eine Möglichkeit, den Mehraufwand an Ressourcen für Modelle zur Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien zu minimieren, wäre zum Beispiel die Integration solcher Modelle in bereits bestehende Programme, welche neue Technologien identifizieren, die sich erst am Beginn ihres Lebenszyklus befinden. So wäre es auch möglich, den gesamten Lebenszyklus von Interventionen und Technologien zu begleiten und sich ergänzende Prozesse zu kombinieren [25].

finanzielle und personelle Ressourcen müssen bereitgestellt werden

eine Integration in bereits bestehende Programme reduziert den Ressourcenaufwand

Die Zielgruppe von Empfehlungen muss klar definiert und auf das Gesundheitssystem eines Landes abgestimmt [83] werden, um Art und Disseminierung der Ergebnisse spezifisch planen zu können. Sowohl die Analyse der Modelle als auch die Befragung der ExpertInnen legt nahe, dass politische und klinische EntscheidungsträgerInnen die wichtigste Zielgruppe darstellen [28, 67]. ManagerInnen und PatientInnen werden zudem als Zielgruppen genannt, die von Empfehlungen überzeugt werden sollten [28].

klinische und politische EntscheidungsträgerInnen sind wichtigste Zielgruppen

| | |
|---|---|
| <p>zentrale Koordination auf nationaler Ebene</p> | <p>Redundante, von mehreren Stellen gleichzeitig durchgeführte Projekte zur Optimierung der Ressourcennutzung können durch ein umfassendes nationales Rahmenwerk vermieden werden [23], welches von einer zentralen Stelle koordiniert wird. Die Koordination auf nationaler Ebene sollte, laut internationalen ExpertInnen, durch eine Zusammenarbeit politischer und klinischer EntscheidungsträgerInnen erfolgen [67, 75, 83], idealerweise eingebettet in bereits existierende Organisationsstrukturen [75] oder Institutionen, die sich mit Strategieentwicklung befassen [83]. Es kann aber, wie im Fall der Choosing Wisely®-Initiative, auch eine Stiftung sein, die die Einschätzungen involvierter Stakeholder zusammenführt und die übergeordnete Koordination innehat. Möglich ist auch eine Integration des Modells in das Arbeitsprogramm von HTA-Organisationen, wie das beispielsweise bei NICE, SBU oder der GuNFT beschrieben wird. Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass diese Organisationen bereits Expertise in der Bewertung medizinischer Leistungen haben und einen objektiven Zugang zur Thematik gewährleisten. Eine weitere Option ist die Gründung eines direkt dem Auftraggeber unterstellten Gremiums, welches aus unterschiedlichen Stakeholdern besteht und die Koordination aller Prozesse übernimmt.</p> |
| <p>eingebettet in existierende Organisationsstrukturen</p> | |
| <p>möglich sind auch Stiftungen oder Gremien als Koordinatoren</p> | |
| <p>politischer Wille und Rückhalt sind nötig</p> | <p>Politische EntscheidungsträgerInnen und/oder Führungspersönlichkeiten innerhalb einzelner Organisationen müssen sich grundsätzlich klar hinter die Entscheidung zur Implementierung eines Modells zur Optimierung der Ressourcennutzung und formulierter Empfehlungen stellen und damit eine Vorbildfunktion für alle beteiligten Stakeholder einnehmen [69]. Ohne politischen Willen und Rückhalt sowie glaubhaftes Engagement [67] ist eine nachhaltige Umsetzung von oftmals strittigen Empfehlungen [29, 83] äußerst schwierig.</p> |

8.2 Stakeholderbeteiligung

| | |
|--|---|
| <p>das Einbeziehen von Stakeholdern ist von großer Bedeutung</p> | <p>Die Analyse der verschiedenen Modelle und Strategien zeigt, dass das Einbeziehen von verschiedenen Stakeholdern in den Prozess der Optimierung der Ressourcennutzung von großer Bedeutung ist. Empfehlungen und Entscheidungen werden, wenn betroffene Gruppen bei einzelnen oder allen Schritten der Modelle involviert werden, deutlich besser akzeptiert und unterstützt. Auch ermöglichen verschiedene Blickwinkel einen umfassenderen Zugang zum Thema der Ineffektivität. Besonders motivierte und motivierende Führungspersönlichkeiten innerhalb der Gruppen spielen eine zentrale Rolle für die erfolgreiche Umsetzung eines Modells [69].</p> |
| <p>ÄrztInnen, PatientInnen/ KonsumentInnen und PolitikerInnen sind wichtigste Gruppen</p> | <p>Die analysierten Modelle und Strategien beziehen vor allem folgende Gruppen von Stakeholdern in die Prozesse ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ ÄrztInnen (und andere Gesundheitsberufe). ✿ PatientInnen und KonsumentInnen oder deren Vertretung. ✿ Politische EntscheidungsträgerInnen. <p>ÄrztInnen gelten bei einem Großteil der Modelle und Strategien als wichtigste Gruppe, die in jedem Fall aktiv von Beginn an in die Prozesse eingebunden werden und zu einer Kooperation motiviert werden sollte. So wird einer Ablehnung der ÄrztInnen Empfehlungen gegenüber vorgebeugt [23]. Die Rekrutierung der Stakeholder kann sowohl über bereits bestehende Netzwerke als auch über offizielle Vertretungen, Aufrufe in den Medien oder Anfragen via E-Mail erfolgen.</p> |

Für den österreichischen Kontext wären relevante Stakeholder beispielsweise unterschiedliche medizinische Fachgesellschaften und Verbände (z. B. Ärztekammern, ÖGIM, ÖGAM, ÖGKV), PatientInnenvertreter (z. B. WPPA), der Verein für Konsumenteninformation (VKI) sowie EntscheidungsträgerInnen aus der Bundes- und Landespolitik. Da in Österreich zudem die Sozialversicherungsträger als Stakeholder zu bezeichnen sind, sollten auch der Hauptverband bzw. die Gebietskrankenkassen involviert werden.

im österreichischen Kontext sind verschiedene Stakeholder von Bedeutung

8.3 Schritte des Modells

Bevor ineffektive Interventionen und Technologien identifiziert werden können, müssen in einem ersten Schritt die Zielsetzung (optimierte Finanzierung, Verbesserung der PatientInnenversorgung und -sicherheit, Abbau struktureller und prozessbedingter Ineffektivität) und der Wirkungsbereich des Modells festgelegt werden. Im österreichischen Kontext wären beispielsweise folgende Anwendungsbereiche denkbar:

zu Beginn müssen die Zielsetzung und der Wirkungsbereich festgelegt werden

- ❖ Eine Überprüfung von Leistungskatalogen (z. B. Katalog medizinischer Einzelleistungen, Katalog ambulanter Leistungen, Heilmittelverzeichnis) im Zuge deren Wartung, um systematisch ineffektive Leistungen identifizieren zu können.
- ❖ Die Initiierung von öffentlichem Diskurs und umfassender Reflexion unter Einbindung von PatientInnen und KonsumentInnenvertretern nach Vorbild der Choosing Wisely®-Initiative.

in Österreich sind verschiedene Anwendungsbereiche denkbar

Darauf aufbauend wäre auch eine Überprüfung der Prozesse in der Gesundheitsversorgung möglich, um fehlende oder notwendige Prozessschritte sowie ineffiziente Prozesse zu identifizieren (z. B. Stufendiagnostik anstatt additiver Parallel-Diagnostik, Übergangspflege, „Best Point of Service“/wohrt-nahe, effiziente Leistungserbringung).

8.3.1 Identifikation

Die Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien wird in den analysierten Modellen als große Herausforderung beschrieben, die ein strukturiertes, transparentes und evidenzbasiertes Vorgehen erfordert. Der Großteil der Modelle und Strategien arbeitet dabei mit einer Kombination aus literatur- und personenbasierten Informationsquellen, um möglichst alle Kanäle auszuschöpfen. Basierend auf den von den Modellen angewandten Identifikationsmethoden und Informationsquellen kann folgende Vorgehensweise vorgeschlagen werden:

strukturiertes, transparentes und evidenzbasiertes Vorgehen ist nötig

- ❖ Regelmäßige (systematische) Literaturrecherche in Datenbanken und auf HTA-Webseiten (v. a. Systematic Reviews, HTA-Berichte, klinische Leitlinien und Richtlinien) anhand definierter Kriterien.
- ❖ Analyse vorhandener Routinedaten der Versicherungsträger.
- ❖ Nennung von potenziell ineffektiven Interventionen und Leistungen, wiederum durch ÄrztInnen aber auch durch anderes Gesundheitspersonal. Diese beruhen dabei auf Erfahrung, werden anhand zuvor definierter Kriterien (z. B. Effektivität, Sicherheit, Kosteneffektivität) getätigt und, wenn möglich, wissenschaftlich belegt.

