

# Auswirkungen der HTA- Forschung auf das Gesundheitswesen in Österreich

Teil 2

Ergebnisse der empirischen Erhebung



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

HTA-Projektbericht Nr.: 37b  
ISSN 1992-0488  
ISSN online 1992-0496



# Auswirkungen der HTA- Forschung auf das Gesundheitswesen in Österreich

Teil 2

Ergebnisse der empirischen Erhebung



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

Wien, Jänner 2011

### Projektteam

Projektleitung: Dr. rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister, M A

Projektbearbeitung: Ines Schumacher, MPH  
Dr. rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister, M A

### Projektbeteiligung

Statistische Begleitung: Heinz Tüchler

Externe Begutachtung: Evelyn Dorendorf, MPH  
Dr. rer.soc.oec. Alexander Bogner

Interne Begutachtung: Priv. Doz. Dr. phil. Claudia Wild

**Korrespondenz:** Ines Schumacher, MPH;  
email: [ines.schumacher@hta.lbg.ac.at](mailto:ines.schumacher@hta.lbg.ac.at)

**Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:** Schumacher I. und Zechmeister I. Auswirkungen der HTA-Forschung auf das Gesundheitswesen in Österreich. Teil 2. Ergebnisse der empirischen Erhebung. HTA-Projektbericht Nr. 37b. 2011. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

### Interessenkonflikt

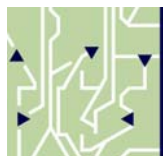
Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenkonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) bestehen

### IMPRESSUM

#### Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH  
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien  
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

#### Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)  
Garnisongasse 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:

HTA-Projektbericht Nr.: 37b

ISSN 1992-0488

ISSN online 1992-0496

© 2011 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

# Inhalt

Inhalt .....	3
Zusammenfassung .....	7
Summary .....	9
1 Einleitung .....	11
2 Ziel und Fragestellung .....	13
3 HTA-Forschung am Institut für Technikfolgenabschätzung und am Ludwig Boltzmann Institut für HTA .....	15
4 Forschungskonzept .....	17
4.1 Impact-Kategorien .....	17
4.2 Indikatoren .....	18
4.3 Zielgruppen/Ebenen .....	19
4.4 Methodenübersicht .....	20
5 Methoden der empirischen Erhebung .....	23
5.1 Interviews .....	23
5.1.1 Auswahl der Interviewpartner .....	23
5.1.2 Entwicklung und Durchführung der Leitfadeninterviews .....	23
5.1.3 Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse .....	24
5.2 Downloadanalyse .....	26
5.2.1 Fragestellung .....	26
5.2.2 Durchführung .....	26
5.3 Fragebogenerhebung .....	29
5.3.1 Fragestellung .....	29
5.3.2 Durchführung .....	30
5.4 Ökonomische Analyse .....	31
5.4.1 Fragestellung .....	31
5.4.2 Durchführung .....	31
5.5 Medienanalyse .....	32
5.5.1 Fragestellung .....	32
5.5.2 Durchführung .....	33
6 Ergebnisse .....	37
6.1 Wahrnehmung und Akzeptanz .....	37
6.1.1 Ergebnisse aus den Interviews .....	37
6.1.2 Ergebnisse der Downloadanalyse .....	40
6.1.3 Ergebnisse der Medienanalyse .....	52
6.2 Prozess, Entscheidung und Umsetzung in die Praxis .....	54
6.3 Finale outcomes .....	59
6.3.1 Ergebnisse aus den Interviews .....	59
6.3.2 Ergebnisse der ökonomischen Analyse .....	61
6.4 Enlightenment .....	77
6.4.1 Ergebnisse aus den Interviews .....	77
6.4.2 Ergebnisse der Fragebogenerhebung .....	78
6.4.3 Ergebnisse der Medienanalyse .....	83
6.5 Exkurs: Allgemeine Qualitätsverbesserungsvorschläge .....	94
7 Diskussion .....	97
7.1 Impact-Kategorien .....	99
7.1.1 Wahrnehmung .....	99

7.1.2	Akzeptanz.....	100
7.1.3	Politikprozess und Entscheidung .....	101
7.1.4	Umsetzung in die Praxis.....	101
7.1.5	Finale Outcomes .....	102
7.1.6	Enlightenment .....	104
7.2	Zielgruppen/Systemebenen .....	105
7.3	Berichtsbezogene Impact - Muster .....	106
8	Limitationen.....	109
9	Fazit .....	113
10	Literatur .....	115
11	Anhang: Downloadanalyse aller publizierten Berichte.....	119

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 6.1-1:	Download Newsletter 2008, 2009 &2010 .....	40
Abbildung 6.1-2:	Verteilung der Downloadfrequenz nach Perzentilen.....	42
Abbildung 6.1-3:	Anzahl der Berichte nach Themengebieten .....	48
Abbildung 6.1-4:	Downloadhäufigkeit in Kategorien nach Thema.....	49
Abbildung 6.1-5:	Publikationssprache der Themengebiete.....	50
Abbildung 6.1-6:	Downloadhäufigkeiten nach Kategorie und Sprache .....	50
Abbildung 6.1-7:	Downloadhäufigkeit nach Seiten .....	51
Abbildung 6.1-8:	Medienberichterstattung 2006 bis 6/2010 .....	53
Abbildung 6.3-1:	Mengen und Kosten von Avastin® und Lucentis® 2006-2009 in einer ausgewählten Augenabteilung; Quelle: [20].....	63
Abbildung 6.3-2:	Erythropoietinverbrauch und -kosten in einer Krankenanstaltengesellschaft 1998-2009; Quelle: [22].....	64
Abbildung 6.3-3:	Erythropoietinverbrauch in der onkologischen Therapie in österreichischen Bundesländern 2004-2008; Quelle: [23].....	65
Abbildung 6.3-4:	Durchschnittlicher monatlicher Hämocompletan®-Verbrauch 2009 und 2010 in Gramm; Quelle: [24] .....	66
Abbildung 6.3-5:	Menge und Kosten für Antizytomegalie-Immunglobuline in einer Krankenanstaltengesellschaft 1998-2009; Quelle: [25] .....	67
Abbildung 6.3-6:	Anzahl verabreichter Antizytomegalie-Immunglobuline pro Transplantation in österreichischen Unikliniken (2004-2008); Quelle: [23].....	67
Abbildung 6.3-7:	Verrechnete implantierte DES und nicht beschichtete Stents in österreichischen Krankenanstalten 2004 bis 2006; Quelle: [23].....	68
Abbildung 6.3-8:	DES/1000 Einwohner nach Bundesland (2004-2008); Quelle: [23] .....	68
Abbildung 6.3-9:	Verbrauch von monoklonalen Antikörper Cetuximab (2006-2008) und Rituximab (2004-2008); Quelle: [23] .....	75
Abbildung 6.3-10:	Anzahl codierter MELs und Anzahl PatientInnen mit MELs Cetuximab und Rituximab in KAGES-Spitälern 2005-7/2010; Quelle: [36] .....	76
Abbildung 6.4-1:	Sprache der peer-reviewten Publikationen.....	79

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.3-1: Framework für empirische Analyse.....	20
Tabelle 4.4-1: Methoden und damit adressierte Impact-Kategorien und Indikatoren .....	22
Tabelle 5.1-1: Kategorien der Datenextraktion .....	25
Tabelle 5.3-1: Erhebungskategorien des Fragebogens.....	30
Tabelle 6.1-1: Durchschnittlicher Monatsdownload nach Jahren.....	41
Tabelle 6.1-2: „TOP 15“ insgesamt häufig bezogener Berichte im Durchschnitt und absolut .....	44
Tabelle 6.1-3: „TOP 15“ insgesamt selten bezogener Berichte im Durchschnitt und absolut .....	45
Tabelle 6.1-4: Download MEL-Publikationen, sortiert nach Monatsdownloads im Ø .....	46
Tabelle 6.1-5: Download HSS-Publikationen, sortiert nach Monatsdownloads im Ø.....	47
Tabelle 6.3-1: Ausgewählte Projekte mit potenziellem ökonomischen Impact (alphabetische Reihenfolge).....	62
Tabelle 6.3-2: Charakteristika der MEL- Health Technology Assessments: Beurteilung der Evidenz, Empfehlungen und finale Entscheidungen [33].....	72
Tabelle 6.4-1: Peer-Review Publikationen und sonstige Beiträge .....	79
Tabelle 6.4-2: Tagungsbeiträge und -teilnahmen.....	80
Tabelle 6.4-3: Häufige Themen in den untersuchten Qualitätsmedien.....	84
Tabelle 6.4-4: Anzahl der untersuchten Beiträge in Detailanalyse.....	85
Tabelle 7-1: Qualitative Zusammenfassung der Ergebnisse nach Impact-Kategorie und Zielgruppen/Ebenen.....	98
Tabelle 11-1: In Downloadanalyse ausgewertete Berichte, sortiert nach absoluten Downloads .....	119





# Zusammenfassung

**Hintergrund:** Seit den 1990er Jahren findet in Österreich HTA-Forschung statt. Ziel der Forschung ist die Erstellung unabhängiger wissenschaftlicher Entscheidungsgrundlagen, die zu einem angemessenen und effizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen beitragen sollen. Um die Forschungsfinanzierung zu legitimieren sowie die zukünftige Forschung zu priorisieren, wurde der Impact der HTA-Forschung am Ludwig Boltzmann Institut für HTA/LBI-HTA sowie der HTA-Abteilung am Institut für Technikfolgenabschätzung/ITA an der Akademie der Wissenschaften/ÖAW einer Evaluation unterzogen.

**Methode:** Mit einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden wurde der Impact anhand von sieben Impact-Kategorien erhoben. Diese sind „Wahrnehmung“, „Akzeptanz“, „Einsatz von HTA im Politikprozess“, „Begründung von Entscheidungen mit HTA“, „Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis“, „finale Outcomes“ im Sinne von ökonomischen Effekten und „Enlightenment“ im Sinne von mehr „HTA-Kultur“ im wissenschaftlichen, medialen und Entscheidungsfindungskontext. Eingesetzte Methoden waren: teil-standardisierte Interviews mit NutzerInnen, Downloadanalyse, Fragebogenerhebung unter LBI-HTA MitarbeiterInnen, ökonomische Analyse und Printmedienanalyse.

## Ergebnisse:

*Wahrnehmung:* Deutlich gestiegene Downloadfrequenzen und zunehmende Medienberichterstattung wurden gezählt. Das dem Institut zugeschriebene Image weicht aber oft von dessen Selbstverständnis ab. Der Bekanntheitsgrad ist innerhalb einzelner Krankenanstaltenverbände, bei Sozialversicherungsträgern und im Gesundheitsministerium am Größten. Punktuelle Wahrnehmung ist unter individuellen ÄrztInnen und JournalistInnen auszumachen. Berichte mit großem medialem Interesse werden am häufigsten bezogen, solche auf Basis komplexer methodischer Grundlagen und ohne direkten politischen Entscheidungsbezug eher selten.

*Akzeptanz:* Die Forschungsergebnisse werden von der Administration im Gesundheitsministerium und in Sozialversicherungen als hilfreich für die Vorbereitung von Verhandlungen und in der Krankenhausverwaltung für Maßnahmen zur Veränderung des Technologie-Einsatzes (z.B. für Leitlinienerstellung, Personalstrukturplanung) erlebt. Für einzelne ÄrztInnen ist die Arbeit bei Verwaltungs- und Forschungstätigkeiten unterstützend, weniger aber beim individuellen PatientInnenkontakt.

*Politikprozess/Entscheidung:* In einigen Fällen, und zwar bei Leistungskatalogwartungen und bei einzelnen Impfentscheidungen, wurden HTA-Ergebnisse als Begründung für die Entscheidung herangezogen.

*Klinische Praxis und Vergütungspraxis:* Veränderungen in der klinischen Praxis konnten bei Produkten mit identifizierter Überversorgung in Krankenanstalten festgestellt werden und sie sind durch restriktivere Aufnahmen von neuen Leistungen in den Leistungskatalog zu erwarten. Bei Sozialversicherungen und in der Krankenanstaltenfinanzierung kommen im Zusammenhang mit HTA neue Vergütungsformen (Bedingte Erstattung) zum Einsatz.

*Finale Outcomes:* Die deutlichsten ökonomischen Effekte konnten im Krankenanstaltenbereich identifiziert werden. Die Ausgabenreduktion be-

**HTA-Impact Evaluation:  
Forschungsfinanzierung  
legitimieren,  
zukünftige Forschung  
priorisieren**

**Kombination aus  
qualitativen &  
quantitativen Methoden  
zu 7 Impact Kategorien**

**Wahrnehmung**

**Akzeptanz**

**Entscheidungsfindung**

**Vergütung und  
klinischen Praxis**

**ökonomische Effekte**

läuft sich auf zumindest mehreren hundert Millionen Euro. Der zunehmende Einsatz von Evidenzanalysen bei der Leistungskatalogwartung im Krankenhausbereich bringt ein Umverteilungspotenzial hin zu wirksamen und sicheren Leistungen mit sich.

**Transparenz & HTA-Kultur**

*Enlightenment:* Punktuelle Hinweise deuten darauf hin, dass HTA-Ergebnisse verstärkt und in standardisierter Form in Entscheidungsprozesse einfließen. Auch sind zunehmend Initiativen für mehr Transparenz (z.B. Interessenkonflikt-Statements) zu beobachten. Die Verbreitung der Forschungsergebnisse innerhalb der Forschungs-Community und innerhalb des Gesundheitssystems (z.B. über die Lehre) hat im betrachteten Zeithorizont deutlich zugenommen und zahlreiche (internationale) Folgeprojekte ausgelöst. In Medien gibt es hingegen kaum Hinweise für eine zunehmende „HTA-Kultur“. Eine ausgewogene Nutzen-Risiko Kommunikation ist nicht festzustellen.

**stärkste Evidenz:  
Wahrnehmung &  
ökonomische Effekte,  
administrative  
Rahmenbedingungen,  
finanzielle Anreize oder  
medialer Druck  
verstärken Impact**

**Diskussion:** Ein Impact von HTA findet sich, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und abhängig von der untersuchten NutzerInnengruppe, in allen untersuchten Kategorien von Impact. Die stärkste Evidenz liegt für eine gestiegene Wahrnehmung und für ökonomische Effekte vor. Entsprechend den primären Zielgruppen der LBI-HTA Forschung ist der deutlichste Impact im Krankenhausmanagement und bei der Krankenanstaltenfinanzierung zu verzeichnen, gefolgt von Impact bei Sozialversicherungsträgern und bundespolitischen Institutionen. Der Impact beruht nicht notwendigerweise auf der Akzeptanz von HTA seitens des medizinischen Personals, sondern wird durch administrative Rahmenbedingungen, finanzielle Anreize oder medialen Druck unterstützt und forciert.

**entscheidungsnahe  
Forschung, Verankerung  
in Entscheidungs-  
prozessen,  
Ressourcenflexibilität  
zugunsten rascher  
Reaktion sind stärkste  
Impact-Motoren**

**Fazit:** Ein multi-dimensionaler Impact der HTA-Forschung am ITA und LBI-HTA konnte gezeigt werden, der jedoch in allen Kategorien noch ausbaufähig ist. Mangelnder Impact beruht häufig auf externen Faktoren (z.B. fehlender Wille zur Umsetzung bei Entscheidungsträgern, Gegenlobbys). Thematisch und zeitlich entscheidungsnahe Forschung, verstärkte Verankerung in Entscheidungsprozessen und Ressourcenflexibilität zugunsten rascher Reaktion auf gesundheitspolitische Fragen wurden als stärkste Impact-Motoren identifiziert.

# Summary

## Background

In Austria, HTA research has been established in the 1990s. The aim of HTA is to produce independent scientific support for decision makers which should result in an improved health care system and in better population health. HTA has itself to undergo evaluation in order to legitimise further research resources and to guarantee the benefit of the research. The study addresses the impact of HTA research that has been conducted at the Institute of Technology Assessment at the Austrian Academy of Sciences and at the Ludwig Boltzmann Institute for HTA (LBI-HTA).

**impact evaluation should legitimise further research resources and help to prioritise research**

## Method

We applied a mixture of qualitative and quantitative empirical research methods to evaluate the impact within target groups at different levels of the health care system. Impact is evaluated in terms of seven categories which are 'awareness', 'acceptance', 'using HTA in policy process', 'basing decisions on HTA', 'influence of HTA on clinical and refunding practice', 'final outcomes in terms of economic impact' and 'enlightenment'. The latter means the general introduction of an 'HTA culture' in research processes, media reporting and decision making. To address these multiple categories we undertook semi-structured interviews among users, a download analysis, an economic analysis and a print-media analysis and we developed a questionnaire which was used among the LBI-HTA staff.

**qualitative and quantitative methods covered seven impact categories**

## Results

*Awareness:* We observed rising download numbers and increasing media coverage of LBI-HTA reports, however the identified image of the institute does not always reflect its mission. Research products are best known within hospital administrations, social security institutions and among different bodies of the ministry of health. Partial awareness was identified among medical doctors and journalists. Reports that were associated with high media interest had the highest download numbers while those that are based on complex methods and that were not linked to the decision making process were only rarely retrieved.

**awareness**

*Acceptance:* Research results are found useful to prepare negotiations by representatives of the ministry of health and of the social security institutions. Hospital administrators find them useful for initiating structural or organisational changes related to the use of technologies (e.g. for establishing guidelines). For medical professionals reports are partly helpful for administrative and research activities but less for direct patient work.

**acceptance**

*Policy process/decision making:* An increasing number of decisions that are related to the inclusion of medical service items into a publicly funded hospital services basket and some vaccination programme funding decisions were justified on the basis of HTA results.

**policy process and decision making**

*Clinical and reimbursement practice:* Definite changes of clinical practice were identified at the hospital level for technologies that had been identified by the HTA-report as being oversupplied. Additionally, more restrictive inclusion of new technologies in public hospital funding is likely to result in less frequent use of those technologies. At the social security level and

**clinical and reimbursement practice**

within hospital financing new forms of reimbursement (conditional coverage) have been recognised.

**economic effects**  
**HTA culture and**  
**transparency issues**

*Finale Outcomes:* Economic impact was most explicit at the hospital level. Reduction of expenditure was estimated at a level of at least several hundred million Euros. Additionally, the increasing use of evidence analyses for reimbursement decisions of new technology at the hospital level bears the potential to redistribute resources into effective and safe technologies.

*Enlightenment:* There is some evidence for standardised inclusion of HTA results in decision making processes linked with tendencies to increase transparency (e.g. conflict of interest statements). Dissemination of research results within the scientific community and within the health care system (e.g. via teaching) has increased over the last years and has triggered numerous further (international) research activities. There is little evidence for an increasing HTA-culture within the print media. With a few exceptions HTA-actors are underrepresented in the media reports and there is a lack of objective benefit-risk communication.

**strongest evidence for**  
**awareness and**  
**economic impact**  
**administrative**  
**regulations, financial**  
**incentives or media**  
**pressure improve impact**

**Discussion:** All impact categories can be confirmed, however they have been identified to varying extents and impact is dependent on the target group addressed. The strongest evidence was observed for the impact categories ‘awareness’ and ‘economic impact’. In terms of target groups impact was strongest among the primary target groups of the LBI-HTA which are representatives of the hospital management and hospital financing bodies, followed by social security institutions and federal bodies. Impact is not necessarily related to acceptance among the medical profession but forced by administrative regulations, financial incentives or media pressure.

**further impact requires**  
**decision-related**  
**research and resource**  
**flexibility**

**Conclusion:** Multi-dimensional impact of HTA research has been demonstrated. However, the potential to further increase the impact is large. A lack of impact is strongly linked to external factors (e.g. lack of commitment among decision makers, counter-lobbies). Research that is closely linked to the decision making process in terms of content and time frame, standardised inclusion of HTA in decision making processes and resource flexibility have been identified as the strongest drivers for future impact.

# 1 Einleitung

Seit den 1990er Jahren findet in Österreich Health Technology Assessment-Forschung (HTA-Forschung) statt. Federführend war zunächst das Institut für Technikfolgenabschätzung an der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Mit der Gründung des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment (LBI-HTA) im April 2006 hat die HTA-Forschung in Österreich weiter an Bedeutung gewonnen.

Am LBI-HTA wird HTA-Forschung unter der Berücksichtigung einer möglichst breiten und gesamtgesellschaftlichen Perspektive betrieben. Unterschiedliche gesundheitssystemrelevante Institutionen und Gremien werden durch evidenzbasierte und kontextbezogene Informationen unterstützt. Neben der Beratung von EntscheidungsträgerInnen zu konkreten Technologien, steht die allgemeine Förderung einer kritischen Gegenöffentlichkeit im Zentrum.

Ziel der HTA-Forschung ist somit, durch die Erstellung unabhängiger wissenschaftlicher Entscheidungsgrundlagen für einen angemessenen und effizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen beizutragen, der ein nachhaltig finanzierbares öffentliches und solidarisches Gesundheitssystem sicherstellt.

Die Anwendung der Forschungsergebnisse ist eine inhärente Eigenschaft von HTA. Letztlich soll die Finanzierung solcher anwendungsorientierten Forschung zur Verbesserung des Gesundheitssystems (Strukturen, Prozesse etc.) und zu mehr Gesundheit in Österreich beitragen.

Um die Forschungsfinanzierung weiterhin zu legitimieren, aber auch um zukünftige HTA-Forschung und deren Nutzen sicherzustellen und zu priorisieren, ist zu prüfen, inwieweit diese Ziele erreicht werden. Dazu ist eine Impact-Evaluierung durchzuführen.

In Teil 1 des Projektes wurde eine systematische Literaturübersicht zur HTA-Impactmessung erstellt, die in Form eines Projektberichts vorliegt [1]. Der Bericht diskutiert mögliche Definitionen des Impact-Begriffs, gibt eine Übersicht über die bereits in der Literatur angewendeten Methoden der Impact-Messung und schließt mit einem Framework für die Analyse des HTA-Impacts in Österreich.

Dieses Framework dient als Denkgerüst für die Strukturierung der empirischen Analyse sowie als analytischer Rahmen für die Analyse der Ergebnisse der österreichischen Impact-Evaluierung, die den Inhalt des vorliegenden Berichts bilden.

**HTA-Forschung in Österreich seit 1990er Jahren**

**LBI: breiter Forschungsansatz**

**Unterstützung durch evidenzbasierte Informationen**

**Ziel: evidenzbasierte Entscheidungen im Gesundheitssystem...**

**...und mehr Gesundheit**

**Ziel der Impact-Messung: Legitimation und Priorisierung der Forschung**

**Projektteil 1: Literaturübersicht Methoden**

**+ Framework für Österreich**



## 2 Ziel und Fragestellung

Das Ziel für den vorliegenden Teil 2 des Projektes ist es, unter Berücksichtigung des entwickelten Frameworks, den Impact der HTA-Forschung am Institut für Technikfolgenabschätzung und am Ludwig Boltzmann Institut für HTA zu evaluieren.

Die empirische Erhebung, die mit einem Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden durchgeführt wird, widmet sich folgenden Fragestellungen:

- 1) Welchen Impact (welche Formen von Impact) hat die an der Akademie der Wissenschaften und am LBI-HTA durchgeführte HTA-Forschung für das Gesundheitssystem in Österreich und auf welchen Ebenen/bei welchen Zielgruppen ist ein Impact auszumachen (bzw. wo ist kein Impact auszumachen)?
- 2) Welche Faktoren sind für die Effekte verantwortlich?
- 3) Welche Barrieren lassen sich identifizieren?

**Evaluation der HTA-Forschung am ITA und LBI-HTA**

**qualitative und quantitative Methoden**

**Fragestellung**





### 3 HTA-Forschung am Institut für Technikfolgenabschätzung und am Ludwig Boltzmann Institut für HTA

Die HTA-Forschung am Ludwig-Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA) nahm in den 1990er Jahren am Institut für Technikfolgenabschätzung (ITA) an der Österreichischen Akademie der Wissenschaften mit einer zweiköpfigen Arbeitsgruppe ihren Ausgang. Die Forschung war von Beginn an anwendungsorientiert und durch einen beständigen Austausch mit österreichischen Entscheidungsträgern einerseits und durch eine intensive internationale Vernetzung andererseits charakterisiert. Der Umfang an Forschungsprojekten war am ITA aufgrund der begrenzten Personalressourcen allerdings gering.

Mit der Gründung des LBI-HTA wurden die finanziellen Mittel für die HTA-Forschung erheblich vergrößert und das Forschungsteam kontinuierlich auf mittlerweile 16 Personen (13 Vollzeitäquivalente) und mehrere freie MitarbeiterInnen erweitert. Damit zeigt sich bereits durch die Gründung eines eigenen wissenschaftlichen Instituts, dass politische Diskurse, die auf eine Rationalisierung im Gesundheitssystem setzen, an Dominanz gewinnen.

Das Leitbild und das Forschungsprogramm des LBI-HTA sind im externen Manual beschrieben [2] und stellen sich zusammenfassend folgendermaßen dar: Das Institut versteht sich als unabhängige Instanz der wissenschaftlichen Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen, das wissenschaftliche Grundlagen zugunsten eines effizienten und angemessenen Ressourceneinsatzes bietet. Die Forschungsfragen sind durch eine breite gesellschaftsrelevante Perspektive charakterisiert. Neben den klassischen Assessments arbeitet das interdisziplinäre Team auch an der Weiterentwicklung der HTA-Methodik. Den Kern des Instituts-Selbstverständnisses bildet die Transparenz, die durch systematisches Arbeiten, Offenlegung der Methode und aller Ergebnisse gewährleistet wird. Darunter fällt auch, dass der Forschungsprozess von Interessensgruppen jeglicher Art unbeeinflussbar ist. Die internationale Vernetzung spielt – so wie bereits am ITA – eine weiterhin wichtige Rolle, insbesondere um Redundanzen zu vermeiden und am letzten Stand des Wissens zu bleiben.

Die Arbeit erfolgt im Rahmen von 5 Programmlinien: Programmlinie 1 beinhaltet einerseits die Erstellung „herkömmlicher Assessments“ zu Wirksamkeit und (bei Bedarf) zur Kosteneffektivität von Technologien auf der Basis etablierter HTA-Methoden. Andererseits wird unter dieser Programmlinie die evidenzbasierte Versorgungsforschung vorangetrieben, die als wesentlich jüngerer Ansatz auch den Bedarf an Methodenentwicklung mit sich bringt.

Programmlinie 2 widmet sich der wissenschaftlichen Betreuung von Entscheidungsträgernetzwerken. Hier geht es vor allem darum, durch rasche Evidenzanalysen in den bis dato primär interessensgruppengeleiteten Entscheidungsgremien eine Kultur von mehr Rationalität, Transparenz und Evidenz zu etablieren. Dies kann auch durch aktive Mitgliedschaft in den Gremien erfolgen.

**Beginn der HTA-Forschung am ITA**

**2 Personen**

**anwendungsorientiert & international vernetzt**

**Gründung des LBI-HTA**

**16 Personen**

**eigenes Institut verdeutlicht die zunehmende Relevanz von HTA**

**Leitbild des LBI-HTA:**

**evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung durch transparente, unabhängige Forschung**

**5 Programmlinien:**

**1: Assessments zur Wirksamkeit &**

**Versorgungsforschung**

**2: Betreuung von Entscheidungsträgernetzwerken**

<b>3: „health literacy“</b>	Der Schwerpunkt von Programmlinie 3 lässt sich mit dem Begriff „health literacy“ zusammenfassen. Ziel dieser Programmlinie ist es, eine kritische Gegenöffentlichkeit zur häufig medial gesteuerten, unkritischen Nachfrage nach medizinischen Leistungen aufzubauen. Durch Vorträge, Seminare, eine benutzerfreundliche Webpage-Gestaltung und mittels eines Newsletters sollen insbesondere JournalistInnen, aber auch VertreterInnen der Administration oder PatientInnen methodisch und inhaltlich im „kritischen Hinterfragen“ unterstützt werden.
<b>4: Anwendungsbeobachtung</b>	Programmlinie 4 widmet sich den Methoden zur Analyse von Technologien nach Zulassung im klinischen Alltag – zusammengefasst unter den Begriffen „Anwendungsbeobachtung“ und „nicht-interventionelle Studien“.
<b>5: internationale Vernetzung</b>	Unter der Programmlinie 5 sind schließlich die Aktivitäten zur internationalen Vernetzung subsumiert. Sie beinhalten sowohl die aktive Beteiligung am Aufbau solcher Netzwerke als auch die fortlaufende Mitarbeit und sollen zum einen helfen, Redundanzen zu verhindern und zum anderen dazu beitragen, Kommunikation und gemeinsame methodische Weiterentwicklung zu stärken.
<b>Anwendung der Ergebnisse steht im Zentrum</b>	Wie es der Forschungspolitik der Ludwig Boltzmann Gesellschaft entspricht, steht die Fokussierung auf „translational research“, also die Anwendung und die Umsetzbarkeit der Forschungsergebnisse, im Zentrum des Institutsprogramms.
<b>Forschungsthemen von Institutspartnern &amp; intern</b>	Die Forschungsthemen werden in Zusammenarbeit mit den Institutspartnern (Kostenträger im Gesundheitssystem und Wissenschaftsbetriebe, die auch an der Finanzierung beteiligt sind) identifiziert und priorisiert. Parallel dazu können institutsintern eigene als relevant wahrgenommene Themen bearbeitet werden.
<b>keine gesetzlichen Vorgaben</b>	Die Einbindung der Forschungsergebnisse in politische Entscheidungsprozesse folgt (bisher) keinem vorgegebenen oder gesetzlich definierten Prozess, sondern hängt ausschließlich vom Willen der jeweiligen Entscheidungsträger ab. Aufgrund der extremen Komplexität an Entscheidungsstrukturen im österreichischen Gesundheitswesen und der föderalen Struktur kann die Nutzung der Ergebnisse in unterschiedlichen Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) und parastaatlichen Institutionen (Sozialversicherungsträger) und dort wiederum in unterschiedlichen Entscheidungsorganen (z.B. Bundesgesundheitskommission, Tarifverhandlungen der Sozialversicherungsträger) erfolgen.
<b>Einbindung der Forschungsergebnisse liegt am Entscheidungsträger</b>	
<b>vielseitige Forschungsaktivitäten und Disseminationswege</b>	Die Übersicht über das Leitbild und das Forschungsprogramm zeigen, dass die Forschungsaktivitäten sehr vielseitig sind, sowohl was die Methoden als auch was die Präsentation und Dissemination der Ergebnisse anbelangt. Die Forschungsergebnisse können wiederum auf vielfältigen Wegen in die Entscheidungsprozesse einfließen. Diese verschiedenen Dimensionen sind bei der Evaluierung des Forschungs-Impacts zu berücksichtigen.

# 4 Forschungskonzept

## 4.1 Impact-Kategorien

Die in Teil 1 erstellte systematische Literaturübersicht zur Impact-Messung [1] zeigt, dass der Impact der HTA-Forschung in multidimensionaler Form zu verstehen ist und auf unterschiedlichen Ebenen des (Gesundheits-) Systems auftreten kann. Anders gesagt wäre es eine unzulässige Verkürzung, den Impact von HTA-Forschung auf die Frage einzuengen, ob die Empfehlung eines HTA-Berichts mit einer nachfolgenden Gesundheitssystementscheidung kongruent ist. Um die Vielfältigkeit des Impacts zu erfassen, berücksichtigt das für die empirische Erhebung konzipierte Framework die bereits bei Gerhardus et al. [3] erwähnten Formen von Impact.

Impact ist multidimensional

Der Impact von HTA wird bei Gerhardus [3] in sechs hierarchisch aufeinander aufbauenden Stufen unterteilt, die für die folgende Analyse folgendermaßen definiert werden:

- ❖ **Wahrnehmung:** Betroffene Stakeholder wissen, dass HTA als Entscheidungshilfe verfügbar ist.
- ❖ **Akzeptanz:** Die HTA-Empfehlung wird als valide und annehmbare Entscheidungshilfe angesehen.
- ❖ **Politikprozess:** Innerhalb des Entscheidungs- / Entwicklungsprozess wird der entsprechende HTA-Bericht explizit berücksichtigt.
- ❖ **Entscheidung:** Eine Entscheidung ist eindeutig vom HTA-Ergebnis und der Empfehlung beeinflusst worden.
- ❖ **Umsetzung in die Praxis:** Die Entscheidung wurde in die Praxis umgesetzt und ist eindeutig messbar.
- ❖ **Finale Outcomes:** Tatsächliche Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems bei Kosten, Mengen und der Art der eingesetzten Technologien sowie ein Gewinn an Gesundheit sind messbar.

6 Stufen von direktem Impact

Darüber hinaus wird eine weitere Stufe des Impacts aufgeführt, die auf dem Enlightenment-Modell nach Weiss [4] beruht. Das Modell besagt, dass es keine *direkte* Umsetzung von wissenschaftlichen Ergebnissen in politische Entscheidungen gibt, sondern Forschung stattdessen auf einem *indirektem* Weg Eingang in Entscheidungsprozesse findet. Dies erfolgt nicht nur in Form von Forschungsergebnissen, sondern auch über Theorien, Forschungskonzepte und Fragestellungen. Mit Hilfe von Fachzeitschriften, (Massen-) Medien und öffentlichem Diskurs werden diese kommuniziert.

+ „indirekte“ Umsetzung von wissenschaftlichen Ergebnissen: „Enlightenment“

- ❖ **„Enlightenment“** wird demnach folgendermaßen definiert:
  - ❖ „Enlightenment“ ist der Einfluss der HTA-Forschung auf die Berichterstattung in den Medien, ein damit verbundenes Agenda-Setting und eine Änderungen des öffentlichen Diskurses.
  - ❖ „Enlightenment“ subsumiert Effekte, die im Zusammenhang mit der HTA-Forschung in der wissenschaftlichen Community (z.B. Gründung neuer Forschungsaktivitäten und -gruppen, Verbreitung der Forschungsergebnisse) und

HTA und Medien

Effekte in der Wissenschaft

in von dort ausgehenden weiteren „Netzwerken“ (z.B. Lehre, Berufung in Gremien) zu beobachten sind.

☼ „Enlightenment“ bedeutet außerdem die Entstehung und Etablierung einer „HTA-Kultur“, unter der die Partizipation von HTA-ForscherInnen in Entscheidungsgremien sowie ein geändertes Problembewusstsein bezüglich der Methode HTA, deren Fragestellungen und des Instituts selbstverständnisses verstanden wird.

„HTA-Kultur“ im Entscheidungsprozess

Impact-Kategorien sind parallel und nicht eindeutig trennbar

Im Gegensatz zur Arbeit von Gerhardus [3, 5] werden die Impact-Kategorien für die empirische Erhebung nicht als hierarchisch aufeinander aufbauend verstanden, sondern als parallel auftretende und möglicherweise nicht immer klar voneinander zu trennende Ausprägungen von Impact.

## 4.2 Indikatoren

Für die Operationalisierung der einzelnen Impact-Kategorien werden folgenden Indikatoren bestimmt:

Indikatoren der Impact-Kategorien:

Bezug der Berichte  
gestiegene Medienpräsenz

„Wahrnehmung“ wird abgebildet durch

- ☼ die Frequenz der bezogenen Projektberichte,
- ☼ Hinweise auf Bekanntheit der Berichte in den Interviews und
- ☼ Abbildung der Medienpräsenz von HTA-Produkten bzw. des LBI-HTA.

Bericht ist Hilfestellung

Die Kategorie „Akzeptanz“ wird daran festgemacht,

- ☼ dass die Produkte von Stakeholdern als hilfreich empfunden werden und
- ☼ als Mittel der Entscheidungsunterstützung herangezogen werden.

Entscheidung mit HTA begründet

Die Kategorien „Politikprozess“ und „Entscheidung“ werden darüber erfasst,

- ☼ ob HTA-Berichte in Entscheidungsprozessen eingesetzt werden,
- ☼ in der Entscheidung berücksichtigt oder
- ☼ als Begründung für die Entscheidung zitiert werden.

anderer Einsatz von Technologien

In der Kategorie „Praxis“ werden Hinweise auf

Refundierungsveränderungen

- ☼ veränderten Einsatz der Technologien (z.B. durch Erstellung von Leitlinien) und
- ☼ veränderte Refundierungsformen (z.B. conditional coverage) erhoben.

Rationalisierung/ Umverteilung Gesundheitsgewinn nicht untersucht

Die „finalen Outcomes“ werden danach erfasst,

- ☼ ob die Produkte einen ökonomischen Impact im Sinne von Rationalisierung und/oder Umverteilung mit sich gebracht haben, der sowohl qualitativ als auch quantitativ belegt werden kann.

Tatsächlicher Gesundheitsgewinn, die zweite Form von finalen Outcomes, wird für die Erhebung *nicht* explizit definiert, da er im Rahmen der Erhebung als nicht messbar bewertet wurde.

Die „**Enlightenment**“-Ebene wird schließlich an folgenden Indikatoren festgemacht:

- ❖ HTA-Themen werden in die Medien transportiert und damit erfolgt ein Agenda-Setting,
- ❖ HTA-Forschung bringt Effekte in der wissenschaftlichen Community bzw. Forschungskultur mit sich
  - ❖ Einfluss auf Designs von pharmazeutischen Studien,
  - ❖ Verbreitung der Forschungsergebnisse,
  - ❖ Initiierung neuer Forschungsprozesse,
  - ❖ Verbreitung von HTA-Wissen über die Lehre.
- ❖ Etablierung einer „HTA-Kultur“ durch
  - ❖ Änderungen in Entscheidungsprozessen: Partizipation von HTA-ForscherInnen in Entscheidungsgremien, Einführung von „Conflict of Interest“-Statements, systematische Berücksichtigung von HTA-Ergebnissen,
  - ❖ sprachliche oder inhaltliche Elemente im medialen Diskurs, die Kernelemente von HTA widerspiegeln: kritischer Umgang mit Zahlen (z.B. transparente Gegenüberstellung von Nutzen und Risiken von Technologien), Debatten zu angemessenem Ressourceneinsatz, Hinweise auf qualitativen Fortschrittsbegriff, Transparenzdebatten, Berichte über HTA-Konzepte oder HTA-Forschungsergebnisse, Entkräftung von Mythen.

Indikatoren für „Enlightenment“ :

HTA ist in Medien

Agenda Setting

Effekte in der Forschung

Etablierung einer „HTA-Kultur“

### 4.3 Zielgruppen/Ebenen

Tabelle 4.3-1 zeigt die Zielgruppen/Wirkungsebenen, innerhalb derer Impact auftreten kann und gemessen wird. Die Zuordnung der Akteure bzw. Akteursgruppen zu der Mikro-, Meso- und Makroebene erfolgte nach dem Konzept von Gerhardus et al. [3, 5], jedoch entsprechend des für Österreich relevanten Gesundheitssystemkontexts. Es wurden folgende Kriterien für die Zuordnung angewendet: Die Mikroebene umfasst individuelle Personen, also WissenschaftlerInnen, PatientInnen, ÄrztInnen und BürgerInnen. Auf der Mesoebene wurden Institutionen (-verbände) und andere (Personen-)kollektive verortet. Diese umfassen Krankenanstalten (-gesellschaften), Versicherungen und Versicherungsverbände, Fachgesellschaften sowie Berufsverbände. Zur Makroebene wurden übergeordnete Akteure, d. h. politische bzw. staatliche Institutionen (Bund, Länder), die dort angesiedelten Entscheidungsgremien (z.B. Bundesgesundheitskommission, Landesgesundheitsfonds, Ausschüsse) sowie übergreifende Akteure (Medien und Industrie) zugeordnet.

Wirkungsebenen von Impact:

Mikro-, Makro- und Mesoebene

Zielgruppen:

Personen

Verbände

Gesellschaften

staatl. Institutionen

Tabelle 4.3-1: Framework für empirische Analyse

Impact-Kategorien	Zielgruppen /Ebenen			Methoden
	Mikroebene	Mesoebene	Makroebene	
Wahrnehmung	WissenschaftlerInnen, PatientInnen, JournalistInnen, ÄrztInnen, BürgerInnen	Krankenanstalten und (-gesellschaften), Versicherungen und Versicherungsver- bände, Fachgesellschaften, Berufsverbände, PatientInnen- verbände	politische/ staatli- che Institutionen und Entscheidungs- gremien, Medien, Industrie	Dokumenten- analyse
Akzeptanz				Fragebogen
Politikprozess				Interview
Entscheidung				Ökonomische Analyse
Praxis				Medienanalyse
Finale Outcomes				
Enlightenment				

Quelle: eigene Darstellung (adaptiert nach Gerhardus 2005 und 2008 [3, 5])

## 4.4 Methodenübersicht

### qualitative und quantitative Erhebungsmethoden

Die Literaturübersicht [1] präsentiert eine Reihe sozialwissenschaftlicher empirischer qualitativer und quantitativer Methoden zur Erhebung von HTA-Impact. Darunter fallen die Verwendung von Fragebögen, Interviews/Fokusgruppen, Datenanalysen (Versorgungsdaten, Downloadanalyse), ökonomische Analysen (Kostendaten, Preisänderungen etc.), Dokumentenanalysen (Gesetzestexte, Leitlinien, Protokolle etc.) und Diskurs-/Medienanalysen.

### Herausforderung der empirischen Erhebung:

Die methodische Herausforderung für die empirische Erhebung in Österreich besteht darin, dass der Impact der gesamten Forschungsaktivität abgebildet werden soll und nicht etwa der Impact eines Einzelprojektes der HTA-Forschung. Zusätzlich soll der Impact in allen zuvor definierten Impact-Kategorien (Akzeptanz, Umsetzung etc.) erhoben werden. Die Logik, nach der unser methodischer Ansatz operationalisiert wird ist, alle zuvor festgelegten Impact-Kategorien durch eine Auswahl an empirischen Erhebungsmethoden (z.B. Datenanalyse, Medienanalyse, Interview) „projektübergreifend“ und parallel zu analysieren. Die Auswahl der Methoden, bei der der Methodenpool der Literaturübersicht als Basis diente, erfolgte danach, dass alle Impact-Kategorien erfasst werden sollen und dies in einem zeitlich limitierten Rahmen möglich sein muss. Für die Evaluierung kommen demnach folgende Methoden zum Einsatz (Tabelle 4.3-1 und Tabelle 4.4-1):

### Impact der gesamten Forschungsaktivität

### sowie innerhalb aller Impact-Kategorien

### 5 Erhebungsmethoden:

#### Downloadanalyse

- ✦ Downloadanalyse: Analyse der Quantität und Muster der bezogenen Projektberichte: Deskriptive Statistik nach definierten Berichtscharakteristika (z.B. Berichtsumfang, medizinische Fachbereiche etc.);

#### Interviews unter HTA-NutzerInnen

- ✦ Interviews: Befragung von Schlüsselakteuren mit semi-strukturierten Interviews zu folgenden Schwerpunkten: a) Verwendung und b) Effekte von HTA-Forschungsprodukten (z.B. Decision Support Documents) in den Institutionen des österreichischen Gesundheitswesens (Krankenanstalten, Krankenanstal-

tenverbände, Krankenversicherungen, Ministerium, niedergelassener Bereich);

- ❖ Fragebogenerhebung: Analyse der Dissemination der Forschungsergebnisse, der Auswirkungen auf weitere Forschungsfragen, -inhalte und -prozesse und des Transfer der HTA-Expertise durch Lehre und aktive Mitgliedschaften in Gremien;
- ❖ Ökonomische Analyse: Analyse von Effizienzgewinnen und Umverteilung auf Basis von Kostendaten (vorher-nachher), Veränderungen von Technologiemengen/Diffusion und Preisentwicklungen;
- ❖ Medienanalyse: Analyse der Berichterstattung über HTA-Forschung und Analyse der medialen Medizin- und Gesundheitsberichterstattung in einem definierten Zeitraum in definierten Medien bezogen auf HTA-Elemente.

**Fragebogenerhebung  
am LBI-HTA**

**Ökonomische Analyse**

**Medienanalyse**

Die ausgewählten Methoden (eine detaillierte Beschreibung der qualitativen und quantitativen Methoden und ihrer Umsetzung findet sich in Kapitel 5) behandeln die Impact-Kategorien in unterschiedlichem Umfang.

Während etwa die Downloadanalyse die Kategorie „Wahrnehmung“ erfasst, werden mit den Interviews alle Kategorien angesprochen. Die Medienanalyse und die Fragebogenerhebung zielen primär auf die Kategorie „Enlightenment“ und zum Teil auf die Wahrnehmung ab, die ökonomische Analyse hingegen auf die finalen Outcomes und teilweise auf Veränderungen in der Praxis (z.B. anderes Verschreibungsverhalten). Umgekehrt werden einige Impact-Kategorien von mehreren Methoden beleuchtet (z.B. wird die Wahrnehmung über vier verschiedene Methoden erfasst), während andere Kategorien (z.B. Politikprozess) nur über eine Methode aus dem definierten Methodenpool adressiert werden. Eine Zusammenfassung der Methoden und den von ihnen zu erfassenden Impact-Kategorien bietet die Tabelle 4.4-1.

**Methoden erfassen eine  
oder mehrere Impact-  
Kategorien**

Die Analyse der Ergebnisse soll abschließend die eingangs gestellten Forschungsfragen in folgender Form diskutieren:

- ❖ Bei welchen Zielgruppen/Ebenen zeigt sich (k)ein Impact und welche Muster bezüglich Projektcharakteristika zeigen sich dabei (Projektthemen, Berichtsformen, Auftragsformen etc.)?
- ❖ Welche der angeführten Formen von Impact zeichnen sich stärker ab und welche kaum? Zeigen sich hierbei bestimmte Muster bezüglich Projektcharakteristika (Projektthemen, Berichtsformen, Auftragsformen etc.)?

**Diskussion auf Basis der  
Forschungsfragen:**

**bei welchen Zielgruppen  
zeigt sich viel/kein  
Impact ?**

**welche Formen von  
Impact sind oft/selten ?**

Der gewählte methodische Ansatz für die empirische Erhebung fußt auf den bisherigen Erkenntnissen zur Evaluierung des Impacts. Die Methodenkombination (Triangulation), mit der der Impact aus möglichst vielen verschiedenen Perspektiven beleuchtet wird, bietet die Möglichkeit ein umfassendes Bild des Impacts der HTA-Forschung abzuzeichnen sowie eine Vertiefung und Gegenüberstellung der Analyse durchzuführen. So soll ein Gesamtbild unter Konvergenzgesichtspunkten konstruiert werden. Kausalzusammenhänge können mit diesem Ansatz hingegen nicht dargestellt werden.

**umfassendes Bild von  
Impact durch  
Methodenkombination**

**Kausalzusammenhänge  
nicht darstellbar**

Tabelle 4.4-1: Methoden und damit adressierte Impact-Kategorien und Indikatoren

Methode	Impact-Kategorie							Indikatoren
	Wahrnehmung	Akzeptanz	Prozess	Entscheidung	Praxis	Finale Outcomes	Enlightenment	
Download-analyse	X							Berichte werden bezogen (Frequenz/Muster der Downloads)
Interviews	X	X	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Produkte</li> <li>- sind bekannt</li> <li>- werden als hilfreich empfunden</li> <li>- werden im Entscheidungsprozess verwendet</li> <li>- werden in Entscheidung berücksichtigt</li> <li>- haben Praxis verändert (Einsatz der Technologie, Refundierung)</li> <li>- haben ökonomischen (Rationalisierung, Umverteilung) Impact</li> <li>* HTA-Themen werden in die Medien transportiert/ Agenda Setting</li> <li>* HTA-Ergebnisse werden in wissenschaftliche Community und Gremien transportiert/verändern Entscheidungskultur</li> </ul>
Ökonomische Analyse					(x)	X		Produkte verändern Praxis (Mengenverbrauch, Verschreibungsverhalten etc.) und haben ökonomischen Impact (Rationalisierung, Umverteilung)
Medien-analyse	X	(X)					X	<ul style="list-style-type: none"> <li>* HTA-Themen werden in die Medien transportiert/ Agenda Setting</li> <li>* Medien/Journalismus zeigen „HTA-Kultur“</li> </ul>
Fragebogen-erhebung	(X)						X	* HTA-Ergebnisse werden in wissenschaftliche Community und Gremien transportiert/ verändern Entscheidungskultur/ beeinflussen Forschungsprozesse



## 5 Methoden der empirischen Erhebung

### 5.1 Interviews

#### 5.1.1 Auswahl der Interviewpartner

Mittels neun semi-strukturierten Interviews wurden 15 Schlüsselakteure aus den unterschiedlichen System-Ebenen befragt. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde unter der Berücksichtigung der Kriterien durchgeführt, dass alle im Framework dargestellten Ebenen sowie unterschiedliche Zielgruppen repräsentiert werden sollen, wobei es nicht möglich war, alle im Framework aufgeführten Zielgruppen zu befragen (nicht repräsentiert sind beispielsweise PatientInnen und BürgerInnen oder die Industrie, siehe Framework, S.20). Die ausgewählten Personen sind auf unterschiedliche Weise bereits mit HTA-Forschung vertraut.

Die Anzahl der ausgewählten InterviewpartnerInnen pro Ebene wurde entsprechend der Zielgruppen des LBI-HTA gewichtet. Auf der Mikroebene wurden zwei „praktizierende ÄrztInnen“ sowie ein/e JournalistIn ausgewählt, die über ihre Kenntnisse und ihren Umgang mit HTA als individuelle Akteure befragt wurden. Auf der Mesoebene wurden sieben VertreterInnen der definierten Akterusgruppen ausgewählt. Die befragten Personen sind im Krankenhausmanagement, in einem Versicherungsverband sowie im Rechnungshof eines Bundeslandes tätig. Die Interviews der Makroebene wurden mit fünf Personen geführt, die in Entscheidungsgremien des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) tätig sind und somit die staatliche Ebene repräsentieren. Die Interviews wurden entweder in Form von Einzel- oder Gruppeninterviews durchgeführt.

**9 Interviews**  
**15**  
**InterviewpartnerInnen**  
**aus unterschiedlichen**  
**Zielgruppen/Ebenen**

**Auswahl der**  
**InterviewpartnerInnen**  
**entsprechend LBI-**  
**Zielgruppen**

#### 5.1.2 Entwicklung und Durchführung der Leitfadeninterviews

Für die Befragung wurde die Methode des „nicht-standardisierten“ bzw. „teilstandardisierten“ Interviews gewählt. Diese Methode bietet für die bestehende Fragestellung den Vorteil, dass weder die Antworten der Befragten, noch die Formulierungen der Interviewerin vorgegeben bzw. standardisiert sind [6, 7]. Um sicher zu gehen, dass innerhalb des Interviews alle relevanten Bereiche angesprochen werden, wurde die Befragung durch einen Leitfaden unterstützt. Dieses Vorgehen sichert darüber hinaus die Vergleichbarkeit der Interviews [6]. Der Leitfaden berücksichtigt die Frage nach der Verwendung der HTA-Produkte und erfragt die Effekte, die durch die HTA-Forschung hervorgerufen wurden. Eine weitere Frage widmet sich der Evaluation sowie der Qualitätssicherung der HTA-Forschung.

**„nicht-standardisierte“**  
**Interviews**

**Vergleichbarkeit der**  
**Interviews durch**  
**Leitfaden**

Die Fragen teilen den Leitfaden in vier zentrale Fragekomplexe:

1. „Wie werden die HTA-Produkte in der jeweiligen Institution/im beruflichen Alltag verwendet?“

**4 Fragekomplexe:**

Für diese Fragestellung sind die folgenden Angaben, sofern diese nicht direkt durch die befragte Person angesprochen werden, detaillierter zu hinterfragen:

**Verwendung von HTA**  
**im beruflichen Alltag**

<p><b>Effekte von HTA in Österreich</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Wer verwendet sie (nicht)?</li> <li>✿ Wann werden sie (nicht) verwendet / bei welchen Prozessen?</li> <li>✿ Welche Produkte wurden verwendet und welche nicht?</li> <li>✿ Was sind die Gründe dafür?</li> </ul>
<p><b>Umsetzung der HTA-Forschung</b></p> <p><b>Wie kann das LBI den Impact erhöhen?</b></p>	<p>2. „Welche Effekte hat die Forschungsarbeit der Institute (LBI-HTA und ITA) aus Ihrer Perspektive in Österreich gesamt?“</p> <p>Für diesen Fragekomplex wurden in einem zweiten Schritt Fragen in Richtung der bereits bestehenden Impact-Kategorien gestellt und versucht Informationen zu den einzelnen Kategorien zu gewinnen (Beispiel: „Hat der Projektbericht X den tatsächlichen Einsatz der untersuchten Technologie verändert?“)</p> <p>3. „Was brauchen Sie konkret, um die HTA-Forschungsergebnisse verstärkt in Entscheidungsprozesse/den beruflichen Alltag einzubeziehen?“</p> <p>4. „Was braucht es aus Ihrer Sicht von Seiten des LBI-HTA, um den Impact der HTA-Forschung generell zu erhöhen?“</p>
<p><b>Anonymität der Befragten</b></p>	<p>Das Interview wurde in einem Zeitrahmen von ca. 30-60 Minuten von einer LBI-HTA Mitarbeiterin geführt. Den Interviewten war bekannt, dass die Befragung vom LBI initiiert wurde. Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und transkribiert. Den RespondentInnen wurde Anonymität zugesichert.</p>

### 5.1.3 Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

<p><b>Auswertung mit qualitativer Inhaltsanalyse</b></p>	<p>Die Auswertung der Interviews wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt. Diese folgt zuvor festgelegten, systematischen Auswertungsschritten. Dieses Vorgehen sichert die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisauswertung [8]. Auf Grundlage eines zuvor erstellten Analyserasters werden dem Text die relevanten Informationen entnommen. Dieses Verfahren ist ein wesentliches Merkmal der qualitativen Inhaltsanalyse; die Auswertung bleibt nicht am Text verhaftet, sondern die Verarbeitung der Informationen wird getrennt vom Text vorgenommen.</p>
<p><b>Erstellung von Auswertungskategorien</b></p>	<p>Für die Auswertung der neun Interviews wird im ersten Schritt ein Kategoriensystem (Tabelle 5.1-1) für die Textextraktion erstellt. Die Auswertungskategorien orientieren sich an den Impact-Ebenen des Frameworks sowie an den Fragen des Interviewleitfadens. Für eine sinnvolle Kodierung wurden die Kategorien zu Beginn breiter gefasst und in den folgenden Auswertungsschritten näher ausdifferenziert. Der Extraktionsprozess wurde mit 13 Kategorien begonnen, wobei sich gezeigt hat, dass die Kategorien „Wahrnehmung“ und „Akzeptanz“ schwer voneinander zu differenzieren sind. Diese beiden Kategorien wurden, ebenso wie die Kategorien „Prozesse“ und „Entscheidungen“, im Verlauf zusammengelegt, sodass die Datenextraktion schlussendlich in 11 Kategorien stattgefunden hat. Diese Möglichkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse [7].</p>
<p><b>Orientierung an den Impact-Kategorien</b></p>	

Tabelle 5.1-1: Kategorien der Datenextraktion

Kategorien der Datenextraktion
Akzeptanz, Wahrnehmung
Prozesse, Entscheidungen
Gremien, die HTA einsetzen
Anwendung, Umsetzung, Praxis
finale Outcomes
Enlightenment
Barrieren (für Impact)
Aussagen zum LBI-HTA
Nutzung der Produkte des LBI-HTA (Newsletter, HTA in Krankenanstalten <sup>1</sup> , Dokumentenserver)
Verbesserungsvorschläge
zukünftige Positionierung von (LBI-)HTA

Mittels eines Computerprogramms („ATLAS.ti“) zur qualitativen Textanalyse wurden die relevanten Textpassagen aus den Interviews mit einem entsprechenden Code (Kategorie) markiert und anschließend alle Codes extrahiert. In diesem Auswertungsschritt konnte das Textmaterial bereits stark minimiert werden. Zu den als relevant zu identifizierenden Passagen gehören eindeutig zuzuordnende Aussagen sowie Sätze, die einen Impact „indirekt“ beschreiben. Erschien es sinnvoll, Aussagen mehreren Kategorien zuzuordnen, wurde dies gemacht. Dabei wurden entsprechend der methodischen Standards zusammenhängende Aussagen und Kausalketten beachtet [7]. Das Computerprogramm bietet die Möglichkeit, die Textstücke der Textstelle, an der sie extrahiert wurden, wieder zuzuordnen, was die Interpretation sowie mögliche Änderungen erleichtert.