eine Kombination von literatur- und datenbasierter sowie personenbasierter Vorgehensweise ist empfehlenswert

| | |
|---|--|
| objektive Kriterien müssen definiert werden | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Nennung von potenziell ineffektiven Interventionen und Leistungen durch PatientInnen und KonsumentInnen sowie durch andere Stakeholder. <p>Die unscharfe Abgrenzung, was tatsächlich unter Ineffektivität zu verstehen ist, macht die Definition objektiver Kriterien nötig, die gleichzeitig einen Bezug zum lokalen Kontext aufweisen. Kriterien, die bei den meisten Modellen und Strategien Anwendung finden und bei der Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien demnach vorrangig herangezogen werden sollten, sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Effektivität und Nutzen. ✿ Kosten/Kosteneffektivität/Effizienz. ✿ Sicherheit, Risiko und Nebenwirkungen. <p>Weitere, oft genannte Kriterien sind vorhandene Alternativen und die bestehende Studienlage zur Evidenz. Je nach Kontext können aber zusätzliche oder andere Kriterien von Bedeutung sein (siehe Tabelle 5-2).</p> |
| eine Priorisierung identifizierter Leistungen ist notwendig | <h3>8.3.2 Priorisierung</h3> <p>Interventionen und Technologien, welche als (potenziell) ineffektiv identifiziert wurden, werden anschließend bei nahezu allen analysierten Modellen anhand zuvor festgelegter Kriterien priorisiert. Dies ist einerseits nötig, um die für die Implementierung des Modells verfügbaren finanziellen und zeitlichen Ressourcen tatsächlich für die Bewertung jener Leistungen einzusetzen, die von Bedeutung sind (in Hinblick auf PatientInnenversorgung und finanzielle Aspekte) und andererseits, um Themen ihrer Dringlichkeit entsprechend behandeln zu können.</p> |
| HTA-WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen sollten an der Priorisierung beteiligt sein | <p>HTA-WissenschaftlerInnen und/oder ÄrztInnen sind die am häufigsten an der Priorisierung beteiligten Gruppen im Rahmen analysierter Modelle und Strategien und sollten in jedem Fall beteiligt sein. Die Beteiligung von ÄrztInnen wurde auch von den befragten ExpertInnen als sehr wichtig angesehen [67, 75]. Da aus der Analyse der Modelle keine einheitliche Methodik abgeleitet werden kann und auch kein standardisiertes Tool zur Verfügung steht, welches von verschiedenen Modellen getestet und eingesetzt wird, erscheint die Konsensfindung innerhalb einer multidisziplinären [28] Gruppe, welche neben HTA-WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen auch andere Stakeholder (wie PatientInnen, KonsumentInnen, ManagerInnen und andere Gesundheitsberufe [28, 67, 75]) einschließt und anhand eines Kriterienkatalogs identifizierte Interventionen und Technologien bewertet, um schließlich Rangreihen zu erstellen, als geeignetste Methode. Die von der Gruppe als prioritär eingestuft Leistungen werden anschließend einer Bewertung unterzogen.</p> |
| Konsensfindung innerhalb einer Gruppe von Stakeholdern ist empfehlenswert | <p>Der Kriterienkatalog zur Priorisierung sollte in jedem Fall folgende Kriterien umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Kosten/Kosteneffektivität/Effizienz. ✿ Prävalenz, Inzidenz und Krankheitslast. ✿ Nutzungshäufigkeit. ✿ Praxisvariabilität. |
| Bezug zum lokalen Kontext ist sinnvoll | <p>Kriterien, um die der Katalog erweitert werden könnte, sind Effektivität, Evidenzlage, potenzielle Auswirkungen und vorhandene Alternativen. Auch bei der Priorisierung ist es sinnvoll, bei der Auswahl der Kriterien Bezug zum lokalen Kontext herzustellen.</p> |

8.3.3 Assessment

Nicht alle, aber doch ein Großteil der Modelle, sieht eine Bewertung identifizierter und priorisierter Interventionen und Technologien vor, wobei in den meisten Fällen gängige HTA-Methoden angewandt werden. Die Analyse der Modelle und die Befragung der ExpertInnen legen nahe, dass WissenschaftlerInnen (HTA) die Verantwortung für die Bewertung übernehmen sollten – allerdings mit Unterstützung weiterer Stakeholder wie ÄrztInnen, PatientInnen oder anderem Gesundheitspersonal [28]. Besondere Beachtung finden im Assessment die Effektivität, Sicherheit, der Nutzen und die Kosteneffektivität der Interventionen und Technologien.

HTA-Methoden zur Bewertung der Leistungen

Mitwirkung von Stakeholdern

8.3.4 Art und Disseminierung der Ergebnisse

Sowohl die Art der Aufbereitung von Empfehlungen als auch die Strategie ihrer Disseminierung müssen bereits bei der Planung des grundlegenden Rahmenwerks festgelegt und auf die übergeordnete(n) Zielsetzung(en) abgestimmt werden. Die Klärung von Verantwortlichkeiten bezüglich der Ausführung und Finanzierung der Disseminierung sowie eine Abschätzung des Ressourcenaufwands haben ebenso vor Projektbeginn zu erfolgen.

Art und Disseminierung von Ergebnissen müssen bereits bei der Planung berücksichtigt werden

Wird im Rahmen des Modells eine Bewertung mit gängiger HTA-Methodik durchgeführt, werden HTA-Berichte mit konkreten Empfehlungen erstellt, wie mit der bewerteten Leistung hinsichtlich ihrer Anwendung und Finanzierung zukünftig verfahren werden soll. Die Hälfte der analysierten Modelle und Strategien wählt diese Art des Outputs, um insbesondere politische und klinische EntscheidungsträgerInnen zu erreichen. Bei der Formulierung von Empfehlungen können wiederum Stakeholder einbezogen werden, um deren Blickwinkel zu berücksichtigen. Einige Modelle und Strategien sehen die Zusammenfassung von Ergebnissen und Empfehlungen in Form von Listen vor, die den Vorteil haben, zentrale Aussagen leicht erfassbar zu präsentieren. Eine Kombination aus beiden Zugängen, um die umfassenden Informationen eines Berichts mit in übersichtlichen Listen zusammengefassten Kernaussagen zu ergänzen, erscheint sinnvoll.

HTA-Berichte mit konkreten Empfehlungen

Empfehlungen in Form von Listen

In jedem Fall sollen Empfehlungen, je nach Zielgruppe (klinische und/oder politische EntscheidungsträgerInnen, PatientInnen, KonsumentInnen) speziell für diese formuliert und aufbereitet werden, um von diesen interpretiert und umgesetzt werden zu können [28, 75]. Wichtig ist hier eine klare Benennung der Umsetzungsverantwortung: Empfehlungen „*need to be very explicit about who should or shouldn't be doing what; general statements are generally ignored unless there is an individual appointed in the health care system with the responsibility for implementation*“ [83].

Empfehlungen müssen der Zielgruppe entsprechend aufbereitet werden

klare Benennung der Umsetzungsverantwortung

Auch die Disseminierung der Ergebnisse muss auf die definierte Zielgruppe und den Kontext abgestimmt werden, damit angetrebte Zielsetzungen tatsächlich erreicht werden können [28]. Basierend auf der Analyse der Modelle und Strategien, kann eine Disseminierung der Ergebnisse über das Internet – also eine passive Strategie – empfohlen werden, wobei Webseiten aller beteiligten Organisationen und Partnerorganisationen genutzt werden können. Das Sammeln von Empfehlungen in einer webbasierten, öffentlich zugänglichen Datenbank, wie von 2 Modellen praktiziert, ist vor allem dann sinnvoll, wenn auch ÄrztInnen und anderes Gesundheitspersonal mit den Empfehlungen erreicht werden sollen, da diese Disseminierungsstrategie das Auffinden von

auch Disseminierung muss auf Zielgruppe abgestimmt werden

passive Strategien werden häufig eingesetzt

mit aktiven Strategien können PolitikerInnen, PatientInnen und KonsumentInnen erfolgreich erreicht werden

Empfehlungen vereinfacht. Auch die Veröffentlichung von Artikeln in (Open Access) Journals [28, 67] wird als erfolgreiche passive Disseminierungsmethode beschrieben. Mögliche Kanäle sind neben dem Internet auch andere (Print-)Medien und – insbesondere zum Erreichen von PatientInnen und KonsumentInnen – soziale Netzwerke [28].

Empfehlungen, die sich an politische EntscheidungsträgerInnen richten, können besonders erfolgreich im Rahmen persönlicher Treffen – also aktiv – übermittelt werden, um den AdressatInnen die Möglichkeit zu geben, Unklarheiten anzusprechen und um Inhalte direkter zu vermitteln [67, 83]. Diese Strategie kann, genauso wie „active reminders“ auch bei ÄrztInnen erfolgreich eingesetzt werden [28]. PatientInnen und KonsumentInnen – auch jene, die durch passive Strategien nicht erreicht werden – können durch eine aktive Disseminierung im Rahmen von ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächen oder persönlicher Beratung informiert werden.