Im weiteren Prozess wurden die unter einer Kategorie summierten Textpassagen auf Redundanzen überprüft, weiter zusammengefasst bzw. Paraphrasen gebildet sowie, wenn relevant, in positive oder negative Aussagen eingeteilt. Bei diesen Auswertungsschritten wurden durchwegs die „Ebenen“ denen die Interviewten zugeordnet waren, berücksichtigt und die Zusammenfassung innerhalb einer „Ebene“ vorgenommen.

Besonders hervorragende und verdeutlichende Aussagen wurden für die Interpretation als Zitat beibehalten. Nach Abschluss dieses Prozesses lagen die für die Auswertung relevanten Interviewergebnisse für jede einzelne Impact-Kategorie vor.

**Kodierung und  
Extraktion der  
relevanten  
Textpassagen**

**Unterstützung durch  
Computerprogramm**

**Zusammenfassung der  
Textpassagen**

**Berücksichtigung der  
Systemebenen**

**Verdeutlichung durch  
Zitate**

<sup>1</sup> Regelmäßig stattfindendes Treffen von Krankenanstaltenvertretern am LBI-HTA, bei dem kurz-Assessments zu aktuellen (high cost und/oder high volume) Krankenhaustechnologien vorgestellt und diskutiert werden.

## 5.2 Downloadanalyse

### 5.2.1 Fragestellung

**Forschungsdokumente  
verfügbar über  
Dokumentenserver**

Das ITA sowie das LBI-HTA arbeiten mit dem Anspruch, die gewonnenen Erkenntnisse nicht nur den möglichen Auftraggebern, sondern darüber hinaus auch einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Um die Informationen beziehen zu können, werden die PDF-Dateien der Publikationen (sowie Newsletter und Jahresberichte) über das Internet kostenlos zur Verfügung gestellt. Die LBI-HTA Dokumente sind langfristig über den Dokumentenserver (<http://eprints.hta.lbg.ac.at>) zu beziehen.

**Wie häufig werden  
welche Berichte  
bezogen?**

Das Ziel der Downloadanalyse ist festzustellen, mit welcher Intensität das Angebot der Publikationsdownloads durch die Öffentlichkeit genutzt wird, um somit Informationen über die Dissemination des durch die HTA-Forschung entstandenen Wissens zu erhalten. Es soll zusätzlich Aufschluss darüber geben werden, ob und wenn ja, welche Unterschiede in den Bezugshäufigkeiten der einzelnen Berichte vorliegen und auf welche Merkmale (z.B. Themenbereiche, Sprache) der Berichte diese zurückzuführen sind. Es sollen Faktoren benannt werden, die den Impact der Online-Publikationen erhöhen oder mindern.

**externes Benchmarking  
der Downloadzahlen  
nicht möglich  
freie Interpretation**

Die Darstellung kann an keiner Vergleichseinheit gemessen werden, da der Vergleich mit einem anderen HTA-Institut aufgrund unterschiedlicher Voraussetzungen nicht sinnvoll ist. Wohl aber kann ein zeitlicher Trend beobachtet werden. Die angegebenen Werte und Vergleiche unterliegen insgesamt einer freien Interpretation.

**weitere Fragen**

An die Downloadanalyse werden folgende Fragestellungen formuliert:

1. Wie oft werden die Publikationen einzeln sowie insgesamt durchschnittlich (im Jahr) bezogen?
2. Hat sich die Bezugshäufigkeit im Zeitverlauf verändert?
3. Welche Themengebiete bzw. einzelne Berichte wurden besonders häufig oder eher selten bezogen?
4. Sind Gemeinsamkeiten der jeweils oft oder selten bezogenen Berichte hinsichtlich der bearbeiteten Themengebiete, Sprache oder Länge feststellbar?
5. Wie lässt sich die hohe oder seltene Bezugshäufigkeit einzelner Berichte erklären?

### 5.2.2 Durchführung

**Auswertung der  
Zugriffsstatistiken**

Die Zugriffsstatistiken der PDF-Dokumente wurden mittels des Webanalyse-Programms AWStats (Advanced Web Statistiks 6.9) generiert sowie vom Allgemeinen Rechenzentrum (arz) der Österreichischen Akademie der Wirtschaft bereitgestellt. Die Auflistung der Downloads präsentiert ausschließlich „bereinigte“ Zahlen, das heißt Zugriffe durch MitarbeiterInnen über den Institutsserver wurden bereits abgezogen. Mehrfachdownloads von externen InteressentInnen können allerdings nicht korrigiert werden und werden jedes Mal gezählt.

Für das LBI-HTA wurden die Downloadhäufigkeiten für jede online verfügbare Publikation ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Onlinestellung jährlich, von April 2006 bis zum 31.03.2010 ermittelt. Die Zugriffszahlen der vom Institut für Technikfolgenabschätzung (ITA) online gestellten Dokumente können – obwohl schon länger verfügbar – erst ab dem Jahr 2006 abgerufen werden. Die Daten wurden bis einschließlich 20.05.2010 ausgewertet und in der Zugriffsstatistik zusammengeführt.

Es wurden 92 Publikationen (N=92) als Grundgesamtheit in die Auswertung eingeschlossen. Davon wurden 20 Publikationen durch das ITA und 72 durch das LBI-HTA online gestellt. Die Tabelle 11-1 (im Anhang) bietet eine Übersicht über alle ausgewerteten Projekte und führt die jeweiligen Initiatoren der Projektthemen auf. Im ersten Jahr 2006 waren 4 Berichte online, im Jahr 2007 kamen 5 hinzu (N=9), im Jahr 2008 folgten weitere 47 (N=56), 2009 waren insgesamt 87 Publikationen online und in den ersten 5 Monaten des Jahres 2010 wurden 5 weitere Berichte online gestellt (N=92). Es ist anzumerken, dass nicht alle Berichte zeitgleich zu ihrer Veröffentlichung auch online gestellt wurden, sondern zum Teil erst nach einigen Jahren über das Internet abrufbar waren/sind. Dies gilt für die HTA-Forschungspublikationen der späten 90er Jahre aus dem ITA.

Die absoluten Häufigkeitsangaben (Downloadfrequenz), die von der Zugriffsstatistik berechnet wurden, beziehen sich jeweils auf die vollen 12 Monate eines Jahres, ungeachtet dessen, ob der Bericht im Januar oder erst im November online gestellt wurde. Dies stellt eine mögliche Verzerrung der Zahlen im Vergleich zueinander dar, da die Berichte über unterschiedlich lange Zeiträume bezogen werden konnten. Um die Vergleichbarkeit der Zahlen zu gewährleisten, wurde für jeden Bericht die Variable „PDF Monatsdurchschnitt“ berechnet. Diese ergibt sich für jede Publikation aus der gesamten Anzahl der Downloads eines Jahres, dividiert durch die Monate, in denen der Bericht tatsächlich online verfügbar war. Wurde der Bericht vor dem 25. Tag eines Monats online gestellt, wird der Monat in die Berechnung einbezogen. Bei Onlinestellungen nach dem 25. oder später gilt für die Berechnung der Folgemonat.

Beispielsweise wird für den Bericht „Kardiale Kontraktilitätsmodulation bei medikamentös therapierefraktärer Herzinsuffizienz“, der am 01.04.2008 online ging und in diesem Jahr insgesamt 54-mal bezogen wurde, der „PDF Monatsdurchschnitt“ für 2008 wie folgt berechnet:

04/2008 bis 12/2008 = 9 Monat online in 2008

$54/9 = 6$ .

Des Weiteren wurde die Variable „PDF Monatsdurchschnitt insgesamt“ berechnet. Durch die Berechnung aller Downloads dividiert durch den gesamten Zeitraum online wird die gesamte monatliche Downloadhäufigkeit im Durchschnitt ausgedrückt.

Am selben Beispiel „Kardiale Kontraktilitätsmodulation bei medikamentös therapierefraktärer Herzinsuffizienz“, mit insgesamt 205 Downloads ergibt sich folgende Berechnung:

04/2008 bis 03/2010 = 24 Monate online insgesamt

$205/24 = 8,5$ .

Somit wurde der Bericht insgesamt im Durchschnitt 8,5-mal pro Monat bezogen.

**unterschiedliche  
Auswertungszeiträume  
von ITA und LBI-HTA**

**Auswertung von 92  
Publikationen**

**20 Publikationen ITA**

**72 Publikationen LBI-  
HTA**

**neue Variablen für  
Vergleichbarkeit der  
Daten**

**Berechnung der Variable  
„PDF  
Monatsdurchschnitt“**

**sowie**

**„PDF  
Monatsdurchschnitt  
insgesamt“**

<p><b>korrigierte Downloadvolumina gegen systemat. Verzerrungen</b></p>	<p>In den Auswertungen der schließenden Statistik wurde einer mit abnehmender Downloadfrequenz im Zeitverlauf verbundenen systematischen Verzerrung begegnet, indem immer von dem geschätzten Downloadvolumen aus dem ersten Monat ausgegangen wurde. Auswertungen, die sich auf absolute Downloads sowie Monatsmittelwerte beziehen, haben dies nicht berücksichtigt. Die Mittelwerte beziehen sich auf die gesamte Dauer der Verfügbarkeit.</p>
<p><b>Erhebung weiterer Berichtsmerkmale mit (kategorialen) Variablen:</b></p>	<p>Für die Auswertung möglicher Gemeinsamkeiten von oft bzw. selten bezogenen Berichten wurden darüber hinaus weitere Merkmale der Berichte erhoben und teilweise in kategorialen Variablen zusammengefasst. Die Auswahl der Merkmale (z.B. Berichtssprache, Länge der Berichte) erfolgte entsprechend der Themen, die häufig in internen Debatten (z.B. Boardsitzungen) zur Sprache kamen:</p>
<p><b>Themen/ Indikationsgebiet</b></p>	<p>1. Die Publikationen wurden ihrem Inhalt entsprechend zu Themen- bzw. Indikationsgebieten zugeordnet. Die Themenbereiche orientieren sich an den Kategorien der National Library of Medicine (NLM), für die Analyse wurden diese Kategorien jedoch weiter gefasst. Es wurden die folgenden 8 Indikations- bzw. Themenbereiche gebildet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Onkologie/Krebsscreening</li> <li>✿ Infektionskrankheiten</li> <li>✿ Herz-Kreislaufsystem</li> <li>✿ Bewegungsapparat</li> <li>✿ Urogenitalsystem</li> <li>✿ Behandlungsverfahren</li> <li>✿ Gesundheitsplanung, -versorgung</li> <li>✿ Methoden und Konzepte (von HTA)</li> <li>✿ Kinder und Jugendliche</li> </ul>
<p><b>Seitenlänge der Berichte</b></p>	<p>Auch wenn die Berichte oft nicht auf ein einziges Thema fokussieren, sondern aufgrund ihrer Fragestellungen Schnittstellen verschiedener Themenbereiche verbinden, wurde jeweils nur eine – die am ehesten zutreffende – Kategorie gewählt (die MEL-Berichte wurden bspw. dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet zugeordnet, HSS-Dokumente zu Onkologie/Krebsscreening).</p> <p>2. Die Seitenlänge der Berichte wurde erfasst und die kategoriale Variable „Seitenlänge_Kategorie“ erstellt. Die Einteilung in 5 Kategorien wurde entsprechend den Perzentilen P20, P40, P60 und P80 vorgenommen. Das heißt in jeder Kategorie befinden sich 20% der gesamten Spannweite der Seiten. Daraus ergeben sich 5 Kategorien: 1 (&lt; 24 Seiten), 2 (25-33 Seiten), 3 (34-57 Seiten), 4 (58-88 Seiten) und 5 (&gt; 89 Seiten).</p>
<p><b>Publikationssprache</b></p>	<p>3. Sprache der Publikation (deutsch/englisch).</p>
<p><b>Download-Kategorie</b></p>	<p>4. Auf Basis der Häufigkeit, wie oft jeder einzelne Bericht bezogen wurde, wurde die neue Variable „Download_Kategorie“ erstellt. Analog zur Kategorie „Seitenlänge“ wurden folgende Kategorien gebildet: 1 (&lt;8,5 DL), 2 (8,6-12,3 DL), 3 (12,4-16,4 DL), 4 (16,5-26,1 DL) und 5 (&gt; 26,2 DL) – jeweils bezogen auf die monatliche Downloadrate.</p>
<p><b>multiple Regressionsanalysen</b></p>	<p>Um mögliche Zusammenhänge zwischen der Downloadhäufigkeit und den Variablen Thema, Länge sowie Sprache zu identifizieren, wurden verschiedene multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Obwohl die</p>

Downloadstatistiken aus zwei unterschiedlichen Instituten stammen, wurde in der Auswertung keinen Unterschied nach Instituten gemacht.

**Angleichung von Extremwerten**

Für die schließende Statistik werden als untypische Extremwerte eingeschätzte Downloadzahlen (z.B. jene zum Bericht „Neue Influenza – Schweinegrippe“) den Maximalwerten anderer Publikationen angenähert, um eine stabile Schätzung durchführen zu können.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS 18.0.

## 5.3 Fragebogenerhebung

### 5.3.1 Fragestellung

Per Fragebogen werden die MitarbeiterInnen des LBI-HTA über den von ihnen wahrgenommenen Impact ihrer Forschungsarbeit auf die Wissenschaft und die wissenschaftliche Community im engeren Sinn sowie über weitere Effekte (z.B. Capacity Building) befragt.

**Befragung der LBI-HTA ForscherInnen**

Die Wege und/oder Schnittstellen, durch die Effekte auf die Wissenschaft und ihre (interdisziplinäre) Community ausgeübt werden können, sind vielfältig. Für die Erhebung wurden primäre Kommunikationswege zusammengefasst. Die Fragebögen wurden hinsichtlich folgender Fragestellung analysiert:

**vielfältige Kommunikationswege und Schnittstellen der Forschung**

1. Wie erfolgt die Dissemination der HTA-Forschungsergebnisse?

Indikatoren:

- ✿ Die Forschungsergebnisse werden in Fachjournalen publiziert.
- ✿ Das Wissen wird auf wissenschaftlichen Veranstaltungen in Form von Präsentationen und Postern der (Fach-) Community präsentiert und in nationalen und internationalen Netzwerken ausgetauscht.
- ✿ HTA-ExpertInnen werden für Präsentationen, Diskussionsteilnahmen, Gutachten, Publikationen, Editorials etc. angefragt.

**Forschungsfragen:**

**Dissemination der Forschung**

2. Gibt es Auswirkungen auf Forschungsfragen, -inhalte und -prozesse?

Indikatoren:

- ✿ Durch die HTA-Forschung werden neue Fragestellungen aufgeworfen, die in Folgeprojekten behandelt werden.
  - ✿ HTA stellt Grundlagen bereit, die durch andere WissenschaftlerInnen in neuen Forschungsvorhaben aufgegriffen werden.
  - ✿ Änderungen in der Forschungskultur werden z.B. durch geänderte Forschungsdesigns deutlich.
  - ✿ Es entstehen Kooperationen mit anderen Forschungsinstituten.

**Auswirkungen auf weitere Forschung**

- Lehre und Transfer der HTA-Expertise...**
3. Welche Formen von Lehre und Transfer der HTA-Expertise werden genutzt?
- Indikatoren:
- ✿ Wissen wird in der Form von Lehre an Hochschulen und Universitäten weitervermittelt sowie in Schulungen und Workshops gelehrt.
  - ✿ Es findet ein internes Capacity Building statt.
  - ✿ HTA-ExpertInnen werden in (Entscheidungs-) Gremien berufen.
  - ✿ Eine Steigerung der öffentlichen Wahrnehmung sowie eine Veränderung in der Entscheidungskultur (z.B. Conflict of Interest Statements in Entscheidungsgremien) hin zu mehr Transparenz ist bemerkbar.
- ... z.B. HTA-ExpertInnen in Entscheidungsgremien

### 5.3.2 Durchführung

**Fragebogen bezieht sich auf 6 Kategorien** Die MitarbeiterInnen des LBI-HTA wurden im April 2010 über ihre Projekte befragt. Projektspezifisch wurde nach bekannten Effekten in sechs unterschiedlichen Kategorien gefragt:

*Tabelle 5.3-1: Erhebungskategorien des Fragebogens*

Kategorie	mögliche Differenzierung
Forschung	Neue Forschungsvorhaben durch aufgeworfene Fragestellungen, Verwendung der HTA-Ergebnisse als Grundlage neuer Forschungsthemen, ...
Konferenzbeiträge (Vorträge, Poster, Podiumsdiskussionen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• selbst initiiert</li> <li>• auf Anfrage</li> </ul>
Publikationen (peer-reviewed)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eingereicht</li> <li>• publiziert</li> </ul>
Sonstige schriftliche Beiträge	Editorials, Tätigkeit als Peer-ReviewerIn, Stellungnahmen, populärwissenschaftliche Artikel
Gremien	Angefragt als oder Mitglied in (Entscheidungs-) Gremien, BeraterInntätigkeit
anderer Impact	Eine andere Art von Impact ist bekannt – z.B. Einfluss auf Gesetzgebung, Leitlinien von Fachgesellschaften

**Erhebung von „nicht-projektspezifischen“ Aktivitäten**

Darüber hinaus wurden „nicht projekt-spezifische“ Aktivitäten, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit einem Projekt stehen, sondern eher allgemein mit der Arbeit am LBI zusammenhängen (Bsp. Lehre, Kooperationen, Netzwerkarbeit), erhoben.

**fehlende Vergleichsmaßstäbe erlauben nur freie Interpretation**

Der Fragebogen wurde von 15 Personen (n=15) ausgefüllt, was einer 100%igen Response entspricht. Die Auswertung der Ergebnisse wird in qualitativer Form vorgenommen. Die Ergebnisse können aufgrund fehlender Vergleichsmaßstäbe nur eingeschränkt für die Bewertung des Impacts herangezogen werden, sie sollen jedoch ein ergänzendes Bild über die Aktivitäten und vor allem Kommunikationswege, über die HTA (in die wissen-



schaftliche Community) weitergegeben wird, darstellen und somit Formen von Wahrnehmung und Enlightenment aufzeigen.

## 5.4 Ökonomische Analyse

### 5.4.1 Fragestellung

Langfristiges Ziel der HTA-Forschung am ITA und LBI-HTA war bzw. ist ihr Beitrag zu einem effizienten und nachhaltig finanzierbaren solidarischen Gesundheitssystem. Die HTA-Forschung ist daher nicht nur bestrebt, zu einer wirksameren Gesundheitsversorgung beizutragen, sondern – etwa über das Aufzeigen von Ressourcenverschwendung und Rationalisierungspotenzialen – zu mehr Effizienz im System beizusteuern. Im LBI-HTA Selbstverständnis [2, S. 9] kommt dies in folgender Aussage zum Ausdruck: „Wir bieten die wissenschaftliche Grundlage für Entscheidungen zu Gunsten eines effizienten und angemessenen Ressourceneinsatzes.“

Die für die Analyse definierten Impact-Kategorien (Kapitel 4) bilden dies insbesondere in der Kategorie „finale Outcomes“ ab, die neben dem Gesundheitsgewinn auch ökonomische Dimensionen wie etwa Einsparungen ohne Qualitätsverlust umfasst.

Die ökonomische Analyse widmet sich folgender Fragestellungen:

1. Welche ökonomischen Effekte lassen sich bei jenen Projekten beobachten, deren Empfehlung vorwiegend auf ökonomische Dimensionen (Mengendiffusion oder Kostenverschiebung/Einsparung) ausgerichtet waren?
2. Lässt sich daraus ein Hinweis für mehr Effizienz im Gesundheitssystem ableiten?

### 5.4.2 Durchführung

In der Literaturübersicht finden sich einzelne Ansätze zur methodischen Umsetzung der genannten Fragestellung. Jacob und McGregor [9] identifizierten aus den Berichten eines HTA Instituts in Kanada jene, die primär auf Kostenreduktion ausgerichtet waren und evaluierten die Auswirkung auf die Ausgaben für die ausgewählten Produkte nach der Veröffentlichung des HTA-Assessments. Im Vergleich dazu extrapolierten sie die Ausgaben vor Erstellung des Assessments und ermittelten aus der Differenz potenzielle Kosteneinsparungen.

In einer anderen Studie aus Schweden [10] wurden Mengenänderungen in der präoperativen Diagnostik nach einem HTA-Assessment evaluiert. Die Information zum konkreten Mengenverbrauch nach Veröffentlichung des HTA-Assessments (z.B. durchgeführte Lungenröntgen) wurde mit einem Fragebogen erhoben.

Eine dritte Studie aus Kanada [11] präsentiert Fallstudien zu einzelnen HTA-Berichten und deren Einfluss in konkreten Entscheidungsprozessen. Der ökonomische Impact wurde anhand grober Schätzungen zu Kosteneinsparungen dargestellt. Es wurde etwa auf Basis des HTA-Berichts ein Herz-Katheter-Labor weniger als ursprünglich geplant, errichtet. Die Einsparung

**Ziel des LBI-HTA:**

**Aufzeigen von Ressourcenverschwendung**

**mehr Effizienz im Gesundheitssystem**

**Impact-Kategorie**

**„finale Outcomes“**

**Fragestellungen der ökonomischen Analyse**

**methodische Ansätze aus der Literaturübersicht...**

**... z.B. Erhebung des Mengenverbrauchs in Schweden**

**... oder Schätzung der Kosteneinsparungen in Kanada**

der Investitionskosten und der laufenden Kosten dieser Technologie wurden dargestellt.

**ökonomischer Impact wird durch Schätzungen erfasst**

In der Literatur wurde der ökonomische Impact demnach eher in Form pragmatischer Ansätze und mittels einfacher Schätzungen erfasst. Auf Basis dieser Ansätze wurde für die vorliegende Evaluierung des ökonomischen Impacts folgende methodische Vorgangsweise gewählt:

**Vorgehen ökonomische Analyse:**

1. Identifizierung jener HTA-Berichte, deren Thema oder Empfehlung einen Einfluss auf Mengendiffusion, Preise oder Kosten erwarten lässt
2. Recherche zu ökonomischen Effekten auf Basis

**Analyse von LKF-Daten**

- ✿ einer Analyse von administrativen Daten aus dem leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF-System) und von Daten der Sozialversicherungsträger zu Mengen/Ausgaben im Zeitverlauf

**Befragung von Kostenträgern**

- ✿ Befragung der Kostenträger im Rahmen der Interviews (siehe Kapitel 5.1.)

**Indikatoren:**

3. Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

**Kosteneinsparungen &**

Die Indikatoren, anhand derer die ökonomischen Effekte evaluiert werden, sind

**Ressourcen-umverteilung**

- ✿ Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen -> Kosteneinsparung durch Mengen- oder Preisveränderungen
- ✿ Wahrgenommene Ressourcenverteilung (-potenziale) durch Einsatz von HTA in prospektiver Budgetplanung und Versorgungsplanung

## 5.5 Medienanalyse

### 5.5.1 Fragestellung

**weiteres Ziel des LBI-HTA:**

**Aufbau einer kritischen Gegenöffentlichkeit & Public Understanding**

Die HTA-Forschung am LBI spricht mit einem Ihrer Arbeitsschwerpunkte - der „Forcierung des öffentlichen Diskurses durch Thematisierung und Agenda-Setzung wissenschaftsrelevanter Themen“ [2, S. 11] -gezielt die Impact-Kategorie „Enlightenment“ an. Sie kommt konkret in der Programmlinie 3 des Forschungsprogramms (Public Understanding und Wissenschaftliche Öffentlichkeit) zum Ausdruck, deren Ziel es ist, „durch Vorträge, Seminare, nutzerfreundliche Webpagegestaltung und Newsletter eine kritische Gegenöffentlichkeit aufzubauen und JournalistInnen, PatientInnen, aber auch die Administration im Hinterfragen methodisch und inhaltlich zu unterstützen“ [2, S.12] (siehe auch Kapitel 0).

**massenmedialer Diskurs als Untersuchungsgegenstand**

Öffentliche (insbesondere massenmediale) Diskurse, aber auch fachspezifische Diskurse der wissenschaftlichen Gemeinden stellen hierbei einen relevanten Untersuchungsgegenstand dar. Die Medienanalyse widmet sich hieraus dem massenmedialen Diskurs in den Printmedien und hat zum Ziel, den Einfluss der HTA-Forschung diskursanalytisch zu beleuchten. Damit wird sowohl die Impact-Kategorie „Wahrnehmung“ als auch die Kategorie „Enlightenment“ (siehe Kapitel 4) angesprochen.

Es werden folgende Fragestellungen behandelt:

1. In welcher Form und Häufigkeit wird über die HTA-Forschung des ITA und des LBI-HTA in den Medien berichtet?
2. Wie wird massenmedial in den Printmedien über medizinisches Wissen generell berichtet und finden sich hierbei eine „HTA-Kultur“ (siehe Kapitel 4.1 und 4.2) wieder?