Information von Stakeholdern fördert die Akzeptanz

Generell stimmen die Modelle und Strategien darin überein, dass die Information von Stakeholdern über Ergebnisse und Empfehlungen sowie mögliche Konsequenzen von Entscheidungen die Akzeptanz gegenüber Veränderungen erhöht. Eine strukturierte und umfassende Disseminierungsstrategie, durch die nicht nur die HauptadressatInnen, sondern alle Stakeholder tatsächlich erreicht werden, ist zu empfehlen.

8.3.5 Implementierung der Ergebnisse

Implementierung ist entscheidender Schritt

Die tatsächliche Implementierung von Ergebnissen ist schließlich der entscheidende Schritt und stellt eine Herausforderung dar, der mit einer klaren Strategie begegnet werden muss. Grundsätzlich gibt es zwei Ansätze, die (auch in Kombination) verfolgt werden können.

es gibt 2 Ansätze:

verbindliche Handlungsanweisungen und Modifizierung der Leistungserstattung

1. Richten sich die formulierten Empfehlungen an politische EntscheidungsträgerInnen und treffen diese eine den Empfehlungen folgende Entscheidung, so ist eine direkte Umsetzung in Form von verbindlichen Handlungsanweisungen für das Gesundheitspersonal sowie durch eine Modifizierung der Leistungserstattung (beispielsweise einem vollständigen oder teilweisen Entzug und/oder einer Umschichtung von Ressourcen) möglich und sinnvoll [83]. Die erfolgreiche Implementierung von Empfehlungen des PBAC und des SVR sowie verschiedener Beratungsgremien im Rahmen von PBMA zeigt, dass verbindliche Anweisungen politischer oder intrainstitutioneller EntscheidungsträgerInnen eine wirksame Möglichkeit sind, Veränderungen herbeizuführen. ÄrztInnen und PatientInnen/KonsumentInnen sollten aber in jedem Fall über Entscheidungen informiert werden, um eine Ablehnung zu vermeiden.

Implementierung in der Praxis durch überzeugte ÄrztInnen

2. Fehlen verbindliche Handlungsanweisungen oder finanzielle Einschränkungen, können Empfehlungen für oder gegen eine Anwendung bewerteter Interventionen und Technologien durch ÄrztInnen und andere Gesundheitsberufe direkt in der Praxis implementiert werden – die Choosing Wisely®-Initiative verfolgt diesen Ansatz. Die Information von und die Akzeptanz durch ÄrztInnen steht bei dieser Implementierungsstrategie im Vordergrund, Vertrauen in die Sinnhaftigkeit der Empfehlungen sowie der Wille zur Veränderung müssen gegeben sein. Diese Strategie kann dann erfolgreich sein, wenn neben den ÄrztInnen auch PatientInnen/KonsumentInnen überzeugt werden können.

Grundsätzlich kann eine Anbindung des Modells an bereits bestehende Steuerungsinstrumente (wie beispielsweise die Wartung der Leistungskataloge oder die bedingte Erstattung von Leistungen bis zur Generierung neuer Evidenz) sowie eine Schaffung neuer (z. B. die Aufnahme neuer Leistungen in den Katalog nur unter der Voraussetzung der Entfernung ineffektiver Leistungen) die Implementierung erleichtern. Auch das Anknüpfen an österreichische Gesundheits-Reformziele, die neben einer Qualitätssicherung auch eine Kostendämmung im Gesundheitswesen vorsehen, könnte sich positiv auf die Implementierung auswirken.

Anbindung an bestehende und die Schaffung neuer Steuerungsinstrumente fördern die Implementierung

8.3.6 Evaluierung

Auch wenn die analysierten Modelle keine klare Strategie zur Evaluierung vorgeben und insbesondere die quantitative Messung des Impacts sehr schwierig ist [67], erscheint es empfehlenswert, die Implementierung der Empfehlungen und Entscheidungen anhand relevanter Indikatoren (z. B. Veränderungen in der Nutzungshäufigkeit, Kostenreduktion und/oder Umschichtung von Ressourcen, Akzeptanz durch ÄrztInnen und PatientInnen) als letzten Schritt des Modells sowohl quantitativ als auch qualitativ zu evaluieren, um Prozesse gegebenenfalls modifizieren zu können. Dies kann in Form von Datenanalysen und Interviews mit betroffenen Stakeholdern [68] geschehen.

qualitative und quantitative Evaluierung sind zu empfehlen

8.3.7 Schematische Darstellung des Modellvorschlags

In Abbildung 1 sind die einzelnen Projektschritte sowie die jeweils vorgeschlagenen Methoden und ausführenden Personengruppen zusammenfassend dargestellt.