**Häufigkeit und Form der Medienberichte**

**„HTA-Kultur“ vorhanden?**

## 5.5.2 Durchführung

### Theoretischer Hintergrund

Diskursorientierte Analyseansätze und deren theoretische Basis sind in unterschiedlichen disziplinären Kontexten beheimatet. So steht der Begriff „discourse analysis“ für einen Sammelbegriff unterschiedlicher linguistisch fundierter Ansätze, die ein interdisziplinäres Feld der Gesprächs- und Textanalyse umfassen.

**verschiedene Diskursorientierte Analyseansätze**

Die „kritische Diskursanalyse“ und die „Critical Discourse Analysis“ (CDA) verknüpfen hingegen Elemente der „discourse analysis“ mit post-strukturalistischen diskurstheoretischen Perspektiven, wie etwa jene von Foucault, der u.a. die Entstehung und Wirkung von Macht-Wissens-Komplexen untersuchte. Das heißt, die Fragestellungen der „kritischen Diskursanalyse“ und der CDA richten sich weniger auf sprachwissenschaftliche Phänomene sondern auf gesellschaftliche Wissensregime und Bedeutungsordnungen [12].

**„discourse analysis“**

**„kritische Diskursanalyse“**

Im Fokus der „wissenssoziologischen Diskursanalyse“ stehen die Prozesse und Praktiken der Produktion und Zirkulation von Wissen in unterschiedlichen institutionellen Feldern. Der Forschungsgegenstand ist, wie Keller [12, S. 193] definiert, „die Produktion und Transformation gesellschaftlicher Wissensverhältnisse durch Wissenspolitiken, d.h. diskursiv strukturierte Bestrebungen sozialer Akteure, die Legitimität und Anerkennung ihrer Weltdeutungen als Faktizität durchzusetzen“. Sozialer Wandel entsteht damit durch die Verschiebung von Wissensregimen.

**„wissenssoziologische Diskursanalyse“**

Diese Verschiebung von Wissensregimen spiegelt sich in den Zielen der LBI-HTA Forschung und bei den Impact-Kategorien im „Enlightenment“-Konzept wider. Insofern bietet die wissenssoziologische Diskursanalyse eine geeignete theoretische Basis für das gegenständliche Forschungsvorhaben. Da diese Analyse jedoch nur eine von insgesamt fünf empirischen Methoden darstellt, kann hier keine erschöpfende Analyse, die das gesamte theoretische Fundament integriert oder gar eine theoretische Weiterentwicklung geleistet werden.

**Verschiebung von Wissensregimen Ziel von LBI-HTA**

**daher wissenssoziologische Diskursanalyse**

### Datenquellen und Analysekonzept für Fragestellung 1

Für die erste Fragestellung wird der LBI-HTA Pressespiegel verwendet. Dieser enthält den Großteil der Pressemeldungen, in denen über LBI-HTA Forschungsergebnisse bzw. über das Institut berichtet wird. Die Medienberichte werden danach ausgewertet, in welchen Arten von Medien die Berichterstattung erfolgt, zu welchen Themen oder Berichten eine Berichterstattung erfolgte und wie sich die Berichterstattung quantitativ im Zeitverlauf darstellt. Schlussendlich werden die Artikel darauf hin analysiert, wel-

**Pressespiegel des LBI-HTA wird ausgewertet**

che Eigenschaften dem Institut zugeschrieben werden und welches Image daraus abgeleitet werden kann.

## Datenquellen und Analysekonzept für Fragestellung 2

<b>ausgewählte Printmedien</b>	Für die zweite Fragestellung musste eine Vorauswahl von Printmedien getroffen werden und eine Einschränkung im Zeitraum definiert werden. Ausgewählt wurden zunächst jene Printmedien, die sowohl zu den Massenmedien zählen als auch medizinisch-wissenschaftliche Themen behandeln. Ausgeschlossen wurden somit populärwissenschaftliche Fachzeitungen (da diese nicht in den Massenmedienbereich fallen) sowie die Boulevardpresse (da diese wissenschaftliche Themen nicht im Detail behandelt). Die Auswahl wurde außerdem auf überregionale Tageszeitungen beschränkt. Somit wurde die Recherche auf die zwei österreichische Qualitätszeitungen „Die Presse“ und „Der Standard“ eingeschränkt.
<b>„Die Presse“ „Der Standard“</b>	
<b>Zeitraum der Analyse</b> <b>01/2001 – 06/2010</b>	Der Zeitraum wurde begrenzt auf 1.1.2001 bis 30.6. 2010. Die Auswahl des Beginnzeitpunkts wird damit begründet, dass HTA-Forschung bzw. „HTA-Kultur“ vorher nur punktuell in den österreichischen Mediendiskurs Eingang fand. Der Zeitraum zwischen 2001 und 2005 bildet einen guten Vergleichszeitraum mit der Periode seit 2006, in der durch das Bestehen des LBI-HTA, verbunden mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit, Änderungen vermutet werden können.
<b>Generation der Datenbasis durch...</b>	Die Archive der zwei ausgewählten Medien wurden nach den Stichworten ‚Gesundheit‘, ‚Medizin‘ und ‚Medikamente‘ – wenn möglich eingeschränkt auf die Ressorts ‚Gesundheit‘ und ‚Wissenschaft‘ – recherchiert. Da die damit generierte Datenbasis weiterhin zu umfangreich für eine diskursanalytische Auswertung war, musste eine weitere Reduktion des Korpus vorgenommen werden. Die Rechercheergebnisse wurden danach hin beleuchtet, welches die wesentlichen Debatten bzw. inhaltlichen Schwerpunkte im Untersuchungszeitraum waren.
<b>...Recherche und Reduktion</b>	
<b>Identifikation „zentraler Debatten“</b>	Ziel war es, vier „zentrale Debatten“ zu identifizieren, die dann für die Bearbeitung der in Kapitel 5.5.1 genannten Fragestellung 2 im Detail analysiert wurden. Dazu wurde die Datenbasis wieder erweitert und zwar auf alle Ressorts in den zwei ausgewählten Zeitungen, um den massenmedialen Diskurs zu den identifizierten Debatten eingehender beleuchten zu können.
<b>Analyse unterstützt durch Software</b>	Die Analyse erfolgte mittels technischer Unterstützung durch die Software „ATLAS.ti“. In diesem Programm werden alle untersuchten Zeitungsberichte als sogenannte „Primary Documents“ unter fortlaufender Nummerierung registriert. Zitate aus den Berichten erfolgen mit Verweis auf die jeweilige „Primary Document Nummer“ (z.B. P102 für Primary Document Nr. 102).
<b>Analyse hinsichtlich:</b>	Die in die Endauswahl aufgenommenen Zeitungsberichte für die Analyse des massenmedialen Diskurses wurden nach folgenden Fragestellungen untersucht
<b>SprecherInnen</b>	1. SprecherInnen und Positionen <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Welche Akteure prägen und dominieren den Diskurs?</li> <li>✿ Welche Positionen vertreten die Akteure?</li> <li>✿ In welchen Zusammenhängen kommen die Akteure zu Wort?</li> </ul>

2. „HTA-Kultur“ (siehe auch Kapitel 4.1 und 4.2)

„HTA-Kultur“

- ✧ Nutzen und Schaden von Technologien/kritischer Umgang mit Zahlen
  - ✧ Mit welchen Eigenschaften werden die Therapien und/ oder Vorsorgemaßnahmen zu den ausgewählten Themen dargestellt?
  - ✧ Wie werden Wirkung und Nebenwirkung kommuniziert?

HTA-Konzepte

- ✧ Sonstige HTA-Elemente einer „HTA-Kultur“
  - ✧ Werden zentrale HTA-Konzepte oder HTA-Forschungsergebnisse berichtet?
  - ✧ Kommen sprachliche Elemente bzw. Inhalte vor, die eine „HTA-Kultur“ widerspiegeln z.B. transparente Gegenüberstellung von Nutzen und Schaden, Debatte zu angemessenem Ressourceneinsatz, qualitativer Fortschrittsbegriff, Transparenzdebatte, Entkräftung von Mythen).

3. Veränderungen im Zeitverlauf

Zeitverlauf

- ✧ Können Unterschiede im Diskurs zwischen den definierten Zeiträumen (2001-2005; 2006-2010) identifiziert werden?



## 6 Ergebnisse

Die Ergebnisse der einzelnen Erhebungsmethoden werden jeweils in den zutreffenden Impact-Kategorien präsentiert. Je nach Forschungsmethode wurden die Ergebnisse einer oder mehreren Kategorien zugeordnet.

Ergebnisse jeweils in Impact-Kategorien präsentiert

In der Auswertung der Ergebnisse ist deutlich geworden, dass die zu Beginn der Forschung festgelegten sieben Impact-Kategorien aus dem Framework (Wahrnehmung, Akzeptanz, Prozess, Entscheidung, Umsetzung in die Praxis, Finale Outcomes und Enlightenment) nicht immer direkt voneinander getrennt werden können, sondern zum Teil fließende, sich gegenseitig bedingende Übergänge bestehen. In der Darstellung werden daher die Ergebnisse der Kategorien Wahrnehmung und Akzeptanz sowie Prozess, Entscheidung und Praxis zu jeweils einer Kategorie zusammengefasst präsentiert.

Kategorien gehen in einander über

Die Ergebnisse sind, soweit möglich, zusätzlich nach Systemebenen unterteilt.

### 6.1 Wahrnehmung und Akzeptanz

#### 6.1.1 Ergebnisse aus den Interviews

##### Mikroebene

Die Forschungsmethode HTA wird von den individuellen Personen der Mikroebene mit zahlreichen positiven Formulierungen belegt. Es werden die Unabhängigkeit, die Positionierung gegen den Medienhype und das kritische Hinterfragen als positive Aspekte angeführt: *„Ich finde es ausnehmend wichtig, dass es so was gibt, so quasi ein bisschen als gesellschaftliches Korrektiv“* (Interview 8). Der HTA-Methode wird zugetraut, noch in anderen Bereichen zu forschen, auch vor dem Hintergrund, dass *„Österreich ... österreichische Daten [braucht], wenn es mit österreichischen Politikern verhandeln möchte“* (Interview 6). Die AnwenderInnen auf der Mikroebene sehen das LBI-HTA als ein gut vernetztes Institut, und die Medienarbeit (Interviews, öffentliche Stellungnahmen) wird positiv bewertet.

Forschungsmethode HTA wird positiv wahrgenommen...

Der Bekanntheitsgrad von HTA wird hingegen als noch nicht ausreichend empfunden; die Forschung sei nicht ausreichend publik und der Begriff HTA vielfach unbekannt: *„Das sollte viel publikler sein, ich mein dass es dieses Institut gibt: Da ist schon der Titel so holprig, so schwierig. Wer weiß denn das schon, was HTA ist?“* (Interview 8).

... ist jedoch nicht ausreichend bekannt

Einzelne HTA-Berichte stellen für praktizierende MedizinerInnen ein *„Hilfsmittel zur Entscheidung“* (Interview 7) und Grundlage im Arbeitsalltag dar. Allerdings sei im Kontakt mit den PatientInnen die Anwendung von HTA-Erkenntnissen weniger bedeutend, *„wenn ich jetzt meine Funktion als Arzt sehe, das ist da nicht relevant“* (Interview 7). Von Seiten des Journalismus wird geäußert, dass der HTA-Forschung in der Berichterstattung wenig Bedeutung zugesprochen wird und das Verfassen von Artikeln darüber primär aus dem persönlichen Interesse des/der JournalistIn hervorgeht. Dafür sieht sich die Person als MultiplikatorIn mit dem Versuch, einen Zugang zur HTA-Forschung zu schaffen. HTA-Berichte werden von Repräsentan-

HTA als Hilfestellung im Arbeitalltag

Akteure sehen Umsetzung von HTA durch Entscheidungsträger als mangelhaft

tInnen der Mikroebene primär als Unterstützung von EntscheidungsträgerInnen und weniger als Unterstützung individueller Akteure auf der Mikroebene wahrgenommen. Die Umsetzung der Forschungsergebnisse auf der Entscheidungsträgerebene nehmen die InterviewpartnerInnen auf der Mikroebene als mangelhaft wahr.

### Mesoebene

Wunsch, dass "niemand an Euch vorbeikommt"

Auf der Mesoebene wird eine Akzeptanz von HTA seitens des Managements der befragten Institutionen artikuliert und die Forschung als eine gute, sich zunehmend ausbreitende und diskursunterstützende Methode beschrieben. Der Wunsch eines Interviewpartners ist, „*dass niemand an Euch [dem LBI-HTA] vorbeikommt*“ (Interview 5).

Forderung nach mehr Evidenz & Transparenz in der Entscheidungsfindung

HTA bietet eine Hilfestellung (nicht näher definiert) und schafft mehr Transparenz. „*Ziel ist [es] keine Entscheidungen über Leistungen und Strukturen mehr zu treffen, ohne HTA im weiteren, weitesten Sinne zumindest mit einzubeziehen*“ (Interview 4). Mehrmals wird die Notwendigkeit nach mehr Evidenz anstatt Eminenz angesprochen und auch das Potenzial von HTA, neue Studien zu initiieren. Die HTA-Forschung sei allerdings weder ausreichend bekannt in Österreich, noch sei die Anerkennung ausreichend „*wenn HTA ... einen höheren Stellenwert, einen allgemein anerkannten, höheren Stellenwert hätte, wäre es natürlich sehr hilfreich*“ (Interview 5). Dies wird damit in Zusammenhang gebracht, dass Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen generell einen geringen Grad an Transparenz aufweisen, denn „*solange da nicht ein Mehr an Transparenz eingeführt oder eingefordert wird, wird natürlich auch die unter Anführungszeichen Wirksamkeit von Assessments geringer sein*“ (Interview 3). Zuweilen wird HTA eine zu hohe Erwartungshaltung an Veränderungen sowie die Überschreitung von Grenzen attestiert. Insgesamt wird die HTA-Forschung begrüßt, die Prognose für diese Forschung im Gesundheitssystem wird aber vereinzelt als ungewiss beschrieben.

Großteil der Berichte bekannt  
einzelne Berichte ohne Nutzen für Einzelakteure,  
je nach persönlicher Relevanz

In den Aussagen spiegelt sich wider, dass der Großteil der interviewten Personen den Berichten große Aufmerksamkeit schenkt und sie in der täglichen Arbeit nutzt. Aussagen zu einzelnen Assessments werden gegenüber allgemeinen Aussagen über die Berichte seltener gemacht. Ein Beispiel für einen konkreten Bezug zu einem Bericht ist das Assessment zu Hämocompletan®, das in einer Abteilung „*schon einige von uns zum Nachdenken ange-regt hat*“ (Interview 5). Vereinzelt sind konkrete Berichte hingegen unbekannt und finden auch keine Anwendung. Als Grund wird geäußert, dass für die persönlich relevanten Fragestellungen keine Assessments vorliegen oder diese nicht in der vorhandenen kurzen Zeit verfasst werden können.

ÄrztInnen wird mangelnde Akzeptanz von HTA attestiert

Als ein Problem wird von VertreterInnen der Mesoebene die mangelnde Anerkennung von HTA seitens der ÄrztInnen und ein damit einhergehendes Akzeptanzproblem beschrieben. „*Das Risiko, dass ... [es] auf der einen Seite zwar ... bestätigend [für die ÄrztInnen] ist, werden sie sich natürlich freuen. Aber wenn ... [die Aussage des HTAs] wirklich kritisch ist und wenn man das HTA wirklich anfängt als Instrument des Managements, ... der Kostenkontrolle und der Kostendämpfung ... alles Negative aus Sicht ... des Kernbereichs Medizin [einzusetzen]. Ob man nicht ... sowohl schulungs- als auch imagemäßig was aktiv tun muss für HTA!?*“ (Interview 9).



## Makroebene

Aussagen von Seiten der politischen Instanzen zu Wahrnehmung und Akzeptanz von HTA ähneln jenen der Mesoebene. Das Mehr an Evidenz im Gegensatz zu Eminenz *„nicht eminenzbasiert, sondern evidenzbasiert“* (Interview 1) wird als sehr positiv bewertet und wird wiederholt im Interview genannt. Als gutes Beispiel werden die Assessments zu den medizinischen Einzelleistungen (MELs<sup>2</sup>) hervorgehoben, in der Entscheidungsfindung wird HTA als *„objektives Korrektiv [eingesetzt] ... auf das man sich berufen kann“* (Interview 1). Es wird angemerkt, dass die Position von EntscheidungsträgerInnen, die *für* und *mit* HTA argumentieren, keine starke ist und sich dies in Verhandlungen zeige. Allerdings wird die Anwesenheit von Personen, die in der HTA-Forschung tätig sind, in Verhandlungen mit einer positiven Wirkung verbunden. Gefordert wird, dass die HTA-Forschung Fachgesellschaften im Forschungsprozess stärker berücksichtigen sollte und die Kommunikation über die Fähigkeiten und Möglichkeiten von HTA verstärkt werden sollte.

Als Beispiel für einen besonders positiv wahrgenommenen Bericht wird der Bericht zur Neuen Influenza genannt. Dieser habe bewirkt, *„dass da nicht die Pferde durchgegangen sind“* (Interview 1). Erkenntnisse aus der Forschung konnten nicht nur vom Auftraggeber direkt umgesetzt werden, sondern auch Dritten einen Nutzen bringen (bezogen auf MEL Berichte). Einige Berichte sind jedoch völlig unbekannt. Mehrfach wird gesagt, dass es an der Akzeptanz der Berichte seitens Externer mangelt und die HTA-Forschung kritisch betrachtet wird: *„Wer HTA betreibt, hat nie viele Freunde, das ist ein Grundsatz“* (Interview 1). Dennoch sei die Akzeptanz von HTA seitens der Landesfonds und Leistungserbringer hinsichtlich evidenzbasierter Medizin (EbM) vorhanden. Auch das Ministerbüro greift auf HTA zurück und würde mehr Aufträge vergeben, wenn mehr Geld vorhanden wäre.

Den Interviewten der Makroebene ist bewusst, dass die Position und Wahrnehmung des LBI-HTA auch durch die von ihnen vergebenen Themen beeinflusst wird. Als Beispiel wird die Bewertung der MELs genannt: *„Ich mein das ist zwar eine sehr erfolgreiche und gute Geschichte, aber ich glaub, das ist auch eine, die vielleicht ein bisschen Probleme macht im LBI, weil da ja nur die strittigen Punkte behandelt werden. Das sind viele diese kontroversiellen, wo man sich nicht klar ist, zahlen, nicht zahlen? ... Und dadurch, dass die eben ausgerechnet diese kontroversiellen und schwierigen Sachen dann immer vom LBI behandelt werden, ist es so, dass das LBI dann dadurch auch immer wieder angegriffen wird“* (Interview 2).

**MELs als Beispiel für evidenzbasierte Entscheidungsfindung**

**Berücksichtigung von Fachgesellschaften gefordert**

**„Neue Influenza“-Bericht positiv hervorgehoben**

**Mehrwert von HTA**

**„Wer HTA betreibt hat nie viele Freunde“**

**Vergabe von kontroversen Themen an LBI begünstigt Kritik am Institut**

<sup>2</sup> Alljährlich werden beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) neue oder bestehenden medizinische Interventionen für die Einzelleistungsrefundierung vorgeschlagen. Das LBI-HTA bewertet die Effektivität sowie die Sicherheit einzelner dieser medizinischen Einzelleistungen (MELs).

## 6.1.2 Ergebnisse der Downloadanalyse

### Zugang zum PDF

Suchfunktion über Dokumentenserver

Die Homepage des LBI-HTA bietet für den Zugriff auf den Dokumentenserver eine Suchfunktion, in der gezielt nach Publikationstyp, Themengebiet, AutorIn/HerausgeberIn, Institution und/oder Jahr gefiltert werden kann. Die Auswahl einer Publikation öffnet eine eigene Seite, auf der ein Abstract der Publikation sowie Schlagwörter und Themengebiete aufgeführt sind. Über einen Link kann das Dokument als PDF herunter geladen werden.

andere Wege als nur die Homepage führen zum Dokumentenserver....

Für eine Plausibilitätsprüfung wurden die Zahlen der PDF Downloads mit den Aufrufen der „Übersichtsseiten“ verglichen. Zu erwarten ist, dass die Aufrufe der Übersichtsseiten höher oder zumindest gleich hoch, wie die Zugriffe auf die PDF Downloads sind, da die Einstiegsseite den Link zum Download beinhaltet. Bei einigen Berichten wurden jedoch öfter das PDF heruntergeladen, als die dazugehörige Seite angeklickt (beispielsweise bei den Berichten: „Her2-Diagnostik“, „Klinische Pfade“, „Ökonomische Evaluation der HPV-Impfung in Österreich“). Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es weitere direkte Zugangswege zum Dokumentenserver gibt, die z.T. häufig genutzt werden.

... z.B. über den HTA-Newsletter

Ein weiterer Zugangsweg ist beispielsweise der Instituts-Newsletter. Der monatliche, online veröffentlichte HTA-Newsletter berichtet in kurzer und leicht verständlicher Form über relevante Technologien/Interventionen, zu denen das LBI-HTA oder andere, internationale HTA-Institutionen publiziert haben. Seit August 2009 wird auch der Link zu den vom LBI-HTA publizierten Assessments veröffentlicht. Im Jahr 2008 wurde der Newsletter insgesamt 12.478-mal bezogen, 2009 13.907-mal herunter geladen und bleibt 2010 konstant mit 13.937 Downloads (Abbildung 6.1-1).

13.937 LeserInnen in 2010

Über das Erscheinen des neusten Newsletters informiert ein E-Mailverteiler, in den sich interessierte Personen eintragen können. Der Verteiler zählt mittlerweile ca. 900 Personen aus Österreich und Deutschland.

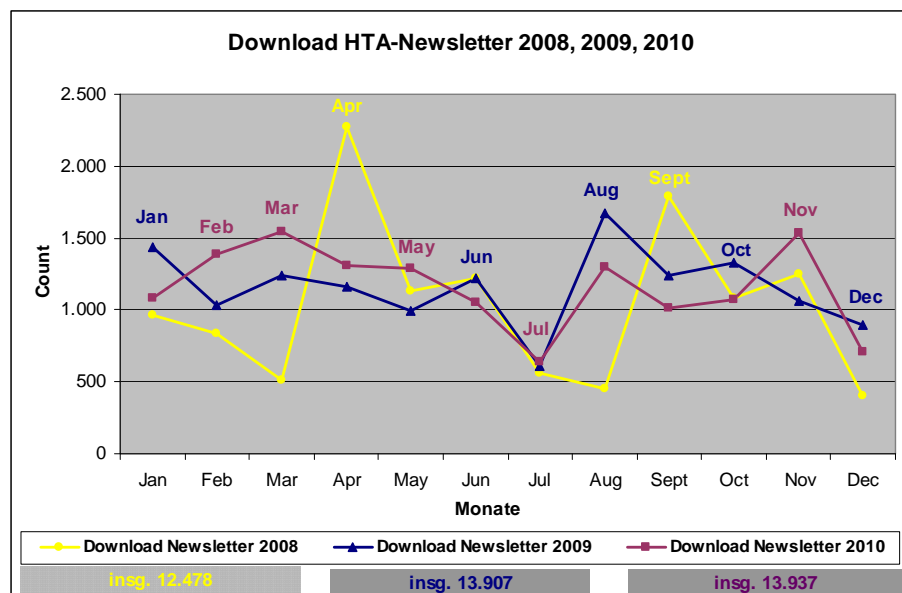


Abbildung 6.1-1: Download Newsletter 2008, 2009 & 2010

Außerdem wird auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit eine Auswahl von Projekten des LBI-HTA vorgestellt, die jeweils mit einem Link zum PDF versehen sind

([http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Health\\_Technology\\_Assessment/Ludwig\\_Boltzmann\\_Institut\\_Health\\_Technology\\_Assessment](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Health_Technology_Assessment/Ludwig_Boltzmann_Institut_Health_Technology_Assessment)).

Somit geschieht ein Zugriff auf die Berichte nicht ausschließlich über die Homepage des LBI-HTA, sondern es werden auch andere Zugriffswege (über andere Institutionen) angeboten und genutzt.

**Link auf BMG  
Homepage zu HTA-  
Berichten**

### Gesamtauswertung der Downloads

In dem Zeitraum von März 2006 bis Ende Mai 2010 wurden insgesamt 29.103 PDFs über das Internet bezogen. Die Berichte wurden im gesamten Zeitraum (PDF-Monatsdurchschnitt gesamt) zwischen ca. 1-mal pro Monat bis hin zu 340-mal pro Monat downgeloaded. Eine Übersicht über die Downloadfrequenz aller 92 Publikationen ist im Anhang (Tabelle 11-1) zu finden.

**monatliche Downloads  
zwischen 1 und 340**

Die Tabelle 6.1-1 zeigt die Mittelwerte der durchschnittlichen Downloadhäufigkeit aller Berichte eines jeweiligen Jahres. Während im Jahr 2006, in dem die ersten Publikationen online gingen, die Berichte ca. 1,7-mal im Monat bezogen wurden, bleibt die Häufigkeit mit ca. 1,5 monatlichen Downloads im Jahr 2007 relativ konstant. Im Jahr 2008 ist ein regelrechter Ansprung der Bezüge zu vermerken, es werden im Mittel ca. 23 Publikationen je Monat bezogen. In 2009 steigert sich der durchschnittliche Zugriff weiter auf 26 Bezüge pro Monat. In den ersten drei bzw. 5 Monaten des Jahres 2010 werden die Berichte mit durchschnittlichen 19 Downloads pro Monat wieder etwas seltener bezogen, wobei zu beachten ist, dass nur die ersten Monate in die Auswertung einbezogen werden konnten. Über alle Jahre hinweg liegt der durchschnittliche monatliche Download bei 22,7.

**Bezüge aller Berichte  
steigen mit den Jahren,**

**die Bezugshäufigkeit  
eines Berichtes nimmt  
dagegen im Zeitverlauf  
ab**

Die Auswertung der Downloadfrequenz im Zeitverlauf ergab, dass die Bezugshäufigkeit eines Berichtes im Zeitverlauf deutlich abnimmt. Im 7. Monat beträgt sie etwa ein Drittel des ersten Monats, nach einem Jahr ein Viertel.

*Tabelle 6.1-1: Durchschnittlicher Monatsdownload nach Jahren*

Jahr	Berichte insgesamt online	Durchschnittl. monatlicher Download (aller Berichte)
2006	4	1,7
2007	9	1,5
2008	56	22,9
2009	87	26,3
bis 05/2010	92	19,4

**TOP 15 der  
meistbezogenen  
Berichte liegen deutlich  
über dem  
Downloaddurchschnitt**

Die minimale Downloadfrequenz liegt bei 0,8 Downloads eines Berichtes pro Monat („Asthma in der Kindheit“) gegenüber dem Maximum von 339,9 Downloads („Neue Influenza – Schweinegrippe“). Die Abbildung 6.1-2 gibt Aufschluss über die Verteilung der Downloadfrequenz, indem die durchschnittlichen Downloads in 10 gleiche Gruppen geteilt wurden (Perzentile). Die Hälfte aller Berichte wurde monatlich zwischen einem und ca. 14-mal bezogen. Nur 10% der Berichte wurden öfter als 46,3-mal bezogen. Somit sind die in den „TOP 15“ der am häufigsten bezogenen Berichte genannten Publikationen (vgl. Tabelle 6.1-2), mit mehr als 50 monatlichen Downloads (besonders der Bericht mit knapp 400 Downloads) als deutliche Ausnahmen zu betrachten.

**Durchschnittliche Monatsdownloads nach Perzentilen**

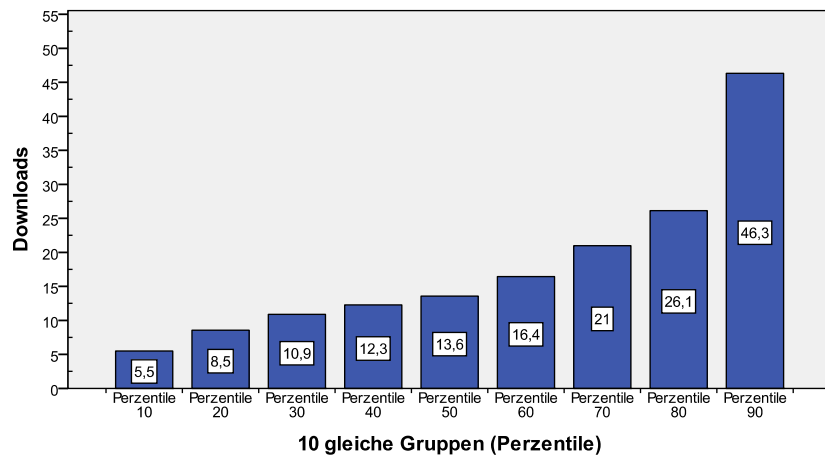


Abbildung 6.1-2: Verteilung der Downloadfrequenz nach Perzentilen

**meistbezogenen  
Berichte:  
Neue Influenza  
Ökonomische  
Evaluation HPV-  
Impfung in Ö**

In Tabelle 6.1-2 werden die Berichte mit den höchsten durchschnittlichen Monatsdownloads jenen mit den höchsten absoluten Downloadzahlen gegenüber gestellt. Die in absoluten sowie durchschnittlichen Zahlen am häufigsten bezogenen Publikationen sind das Assessment zur „Neuen Influenza (Schweinegrippe): Daten, Fakten zur Entscheidungsunterstützung“ (veröffentlicht im August 2009) mit insgesamt 2379 Bezügen sowie die „Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich“ (veröffentlicht im Jänner 2008) mit 2219 Downloads.

**aller Berichtsarten unter  
oft bezogenen Berichten**

Die Tabelle markiert zusätzlich, um welchen Berichtstyp („klassischer HTA-Projektbericht“, „Decision Support Document“ und „Sonstiger Bericht“) es sich handelt. Hierbei zeigt sich, dass unter den Top-15 der oft bezogenen Berichte alle Berichtstypen in relativ ausgewogenem Verhältnis vorkommen. Etwas häufiger werden die klassischen HTA-Projektberichte bezogen.

Die Tabelle 6.1-3 präsentiert das gleiche Auswertungsschema der 15 selten bezogenen Berichte. Die Publikation „Asthma in der Kindheit“ wurde über die Jahre insgesamt 37-mal bezogen, was in Relation zur online verfügbaren Zeit eine durchschnittliche Downloadhäufigkeit von weniger als 1-mal pro Monat bedeutet. Der Bericht zur „Schweregradifferenzierung in der neurologischen und Traumarehabilitation: Messinstrumente bei Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma“ wurde insgesamt 30-mal bezogen, womit er die geringste Downloadfrequenz aufweist. In Bezug zur kurzen Zeit online ist der Bericht in der Rangliste der durchschnittlichen Bezüge jedoch auf Rang 69 wieder zu finden (siehe Tabelle 11-1, im Anhang).

Auch hier wurden die Berichtstypen gekennzeichnet, wobei „sonstige Berichtstypen“ (wie z.B. die Berichte zu alternativmedizinischen Interventionen) bei der Darstellung der Monatsdurchschnitte besonders häufig vorkommen – dementsprechend selten bezogen wurden.

Berichte, die in ihrer Downloadhäufigkeit in der Nähe des Mittelwertes (22,7 Downloads bezogen auf den gesamten Zeitraum) liegen, sind: „Prävention von Folsäuremangel und Wirksamkeit von Folsäuresupplementierungen gegen Neuralrohrdefekte“ (20,9), „Das digitale Krankenhaus: PACS (Picture Archiving Communication Systems) (22,1), „Schlaganfallmanagement mittels Telemedizin (22,4), „Chemonukleolyse und intradiskale Elektrotherapie“ (22,6), „Rituximab (Rituxan® / MabThera®) für die Therapie chronisch lymphatischer Leukämien“ (22,8), „Klavikulafrakturen“ (22,9), „Rationale Impfpolitik“ (23,9), „Ambulante Kardiologische Rehabilitation Teil I und II (24,2) und „ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.4“ (25,7).

**selten bezogenen  
Berichte: Asthma und  
Traumarehabilitation**

**Berichte zu  
alternativmedizinischen  
Methoden eher selten  
bezogen**

**zahlreiche Berichte  
durchschnittlich oft  
bezogen (22,7  
Monatsdownloads)**

Tabelle 6.1-2: „TOP 15“ insgesamt häufig bezogener Berichte im Durchschnitt und absolut<sup>3</sup>

Im Monatsdurchschnitt oft bezogene Berichte (2006-2010)	Ø	Absolut oft bezogene Berichte (2006-2010)	Absolut
Neue Influenza (Schweinegrippe)	339,9	Neue Influenza (Schweinegrippe)	2379
Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich	85,3	Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich	2219
Beschaffungsprozesse ausgewählter Produktgruppen in Krankenanstalten - Orthopädische und kardiologische Implantate	75,3	Minimal-invasiver perkutaner Aortenklappenersatz	1306
Trabectedin (Yondelis®) als Zweitlinientherapie zur Behandlung von rezidiviertem platin sensitivem Ovarialkarzinom	67,5	ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.3	1011
Minimal-invasiver perkutaner Aortenklappenersatz	54,4	Rückenschmerzen	1001
Rückenschmerzen	50,1	Klinische Pfade	728
Gefitinib (Iressa®) als Erstlinientherapie zur Behandlung von nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom	49,5	Avastin® bei Altersbedingter Makuladegeneration. Analyse der Sicherheit und Nebenwirkungen	711
Status quo Mammographie-Screening, Evaluationsergebnisse organisierter Programme	48,5	ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.2	704
Haemocomplettan® P und Fibrogammin® P	46,5	Rationale Impfpolitik	668
ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.3	45,9	ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.4	546
Evidenzgestützte Versorgungsplanung	42,7	Das digitale Krankenhaus: PACS	486
Mutter-Kind-Pass: Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen	40,4	Aktualisierung von Leistungskatalogen	465
Klinische Pfade: Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit	38,3	Ambulante Kardiologische Rehabilitation Teil I und II	459
Everolimus (Afinitor®) zur Behandlung von fortgeschrittenem/metastasiertem Nierenzellkarzinom	33,8	ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.6	417
Aktualisierung von Leistungskatalogen	33,2	Invasive Aspergillose	384

<sup>3</sup> HTA-Projektbericht; Decision Support Document: MEL = medizinische Einzelleistungen, HSS Horizon Scanning in der Onkologie; sonstige

Tabelle 6.1-3: „TOP 15“ insgesamt selten bezogener Berichte im Durchschnitt und absolut<sup>4</sup>

Im Monatsdurchschnitt selten bezogene Berichte (2006-2010)	Ø	Absolut selten bezogene Berichte (2006-2010)	Absolut
Asthma in der Kindheit	0,8	Schweregraddifferenzierung in der neurologischen und Trauma-rehabilitation	30
Einsatz von Statinen zur Sekundärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen. Ein systematischer Review gesundheitsökonomischer Analysen	1,4	Asthma in der Kindheit	37
Hepatitis C in Österreich: Entscheidungsanalytische Modellierung	1,5	Bioresonanztherapie	45
LBI-HTA Externes Manual	3,1	Colon Hydrotherapie bei anorektalen Problemen	50
Bachblütentherapie bei Schmerzen und psychischen Problemen	4,6	Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gesundheitsökonomische Evaluationen	56
Horizon Scanning System (HSS) - Ein Überblick	4,9	Retroluminale Transobturatorische Repositionsschlinge bei Belastungsinkontinenz des Mannes	58
Bioresonanztherapie	5	Autologe Chondrocyten Implantation	66
Colon Hydrotherapie bei anorektalen Problemen	5	Einsatz von Statinen zur Sekundärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen. Ein systematischer Review gesundheitsökonomischer Analysen	68
Selektive Zelladsorption bei entzündlichen Darmerkrankungen	5,1	Hepatitis C in Österreich: Entscheidungsanalytische Modellierung	73
Retroluminale Transobturatorische Repositionsschlinge bei Belastungsinkontinenz des Mannes	6,4	Bildgesteuerte Strahlentherapie mittels Cone-beam Computertomographie	74
Photodynamische Therapie bei malignen Stenosen im Verdauungstrakt	6,6	Perkutane Nukleotomie und perkutane Laserdiskusdekompression	77
Medikamentfreisetzende Stents bei Koronarinterventionen im Vergleich zu nicht beschichteten Stents	6,6	Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) als Konsolidierungstherapie nach erster Remission bei follikulärem Lymphom	78
Chronische Hepatitis C: Implikationen für Therapie und ökonomischen Ressourceneinsatz in Österreich	6,8	Farbstoffe in Nahrungsmitteln und ihre Auswirkungen auf die Hyperaktivität von Kindern und Jugendlichen	82
Das ärztlich-therapeutische Gespräch	6,9	LBI-HTA Externes Manual	83
Mammographiescreening. Evidenzbasierte Evaluationshilfe für organisierte Programme	7,7	Haemocomplettan® P und Fibrogammin® P zur Behandlung erworbener Fibrinmangelzustände	93

<sup>4</sup> **HTA-Projektbericht**; Decision Support Document: **MEL** =medizinische Einzelleistungen, **HSS** =Horizon Scanning in der Onkologie; **sonstige**

## Bezug von MEL- Publikationen

Alljährlich werden beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) neue oder bestehenden medizinische Interventionen für die Einzelleistungsrefundierung vorgeschlagen. Das LBI-HTA bewertet die Effektivität sowie die Sicherheit einiger dieser medizinischen Einzelleistungen (MELs). Die beim LBI-HTA als Decision Support Documents veröffentlichten Berichte behandeln sehr spezifische Indikationsbereiche, die vorwiegend für Entscheidungsträger Relevanz besitzen. Im Folgenden (Tabelle 6.1-4) sind die bisher veröffentlichten MEL-Berichte gesondert aufgeführt (exklusive MELS 2010, da zur Zeit der Auswertung noch nicht veröffentlicht).

Tabelle 6.1-4: Download MEL-Publikationen, sortiert nach Monatsdownloads im Ø

MEL-Publikation	Publiziert (Jahr)	DL insgesamt	DL Monatsdurchschnitt
Minimal-invasiver perkutaner Aortenklappenersatz	2008	1306	55
Chemonukleolyse und intradiskale Elektrotherapie (IDET)	2009	203	22
ACI / Autologe Chondrozytenimplantation	2009	66	17
Medikamentenbeschichtete Ballonkatheter	2009	155	17
Pumpless extracorporeal lung assist (PECLA)	2009	144	16
Kyphoplastie und Vertebroplastie bei osteoporotischen Wirbelkörperkompressionsfrakturen	2008	340	14
Rheophere® bei Altersbedingter Makuladegeneration, Hörsturz & Tinnitus, Diabetesspätfolgen	2008	331	13
IgG-Apherese bei ABO-inkompatibler Nierentransplantation	2009	107	12
Radiopeptidtherapie - 90Yttrium und 177Lutetium Somatostatinanaloge zur Behandlung von inoperablen neuroendokrinen Tumoren	2008	327	12
Injektionstherapien und Radiofrequenztherapien bei chronischen Rückenschmerzen	2009	102	11
Intraoperative Radiotherapie bei primärem Brustkrebs	2009	102	11
Optical Coherence Tomography	2008	270	11
Neue minimal-invasive Methoden bei Belastungsinkontinenz	2008	272	11
Stentgraftimplantation bei Erkrankungen der Aorta ascendens	2008	282	11
Perkutan implantierbare Pulmonalklappen bei angeborenen Herzfehlern des rechtsventrikulären Ausflusstraktes	2008	246	10
Perkutane Nukleotomie und perkutane Laserdiskusdekompression	2009	77	9
Kardiale Kontraktilitätsmodulation bei medikamentös therapierefraktärer Herzinsuffizienz	2008	205	9
LDL Apherese	2008	214	9
Bildgesteuerte Strahlentherapie mittels Cone-beam Computertomographie	2009	74	8
Retroluminale Transobturatorische Repositionsschlinge bei Belastungsinkontinenz des Mannes	2009	58	6
Selektive Zelladsorption bei entzündlichen Darmerkrankungen	2008	102	5



Die Gesamt-Downloadfrequenz der MEL-Publikationen variiert von insgesamt 58 bis zu 1306 Downloads. In durchschnittliche monatliche Bezüge übertragen, heißt dies, dass die Berichte zwischen 5 und 55-mal per Monat bezogen wurden. Das Dokument zum „Minimal-invasiven perkutanen Aortenklappenersatz“ wurde in den Jahren 2009 und 2010 am häufigsten bezogen und befindet sich jeweils unter den 5 insgesamt am häufigsten bezogenen Berichten. Die Berichte „Selektive Zelladsorption bei entzündlichen Darmerkrankungen“ und „Retroluminale Transobturatorische Repositionschlinge bei Belastungsinkontinenz des Mannes“ wurden hingegen selten bezogen. Insgesamt wurden zwei Berichte („Aortenklappenersatz“ und „Chemonukleolyse und intradiskale Elektrotherapie/IDET“) über dem durchschnittlichen Mittelwert aller Berichte bezogen. Die anderen Berichte liegen zwar darunter, mit durchschnittlichen Bezügen von 11 bis hin zu 17 Downloads per Monat werden 12 MEL-Publikationen jedoch wesentlich häufiger bezogen, als zahlreiche klassische Assessments.

**MEL-Berichte werden im Vergleich oft bezogen**

### Bezug von Horizon Scanning (HSS)- Publikationen

Die Decision Support Documents aus dem Horizon Scanning (HSS) in der Onkologie stellen ein noch junges Produkt am LBI-HTA dar. Die Berichte werden seit 2009 veröffentlicht. In der Downloadanalyse wurden 7 HSS-Publikationen ausgewertet (Tabelle 6.1-5). Der Bericht „Trabectedin (Yondelis®) als Zweitlinientherapie zur Behandlung von rezidiviertem platin-sensitivem Ovarialkarzinom“ sowie „Gefitinib (Iressa®) als Erstlinientherapie zur Behandlung von nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom“, die jeweils erst 2010 veröffentlicht wurden haben innerhalb von 2 Monaten mit durchschnittlich 68 und 50 Bezügen pro Monat, eine Downloadfrequenz erreicht, die deutlich über dem Durchschnitt aller Berichte liegt. Auch die weiteren HSS-Publikationen, außer „Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) als Konsolidierungstherapie nach erster Remission bei follikulärem Lymphom“, liegen deutlich über dem monatlichen Instituts-Downloadmittelwert von 22,7.

**HSS-Publikationen überdurchschnittlich oft bezogen**

*Tabelle 6.1-5: Download HSS-Publikationen, sortiert nach Monatsdownloads im Ø*

HSS-Publikation	Publiziert (Jahr)	Downloads insgesamt	DL Monats-durchschnitt
Trabectedin (Yondelis®) als Zweitlinientherapie zur Behandlung von rezidiviertem platin-sensitivem Ovarialkarzinom	2010	135	68
Gefitinib (Iressa®) als Erstlinientherapie zur Behandlung von nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom	2010	99	50
Everolimus (Afinitor®) zur Behandlung von fortgeschrittenem/metastasiertem Nierenzellkarzinom	2009	34	34
Azacitidine (Vidaza®) für die Therapie von myelodysplastischen Syndromen	2009	193	32
Cetuximab (Erbix®) bei nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom mit EGF-Rezeptor	2009	156	26
Rituximab (Rituxan® / MabThera®) für die Therapie chronisch lymphatischer Leukämien	2009	114	23
Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) als Konsolidierungstherapie nach erster Remission bei follikulärem Lymphom	2009	78	16

## Bezugsmuster nach Themen, Sprache und Länge der Berichte

### Themen

Für die Auswertung der Themengebiete wurde jede Publikation einer der im Kapitel 5.2.2 beschriebenen Themenkategorie zugeordnet. Eine Übersicht der Einteilung gibt die Tabelle 11-1 (im Anhang).

Abbildung 6.1-3 zeigt, dass 20 (21,7%) Assessments aus dem Themenbereich der Gesundheitsplanung und -versorgung sowie jeweils 16 Berichte aus dem Themenfeld Behandlungsverfahren sowie Onkologie/Krebsscreening (hierunter fallen auch die Berichte des Horizon Scannings) bezogen wurden. 11 Assessments (12%) sind der Kategorie Herz- Kreislaufsystem zuzuordnen (davon 6 MELs). Zu Methoden und Konzepten von HTA (internes und externes Manual des LBI-HTA sowie die ECHTA Dokumente des ITA) wurden 9 Berichte veröffentlicht, ebenso 9 (9,8%) aus der Kategorie Bewegungsapparat. Zu dem Bereich Infektionskrankheiten (5 Berichte) gehören unter anderem die Berichte zur Hepatitis C, HPV-Impfung sowie Neue Influenza (Schweinegrippe). 4,3% bzw. 4 Berichte wurden zum Thema Urogenitalsystem erstellt und 2 (2,2%) Berichte befassen sich mit Kindern und Jugendlichen.

**größter Anteil der Berichte zur Gesundheitsplanung, -versorgung**

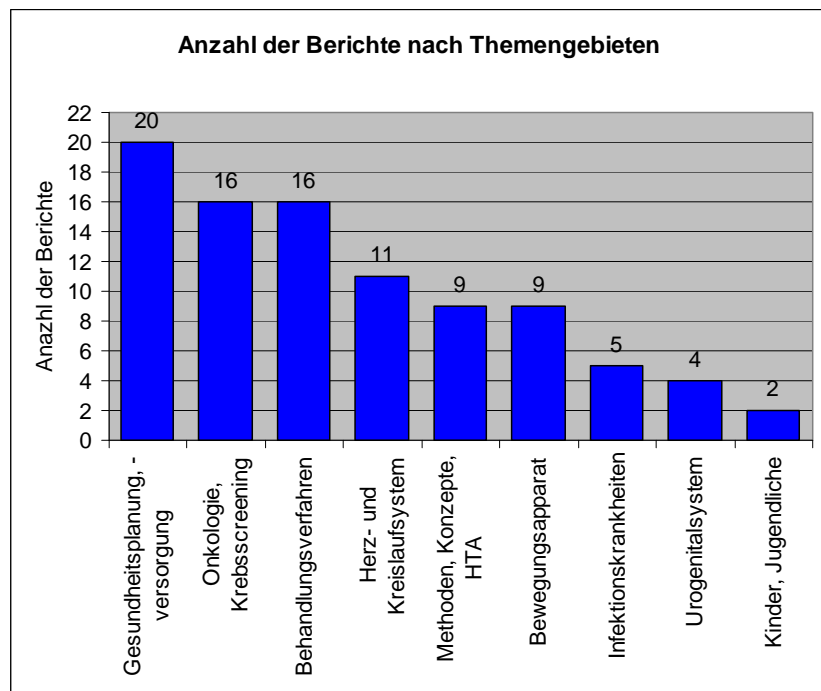


Abbildung 6.1-3: Anzahl der Berichte nach Themengebieten

Für die Auswertung der Bezugshäufigkeit der einzelnen Themengebiete wurde die Variable „Download-Kategorie“ eingesetzt. Diese ergibt sich aus der Einteilung der Downloadhäufigkeit in 5 gleiche Gruppen (je 20%) (Kapitel 5.2). Abbildung 6.1-4 zeigt, dass die Themenbereiche „Urogenitalsystem“ sowie „Kinder- und Jugendliche“ insgesamt eher selten bezogen wurden. Die 2 Berichte aus dem Bereich „Kinder und Jugendliche“ („Asthma in der Kindheit“ und „Farbstoffe in Nahrungsmitteln und ihre Auswirkungen

**Urogenitalsystem & Kinder/Jugendliche werden selten bezogen**

auf die Hyperaktivität von Kindern und Jugendlichen“) wurden etwa mit höchstens 16,4 Downloads deutlich unter dem Mittelwert (22,7) bezogen.

In allen anderen Themenbereichen finden sich sowohl selten als auch häufig (> 26 DL) bezogene Berichte. Es fallen etwa jeweils 5 Berichte aus den Themengebieten „Gesundheitsplanung und -versorgung“ sowie „Onkologie und Krebscreening“ in die oberste Kategorie (> 26), während aus den Themenbereichen „Methoden“, „Bewegungsapparat“, „Herz-Kreislaufsystem“ und „Infektionskrankheiten“ nur jeweils 1 bis 2 Berichte in der höchsten Häufigkeitskategorie zu finden sind.

**andere Themenbereiche zeigen sowohl häufig als auch selten bezogene Berichte**

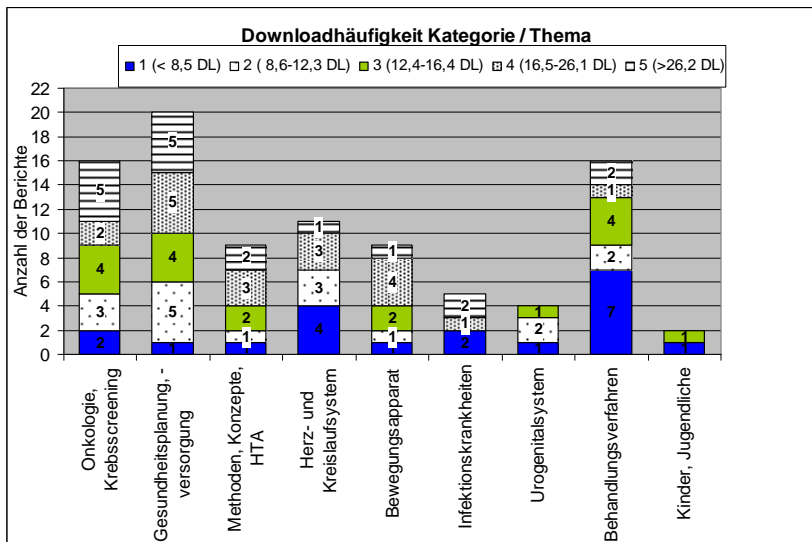


Abbildung 6.1-4: Downloadhäufigkeit in Kategorien nach Thema

In den meisten Themengebieten ist die Verteilung der Häufigkeitskategorien relativ ausgewogen. Das heißt, dass sich kein eindeutiges Muster bezüglich der Themengebiete und Häufigkeiten von Downloads erkennen lässt, sondern dass sich in den meisten Themengebieten sowohl selten bezogene als auch durchschnittlich und häufiger bezogene Berichte finden. Beispielsweise ist die Verteilung im Indikationsgebiet Herz- und Kreislaufsystem relativ ausgewogen mit jeweils 3 oder 4 Berichten in jeder Kategorie und einem Bericht aus der Kategorie 5.

**kein Muster zwischen Thema und Downloadhäufigkeit**

**Sprache**

Soweit möglich schließt sich die LBI-HTA Forschung der Bestrebung an, in englischer Sprache zu publizieren. Von den ausgewerteten Publikationen wurden 64 in deutscher und 28 in englischer Sprache verfasst, was einem Verhältnis von 70:30 entspricht.

**Verhältnis deutsch/englisch 70:30**

Publikationen, die der gezielten Unterstützung von Entscheidungsträgern im österreichischen Gesundheitswesen dienen, werden aber vorwiegend in deutscher Sprache publiziert (vgl. Abbildung 6.1-5). Assessments des Horizon Scanning sowie zu Methoden und Konzepten der HTA-Forschung werden hingegen zur Förderung des internationalen Wissenstransfers vorwiegend englischsprachig verfasst.

**Entscheidungsträger-relevante Information auf deutsch  
HSS englisch**

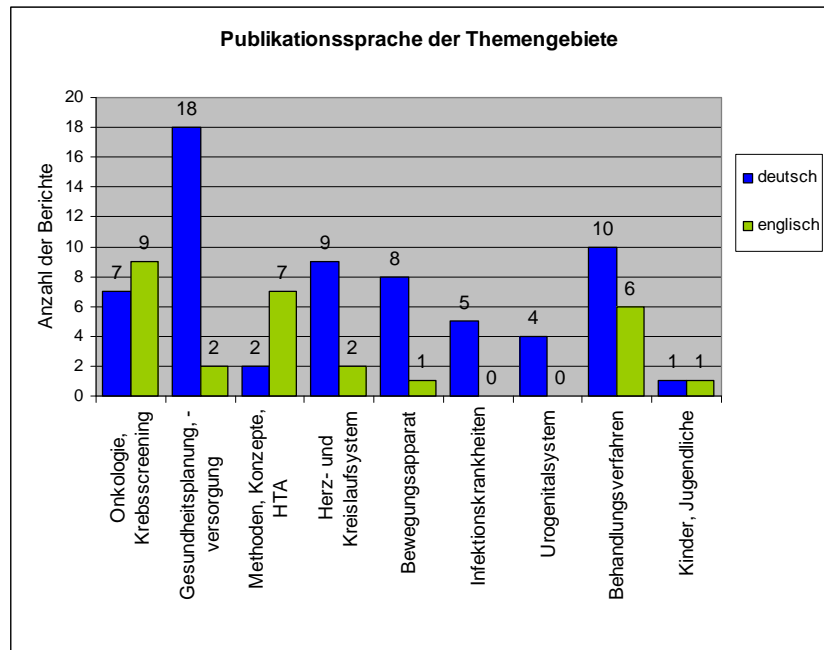


Abbildung 6.1-5: Publikationssprache der Themengebiete

**oft bezogenen Berichte waren sowohl deutsch als auch englisch**

Die Auswertung der Downloadhäufigkeiten in Beziehung zur Sprache der Publikation (Abbildung 6.1-6) zeigt in den Kategorien 4 und 5 der Downloadhäufigkeit (Downloads von 16,5 oder mehr pro Monat) ein eher angeglichenes Verhältnis von deutschen und englischen Berichten. In den anderen Häufigkeitskategorien sind weniger englische Berichte vertreten, besonders in der Kategorie 2 (8,6 bis 12,3 Downloads).