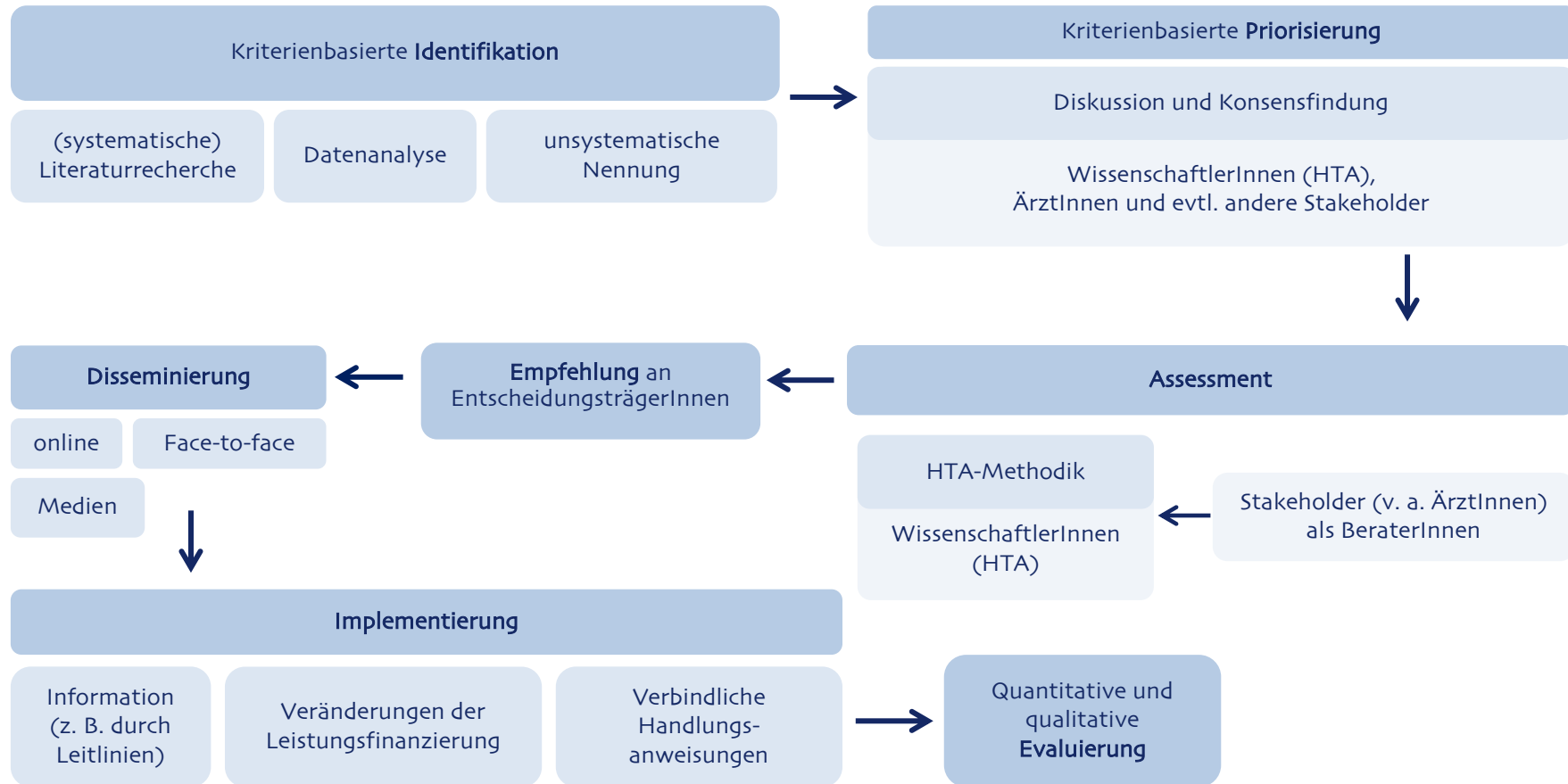


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Modellvorschlags

9 Referenzen

- [1] Haas M, Hall J, Viney R, Gallego G. Breaking up is hard to do: why disinvestment in medical technology is harder than investment. *Australian Health Review*. 2012;36(2):148-52.
- [2] Ruano Ravina A, Velasco Gonzalez M, Varela Lema L, Cerda Mota T, Ibarгойen Roteta N, Gutierrez Ibarluzea I. Identification, prioritisation and assessment of obsolete health technologies. A methodological guideline. Santiago de ComPostela: Galician Agency for Health Technology Assessment (AVALIA-T). 2009.
- [3] Elshaug AG. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *MJA*. 2012;197(10):556-60.
- [4] Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA*. 2013;309(8):773-4.
- [5] Joshi NP, Stahnish FW, Noseworth TW. Reassessment of health technologies: obsolescence and waste. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2009.
- [6] CHERE. Reducing the use of ineffective health care interventions. Centre for Health Economics Research and Evaluation, 2010 Contract No.: Working Paper 2010/5.
- [7] Henshall C, Schuller T, Mardhani-Bayne L. Using health technology assessment to support optimal use of technologies in current practice: the challenge of „disinvestment“. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012;28(3):203-10.
- [8] Goodman HC, Goodman CS. HTA 101 Introduction to health technology assessment. Citeseer; 2004.
- [9] Brook RH. The role of physicians in controlling medical care costs and reducing waste. *JAMA*. 2011;306(6):650-1.
- [10] Garner S, Docherty M, Somner J, Sharma T, Choudhury M, Clarke M, et al. Reducing ineffective practice: challenges in identifying low-value health care using Cochrane systematic reviews. *J Health Serv Res Policy*. 2013;18(1):6-12.
- [11] Garcia-Armesto S, Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Disinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System. *Health Policy*. 2013;110(2-3):180-5.
- [12] Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA*. 2013;309(8):775-6.
- [13] Bundesärztekammer KBd. Arztbibliothek. 2013 [18.10.2013]; Available from: <http://patientensicherheit-online.de/service-ps-online/glossar-patientensicherheit#F>.
- [14] Gesundheitswesen SfdKAi. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. SVR Gesundheit, 2001.
- [15] Wille E. Telefon- Kontakt. 2013.
- [16] Elshaug AG, Moss JR, Littlejohns P, Karnon J, Merlin T, Hiller JE. Identifying existing health care services that do not provide value for money. *MJA*. 2009;190(5):269-73.
- [17] Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy*. 2007;4:23.
- [18] Partnership NP. National Priorities and Goals: Aligning Our Efforts to Transform America's Healthcare. Washington, DC: National Quality Forum, 2008.
- [19] Pearson S, Littlejohns P. Reallocating resources: how should the National Institute for Health and Clinical Excellence guide disinvestment efforts in the National Health Service? *J Health Serv Res Policy*. 2007;12(3):160-5.
- [20] Fuchs C, Nagel E, Raspe H. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung- was ist gemeint? *Deutsches Ärzteblatt* [Internet]. 2009 14.05.2013 [cited vo JM:ja]; 106(12):[554-7 pp.]. Available from: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/63854/Rationalisierung-Rationierung-und-Priorisierung-was-ist-gemeint>.

- [21] Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Deutsches Ärzteblatt. 2000;97(15):1017-23.
- [22] Leggett L, Noseworthy TW, Zarrabi M, Lorenzetti D, Sutherland LR, Clement FM. Health technology reassessment of non-drug technologies: current practices. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012;28(3):220-7.
- [23] Gerdvilaite J, Nachtnebel A. Disinvestment. Overview of disinvestment experiences and challenges in selected countries. Vienna: Ludwig Boltzmann Institut fuer Health Technology Assessment (LBIHTA); 2011.
- [24] Ibarгойen-Roteta N, Gutierrez-Ibarluzea I, Asua J. Guiding the process of health technology disinvestment. *Health Policy*. 2010;98(2-3):218-26.
- [25] Ibarгойen-Roteta N, Gutierrez-Ibarluzea I, Asua J. Report on the development of the GuNFT guideline. Guideline for not funding existing health technologies in health care systems. Vitoria-Gasteiz: Basque Office for Health Technology Assessment Health Department Basque Government (OSTEBA); 2009.
- [26] Varela Lema L, Ruano Ravina A, Cerda Mota T, Ibarгойen Roteta N. Post- introduction observation of healthcare technologies after coverage: the Spanish proposal. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012;28(3):285-93.
- [27] Elshaug AG, Watt AM, Moss JR, Hiller JE. Policy perspectives on the obsolescence of Health Technologies in Canada. Discussion Paper. CADTH, 2009.
- [28] Gutierrez Ibarluzea I. Questionnaire: Identifying models and strategies for optimal resource allocation and disinvestment in health care systems- Focus on GuNFT and PriTec. 2013.
- [29] Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICELY done? *Bmj*. 2011;343:d4519.
- [30] NICE. Public Health Programmes and Interventions and NHS Disinvestment 2006 31.05.2013. Available from: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/smt/040406item5.pdf>.
- [31] NICE. NICE Implementation Programme. NICE; 2013 [4.7.2013]; Available from: http://www.nice.org.uk/usingguidance/niceimplementationprogramme/nice_implementation_programme.jsp.
- [32] Chalkidou K. The Challenge of Disinvestment. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
- [33] Hughes DA, Ferner RE. New drugs for old: disinvestment and NICE. *Bmj*. 2010;340:c572.
- [34] Pearson SD, Rawlins MD. Quality, Innovation, and Value for Money. NICE and the British National health Service. *JAMA*. 2005;294(20):2618-22.
- [35] NICE. Clinical guidelines stakeholder registration. <http://www.nice.org.uk/getinvolved/sh/cg/shregistration.jsp2013> [5.6.2013]; Available from: <http://www.nice.org.uk/getinvolved/sh/cg/shregistration.jsp>.
- [36] Garner S. Disinvestment: the UK experience. ISPOR 15th Annual European Congress; Berlin 2012.
- [37] NICE. Draft Project Plan – 20 February 2006, Version 1. Introduction of new disinvestment programmes 2006 31.05.2013. Available from: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/smt/210206item3.pdf>.
- [38] Committee HoCH. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008.
- [39] Chamberlain CA, Martin RM, Busby J, Gilbert R, Cahill DJ, Hollingworth W. Trends in procedures for infertility and caesarean sections: was NICE disinvestment guidance implemented? NICE recommendation reminders. *BMC Public Health*. 2013;13:112.
- [40] Services VGDoH. Future directions for health technology uptake, diffusion and disinvestment in Victorian public health services. Workshop discussion paper. Melbourne, Australia: 2007.
- [41] Committee PBA. July 2012 PBAC Outcomes- Reviews. 2012 [23.7.2013]; Available from: <http://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/elements/pbac-meetings/pbac-outcomes/2012-07/2012-08-24-reviews>.
- [42] Ageing AGDoha. Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC). 2013 [4.7.2013]; Available from: <http://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/participants/pbac>.

- [43] Group MBRT. Development of a Quality Framework for the Medicare Benefits Schedule- Discussion Paper 2010 23.7.2013. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/C38EFE94C3035988CA257713001DA46C/\\$File/Development%20of%20a%20Quality%20Framework%20for%20the%20MBS%20-%20Discussion%20Paper.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/C38EFE94C3035988CA257713001DA46C/$File/Development%20of%20a%20Quality%20Framework%20for%20the%20MBS%20-%20Discussion%20Paper.pdf).
- [44] Watt AM, Hiller JE, Braunack-Mayer AJ, Moss JR, Buchan H, Wale J, et al. The ASTUTE Health study protocol: deliberative stakeholder engagements to inform implementation approaches to healthcare disinvestment. *Implement Sci.* 2012;7:101.
- [45] Care SCoTAiH. Scientific Uncertainties – Insufficiently Assessed Health Technologies. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2013 [26.6.2013]; Available from:
http://www.sbu.se/upload/Kunskapsluckor/Scientific_Uncertainties.pdf.
- [46] Jacobson S, Mowafi F, Lintamo L, Östlund P, Heintz E. The Swedish Council on Health Technology Assessments (SBU) assignment on scientific uncertainties and disinvestments. *EuroScan Newsletter* [<http://www.sbu.se/en/Published/Search-treatment-uncertainties/?epslanguage=EN>]. 2013 26.6.2013; (14):[4-5 pp.].
- [47] Care SCoTAiH. Treatment uncertainties. 2013 [22.7.2013]; Available from:
<http://www.sbu.se/en/Published/Search-treatment-uncertainties/Post.aspx?epslanguage=EN>.
- [48] Östlund P. E- Mail- Kontakt. 2013.
- [49] ABIM Foundation. Medical Professionalism in the new millenium: A physician charter. 2002 13.05.2013 [cited vo JM:ja]. Available from:
http://www.abimfoundation.org/Professionalism/~/_media/Files/Physician%20Charter.ashx.
- [50] Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform--the Top Five list. *New England Journal of Medicine.* 2010;362(4):283-5.
- [51] The Good Stewardship Working Group. The „Top 5“ Lists in primary care. Meeting the responsibility of Professionalism. *Archives of Internal Medicine.* 2011;171(15):1385-90.
- [52] Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA.* 2012;307(17):1801-2.
- [53] Foundation A. More than 30 Speciality Societies to Release New Choosing Wisely Lists of Tests or Treatments to Question. 2013 [29.8.2013]; Available from:
<http://www.choosingwisely.org/more-than-30-speciality-societies-to-release-new-choosing-wisely-lists-of-tests-or-treatments-to-question/>.
- [54] McKinney M. Curbing overuse. Providers hail value of Choosing Wisely, but skeptics say initiative comes with risk. *Mod Healthc.* 2013;43(8):6-7, 16, 1.
- [55] Foundation A. About Choosing Wisely. ABIM Foundation; 2013 [24.6.2013]; Available from:
<http://www.choosingwisely.org/about-us/>.
- [56] Rao VM, Levin DC. The overuse of diagnostic imaging and the Choosing Wisely initiative. *Ann Intern Med.* 2012;157(8):574-6.
- [57] Consumer Health Reports. Choosing Wisely: Methods.
<http://consumerhealthchoices.org/campaigns/choosing-wisely/2013> [15.05.2013]; Available from: <http://consumerhealthchoices.org/campaigns/choosing-wisely/>.
- [58] Raspe H. Priorisierung und/oder CWI? CWI – Gemeinsam klug entscheiden; Berlin 2013.
- [59] Foundation A. 21 Organizations to engage physicians and patients in conversations on overuse of medical tests and procedures 2013 30.05.2013. Available from:
<http://www.abimfoundation.org/News/ABIM-Foundation-News/2013/ABIM-Foundation-awards-grants-to-advance-Choosing-Wisely.aspx>.
- [60] Kuehn BM. Movement to promote good stewardship of medical resources gains momentum. *JAMA.* 2012;307(9):895, 902-3.

- [61] Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing wisely: low-value services, utilization, and patient cost sharing. *JAMA*. 2012;308(16):1635-6.
- [62] Tsourapas A, Frew E. Evaluating ‘success’ in programme budgeting and marginal analysis: a literature review. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2011;16(3):177-83.
- [63] Brambleby P, Fordham R. What is PBMA? Hayward Medical Communications; 2003 [14.6.2013]; Available from: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/pbma.pdf>.
- [64] Peacock S, Mitton C, Ruta D, Donaldson C. Priority setting in healthcare: towards guidelines for the program budgeting and marginal analysis framework. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2010;10(5):539-52.
- [65] Gibson J, Mitton C, Martin D, Donaldson C, Singer P. Ethics and economics: does programme budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting? *Journal of Health Services Research & Policy*. 2006;11(1):32-7.
- [66] Bohmer P, Pain C, Watt A, Abernethy P, Sceats J. Maximising health gain within available resources in the New Zealand public health system. *Health Policy*. 2001;55(1):37-50.
- [67] Mitton C. Questionnaire: Identifying models and strategies for optimal resource allocation and disinvestment in health care systems- Focus on PBMA. 2013.
- [68] Mitton C, Dionne F, Damji R, Campbell D, Bryan S. Difficult decisions in times of constraint: criteria based resource allocation in the Vancouver Coastal Health Authority. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:169.
- [69] Mitton C. E- Mail- Kontakt. 2013.
- [70] Mortimer D. Reorienting programme budgeting and marginal analysis (PBMA) towards disinvestment. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:288.
- [71] Peacock S. An Evaluation of Program Budgeting and Marginal Analysis Applied in South Australian Hospitals. Centre for Health Program Evaluation, 1998 Contract No.: 16.
- [72] Gesundheit S. Aufgaben des Rates. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=42013> [6.6.2013]; Available from: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=4>.
- [73] Elshaug AG. E- mail- Kontakt. 2013.
- [74] Harris C. E-Mail- Kontakt. 2013.
- [75] Allen K. Questionnaire: Identifying models and strategies for optimal resource allocation and disinvestment in health care systems- SHARE Project. 2013.
- [76] Health M. Technology/Clinical Practice Committee. Ensuring Monash health practice is up-to-date. 2013 [22.08.2013]; Available from: http://www.monashhealth.org/content/Document/Research%20Directorate/8565_Evidence_Dissemination_Service_2013%5B1%5D.pdf.
- [77] Health M. Technology/Clinical Practice Committee. Terms of Reference. 2013 [22.08.2013]; Available from: http://www.monashhealth.org/icms_docs/13445_Terms_of_Reference.pdf.
- [78] Gutierrez Ibarluzea I. E-Mail Kontakt. 2013.
- [79] Effectiveness CfC. Health Technology Disinvestment: tests, drugs and clinical practice. Report on a national disinvestment workshop. Melbourne, Australia: 2009.
- [80] Howard DH, Shen Y-C. Comparative effectiveness research, technological abandonment, and health care spending. *Adv Health Econ Health Serv Res*. 2012;23:103-21.
- [81] Scott IA, Elshaug AG. Foregoing low-value care: how much evidence is needed to change beliefs? *Internal Medicine Journal*. 2013;43(2):107-9.
- [82] Elshaug AG. E-Mail- Kontakt. 2013.
- [83] Garner S. Questionnaire „Identifying models and strategies for optimal resource allocation and disinvestment in health care systems“. 2013.

10 Appendizes

10.1 Fragebogen für internationale ExpertInnen

Questionnaire

„Identifying models and strategies for optimal resource allocation and disinvestment in health care systems“

23/07/2013

Dear Sir or Madam,

This short questionnaire is part of a project on resource allocation and disinvestment in health care, conducted at the *Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessment (LBI-HTA)* in Austria. The aim of the project is to compile information on models and strategies for the identification of ineffective or low-value interventions and technologies and to finally set up a feasible model for the Austrian context.

We identified several relevant models and strategies that are examples of best practice. As you are an expert on the topic of ideal resource use in health care, your input would be very welcome to complete information received from literature search. The final report will be made public on the website of LBI-HTA and is addressed to health care decision makers in Austria.

The questionnaire is subdivided in two parts: the first part deals with general questions regarding resource allocation and disinvestment. In the second part you will find questions referring to [individual project].

Answering the questionnaire will take you approx. 20 minutes. Please indicate if you prefer us not to mention your name and affiliation in the report.

Thank you for your time and effort!

Julia Mayer

Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessment
1090 Wien, Austria
phone: +43 (0)1 23 68 119- 19
e-mail: julia.mayer@hta.lbg.ac.at

GENERAL QUESTIONS

- 1. Implementation of sustainable activities for ideal resource use and disinvestment is a challenge for health care systems in several countries. Different stakeholder groups (e.g. patients, physicians, politicians) may initiate such activities in the first place. However, which specific group(s) of stakeholders should maintain these activities?**

Please answer according to your experience and give reasons for your statement.

[Click here to write](#)

- 2. Who is (are) the most important target group(s) (e.g. political decision makers, patients, physicians) of models and strategies for ideal resource use and disinvestment in order to facilitate the adoption of outputs (e.g. recommendations)?**

Please answer according to your experience and give reasons for your statement.

[Click here to write](#)

- 3. Little is known about the actual uptake of recommendations for ideal resource use and disinvestment. Could you please describe the factors you consider to be the most important ones for the adoption of recommendations?**

Please answer according to your experience and give reasons for your statement.

[Click here to write](#)

4. According to the literature, the involvement of stakeholders in the process of identifying, prioritizing and assessing ineffective and low-value interventions and technologies is strongly recommended in order to increase the acceptance of the final outputs. In your opinion, which stakeholders are especially important to be involved as actors in the different phases (identification, prioritization, assessment)?

Please select the appropriate box, and further explain your selection in the comment space.

| 1. Identification | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | highly important | rather important | rather unimportant | unimportant | don't know |
| Patients and consumers (or their representatives) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Physicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Health professionals other than physicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Industry representatives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Politicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Scientists | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Health Insurance Representatives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Others (please specify) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Comments

| 2. Prioritization | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | highly important | rather important | rather unimportant | unimportant | don't know |
| Patients and consumers (or their representatives) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Physicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Health professionals other than physicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Industry representatives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Politicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Scientists | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Health Insurance Representatives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Others: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Comments

| 3.Assessment | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | highly important | rather important | rather unimportant | unimportant | don't know |
| Patients and consumers (or their representatives) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Physicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Health professionals other than physicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Industry representatives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Politicians | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Scientists | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Health Insurance Representatives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Others: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Comments

5. **Apart from ineffective and low-value interventions and technologies, waste of resources may be caused by inefficient structures and/or processes (e.g. regarding bed capacity, occupational skills of health professionals, staff, service availability, insufficient interface management). However, few models and initiatives explicitly aim at the improvement of structural and/or procedural quality. To your knowledge, is there any effort in your country or organisation to address these issues?**

Please answer according to your experience and give examples.