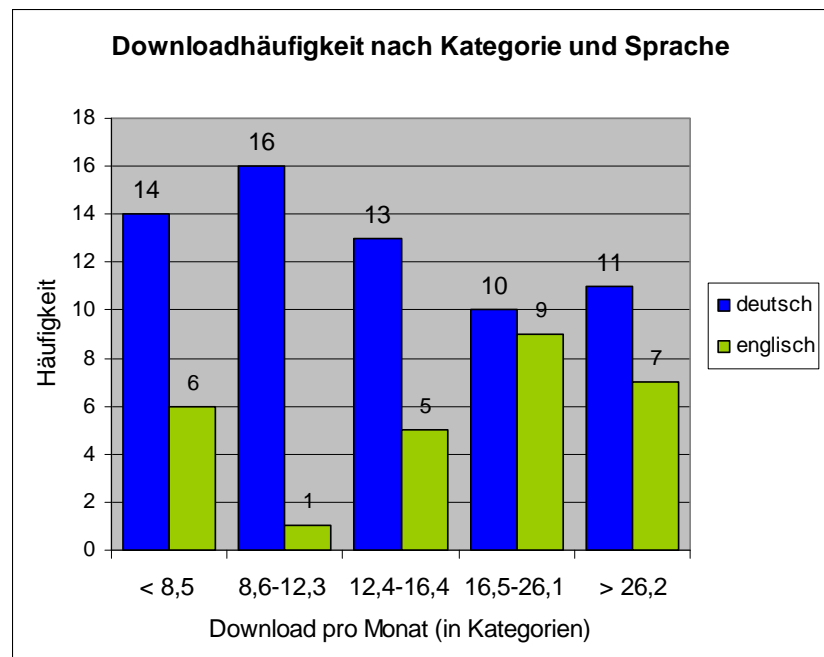


Abbildung 6.1-6: Downloadhäufigkeiten nach Kategorie und Sprache

Seitenlänge

Der Umfang der Berichte variiert von einem Minimum von 13 Seiten („Everolimus (Afinitor®) zur Behandlung von fortgeschrittenem/metastasiertem Nierenzellkarzinom“) bis zum Maximum von 217 Seiten („Ambulante Kardiologische Rehabilitation Teil I und II“). Allerdings sind nur 10% der Berichte länger als 100 Seiten, 50% der Berichte haben weniger oder gleich 47 Seiten. Der Mittelwert liegt bei 58 Seiten, wobei bei dieser Angabe die hohe Spannweite innerhalb der Seitenlängen zu berücksichtigen ist.

Für diese Auswertung sind die unterschiedlichen Berichtsvarianten zu berücksichtigen. Beispielsweise intendieren Decision Support Documents wie die Evidenzanalysen der MELs oder ein rapid Assessment, eine prägnante Ausarbeitung einer Fragestellung, die meist in einem kurzen (zeitlichen) Umfang zu behandeln ist. Ebenso sind die Berichte des Horizon Scanning in der Onkologie (HSS) gezielt kompakt gehalten. Im Gegensatz dazu bearbeiten viele klassische Assessments eine komplexere Fragestellung, der ein größerer Umfang gewidmet wird.

Für die weiteren Auswertungen wurde die Variable „Seitenlänge“ umkodiert zu der neuen Variable „Seitenlänge\_Kategorie“. Die 5 neu gebildeten Kategorien orientieren sich an 5 gleich großen Intervallen. Die Abbildung 6.1-7 zeigt, dass von den bis zu 24 Seiten langen Berichten (n=19) 5 Berichte in der häufigsten sowie in der seltenen Downloadkategorie zu finden sind. Bei den Berichten mit einer Seitenlänge von 25 bis 33 Seiten wurden 8 von insgesamt 18 Berichten mit bis zu 8,5-mal eher wenig bezogen und kein Bericht in dieser Kategorie mehr als 26-mal im Monat. Bei 34 bis 57 Seiten wurden 12 der 17 Berichte mit der Häufigkeit entsprechend den Kategorien 3 (12,4 bis 16,4), 4 (16,5-156,1) und 5 (über 25,2) bezogen. Berichte mit einem Umfang zwischen 58 und 88 Seiten zeigen ein ähnliches Muster. Von den 15 Berichten mit einem hohen Seitenumfang, zwischen 89 Seiten und dem Maximum von 250 Seiten, wurde je einer unter 8,5-mal bezogen, einer bis 12,3-mal und die verbleibenden 13 Berichte deutlich häufiger als kürzere Berichte. 7 Publikationen wurden über 26-mal per Monat heruntergeladen.

**Berichte sind zwischen 13 und 217 Seiten lang**

**Decision Support Dokumente eher kurz**

**klassische Assessments haben hohen Seitenumfang**

**sowohl lange, als auch kurze Berichte und häufig und selten Bezogenen**

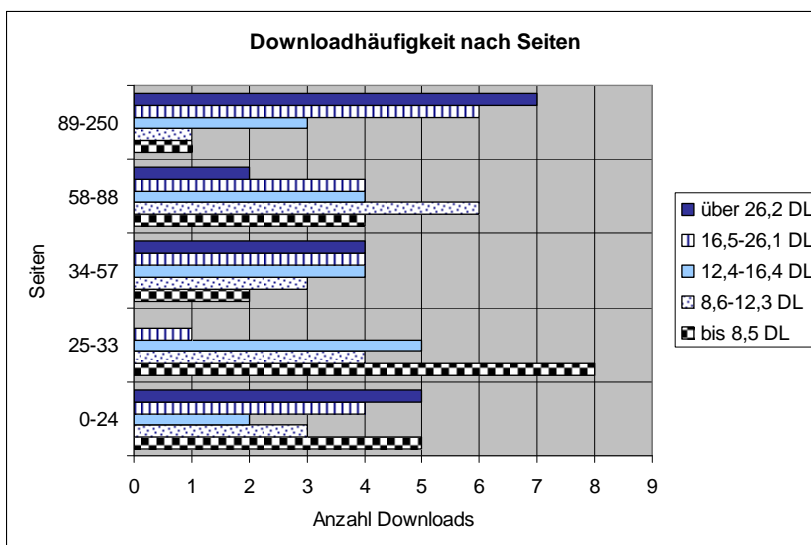


Abbildung 6.1-7: Downloadhäufigkeit nach Seiten

**Seitenlänge, Thema und Zeitraum online haben signifikante Auswirkungen auf die Häufigkeit der Bezüge, jedoch...**

In der abschließenden Auswertung wurden zuerst einfache Varianzanalysen der Downloadhäufigkeit, jeweils nach Sprache, Seitenzahl, Thema und Monate online durchgeführt. Diese ergeben keinen nennenswerten Einfluss der Sprache (p-Wert: 0.857) auf die Downloadzahl. Die Unterschiede bei allen anderen Merkmalen wie der Seitenzahl (p-Wert: 0.004), dem Thema (p-Wert: 0.00) und den Monaten online (p-Wert: 0.00) sind hingegen signifikant, d.h. der Seitenumfang, das Thema und die Zeit, wie lange die Berichte online stehen haben einen Einfluss auf die Häufigkeit der Bezüge. (Es liegen die geschätzten Downloadvolumina des ersten Monats zugrunde).

**...keine eindeutige Aussage möglich**

Aus der Auswertung der bivariaten Zusammenhänge zwischen den Indikatoren Sprache, Seiten, Thema und Monate online wird aber ersichtlich, dass Einzel-Einflüsse der Merkmale Sprache, Seitenlänge und Thema nicht eindeutig geschätzt werden können, da diese Merkmale nicht unabhängig sind. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Assessments jeweils einer vorgegeben Berichtsstruktur folgen. Beispielsweise befassen sich die Berichte aus dem Horizon Scanning (HSS) thematisch nur mit onkologischen Fragestellungen und werden ausschließlich in englischer Sprache verfasst. Zudem sind sie in ihrem Umfang deutlich kurz gehalten. Somit sind die Sprache, die Seitenlänge und das Thema miteinander korreliert. Eine Aussage zu deren Einfluss auf die Bezugshäufigkeit kann daher nicht getroffen werden.

### 6.1.3 Ergebnisse der Medienanalyse

**Anstieg der Pressemeldungen**

Die quantitative Auswertung des LBI-Pressespiegels, der einen Großteil der Medienberichte über das Institut und seine Forschungsthemen enthält, zeigt, dass die Pressemeldungen zwischen 2006 und 2008 kontinuierlich gestiegen sind. Während für 2006 sieben Meldungen vorliegen, wurde 2008 laut Pressespiegel 59-mal über das LBI bzw. seine Forschungsthemen berichtet. 2009 wurde ein ähnlich hoher Aufmerksamkeitsgrad von 50 Presseberichten erreicht. Im ersten Halbjahr 2010 liegen 32 Pressemeldungen vor. Somit könnte das Niveau der Jahre 2008-2009 auch 2010 erzielt werden. Insgesamt wurden seit LBI-Gründung 2006 167 Pressemitteilungen beobachtet.

**insgesamt 167 Mitteilungen**

**häufigste Erwähnung in Printmedien...**

Abbildung 6.1-8 zeigt die Berichterstattung nach Art der Medien. Hinsichtlich des Medientyps überwiegen die Printmedien mit 149 Meldungen (89%). Innerhalb der Printmedien wurde über das Institut bzw. seine Forschungsthemen am häufigsten in der populärwissenschaftlichen Fachpresse berichtet. 41 Berichte (46% aller Printmedien-Meldungen) fallen in diese Kategorie. Darunter fallen Zeitschriften wie „Die Ärztewoche“, „Die Österreichische Ärztezeitung“ oder die „Medical Tribune“.

**...seltener im Radio, TV**

Qualitätstageszeitungen und Boulevardmedien bilden die zweitgrößte Gruppe mit je 27 und 24 Meldungen. Wesentlich seltener fand mit insgesamt 15 Beiträgen eine Berichterstattung in Radio und TV statt.

**Anstieg bei Beiträgen in Tageszeitungen**

Im Zeitverlauf konnte bei der populärwissenschaftlichen Fachpresse eher ein leichter Rückgang, bei den Tageszeitungen hingegen eher ein Anstieg verzeichnet werden.

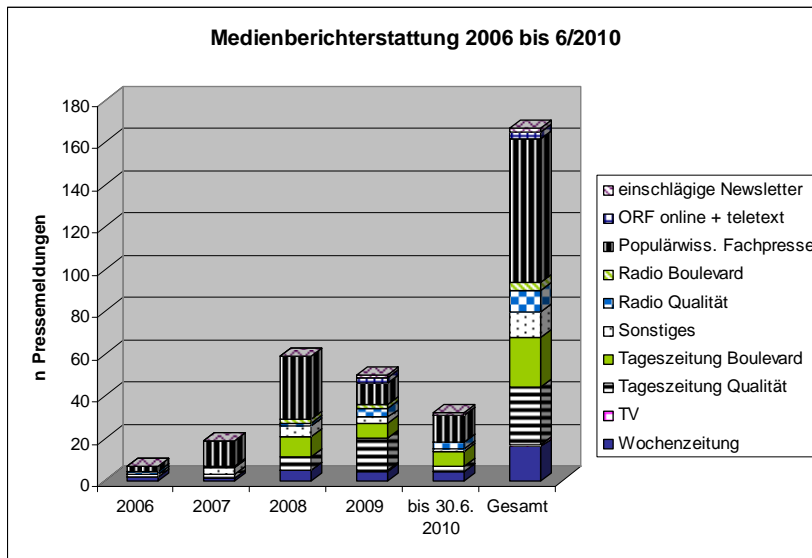


Abbildung 6.1-8: Medienberichterstattung 2006 bis 6/2010

Am häufigsten erschienen Beiträge zum Thema „Grippe“, insbesondere zum Thema „neue Grippe“. 37 Beiträge (22%) fielen in diese Kategorie. Das zweithäufigste Thema war „HPV-Impfung“ mit 27 vorhandenen Beiträgen (16%). Insgesamt machen die Themen „Grippe-(Impfung)“, „HPV-Impfung“ und „Impfung allgemein“ 41% aller Medienbeiträge aus.

Gut die Hälfte der Medienmeldungen ist mit konkreten HTA-Projektberichten in Zusammenhang zu bringen, die restlichen Beiträge behandeln allgemeine HTA-Themen oder berichten über das Institut. Die Art der Berichterstattung reicht von Interviews, über ausführliche Berichte zu einzelnen Projektergebnissen bis zur Erwähnung des Instituts oder seiner Projekte im Rahmen anderer Berichte. Vier Beiträge waren eigen-initiiert (z.B. OTS-Meldungen zu aktuellen Forschungsergebnissen), bei den restlichen erfolgte die Initiative von Seiten der JournalistInnen.

Die Beiträge spiegeln eine breite Palette an Eigenschaften, die dem Institut zugeschrieben werden, wider. Eine Rolle ist die eines pharmakritischen Instituts. Es wird mitunter sogar als Feindbild der Pharmaindustrie stilisiert (P 121).

Mehrmals wird das LBI-HTA als „Institut für Kosten-Nutzen-Rechnung“ dargestellt (z.B. P58). Kritiker – etwa aus der Pharmaindustrie – formen daraus mitunter das Bild eines „Kosteneinsparungsinstituts“, dessen Ziel es sei, Kosten auf dem Rücken der PatientInnen sparen zu helfen (P23).

Eine weitere Stellung, die das Institut in den Medien einnimmt, ist die eines „Aufdeckungsinstituts“. In diesem Zusammenhang wird Berichten ein gewisser Sensationswert zugeschrieben, der etwa durch Ankündigungen von „streng geheimen Gutachten“ (P109) verstärkt wird. In das Bild der „Aufdeckung“ fällt auch das Aufzeigen von Intransparenz (z.B. P4), von Interessenkonflikten (z.B. P48) oder von Einflussnahmen im Gesundheitswesen (z.B. P2, P6), mit dem das Institut in Zusammenhang gebracht wird und das in zahlreichen Interviews auch inhaltlich Thema ist.

**(neue) „Grippe“ + Impfthemen sind am häufigsten**

**Interviews, Meldungen zu konkreten Berichten**

**LBI-HTA wird als „Feindbild der Pharmaindustrie“,**

**„Kosteneinsparungsinstitut“...**

**...oder Aufdecker gesehen**

Eine etwas andere Note bekommt diese Eigenschaft, wenn das Institut als eines beschrieben wird, das neue Prüfungssysteme entwickelt (P29) oder „die Medizin unter die Lupe nimmt“ (P25).

**Institut verschafft Überblick**

Eine weitere Funktion, mit der das Institut verbunden wird, ist die eines Orientierung und Überblick verschaffenden Instituts (P14), das frühzeitig Information zur Verfügung stellt (P29) und Fakten liefert. Dieses Image dominiert insbesondere bei den Berichten und Rezension zum Buch „Zahlenspiele in der Medizin“.

Schlussendlich kann die Eigenschaft eines „kämpferischen“ Instituts identifiziert werden, mit der das Institut insbesondere bei Beiträgen rund um das Thema Verteilungsgerechtigkeit dargestellt wird.

**Verwendung von Originalzitat aus den Berichten**

Bei der Berichterstattung über einzelne Forschungsprojekte fällt auf, dass Ergebnisse oft wortgetreu aus den Forschungsberichten oder deren Zusammenfassungen übernommen wurden (z.B. P15, P108, P109). In Einzelfällen beziehen sich Entscheidungsträger in den Zeitungsinterviews bei der Begründung ihrer Entscheidungen konkret auf LBI-Berichte, wie etwa bei der Finanzierungsentscheidung zur HPV-Impfung (P107, P108, P109).

## 6.2 Prozess, Entscheidung und Umsetzung in die Praxis

**Ergebnisse dieser Kategorie nur aus Interviews**

Die Ergebnisse zu den Impact-Ebenen Politikprozess, Entscheidung und Umsetzung/Praxis stammen ausschließlich aus den Interviews. Basis für die Darstellung bilden die Antworten auf die Fragen: „Wann/bei welchen Prozessen werden HTA-Produkte berücksichtigt?“ „In welcher Form werden sie verwendet?“ „Bei welchen Entscheidungen kommen sie zum Einsatz und wie zeigt sich ihre Umsetzung?“ Die Kategorie „Gremien, die HTA einsetzen“ fließt für ein Gesamtbild in die Auswertung mit ein.

### Mikroebene

**HTA für Gutachten und Forschungsdesigns angewendet**

Die Anwendung und Umsetzung von HTA-Empfehlungen in die Praxis folgt, den Ebenen gemäß, in unterschiedlicher Art und Weise. AnwenderInnen auf der Mikroebene nutzten HTA-Assessments beispielsweise als Grundlage für ein Gutachten (für das BMG) sowie für das Studienprotokoll einer neu angelegten Studie. Eben diese Studie hatte der Bericht für eine bessere Datenlage in Österreich gefordert.

**zur Entscheidungsunterstützung**

Gleichzeitig wird von AnwenderInnenseite geäußert, dass HTA eher in der Entscheidungsunterstützung, als im direkten PatientInnenkontakt eine Rolle spielt: „*Wenn ich jetzt meine Funktion als Arzt sehe, das ist da nicht relevant. Wobei ... ich ... jetzt in einem Gremium drinnen bin, das auch ... die Politiker beraten soll, ja, in dem Landessanitätsrat und da ist dann so was wichtig ... Der primäre Anwender ist ja Politik und ... nicht am Bett tätige Ärzte*“ (Interview 7).

**seltener Einsatz im PatientInnenkontakt**

Im Einzelfall, wie etwa beim Bericht zur „Neuen Grippe“, bestärkt das Assessment den Anwender auch in seinem Handeln in der täglichen Praxis: „*Es war von der WHO die Empfehlung, dass jeder Patient „Tamiflu“ bekommen soll, ja, der HTA Bericht hat das in Zweifel gestellt, ja, und ... ich hab das auch für nicht gut gehalten, ... und hab dann gesagt, es sollen nur*



die Patienten „Tamiflu“ bekommen, die ... ein Risiko für einen schlechten Verlauf haben, ja, gefährdet sind“ (Interview 7). Mit dem Resultat, dass sich die gesunden PatientInnen aufgeregt haben und „da gab 's dann Beschwerdebriefe, da gab 's dann gerichtliche Drohungen und so, ... dass sie mit dem Anwalt drohen“ (Interview 7). Der Bericht wurde hier als Unterstützung gesehen, „...für das Handeln den Rücken zu stärken“ (Interview 7).

## Mesoebene

Auf der Mesoebene werden HTA-Ergebnisse innerhalb von Krankenanstaltenverbänden in Planungsabteilungen (Medizincontrolling, Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung) bei Investitionsentscheidungen und zur Budgetallokation eingesetzt: „Bei der Entscheidung über neue Leistungen, die, von den Kliniken meistens kommend, eingeführt werden sollen, aber auch bei der längerfristigen Planung, Planungen von Investitionen, auch baulicher Art etwa ... dann brauche ich Aussagen, wie evidenzbasiert [eine Intervention ist], womit kann ich rechnen, dass sich die Dinge entwickeln werden, also einerseits für die mittel- und längerfristige Planung von Leistungen und Strukturen, andererseits auch für Investitionen und ... Budgetentscheidungen“ (Interview 4). HTA wird verwendet, um die Arbeit hinsichtlich wissenschaftlicher Erkenntnisse zu strukturieren es wird mehrfach gefordert, mehr Evidenz in den Strukturen zu integrieren: „Wir wollen wirklich sicher sein, dass ... Nutzen, Kosten und Risiko in einem vernünftigen Verhältnis stehen“ (Interview 4).

Es wird außerdem die Funktion von HTA als Entscheidungsunterstützung betont sowie die Berichte als „positiv wertvoll ... in der Verhandlungsvorbereitung“ (Interview 3) bewertet. Dabei wird jedoch angemerkt, „dass [es nicht] die Rolle von HTA ... ist, das Appraisal vorweg zu nehmen, und die Entscheidung zu treffen. Also es wird ein vollständiges, ein umfassendes Assessment sicher mehr Einfluss nehmen, aber keineswegs die Entscheidung vorweg nehmen“ (Interview 3).

Für den Rechnungshof bot der Bericht zum Verbrauch der Röntgenkontrastmittel den Anstoß „zu schauen, kann man eine Prüfung draus machen“ (Interview 9), was in diesem Fall geschehen ist.

Charakteristisch auf der Mesoebene ist, dass die Umsetzung von HTA-Forschungsergebnissen zu neuen organisatorischen Arbeitsanweisungen und Umstrukturierungen in den Abläufen führt. Beispielsweise wurde im Fall des „Erythropoietins“ die Dokumentation der Medikamentenabgabe verschärft: „Das bedarf auch erst dann wieder organisatorischer Anweisungen und Abstimmungen“ (Interview 9). Die Umsetzung von HTA-Empfehlungen in die medizinische Behandlung mündete also in einigen Fällen in eine Modifikation der Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Evidenz und in der Erstellung neuer Leitlinien, die von unterschiedlichen Kliniken genutzt werden können. „Es gibt also da von denen Leitlinien und von den anderen Leitlinien, aber wir haben zumindest mal [für das entsprechende Klinikum allgemeingültige] Leitlinien erstellt“ (Interview 5).

Die Erkenntnisse der HTA-Forschung werden nicht nur vom primären Ansprechpartnern (LBI-HTA Board Mitglieder) verwendet, sondern sie diffundieren auch an andere Stellen und werden in anderen Abteilungen (Bsp. anderen medizinischen Fachbereichen) oder Standorten (Krankenhausver-

Investitions-  
entscheidungen

Budgetallokation

entscheidungsunter-  
stützend...

... jedoch nicht  
Entscheidung treffend

Basis für Einführung  
neuer Arbeitsabläufe,

Erstellung neuer  
Leitlinien

Diffusion der HTA-  
Erkenntnisse an weitere  
Institutionen

<p>negative Einstellung zu HTA seitens MedizinerInnen vermutet</p>	<p>bund in anderen Bundesländern) umgesetzt: <i>„Das ist ganz stark vom ärztlichen Direktor ... drüben [Stadt X] übernommen worden“</i> (Interview 9).</p> <p>Das Berufen auf und Einbinden von HTA-Ergebnissen steht der negativen Haltung der MedizinerInnen (im Klinikum) gegenüber, bei denen <i>„zunächst sozusagen Trotz ausgelöst [wird], wenn man so will. Professioneller Trotz und eher der Versuch, den Gegenbeweis zu liefern [angestrebt wird]“</i> (Interview 9). Dies erschwert die Umsetzung.</p>
<p>Scheitern der Umsetzung von Empfehlungen aufgrund Interessensgruppen</p>	<p>Es wird auch das Scheitern der Umsetzung von HTA-Empfehlungen in die Praxis genannt, das, wie das folgende Beispiel zeigt, an Interessensgruppen festgemacht wird: <i>„Man hat der österreichischen Ärztekammer gesagt, man möchte diese Untersuchung herausnehmen. Mr. X hat gesagt das kommt überhaupt nicht in Frage, die österreichische Ärztekammer hat eine völlig andere Sicht. Es geht nicht darum, dass man die Wirksamkeit einer Untersuchung beweist, sondern man muss durch HTA eigentlich die Unwirksamkeit einer Untersuchung beweisen, dann darf sie erst herausgenommen werden. Damals ist das LBI beauftragt worden vom Ministerium, es hat ein kurz-Assessment gegeben, dass diese interne Untersuchung überhaupt nichts bringt, das ist eindeutig belegt worden, und die Untersuchung ist trotzdem weiter drinnen, denn die österreichische Ärztekammer hat beim Minister interveniert“</i> (Interview 3).</p>
<p><b>Makroebene</b></p>	
<p>HTA im BMG eingesetzt</p>	<p>Auf der Makroebene werden Assessments für Prozesse und Entscheidungen unter anderem im Ministerbüro des BMG, von FachreferentInnen sowie von der Bundesgesundheitsagentur (Betreuung der LKF<sup>5</sup>-Arbeitsgruppe) eingesetzt. Der Bericht zu Rückenschmerzen hat beispielsweise die Gründung einer <i>„eigenen Arbeitsgruppe im Haus“</i> (Interview 1) initiiert, in der das Thema weiter behandelt wird.</p>
<p>Assessments zur Positionierung gegen Industrie...  ... und für öffentlichen Diskurs</p>	<p>Von Seiten des Bundesministeriums wird die vielschichtige Anwendung eines HTAs besonders beim Thema <i>„Neue Influenza“</i> deutlich. Das Assessment wurde einerseits in der Positionierung gegen Fremdinteressen eingesetzt: <i>„[Es] waren ja doch sehr starke Interessen der Industrie da, auch möglichst breit und möglichst viel zu impfen. Und das konnte man dann anhand von vernünftigen Daten und vernünftigen HTAs dementsprechend, mit dementsprechend guten Argumenten einbremsen“</i> (Interview 1). Der Bericht wurde andererseits auch im öffentlichen Diskurs eingesetzt: <i>„Man kann das auch in der öffentlichen Kommunikation dann immer sehr gut verwenden, nämlich wenn man sagt, es gibt zu diesem Thema ... zu dieser Handlungsmöglichkeit auch eine Abschätzung, die wissenschaftlich erfolgt, die nicht in Frage zu stellen ist und die unabhängig ist“</i> (Interview 1).</p>
<p>Empfehlung nicht kongruent mit Entscheidung</p>	<p>Allgemein werden die Assessments auch auf der Makroebene zur Vorbereitung auf Verhandlungen und Entscheidungsfindung eingesetzt. Von den Interviewpartnern wird jedoch betont, dass eine Empfehlung nicht zwangsläufig die Umsetzung nach sich zieht.</p>

<sup>5</sup> leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Die LKF-Arbeitsgruppe (im Bundesministerium für Gesundheit) entscheidet über die (nicht) Aufnahme von Leistungen in den Leistungskatalog.

Die Skepsis gegenüber der HTA-Forschung in unterschiedlichen Gremien führt zu Kritik an der Forschung und ihren Ergebnissen. Ein Grund, warum der Prozess und eine mögliche Umsetzung verzögert werden.

**Kritik an  
Forschungsmethode**

## Barrieren in der Umsetzung

Eine weitere Kategorie in der Auswertung der Interviews war die Kategorie „Barrieren“. Hierunter wurden Aussagen extrahiert, die organisatorische, personelle, systembedingte oder andere Faktoren benennen, die eine Hürde in der Akzeptanz oder Umsetzung von HTA-Empfehlungen darstellen und somit einen Impact verhindern oder minimieren.

**Gründe, die Impact  
verhindern:**

ÄrztInnen sehen eine willkürliche Verwendung der Empfehlungen von Seiten der Krankenanstalten und bemängeln die nicht vorhandene Verbindlichkeit oder das Handeln unter Berücksichtigung anderer Interessen: *„Ist diese Evidenz so, dass es eher schwierig wird fürs Haus das zu finanzieren oder will man das eigentlich nicht haben, dann können Sie reden, was Sie wollen, dann wird das trotzdem anders entschieden“* (Interview 6).

**fehlende...**

**...Verbindlichkeit,**

Außerdem ist Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft in vielen Fällen nicht vorhanden. Begründet wurde dies damit, dass praktizierende MedizinerInnen das PatientInneninteresse berücksichtigen müssten: *„Das ist bei einem praktischen Arzt viel schwieriger, weil der praktische Arzt ernährt sich von jedem Patienten“* (Interview 7). Die Entscheidungen würden außerdem ausschließlich auf Seiten der Makroebene (nicht) getroffen *„und die [Medizin]-Lobby arbeitet dann immer dagegen“* (Interview 8).