[Click here to write](#)

6. **Promotion and dissemination of recommendations for ideal resource allocation and disinvestment is of major importance to enable implementation. What dissemination method(s) (e.g. online only, active reminders, face-to-face communication) should be used in order to reach the target group(s) and distribute the outputs?**

Please describe.

[Click here to write](#)

7. **Little is known about the actual impact including cost saving potentials of disinvestment decisions and recommendations for ideal resource use. To your knowledge, are there any impact evaluations planned in your country/region?**

If yes, please describe them.

[Click here to write](#)

10.2 Weblinks zu Modell-Webseiten, Ergebnissen und Tools

| GuNFT & PriTec | |
|---|---|
| PriTec Prioritization Tool | http://pritectools.es/index.php?idioma=en |
| GuNFT Guideline | http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e_10_11_report_GuNFT.pdf |
| Osteba-Website | http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste01/en/ |
| Osteba „EKU-Sheets“ and „EKU-Reports“ (Spanisch) | http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste13/en/contenidos/informacion/osteba_eku/en_osteba/osteba_eku.html |
| Disinvestment bei NICE | |
| NICE- Website | http://www.nice.org.uk/ |
| NICE „do not do“ Recommendations-Datenbank | http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp |
| NICE „recommendation reminders“ | http://www.nice.org.uk/usingguidance/optimalpracticereviewrecommendationreminders/optimal_practice_review_recommendation_reminders.jsp |
| NICE „Commissioning Guides“ | http://www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/bytopic.jsp |
| NICE „Costing Tools“ | http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/costingtools.jsp |
| NICE Datenbank überflüssiger Überweisungen | http://www.nice.org.uk/usingguidance/referraladvice/search.jsp |
| „Cochrane Quality and Productivity topics“ | https://www.evidence.nhs.uk/search?am=[{%22srn%22:[%22%20qipp%20%22]}]&fs=qippcat.Category_CochraneQIPP |
| NICE Implementierungsprogramm | http://www.nice.org.uk/usingguidance/niceimplementationprogramme/nice_implementation_programme.jsp |
| NICE „UK Database of Uncertainties about the Effects of treatments“ (DUETs) | http://www.library.nhs.uk/duets/ |
| SBU „Uncertainties“ und Disinvestment-Projekt | |
| „Scientific Uncertainties“-Datenbank | http://www.sbu.se/en/Published/Search-treatment-uncertainties/ |
| SBU-Website/Uncertainties | http://www.sbu.se/en/Published/Scientific-Uncertainties/ |
| PBAC: Disinvestment von Medikamenten und Impfungen | |
| PBAC-Empfehlungen | http://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/elements/pbac-meetings/pbac-outcomes |
| Framework for reviewing existing MBS items | |
| 4 „Demonstration Reviews“ | http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/MBRTG-demonstration-reviews |
| Laufende Reviews | http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/reviews-lp |
| Framework for reviewing existing MBS items | http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Review_MBS_Items |

| Choosing Wisely® | |
|---|--|
| Choosing Wisely®-Website | http://www.choosingwisely.org/ |
| Top 5-Listen | http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/ |
| PBMA | |
| PBMA-Priorisierungssoftware | http://www.prioritizesoftware.com/products-and-services/prioritize-software/ |
| SVR-Gutachten | |
| Gutachten 2000/2001 | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=18 |
| Gutachten 2000/2001: Band III (Kurzfassung) | http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurz-f-de-01.pdf |
| Zusammenstellung der dringlichsten Handlungsempfehlungen des SVR | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=342 |
| Chronische Erkrankungen: Unter-, Über- und Fehlversorgung | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=309 |
| Chronische Erkrankungen: Empfehlungen | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=312 |
| Ischämische Herzerkrankungen: Versorgungslage | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=314 |
| Ischämische Herzerkrankungen: Empfehlungen | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=316 |
| Zerebrovaskuläre Erkrankungen: Versorgungslage | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=318 |
| Zerebrovaskuläre Erkrankungen: Empfehlungen | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=320 |
| Chronische, obstruktive Lungenerkrankung: Versorgungslage | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=322 |
| Chronische, obstruktive Lungenerkrankung: Empfehlungen | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=323 |
| Rückenleiden: Versorgungslage | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=325 |
| Rückenleiden: Empfehlungen | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=328 |
| Onkologische Erkrankungen | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=169 |
| Depressive Störungen: Versorgungslage | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=333 |
| Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten: Unter-, Über- und Fehlversorgung | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=336 http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=337 |
| Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten: Empfehlungen | http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=338 |

10.3 Suchstrategie

The Cochrane Library

| Search Name: Ineffective Technologies | |
|---------------------------------------|--|
| Last Saved: 16/05/2013 11:34:50.069 | |
| Description: JM 05/2013 | |
| ID | Search |
| #1 | MeSH descriptor: [Unnecessary Procedures] explode all trees |
| #2 | (ineffective or outmoded or obsolete or superseded or delisted or disinvest* or outdated or superfluous or unnecessary or avoidable) near (technolog* or intervention* or procedure* or progra*m* or therap* or treatment*) (Word variations have been searched) |
| #3 | Obsolescence (Word variations have been searched) |
| #4 | #1 or #2 or #3 |
| #5 | Disinvestment* |
| #6 | MeSH descriptor: [Health Care Rationing] explode all trees |
| #7 | MeSH descriptor: [Cost Control] explode all trees |
| #8 | MeSH descriptor: [Health Care Costs] explode all trees |
| #9 | MeSH descriptor: [Health Expenditures] explode all trees |
| #10 | MeSH descriptor: [Resource Allocation] explode all trees |
| #11 | resource reallocation (Word variations have been searched) |
| #12 | resource re-allocation (Word variations have been searched) |
| #13 | MeSH descriptor: [Health Resources] explode all trees |
| #14 | MeSH descriptor: [Investments] explode all trees |
| #15 | MeSH descriptor: [Investments] explode all trees |
| #16 | reinvest* (Word variations have been searched) |
| #17 | re-invest* (Word variations have been searched) |
| #18 | MeSH descriptor: [Decision Making, Organizational] explode all trees |
| #19 | priorit* near set* (Word variations have been searched) |
| #20 | MeSH descriptor: [Policy Making] explode all trees |
| #21 | MeSH descriptor: [Delivery of Health Care] explode all trees and with qualifiers: [Economics – EC, Methods – MT, Standards – ST] |
| #22 | cost* near cut* (Word variations have been searched) |
| #23 | reassess* (Word variations have been searched) |
| #24 | re-assess* (Word variations have been searched) |
| #25 | HTR* (Word variations have been searched) |
| #26 | MeSH descriptor: [Health Care Reform] explode all trees |
| #27 | rationing (Word variations have been searched) |
| #28 | choosing wisely (Word variations have been searched) |
| #29 | #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 |
| #30 | #4 and #29 in Methods Studies and Technology Assessments |
| 8 Hits | |

CRD

| | |
|--|---|
| #### Ineffective Technologies (JM final) | |
| 1 | MeSH DESCRIPTOR Unnecessary Procedures EXPLODE ALL TREES |
| 2 | ((ineffective OR outmoded OR obsolete OR superseded OR delisted OR disinvest* OR outdated OR superfluous OR unnecessary OR avoidable) NEAR (technolog* OR intervention* OR procedure* OR progra*m* OR therap* OR treatment*)) |
| 3 | (Obsolescence) |
| 4 | (Disinvestment*) |
| 5 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 |
| 6 | MeSH DESCRIPTOR Health Care Rationing EXPLODE ALL TREES |
| 7 | MeSH DESCRIPTOR Cost Control EXPLODE ALL TREES |
| 8 | MeSH DESCRIPTOR Health Care Costs EXPLODE ALL TREES |
| 9 | MeSH DESCRIPTOR Health Expenditures EXPLODE ALL TREES |
| 10 | MeSH DESCRIPTOR Resource Allocation EXPLODE ALL TREES |
| 11 | (resource reallocation) |
| 12 | (resource re-allocation) |
| 13 | MeSH DESCRIPTOR Health Resources EXPLODE ALL TREES |
| 14 | MeSH DESCRIPTOR Investments EXPLODE ALL TREES |
| 15 | MeSH DESCRIPTOR Decision Making, Organizational EXPLODE ALL TREES |
| 16 | (priorit* NEAR set*) |
| 17 | MeSH DESCRIPTOR Policy Making EXPLODE ALL TREES |
| 18 | MeSH DESCRIPTOR Delivery of Health Care EXPLODE ALL TREES |
| 19 | (reinvest*) |
| 20 | (re-invest*) |
| 21 | (cost* NEAR cut*) |
| 22 | (reassess*) |
| 23 | (re-assess*) |
| 24 | (HTR*) |
| 25 | MeSH DESCRIPTOR Health Care Reform EXPLODE ALL TREES |
| 26 | (choosing wisely) |
| 27 | #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 |
| 28 | #5 AND #27 |
| 29 | * IN HTA |
| 30 | #28 AND #29 |
| 5 Hits | |

15.05.2013

Embase

| Session Results | | |
|---|---------|-------------|
| No. Query Results | Results | Date |
| #115. 'obsolete procedure' OR 'obsolete procedures' OR 'obsolete therapy' OR 'obsolete therapies' OR 'obsolete treatment' OR 'obsolete treatments' OR 'outdated technology' OR 'outdated technologies' OR 'outdated interventions' OR 'outdated procedure' OR 'outdated procedures' OR 'outdated therapy' OR 'outdated therapies' OR 'outdated treatment' OR 'outdated treatments' OR 'superfluous intervention' OR 'superfluous procedure' OR 'superfluous procedures' OR 'superfluous therapy' OR 'superfluous treatment' OR 'unnecessary technology' OR 'unnecessary technologies' OR 'unnecessary intervention' OR 'unnecessary interventions' OR 'unnecessary procedure' OR 'unnecessary procedures' OR 'unnecessary procedure'/mj OR 'unnecessary program' OR 'unnecessary programmes' OR 'unnecessary therapy' OR 'unnecessary therapies' OR 'unnecessary treatment' OR 'unnecessary treatments' OR 'avoidable intervention' OR 'avoidable interventions' OR 'avoidable procedure' OR 'avoidable procedures' OR 'avoidable treatment' OR 'avoidable treatments' OR 'obsolete technology' OR 'obsolete technologies' OR 'ineffective intervention' OR 'ineffective interventions' OR 'ineffective technology' OR 'ineffective technologies' OR 'ineffective procedure' OR 'ineffective procedures' OR 'ineffective program' OR 'ineffective programme' OR 'ineffective programmes' OR 'ineffective programs' OR 'ineffective therapy' OR 'ineffective therapies' OR 'ineffective treatment' OR 'ineffective treatments' OR 'obsolete intervention' OR 'obsolescence' OR 'disinvestment*' AND ('health care organization'/mj OR rationing OR 'cost control'/mj OR 'resource allocation'/mj OR 'health care cost'/mj OR 'resource reallocation' OR 'resource re-allocation' OR 'health care planning'/mj OR 'investment'/mj OR 'organization'/mj OR priorit* NEAR/1 set* OR 'management'/mj OR 'policy making' OR 'health care delivery'/mj OR reinvest* OR 're-investment' OR 're-investments' OR 're-investing' OR cost* NEAR/1 cut* OR 'health technology assessment' OR 'biomedical technology assessment'/mj OR hta* OR reassessment* OR 're-assessment' OR 're-assessments' OR reassessing OR 're-assessing' OR htr* OR 'health care policy'/mj OR 'choosing wisely') | 255 | 15 May 2013 |
| #114. 'health care organization'/mj OR rationing OR 'cost control'/mj OR 'resource allocation'/mj OR 'health care cost'/mj OR 'resource reallocation' OR 'resource re-allocation' OR 'health care planning'/mj OR 'investment'/mj OR 'organization'/mj OR priorit* NEAR/1 set* OR 'management'/mj OR 'policy making' OR 'health care delivery'/mj OR reinvest* OR 're-investment' OR 're-investments' OR 're-investing' OR cost* NEAR/1 cut* OR 'health technology assessment' OR 'biomedical technology assessment'/mj OR hta* OR reassessment* OR 're-assessment' OR 're-assessments' OR reassessing OR 're-assessing' OR htr* OR 'health care policy'/mj OR 'choosing wisely' | 279,664 | 15 May 2013 |
| #109. 'choosing wisely' | 31 | 15 May 2013 |
| #108. 'health care policy'/mj | 51,096 | 15 May 2013 |
| #107. htr* | 6,308 | 15 May 2013 |
| #106. 're-assessing' | 104 | 15 May 2013 |
| #105. reassessing | 829 | 15 May 2013 |
| #104. 're-assessments' | 40 | 15 May 2013 |
| #103. 're-assessment' | 709 | 15 May 2013 |
| #102. reassessment* | 6,897 | 15 May 2013 |
| #101. hta* | 6,721 | 15 May 2013 |
| #100. 'biomedical technology assessment'/mj | 3,776 | 15 May 2013 |
| #99. 'health technology assessment' | 4,385 | 15 May 2013 |
| #98. cost* NEAR/1 cut* | 1,602 | 15 May 2013 |
| #97. 're-investing' | 9 | 15 May 2013 |
| #96. 're-investments' | 1 | 15 May 2013 |
| #95. 're-investment' | 9 | 15 May 2013 |
| #94. reinvest* | 4,135 | 15 May 2013 |
| #93. 'health care delivery'/mj | 47,684 | 15 May 2013 |

| Session Results | | |
|---|---------|-------------|
| No. Query Results | Results | Date |
| #92. 'policy making' | 2,939 | 15 May 2013 |
| #91. 'management'/mj | 22,940 | 15 May 2013 |
| #90. priorit* NEAR/1 set* | 2,634 | 15 May 2013 |
| #89. 'organization'/mj | 26,057 | 15 May 2013 |
| #88. 'investment'/mj | 3,626 | 15 May 2013 |
| #87. 'health care planning'/mj | 30,602 | 15 May 2013 |
| #86. 'resource re-allocation' | 18 | 15 May 2013 |
| #85. 'resource reallocation' | 46 | 15 May 2013 |
| #84. 'health care cost'/mj | 26,896 | 15 May 2013 |
| #83. 'resource allocation'/mj | 3,031 | 15 May 2013 |
| #82. 'cost control'/mj | 6,103 | 15 May 2013 |
| #81. rationing | 2,742 | 15 May 2013 |
| #80. 'health care organization'/mj | 45,480 | 15 May 2013 |
| #79. 'obsolete procedure' OR 'obsolete procedures' OR 'obsolete therapy' OR 'obsolete therapies' OR 'obsolete treatment' OR 'obsolete treatments' OR 'outdated technology' OR 'outdated technologies' OR 'outdated interventions' OR 'outdated procedure' OR 'outdated procedures' OR 'outdated therapy' OR 'outdated therapies' OR 'outdated treatment' OR 'outdated treatments' OR 'superfluous intervention' OR 'superfluous procedure' OR 'superfluous procedures' OR 'superfluous therapy' OR 'superfluous treatment' OR 'unnecessary technology' OR 'unnecessary technologies' OR 'unnecessary intervention' OR 'unnecessary interventions' OR 'unnecessary procedure' OR 'unnecessary procedures' OR 'unnecessary procedure'/mj OR 'unnecessary program' OR 'unnecessary programmes' OR 'unnecessary therapy' OR 'unnecessary therapies' OR 'unnecessary treatment' OR 'unnecessary treatments' OR 'avoidable intervention' OR 'avoidable interventions' OR 'avoidable procedure' OR 'avoidable procedures' OR 'avoidable treatment' OR 'avoidable treatments' OR 'obsolete technology' OR 'obsolete technologies' OR 'ineffective intervention' OR 'ineffective interventions' OR 'ineffective technology' OR 'ineffective technologies' OR 'ineffective procedure' OR 'ineffective procedures' OR 'ineffective program' OR 'ineffective programme' OR 'ineffective programmes' OR 'ineffective programs' OR 'ineffective therapy' OR 'ineffective therapies' OR 'ineffective treatment' OR 'ineffective treatments' OR 'obsolete intervention' OR obsolescence OR disinvestment* | 5,676 | 15 May 2013 |
| #78. disinvestment* | 116 | 15 May 2013 |
| #77. obsolescence | 48 | 15 May 2013 |
| #76. 'obsolete interventions' | | 15 May 2013 |
| #75. 'obsolete intervention' | 2 | 15 May 2013 |
| #74. 'ineffective treatments' | 178 | 15 May 2013 |
| #73. 'ineffective treatment' | 601 | 15 May 2013 |
| #72. 'ineffective therapies' | 102 | 15 May 2013 |
| #71. 'ineffective therapy' | 246 | 15 May 2013 |
| #70. 'ineffective programs' | 13 | 15 May 2013 |
| #69. 'ineffective programmes' | 3 | 15 May 2013 |
| #68. 'ineffective programme' | 1 | 15 May 2013 |
| #66. 'ineffective program' | 1 | 15 May 2013 |
| #65. 'ineffective procedures' | 16 | 15 May 2013 |
| #64. 'ineffective procedure' | 19 | 15 May 2013 |
| #63. 'ineffective technologies' | 7 | 15 May 2013 |
| #62. 'ineffective technology' | 5 | 15 May 2013 |
| #61. 'ineffective interventions' | 63 | 15 May 2013 |
| #60. 'ineffective intervention' | 27 | 15 May 2013 |