**...Akzeptanz,**

**Lobbyismus,**

Vom Gesichtspunkt der Mesoebene wird das Handeln der ÄrztInnen rein nach Alltags- und Erfahrungswissen als Barriere bewertet. Weitere Äußerungen zu Hindernissen beziehen sich zum einen auf die Methode der HTA-Forschung; diese sei noch nicht ausgereift für verschiedene Fragen des Gesundheitssystems wie etwa jener der Organisation und der Infrastruktur und könne dementsprechend nicht zu Rate gezogen werden. Zum anderen werden nicht alle wesentlichen Aspekte, die ein HTA in seiner Bearbeitung zu berücksichtigen hat, einbezogen: *„Adressiert wird die Evidenz, efficacy, möglicherweise noch cost-effectiveness. Wie weit cost-effectiveness und Langzeitwirkung wirklich modelliert wird, ja sehr eingeschränkt, ist nicht so wirklich in Österreich schon Praxis. Aber die social, legal, ethical aspects, organizational aspects werden üblicherweise derzeit fast gar nicht adressiert. Und das heißt, dass aus diesen Ecken dann natürlich gute Gründe kommen können, anders zu entscheiden als es eigentlich auf der efficacy Ebene ausschaut“* (Interview 3).

**fehlende soziale,  
ethische und  
organisatorische  
Aspekte in den  
Berichten**

Barrieren können aber auch durch mangelnde interne Kommunikation bedingt sein. Es meint etwa ein Interviewpartner: *„... ja, der hab ich ... dann diesen Bericht gegeben und da ist dann irgendwie nie eine Rückmeldung gekommen und ich glaub wir haben es an einzelne Leiter der geburtshilflichen Abteilungen gegeben, aber uns nicht sehr um, also von uns aus jedenfalls, einmal nicht sehr um irgendeine Umsetzung bemüht“* (Interview 9).

**mangelnde  
Kommunikation seitens  
der Auftraggeber**

Außerdem wird die Sorge über die Unabhängigkeit der HTA-Institute im Allgemeinen geäußert, da diese auch auf das Sponsoring angewiesen sind. Beim Verdacht einer Erstellung von Auftragsgutachten leide die Legitimation. Prinzipiell unterstehe die Umsetzung der Ergebnisse macht- und personenbezogenen Entscheidungen sowie dem politischen Druck.

**Zweifel an  
Unabhängigkeit limitiert  
Glaubwürdigkeit**

<p>mehr Transparenz im System ist wünschenswert – möglich diese umzusetzen?</p>	<p>Einzelne Interviewaussagen weisen darauf hin, dass das Gesundheitssystem eine insgesamt transparentere Entscheidungskultur braucht: <i>„Mehr Transparenz [ist] wünschenswert, als Staatsbürger sage ich ja“</i> (Interview 3). Es kommt allerdings ein Einwand: <i>„Aus der Sicht der Institutionen bin ich nicht davon überzeugt, dass sie sich alle mehr Transparenz wünschen. Und ich meine das ist jetzt egal ob das ein einzelnes Krankenhaus ist, ob die transparent machen wollen was sie wo einkaufen, oder ob das ein Bundesland ist, das im Spitalswesen Entscheidungen trifft über den Neubau von Krankenanstalten oder die Verlagerung von ... [Abteilungen] oder was auch immer. Also ich bin nicht überzeugt, ob die immer Transparenz wünschen“</i> (Interview 3).</p>
<p>Mangel an externen ReviewerInnen befürchtet</p>	<p>Es gibt Bedenken, dass es möglicherweise zukünftig einen Engpass bei der Gewinnung von ReviewerInnen geben wird: <i>„Man [kann] Sorgen haben, ob es gelingt, weiter die Gutachten zu kriegen. Da gibt es wenig Tradition“</i> (Interview 3). Diese werden durch ein deutliches Beispiel unterstrichen: <i>„Den armen Teufel [Reviewer] mit den Kontrastmitteln da, den haben sie total abgeschossen, nicht?! Der ist jetzt, glaub ich, nach Arabien gegangen“</i> (Interview 3). Ohne externe ReviewerInnen, die zur Qualitätssicherung der Forschung eingesetzt werden, könne die HTA-Forschung ihren eigenen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden.</p>
<p>politische Gründe &amp; Lobbyismus verhindern Umsetzung</p>	<p>Auf Ministeriumsebene werden finanzielle Gründe und <i>„persönliche Eitelkeiten“</i> (Interview 2) als Barrieren in der Umsetzung von Empfehlungen gesehen. Eine besondere Rolle spielen auf dieser Ebene jedoch politische Einflüsse: <i>„Einen HTA-Bericht zur internen Untersuchung im Mutter-Kind-Pass, die man einfach nicht weiter verfolgen konnte aus anderen Gründen, aber rein prinzipiell hat das schon auch seinen Sinn gemacht und wäre gut verwendbar gewesen. Konnten wir aber aus politischen Gründen nicht verwenden“</i> (Interview 1). Die Umsetzung scheiterte am Lobbyismus einzelner Berufsgruppen: <i>„Dass diese interne Untersuchung überhaupt nichts bringt, das ist eindeutig belegt worden, und die Untersuchung ist trotzdem weiter drinnen, denn die österreichische Ärztekammer hat beim Minister interveniert ... [sie] hat gesagt, sie bringt sämtlich österreichische Frauen gegen den Minister auf, dass man ihnen die wertvolle interne Untersuchung nimmt und das Wohl von Mutter und Kind gefährdet“</i> (Interview 3).</p>
<p>fehlende Akzeptanz seitens MedizinerInnen</p>	<p>Eingefahrene Strukturen, <i>„Grüppchen ... von Kapazundern in der Medizin, die einfach eine Arbeitsweise gewohnt sind, wo HTAs nicht sehr eine Rolle spielen“</i> (Interview 1) und eine negative Grundeinstellung gegenüber der Methode HTA erschweren die Akzeptanz und Umsetzung. Es wird vorgeschlagen, die Lehre von HTA im Curriculum der medizinischen Universitäten zu verankern, um Studierende im Vorfeld mit der Methode vertraut zu machen. KritikerInnen von HTA werfen Berichten bzw. den WissenschaftlerInnen fehlenden Kompetenzen vor, um die Umsetzung hinauszuzögern oder zu verhindern.</p>
<p>Vorwurf der fehlenden Kompetenz von HTA-ForscherInnen als Vorwand für Ablehnung</p>	<p>Dass manche Empfehlungen nicht umgesetzt werden, ist auch auf die Regelung der Rechtsprechung zurückzuführen. So fallen viele Bereiche, wie beispielsweise Lebensmittelsicherheit/Farbstoffe, in den Bereich des EU-Rechtes, was bedeutet, dass relevante Entscheidungen nicht auf Ebene des österreichischen BMG, sondern auf EU-Ebene getroffen werden. Dem entgegen wird eine Entscheidung wie etwa zur Folsäure-Anreicherung von Mehl in Österreich für Österreich entschieden, was bedeutet, dass die Ergebnisse eines HTA-Assessments unmittelbar umgesetzt werden können.</p>
<p>bei EU-Rechtssprechung Umsetzung schwierig</p>	

## 6.3 Finale outcomes

Wie im Forschungskonzept beschrieben, wird die Analyse der finalen Outcomes auf die ökonomischen Effekte beschränkt, während Veränderungen in der Bevölkerungsgesundheit in der nachfolgenden Darstellung nicht adressiert werden.

**Veränderung der Gesundheit nicht erhoben**

### 6.3.1 Ergebnisse aus den Interviews

#### Mikroebene

Die Bewertung finaler ökonomischer Outcomes ist von AnwenderInnen Seite schwer möglich. Sie werden aus der Perspektive der Mikroebene nicht weiter genannt.

**keine Ergebnisse aus Mikroebene**

#### Mesoebene

Von VertreterInnen der Mesoebene wird eine Vielzahl von finalen – monetären – Outcomes genannt, konkrete Zahlen dazu werden jedoch seltener berichtet. Jede/r InterviewpartnerIn sprach von finanziellen Einsparungen: *„Insgesamt sind rein ökonomisch-spezifisch dadurch sicher Investitionen bzw. Betriebsmittel in, sicher über eine Million Euro, ich möchte nicht sagen eingespart worden, sondern sinnvoller verwendet worden“* (Interview 4). In Bezug auf finanzielle Einsparungen wurde hauptsächlich auf die Berichte zu den Röntgenkontrastmitteln, Hämocompletan® und Cytotect® hingewiesen. Zu den Einsparungen führten unterschiedliche Veränderungen, wie die Neufassung von Indikationsgebieten, wobei *„HTA dazu beigetragen hat, dass Einsparungen im 7-stelligen Bereich erzielt werden konnten, einfach dadurch, dass Indikationen für medikamentöse Behandlungen ... enger gefasst werden konnten“* (Interview 4), ein Rückgang im Arzneimittelverbrauch und organisatorische Veränderungen im Arzneimitteleinkauf. So stellte ein Interviewpartner fest, dass es im Zusammenhang mit den Röntgenkontrastmittelbericht bei einer Analyse der Positionen *„Ge- und Verbrauchsmaterialien in fast jedem Haus eine Kostenreduktion bei den Kontrastmittel gegeben hat“*, und zwar in *„20% oder so ... etwas in der Größenordnung“* (Interview 9). Die ökonomische Analyse geht auf diese Aspekte im Detail ein (siehe Kapitel 6.3.2).

**finanzielle Einsparungen durch:**

**neue Indikationsgebiete, veränderter Einkauf, Rückgang im Verbrauch**

**konkrete Zahlen fehlen, mindestens 7-stelliger Bereich geschätzt**

Auch auf struktureller Ebene mündeten Empfehlungen in entsprechenden Änderungen. *„Da ist das Konzept [Evidenzbasierte Intensivbettenplanung] zwar erstellt worden ... und überall wo das, wo das räumlich gleich umsetzbar war, ist das gemacht worden, also wo man sozusagen sowieso eine große Intensivstation hatte oder wo es zumindest den Anteil interdisziplinär schon gegeben hat, dort hat man dann quasi das gleich so umfunktioniert ... Und überall wo ein Umbau seit Bestehen des Konzepts stattfindet, wird das in der Form gemacht“* (Interview 9).

**strukturelle Änderungen bewirken ökonomische Effekte**

Ein weiteres Beispiel für einen ökonomischen Effekt auf struktureller Ebene sind Veränderungen in der Personalstruktur. Ein Bericht hatte etwa zur Folge, dass entgegen der ursprünglichen Forderung der Krankenhausbetreiber an kleinen Geburtskliniken keine KinderärztInnen eingestellt wurden: *„...also Kinderfachärzte sind deswegen jetzt keine eingestellt worden ... [die] Diskussion darüber [war] eigentlich sofort abgestellt“* (Interview 9). Diese Kosten entfielen aber nicht vollständig, denn *„wo auch dieses*

*Gutachten oder dieser Bericht, dieses Review nicht wirklich geholfen hat, das war, dass an zwei oder drei größten, zumindest nur den größeren geburtshilflichen Abteilungen ein zweiter Anästhesiefacharzt gekommen ist ... dass dann so eine Erstversorgung gleich passiert, die wirklich eine Notfallversorgung wäre, das hat man damit abgedeckt“ (Interview 9).*

geändertes Verhalten  
aufgrund aufwändigerer  
Strukturen...

...anstatt durch  
gewissenhaften  
Ressourceneinsatz

Ein Fall wurde genannt, in dem ein positiver Impact (Einsparungen) zwar stattgefunden hat, diese Veränderung ist jedoch nicht unmittelbar auf ein HTA-Verständnis seitens der ÄrztInnen zurückzuführen. Auf die Nachfrage der Krankenanstaltenverwaltung, welche Aspekte zur Kostenreduktion geführt haben könnten (Verschreibungszahlen oder Preisänderung) *„sagt mir plötzlich ein Arzt, „naja ist eh klar, das ist jetzt so kompliziert, das, dieses Management dieses Erythropoietin, dass sich das keiner mehr antut““. Bingo, das ist natürlich auch eine Antwort. Es ist sozusagen nicht der rationale Umgang, damit der zu dem führt, sondern weil sie angezipft sind, dass sie sich da so lang damit rumschlagen müssen“ (Interview 9).* Während hier zwar ein positives – monetäres – Outcome gemessen werden kann, ist also ein negativer Impact auf der Enlightenment-Ebene zu vermerken. Die Einsparungen erfolgen nicht durch einen gewissenhafteren Umgang mit Ressourcen, sondern sind durch gestiegenen Zeitaufwand und durch für MedizinerInnen komplizierter Strukturen bedingt. Hier zeigt sich keine Veränderung des Bewusstseins bezüglich eines effektiveren und evidenzbasierten Einsatzes der Medikamente.

unterbundene  
Finanzierung durch  
Nicht-Aufnahme in den  
Leistungskatalog bei  
fehlender Evidenz

verzögerte Finanzierung

Als eine weitere Form der finalen Outcomes wird die nicht-Aufnahme der HPV-Impfung in den Leistungskatalog und die damit unterbundene öffentliche Finanzierung genannt *„wo das Assessment ... dazu geführt hat, dass wir HPV nicht im Programm haben in Österreich“ (Interview 3).* Außerdem kommen die verzögerte Finanzierung von nicht evidenzbasierten Verfahren oder die Aufnahme von Leistungen unter Vorbehalt zur Sprache, die auf finale Outcomes hinweisen. Ein Beispiel für eine Verzögerung ist der Projektbericht *„Das ärztlich-therapeutische Gespräch“.* Der Versicherungsträger führte Verhandlungen auf Basis des Berichtes: *„Das haben wir in den Verhandlungen genutzt. Da haben wir der Ärztekammer gesagt, bitte wir haben hier eine wissenschaftliche Arbeit und eigentlich so viel bringt die Gesprächsmedizin nicht, derzeit also haben wir sozusagen drei Jahre quasi unter Anführungszeichen ... die von der österreichischen Ärztekammer geforderte Ausweitung [blockiert]“ (Interview3).* Dieses Statement wird an alle Verhandlungsträger übermittelt: *„Wir empfehlen aufgrund dieses rapid Assessments derzeit Leistungen der Gesprächsmedizin nicht auszuweiten, weil es gibt sozusagen keine ausreichende Evidenz, dass das wirklich dem Patienten etwas bringt. Und auf das haben sich dann, bzw. sollten sich alle Sozialversicherungsträger jetzt in den Verhandlungen mit den Ärztekammern berufen“ (Interview 3).*

## Makroebene

Auswirkungen auf  
Impfpolitiken

Qualitätsverbesserung  
bei Aufnahme von  
MELs

Auch die VertreterInnen der Makroebene können unter den finalen Outcomes finanzielle Einsparungen benennen, die vor allem durch die Impfpolitiken zu HPV und Schweinegrippe bedingt sind: *„Das ist nämlich auch in die Bundesgesundheitskommission entsprechend gegangen, evidenzunterstützt und war da doch wichtig in der Entscheidungsfindung“ (Interview 1).*

Außerdem wird die Dimension der Qualitätsverbesserung angesprochen *„Qualität der Versorgung von PatientInnenen, in den Entscheidungsprozessen, in Allem, ja. Da bringt es auf jeden Fall etwas“ (Interview 1).* Diese

Veränderungen betreffen vor allem den Prozess der Aufnahme von medizinischen Einzelleistungen in den Leistungskatalog. Ökonomische Effekte entstehen etwa dann, wenn „*ein vorläufiger Code vergeben [wird], aber die Leistung nicht vollständig bepunktet [wird]; auch dieses Ding ist dann wieder genehmigungspflichtig und da hab ich dann halt einige wenige Krankenhäuser, die halt dann die Standardprozedur bezahlt kriegen*“ (Interview 2).

Grundsätzlich betonen die InterviewpartnerInnen die mangelnde Messbarkeit des Impacts. Aus der Bundesgesundheitskommission wird diesbezüglich die Problematik erläutert, dass sich einige Krankenanstalten sehr eng an die Vorgaben und Empfehlungen von HTA-Berichten halten und Effekte in der Form finanzieller Einsparungen oder Änderungen in der Versorgung deutlich messbar wären, wenn es nicht andere Institutionen gäbe, die sich selten bis gar nicht an die Vorgaben und Empfehlungen halten. Aufgrund dessen, dass die Krankenhäuser ausschließlich einer Gesamtbetrachtung unterzogen werden, würden somit einzelne Effekte verwischt und nicht deutlich.

**finanzieller Impact  
schwer messbar**

### 6.3.2 Ergebnisse der ökonomischen Analyse

Tabelle 6.3.-1 zeigt eine Übersicht über jene Projekte, deren Thema oder Empfehlung eine Änderung im Mengenverbrauch, in den Preisen oder in den Kosten erwarten lässt. Es wurden 14 Einzelthemen sowie die Berichte zu den medizinischen Einzelleistungen (MEL-Berichte) und die Berichte aus dem Horizon-Scanning Projekt ausgewählt.

**14 Berichte, MELs und  
HSS bewertet**

Ein ökonomischer Impact kann vermutet werden, weil die Berichte als Reaktion

- ❖ auf einen auffällig hohen Mengenverbrauch und/oder Preis
- ❖ auf auffälligen Behandlungsstil mit fraglicher Evidenzbasis erstellt wurden, oder
- ❖ im Rahmen einer prospektiven Investitions- bzw. Budgetplanung erstellt wurden oder aber
- ❖ aufgrund ihres versorgungsplanerischen Fokus und den damit verbundenen Strukturveränderungen ökonomische Relevanz aufweisen.

*Tabelle 6.3-1: Ausgewählte Projekte mit potenziellem ökonomischen Impact  
(alphabetische Reihenfolge)*

Avastin® bei altersbedingter Makuladegeneration. Analyse der Sicherheit und Nebenwirkungen
Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patienten-Kommunikation
Erythropoietin bei Tumoranämie
Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten
Extrakorporale Stoßwellentherapie in der Orthopädie: Ein Assessment
Haemocomplettan® P and Fibrogammin® P zur Behandlung erworbener Fibrinmangelzustände
Horizon Scanning Berichte
Immunglobuline in der Transplantationsmedizin. Prävention und Therapie von Cytomegalievirus
Medikamentfreisetzende Stents bei Koronarinterventionen im Vergleich zu nicht beschichteten Stents
Medikamentöse Wehenhemmung bei drohender Frühgeburt: Systematischer Review zu Leitlinien, Wirksamkeit und Gesundheitsökonomischen Evaluationen der Tokolyse
MEL-Berichte
Mutter-Kind-Pass: Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen
Neonatologische Erstversorgung von Neugeborenen ohne vorab bekanntes Komplikationsrisiko. Ansätze für eine evidenzbasierte Versorgungsplanung in der Steiermark
Nicht-ionische Röntgenkontrastmittel – Analyse zur klinischen Relevanz der unterschiedlichen Röntgenkontrastmittel
Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich
Rolle und Positionierung der Ambulanzen von Universitätskliniken im Gesundheitswesen

#### HTA-Berichte mit Rationalisierungspotenzialen

### Wahrnehmung von Rationalisierungspotenzialen

Sieben Assessments zu den Themen „Avastin® bei altersbedingter Makuladegeneration“ [13], „Erythropoietin bei Tumoranämie“ [14], „Hämo-complettan® bei Gerinnungsstörung“ [15], „Immunglobuline in der Transplantationsmedizin“ [16], „Medikamentfreisetzende Stents“ [17], „Medikamentöse Wehenhemmung“ [18] und „Röntgenkontrastmittel“ [19] wurden als Reaktion auf einen im (internationalen) Vergleich hohen Verbrauch und/oder Preis der Produkte bzw. auf einen auffälligen Behandlungsstil, der mangelnde Evidenzbasierung vermuten ließ und gleichzeitig zu enormen Ausgabenbelastungen der Kostenträger führte, durchgeführt. Die Technologien werden allesamt im Krankenhausbereich eingesetzt. Ziel der HTA-Berichte war die Identifizierung von Rationalisierungspotenzialen.



Vier Berichte [14-17] kamen zum Schluss, dass es für den auffälligen Verbrauch keine Evidenzbasis gibt und somit ein zielgerichteter und mit deutlicher Reduktion der Mengen verbundener Einsatz der Produkte ohne Qualitätsverlust möglich ist. Bei auffällig hohen Preisen [19] wurde eine rationalere Einkaufs- bzw. Preispolitik empfohlen. Ein Bericht [13] identifizierte Einsparungsmöglichkeiten durch Verwendung eines kostengünstigeren Produkts, das allerdings vorerst nur „off-label“ angewendet werden kann. Mit den beschriebenen Rationalisierungspotenzialen ist gleichzeitig eine erhebliche Ausgabenreduktion zu erwarten.

Für einzelne der betroffenen Produkte sind grobe Daten zum Mengenverbrauch zwischen 1998 bzw. 2004 und 2008 vorhanden. Die Daten stammen allerdings aus verschiedenen Quellen und bilden teilweise die Situation in Gesamtösterreich, teilweise aber nur für einzelne Kostenträger, ab.

Das Assessment zu „Avastin® bei altersbedingter Makuladegeneration“ stellte 2007 fest, dass die Evidenz zur Sicherheit des für diese Indikation nicht zugelassenen Avastin® weder für noch gegen die Anwendung des Produktes spricht, es jedoch erheblich kostengünstiger als das zugelassene Alternativprodukt Lucentis® ist. Abbildung 6.3-1 veranschaulicht das Rationalisierungspotenzial am Beispiel einer österreichischen Augenklinik. Während die Kosten von Avastin® bei 368 € pro Ampulle liegen, belaufen sich jene von Lucentis® auf 1.198 €. Sie sind also dreimal so hoch. Die Gesamtkosten für Avastin® stiegen (bei einem Verbrauch von 35 Ampullen) von 12.900 € im Jahr 2006 auf etwa 20.000 € im Jahr 2009 (für 54 Ampullen). Die Kosten von Lucentis® beliefen sich hingegen 2006 auf 1.200 € (für 1 Ampulle) und stiegen im selben Zeitraum auf 430.000 € (für 419 Ampullen) an. Das entspricht einer Gesamtmengensteigerung von 1.300% und einer Kostensteigerung von über 3.000%.

**HTA-Ergebnis:**  
Mengenreduktion ohne  
Qualitätsverlust möglich

**Avastin® vs. Lucentis®**  
dreifacher Preis

enorme  
Kostensteigerung

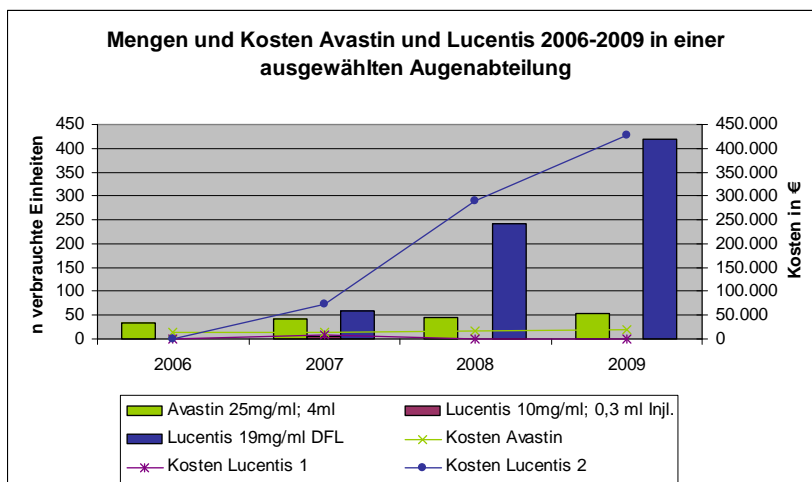


Abbildung 6.3-1: Mengen und Kosten von Avastin® und Lucentis® 2006-2009 in einer ausgewählten Augenabteilung; Quelle: [20]

Geht man zusätzlich davon aus, dass aus einer Ampulle Avastin® wesentlich mehr Injektionen gewonnen werden können, als aus einer Ampulle Lucentis®, vervielfacht sich das Rationalisierungspotenzial. Alleine durch den derzeitigen Einsatz von Avastin® konnten in der untersuchten Klinik zwischen 2006 und 2009 um 1.800 mehr Injektionen verabreicht werden, als wenn die-

vielfaches  
Rationalisierungspotenzial

ses Budget ausschließlich für Lucentis® verwendet worden wäre. Hätte man umgekehrt die Anzahl an „Avastin®-Injektionen“ als „Lucentis®-Injektionen“ verabreicht, wären Mehrkosten von 723.000 € entstanden. Die verabreichte Menge an Lucentis® ist aber insgesamt trotz Assessment um ein Vielfaches stärker gestiegen, als das Präparat Avastin®.

„Erythropoietin“  
Beschränkung der  
Anwendung empfohlen

Das Präparat „Erythropoietin“ wurde in Österreich innerhalb weniger Jahre zum umsatzstärksten Präparat. Außer in den USA verzeichnete jedoch kein Land einen derart hohen Verbrauch [21]. Ende der 1990er Jahre führte der steigende Einsatz bei den Kostenträgern zu enormen Ausgabensteigerung von bis zu + 66%. 2008 betrug allein die Ausgaben der Sozialversicherung für das Produkt 40 Mio. € [21]. Das im Jahr 2000 erschienene Assessment empfahl u.a. eine deutliche Beschränkung der Anwendung auf Indikationen mit eindeutiger Wirksamkeits-Evidenz.

Kosten sowie Verbrauch  
gesunken

Abbildung 6.3-2 zeigt die Mengen- und Kostenveränderungen für „Erythropoietin“ zwischen 1998 und 2009 in einer österreichischen Krankenanstaltengesellschaft. Ab dem Jahr 2001 und verstärkt ab 2003 ist sowohl bei den verbrauchten Mengen als auch bei den Kosten eine Abnahme zu beobachten, wobei die sinkenden Kosten nicht nur durch weniger Verbrauch, sondern auch durch geringere Preise bedingt sind.

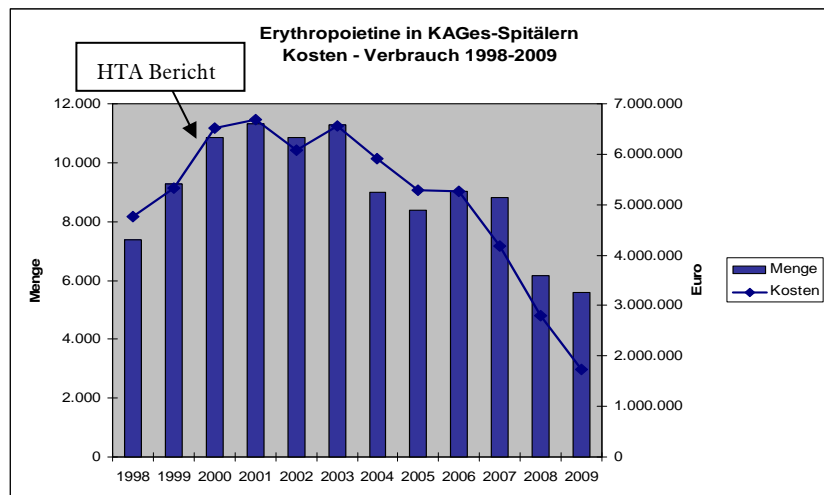


Abbildung 6.3-2: Erythropoietinverbrauch und -kosten in einer Krankenanstaltengesellschaft 1998-2009; Quelle: [22]

Österreichweit ist aus den Daten ab 2004 insbesondere seit 2006 eine Abnahme der verbrauchten Mengen zu beobachten, und zwar vor allem in den Ländern Oberösterreich, Niederösterreich, Steiermark und Vorarlberg (Abbildung 6.3-3).