| Session Results | | |
|----------------------------------|---------|-------------|
| No. Query Results | Results | Date |
| #59. 'obsolete technologies' | 8 | 15 May 2013 |
| #58. 'obsolete technology' | 10 | 15 May 2013 |
| #57. 'avoidable treatments' | 2 | 15 May 2013 |
| #56. 'avoidable treatment' | 10 | 15 May 2013 |
| #53. 'avoidable procedures' | 2 | 15 May 2013 |
| #52. 'avoidable procedure' | 2 | 15 May 2013 |
| #51. 'avoidable interventions' | 1 | 15 May 2013 |
| #50. 'avoidable intervention' | 2 | 15 May 2013 |
| #47. 'unnecessary treatments' | 201 | 15 May 2013 |
| #46. 'unnecessary treatment' | 930 | 15 May 2013 |
| #45. 'unnecessary therapies' | 38 | 15 May 2013 |
| #44. 'unnecessary therapy' | 164 | 15 May 2013 |
| #43. 'unnecessary programmes' | 1 | 15 May 2013 |
| #42. 'unnecessary programme' | | 15 May 2013 |
| #41. 'unnecessary programs' | | 15 May 2013 |
| #40. 'unnecessary program' | 1 | 15 May 2013 |
| #39. 'unnecessary procedure'/mj | 494 | 15 May 2013 |
| #37. 'unnecessary procedures' | 347 | 15 May 2013 |
| #36. 'unnecessary procedure' | 1,676 | 15 May 2013 |
| #35. 'unnecessary interventions' | 258 | 15 May 2013 |
| #34. 'unnecessary intervention' | 183 | 15 May 2013 |
| #33. 'unnecessary technologies' | 2 | 15 May 2013 |
| #32. 'unnecessary technology' | 1 | 15 May 2013 |
| #31. 'superfluous treatments' | | 15 May 2013 |
| #30. 'superfluous treatment' | 9 | 15 May 2013 |
| #29. 'superfluous therapies' | | 15 May 2013 |
| #28. 'superfluous therapy' | 1 | 15 May 2013 |
| #27. 'superfluous procedures' | 4 | 15 May 2013 |
| #26. 'superfluous procedure' | 5 | 15 May 2013 |
| #25. 'superfluous interventions' | | 15 May 2013 |
| #24. 'superfluous intervention' | 1 | 15 May 2013 |
| #21. 'outdated treatments' | 1 | 15 May 2013 |
| #20. 'outdated treatment' | 13 | 15 May 2013 |
| #19. 'outdated therapies' | 1 | 15 May 2013 |
| #18. 'outdated therapy' | 2 | 15 May 2013 |
| #17. 'outdated procedures' | 6 | 15 May 2013 |
| #16. 'outdated procedure' | 4 | 15 May 2013 |
| #15. 'outdated interventions' | 2 | 15 May 2013 |
| #14. 'outdated intervention' | | 15 May 2013 |
| #13. 'outdated technologies' | 4 | 15 May 2013 |
| #12. 'outdated technology' | 8 | 15 May 2013 |
| #11. 'obsolete treatments' | 2 | 15 May 2013 |
| #10. 'obsolete treatment' | 9 | 15 May 2013 |
| #9. 'obsolete therapies' | 6 | 15 May 2013 |
| #8. 'obsolete therapy' | 9 | 15 May 2013 |
| #3. 'obsolete procedures' | 3 | 15 May 2013 |
| #2. 'obsolete procedure' | 28 | 15 May 2013 |

Ovid MEDLINE

| Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to May Week 1 2013>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <May 14, 2013>, Ovid MEDLINE(R) Daily Update <May 14, 2013>, Ovid OLDMEDLINE(R) <1946 to 1965> | | |
|--|---|---------|
| Search Strategy: | | |
| 1 | exp Unnecessary Procedures/ | 2,989 |
| 2 | ((ineffective or outmoded or obsolete or superseded or delisted or disinvest* or outdated or superfluous or unnecessary or avoidable) adj3 (technolog\$3 or intervention? or procedure? or progra#m\$3 or therap\$3 or treatment?)).mp. | 12,529 |
| 3 | Obsolescence.mp. | 393 |
| 4 | Disinvestment*.mp. | 81 |
| 5 | 1 or 2 or 3 or 4 | 12,988 |
| 6 | *Health Care Rationing/ | 5,552 |
| 7 | **Cost Control"/ | 2,806 |
| 8 | *Health Care Costs/ | 10,894 |
| 9 | *Health Expenditures/ | 6,348 |
| 10 | *Resource Allocation/ | 2,872 |
| 11 | Resource* Allocation.mp. | 10,793 |
| 12 | resource reallocation.mp. | 44 |
| 13 | resource re-allocation.mp. | 11 |
| 14 | *Health Resources/ | 4,028 |
| 15 | *Investments/or Disinvestment*.mp. | 3,509 |
| 16 | *Decision Making, Organizational/ | 3,431 |
| 17 | (priorit\$3 adj1 set*).mp. | 2,144 |
| 18 | *Policy Making/ | 3,585 |
| 19 | **Delivery of Health Care"/ | 38,072 |
| 20 | reinvest\$5.mp. | 2,704 |
| 21 | re-invest\$5.mp. | 113 |
| 22 | (cost* adj1 cut*).mp. | 1,365 |
| 23 | *Technology Assessment, Biomedical/or HTA*.mp. | 6,239 |
| 24 | Health Technology Assessment*.mp. | 1,770 |
| 25 | ((reassessment* or re-assessment*) adj5 (technolog\$3 or intervention? or procedure? or progra#m\$3 or therap\$3 or treatment?)).mp. | 431 |
| 26 | HTR*.mp. | 4,411 |
| 27 | *Health Care Reform/ | 18,893 |
| 28 | choosing wisely.mp. | 27 |
| 29 | 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 | 115,972 |
| 30 | 5 and 29 | 314 |

15.05.2013

Web of Science

Search Date 16.05.2013

| Set | Results | |
|------|---------|--|
| # 22 | 117 | #18 AND #5 Refined by: Web of Science Categories=(PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH) AND Languages=(ENGLISH OR GERMAN) AND [excluding] Countries/Territories=(CONGO OR VIETNAM OR CUBA OR ETHIOPIA OR JORDAN OR LEBANON OR MEXICO OR MALAWI OR RUSSIA OR MALAYSIA OR SOUTH AFRICA OR NEPAL OR BRAZIL OR TANZANIA OR THAILAND OR NIGERIA OR PEOPLES R CHINA OR TURKEY OR PAPUA N GUINEA OR INDIA OR ZAIRE OR REP OF GEORGIA OR ALBANIA OR SINGAPORE OR PAKISTAN OR ARGENTINA OR BOLIVIA OR SOUTH KOREA OR BURKINA FASO OR SRI LANKA OR IRAN OR CAMEROON OR UGANDA) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 21 | 164 | #18 AND #5 Refined by: Web of Science Categories=(PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH) AND Languages=(ENGLISH OR GERMAN) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 20 | 173 | #18 AND #5 Refined by: Web of Science Categories=(PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 19 | 1,231 | #18 AND #5 <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 18 | 138,111 | #17 OR #16 OR #15 OR #14 OR #13 OR #12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 17 | 199 | Topic=(choosing wisely) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 16 | 10,440 | Topic=(Health Care Reform\$) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 15 | 5,676 | Topic=(HTR*) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 14 | 88 | Topic=(re*assessment\$ SAME (technolog* or intervention\$ or procedure\$ or progra\$m* or therap* or treatment\$)) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 13 | 6,148 | Topic=(Health Technology Assessment) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 12 | 6,427 | Topic=(Policy Making SAME Health Care) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 11 | 14,337 | Topic=(Priority Setting) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 10 | 15,139 | Topic=(Decision Making SAME Health Care) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 9 | 38,056 | Topic=(Resource\$ Allocation) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 8 | 12,999 | TS=(Health Expenditure\$) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 7 | 46,791 | TS=(Health Care Cost\$) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |

Appendizes

| | | |
|-----|---------------|---|
| # 6 | 1,247 | Topic=(Health Care Rationing) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 5 | 41,241 | #4 OR #3 OR #2 OR #1 <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 4 | 323 | Topic=(Disinvestment\$) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 3 | 2,002 | Topic=(Obsolescence) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 2 | 4,166 | TS=(Unnecessary Procedures) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |
| # 1 | 39,072 | TS=((ineffective or outmoded or obsolete or superseded or delisted or disinvest* or outdated or superfluous or unnecessary or avoidable) SAME (technolog* or intervention\$ or procedure\$ or program* or therap* or treatment\$)) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All years</i> |