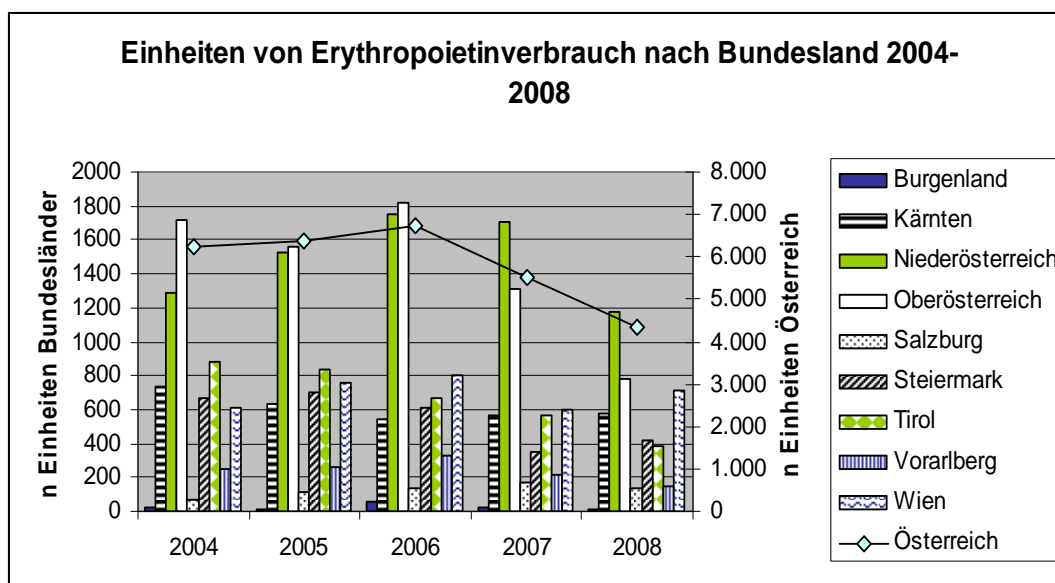


Abbildung 6.3-3: Erythropoietinverbrauch in der onkologischen Therapie in österreichischen Bundesländern 2004-2008; Quelle: [23]

Der Bericht zum Einsatz von „Hämocompletan® bei Blutgerinnungsstörungen“, der auf den fehlenden Nutzenbeleg des Präparats hinweist, steht erst seit Anfang 2010 zur Verfügung, sodass noch keine langfristigen Auswertungen zur Mengenentwicklung möglich sind. Vergleicht man jedoch den durchschnittlichen monatlichen Verbrauch 2009 mit dem im ersten Halbjahr 2010, so ist 2010 in den untersuchten Kliniken sowie im gesamten Krankenhaus ein zwischen 10% und 25% geringerer Verbrauch zu verzeichnen (Abbildung 6.3-4). Bei Annahme eines Preises zwischen 245,50 € (Durchschnittspreis in einer Krankenhausgesellschaft 2008/2009) und 352,40 € (AMI-Info) pro Gramm wären damit alleine in einer Krankenanstalt Einsparungen in der Größenordnung zwischen 112.000 und 160.000 € im Jahr 2010 verbunden. Laut Interviews hat dieser HTA-Bericht gemeinsam mit einem anderen LBI-Bericht in der betreffenden Krankenanstalten-gesellschaft dazu beigetragen, dass Einsparungen im 7-stelligen Bereich erzielt werden konnten (siehe Kapitel 6-3.1).

**Hämocompletan®  
bereits geringerer  
Verbrauch**

**Einsparungen werden  
im 7-stelligen Bereich  
geschätzt**

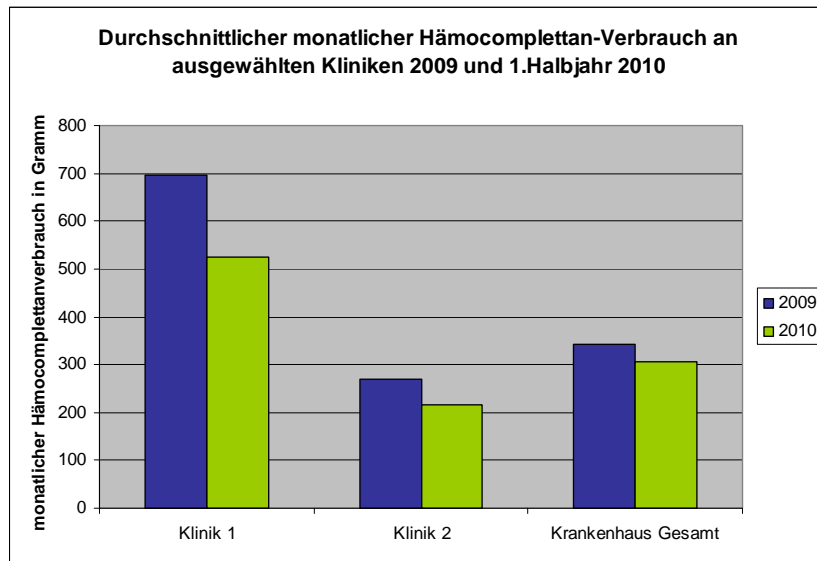


Abbildung 6.3-4: Durchschnittlicher monatlicher Hämocompletan®-Verbrauch 2009 und 2010 in Gramm; Quelle: [24]

**Cytotect®**

**HTA hat zu starkem Rückgang im Verbrauch beigetragen**

Abbildung 6.3-5 zeigt den Verbrauch des Immunglobulins *Cytotect®* in einer Krankenanstaltengesellschaft, wo ein ungewöhnlicher Behandlungsstil ausschlaggebend für die Durchführung des HTA-Assessments war. Die Verbrauchsstatistik zeigt bereits ab 1998 eine sinkende Tendenz, die ab 2001 (in dem der Bericht erschienen ist) an Stärke zunimmt. Der durchschnittliche Verbrauch lag zwischen 1998 und 2001 bei 5.760 Einheiten, während er zwischen 2002 und 2009 auf rund 3.200 Einheiten pro Jahr sank. Laut Interviewaussagen (Kapitel 6.3.1) hatte der HTA-Bericht auf diesen Trend einen maßgeblichen Einfluss. Nach wie vor ist jedoch die Anzahl an Verabreichungen pro Transplantation in der Transplantationsklinik dieser Krankenanstaltengesellschaft wesentlich höher als in den anderen Transplantationskliniken (Abbildung 6.3-6).

**immer noch starke Unterschiede zwischen Kliniken**

Die durchschnittlichen Jahreskosten betragen in der untersuchten Klinik im betrachteten Zeitraum vor dem Assessment rund 3 Mio. €. Seit 2002 sind sie um die Hälfte gesunken und liegen bei gut 1,5 Mio. € (Preissenkungen machen hierbei nur einen geringen Anteil aus). Würde man die ursprünglichen Kosten fortschreiben, wären Gesamtkosten von gut 24 Mio. € entstanden, während sie real um die Hälfte niedriger waren. Somit können seit 2002 Kosteneinsparungen in der Höhe von rund 12 Mio. € geschätzt werden.

**geschätzte Einsparung 12 Mio. €**

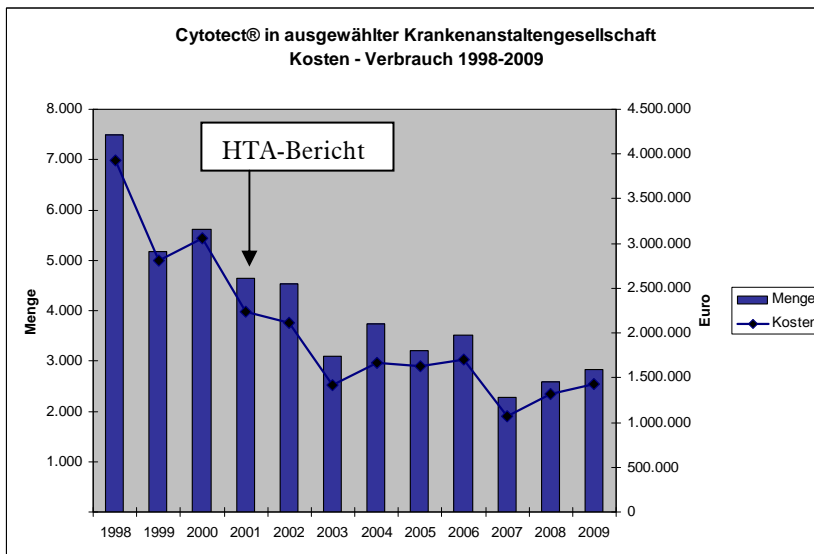


Abbildung 6.3-5: Menge und Kosten für Antizytomegalie-Immunglobuline in einer Krankenhausgesellschaft 1998-2009; Quelle: [25]

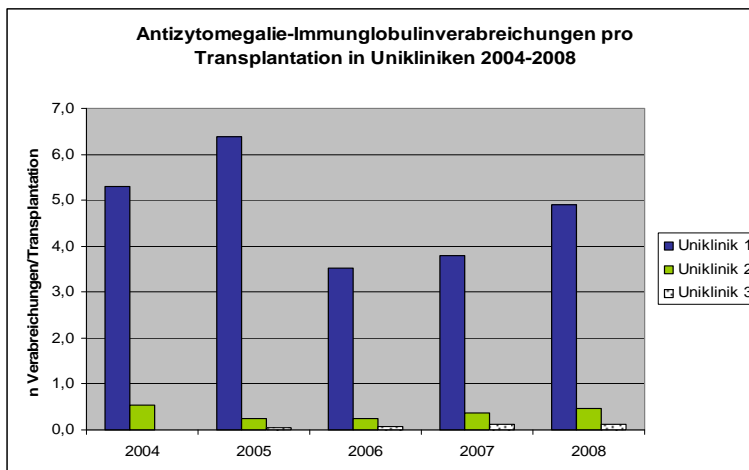


Abbildung 6.3-6: Anzahl verabreichter Antizytomegalie-Immunglobuline pro Transplantation in österreichischen Unikliniken (2004-2008); Quelle: [23]

Ähnlich wie bei den vorangegangenen Beispielen konnte auch bei den „Medikamentfreisetzenden Stents/drug eluting stents (DES)“ eine starke Steigerung des Verbrauchs beobachtet werden [17]. Der HTA-Bericht aus dem Jahr 2006 empfahl – insbesondere aufgrund möglicher Nebenwirkungen – einen deutlich selektiveren Einsatz der DES.

**HTA empfiehlt selektiveren Einsatz von DES...**

Abbildung 6.3-7 zeigt bis 2006 einen deutlichen Anstieg der gesamten Stentimplantate, die durch eine starke Steigerung der DES bedingt waren; der Anteil der DES an allen implantierten Stents betrug 2004 35% und stieg bis 2006 auf 63%. Seither ist ein leichter Rückgang beider Implantate zu beobachten, der 2007 auf die Abnahme der DES, 2008 jedoch eher auf den Rückgang der nicht beschichteten Stents zurückzuführen ist.

**...leichter Rückgang ist zu beobachten**

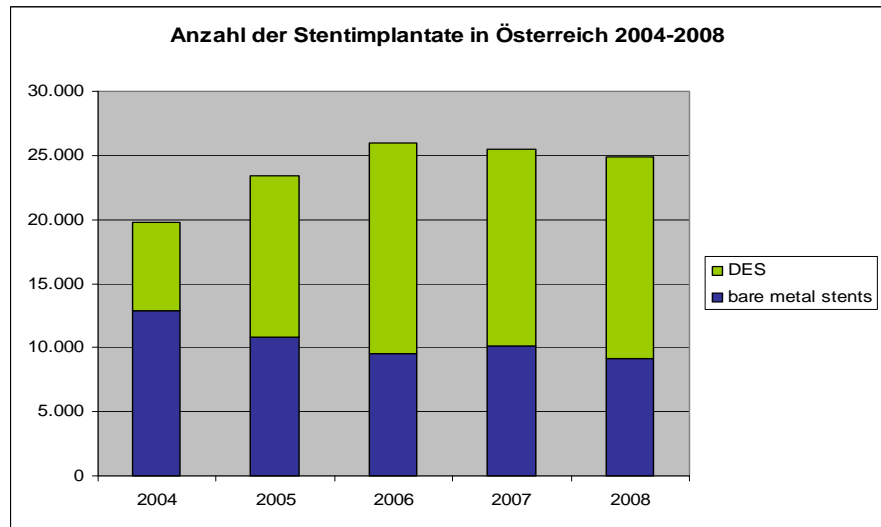


Abbildung 6.3-7: Verrechnete implantierte DES und nicht beschichtete Stents in österreichischen Krankenanstalten 2004 bis 2006; Quelle: [23]

**Verbrauchsmuster  
variiert stark zwischen  
Bundesländern**

Das Verbrauchsmuster unterscheidet sich allerdings stark zwischen den einzelnen Bundesländern (Abbildung 6.3-8). Die meisten DES pro 1000 Einwohner wurden in den Bundesländern Oberösterreich, Niederösterreich und Wien eingesetzt. Mit Ausnahme von Niederösterreich und der Steiermark ist ein deutlicher Rückgang der implantierten DES zwischen 2006 und 2007 zu beobachten, insbesondere in Kärnten und Salzburg. Danach folgt allerdings wieder ein leichter Anstieg.

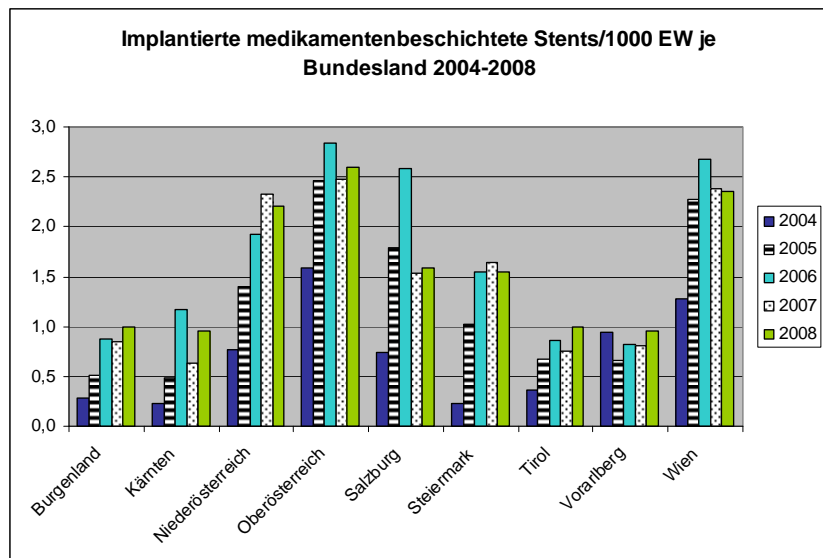


Abbildung 6.3-8: DES/1000 Einwohner nach Bundesland (2004-2008); Quelle: [23]

Der Bericht zur „Medikamentösen Wehenhemmung“ untersuchte Produkte mit erheblichen Preisunterschieden und kam zum Schluss, dass das teurere Produkt zwar geringere Nebenwirkungen zeigt, der Nutzen der Tokolyse bezogen auf neonatale Endpunkte aber prinzipiell fraglich ist. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Beispielen war den betroffenen Entscheidungsträgern zu diesem Assessment kein Effekt zu Verbrauch oder Kosten bekannt. Es liegen dazu auch keine Daten vor.

kein Effekt für  
„medikamentöse  
Wehenhemmung“ ...

Der Bericht zu den „Nicht-ionischen Röntgenkontrastmitteln“ zielte im Gegensatz zu den vorigen Beispielen nicht auf Mengenveränderungen, sondern auf Kostenreduktion durch bessere Preisgestaltung und Einkaufspolitik ab [19]. Wie ein dazu publizierter Kontrollamtsbericht zeigt [26], konnte durch eine Ausschreibung für nicht-ionische Röntgenkontrastmittel im Jahr 2008 im Wiener Krankenanstaltenverbund eine Kosteneinsparung von 1.071.000 € erreicht werden. Auch in anderen Krankenanstaltenverbänden scheint es laut Interviewergebnissen zu einer Preisreduktion und damit zu einer Kostenreduktion gekommen zu sein (siehe Kapitel 6.3.1). Abrechnungsdaten liegen dazu nicht vor.

Umsetzung der  
Empfehlung zu  
veränderter  
Einkaufspolitik

1 Mio. € eingespart

### Effekte beim Einsatz in prospektiver Budgetplanung

Die Assessments zum „Ärztlich-therapeutischen Gespräch“ [27], zur „Extrakorporalen Stoßwellentherapie“ [28], zur „HPV Impfung“ [29] und zum „Mutter-Kind-Pass“ [30], sowie die „MEL-Berichte“ und die „Horizon-Scanning-Berichte“ wurden als Entscheidungsunterstützung im Rahmen einer prospektiven Budgetplanung erstellt.

Berichte eingesetzt zur  
Budgetplanung

Der Bericht zum „Ärztlich-therapeutischen Gespräch“ [27] untersuchte die Evidenz zur Auswirkung der ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation auf die Behandlungsqualität und diente als Verhandlungsbasis zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer. Die Forderung der Ärztekammer, den Tarif für diese Abrechnungsposition zu erhöhen und die Leistung häufiger abrechnen zu können, wurde mit dem Hinweis auf mangelnde Evidenz, dass das ärztlich-therapeutische Gespräch zu besserer Compliance, höherer Zufriedenheit, geringeren Überweisungen und geringeren Folgekosten führt, nicht umgesetzt, sodass es für die folgenden drei Jahre zu keiner Leistungsausweitung gekommen ist (siehe Kapitel 6.3.1) .

ärztliches Gespräch:  
HTA zeigt mangelnde  
Evidenz,

Grundlage für  
Verhandlungen,

Leistungsausweitung  
ausgesetzt,

Bei der Anhebung des Tarifs auf die geforderten 15 € wäre es im Vergleich zum derzeit bezahlten Tarif von durchschnittlich 11,075 € für die Anzahl der zwischen 2007 und 2009 gemeldeten Leistungen (9.508.959) [31] zu Mehrkosten von gut 37 Mio. € gekommen.

entspricht 37 Mio. € an  
geringeren Kosten

Die Studie zum Thema „Extrakorporale Stoßwellentherapie“ [28] empfahl einen streng limitierten und reglementierten Einsatz der Therapie, um unkontrollierte Mengenausweitungen zu verhindern. Die Leistung wurde bisher nicht in den Leistungskatalog aufgenommen.

extrakorporale  
Stoßwellentherapie  
nicht im  
Leistungskatalog

<p><b>Assessment zur HPV-Impfung maßgeblich für nicht-Finanzierung verantwortlich</b></p>	<p>Bei der „Evaluation der HPV-Impfung“ [29] wurde bereits in den Interviewaussagen deutlich, dass das Assessment maßgeblich dafür verantwortlich ist, dass die Impfung in Österreich nicht öffentlich finanziert wird (siehe Kapitel 6.3.1). Laut Budgetfolgenabschätzung im Bericht wären der öffentlichen Hand je nach Szenario bis 2060 Kosten zwischen 277 Mio. € und 1,3 Mrd. € entstanden. Dies entspricht durchschnittlichen Jahreskosten von 5 Mio. € bis 31 Mio. € (bis zu 15% des damaligen Präventionsbudgets). Langfristig hätten im Idealfall maximal zwei Drittel der Impfkosten durch potenzielle Einsparungen bei der Behandlung von Zervixkarzinom (vorstufen) kompensiert werden können. Der Bericht empfahl als eine mögliche Alternative eine wesentlich kostengünstigere Qualitätsoffensive für das gesamte Zervixkarzinomscreening-Programm. Die Umsetzung einer solchen wurde zwar medial angekündigt [32], eine tatsächliche flächendeckende Implementierung kam aber bisher nicht zustande. Ein Qualitätsprojekt zum Pap-Abstrich wurde bereits vor dem HPV-Bericht initiiert und steht nicht mit dem Assessment im Zusammenhang.</p>
<p><b>Bericht empfiehlt kostengünstigere Qualitätsverbesserung des Screenings</b></p>	
<p><b>Implementierung steht bisher aus</b></p>	
<p><b>„Mutter-Kind-Pass“ Assessment empfiehlt Streichung von Untersuchung</b></p>	<p>Auch das Assessment zum „Mutter-Kind-Pass“ wurde prospektiv als Entscheidungsunterstützung erstellt und in den Verhandlungen zur Weiterentwicklung von Schwangerenuntersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes eingesetzt. Es lag die Empfehlung vor, die sogenannte „interne Untersuchung“ aufgrund mangelnder Evidenzbasis aus dem Programm zu streichen.</p>
<p><b>aufgrund Widerstand von Interessenvertretungen jetzt zusätzliche Untersuchungen</b></p>	<p>In diesem Fall wurde, wie bei der Interviewanalyse bereits beschrieben (siehe Kapitel 6.3.1), die Empfehlung auf Druck von Interessensvertretungen nicht umgesetzt und es kam zu Mehrkosten, da anstatt der geplanten Umverteilung (Finanzierung zweier neuer Untersuchungen anstatt der internen Untersuchung) die zwei neuen Tests nun zusätzlich zur internen Untersuchung in das Routineprogramm aufgenommen wurden.</p>
<p><b>seit 2008 Evidenzanalyse zu medizinischen Einzelleistungen</b></p>	<p>Seit 2008 wird zu ausgewählten Leistungen, die von einzelnen Krankenanstalten für eine Aufnahme in den Einzelleistungskatalog der Krankenhausfinanzierung vorgeschlagen werden, vorab eine <i>Evidenzanalyse zur Wirksamkeit (MEL-Analyse)</i> erstellt. Die Dokumente enden mit einer von vier vordefinierten möglichen Empfehlungen für oder gegen die Aufnahme der Leistung in den Leistungskatalog. Die Entscheidung wird im entsprechenden Gremium der Bundesgesundheitsagentur getroffen. Eine Aufnahme in den Leistungskatalog ist mit einer gesonderten finanziellen Abgeltung verbunden. Leistungen, die nicht im Leistungskatalog gelistet sind, können zwar mitunter trotzdem erbracht werden, sie werden jedoch aufgrund der finanziellen Mehrbelastung für den Krankenanstaltenträger wesentlich restriktiver zum Einsatz kommen.</p>
<p><b>Aufnahme in den Leistungskatalog bedeutet finanzielle Abgeltung</b></p>	
<p><b>finden sich Empfehlungen in Entscheidungen wieder?</b></p>	<p>Im Rahmen der ökonomischen Analyse ist es von Interesse, inwieweit sich die Empfehlungen der Assessments in den Entscheidungen wiederfinden. Zwar können – auch aufgrund des kurzen Zeitraums – dazu keine Einsparungspotenziale ermittelt werden, eine Übersicht über die (nicht)-Aufnahmen in den Leistungskatalog weist aber auf zukünftigen Ressourcenverbrauch und Umverteilungspotenziale hin.</p>



Tabelle 6-7 stellt die bisher durchgeführten Assessments zu den medizinischen Einzelleistungen (MEL) im Überblick dar. Die Tabelle enthält neben den bearbeiteten Themen die Evidenzlevels der Studien, die zu den Interventionen recherchiert wurden, die Empfehlung der StudienautorInnen und die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit.

In den Jahren 2008 bis 2010 wurden 33 Technologien bewertet. Zu 5 dieser Technologien wurden in Summe 9 Evidenz-updates erstellt, sodass insgesamt 42 Evidenzanalysen vorliegen. Für zwei Drittel davon (28) wurde empfohlen, die Leistung aufgrund mangelnder Evidenz nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen. Bei zwei weiteren Leistungen wurde aufgrund eines fehlenden Netto-Nutzens (die untersuchte Technologie war weder wirksamer noch sicherer als die Vergleichstherapie) eine Aufnahme in den MEL-Katalog abgelehnt, sodass insgesamt bei 71% der Bewertungen keine Aufnahme in den Katalog empfohlen wurde.

Bei knapp der Hälfte der 30 empfohlenen Ablehnungen (13) erfolgte auch vom Entscheidungsträger eine Ablehnung. Bei den restlichen 17 in den Evidenzanalysen ausgesprochenen Ablehnungen wurden die dazugehörigen Leistungen zwar aufgenommen, allerdings unter restriktiven Bedingungen (z.B. vorläufige Aufnahme bei jährlicher Neubewertung, genehmigungspflichtige Leistung).

12 (~ 30%) der 42 Bewertungen endeten mit der Empfehlung einer Aufnahme mit Einschränkung. Bei 6 (50%) dieser 12 Empfehlungen wurden auch vom Entscheidungsträger Einschränkungen festgehalten. Bei weiteren 5 (42%) wurden die dazugehörigen Leistungen abgelehnt (die Entscheidung war also restriktiver als die Empfehlung), 1 Leistung wurde trotz Empfehlung zur eingeschränkten Aufnahme uneingeschränkt aufgenommen.

Insgesamt bedeutet dies, dass bei 19 der 42 Analysen (45%) eine vollkommene Übereinstimmung zwischen Empfehlung und Entscheidung vorliegt. Bei weiteren 17 Berichten (41%) erfolgte zwar trotz Empfehlung zur Ablehnung eine Aufnahme, allerdings unter restriktiven Bedingungen und bei 14% der Analysen war die Entscheidung restriktiver als die Empfehlung.

Wie bei der Interviewauswertung deutlich wurde, ist durch die Einschränkung auf wenige Standorte eine Limitierung der Fallzahlen zu erwarten und die ebenfalls häufig stattfindende geringere Bepunktung hat zusätzlich eine geringere Vergütung der Leistung zur Folge.

## Überblick von Assessments und Entscheidung (Tabelle)

### 42 Evidenzanalysen

**30x Ablehnungen empfohlen**

**davon 13 tatsächlich abgelehnt, Rest: restriktive Aufnahme**

**12 Aufnahmen mit Einschränkungen empfohlen**

**davon 6 nach Empfehlung ungesetzt**

**45% Übereinstimmung**

**41% Aufnahme trotz Ablehnung, aber unter restriktiver Bedingung**

**Folge: weniger Leistungen, weniger Ausgaben**

Tabelle 6.3-2: Charakteristika der MEL- Health Technology Assessments: Beurteilung der Evidenz, Empfehlungen und finale Entscheidungen [33]

Jahr	Projektbericht/ MEL Technologie	GRADE – Evidenzlevel	Empfehlung auf Basis der Evidenzlage**	Entscheidung des BMG über die Aufnahme der Leistung ) in den LKF Katalog (oder Änderung)
2008	Neue minimal-invasive Methoden bei Belastungsinkontinenz Technologien: A: Urocell™, B: Argus™ bei Männern, C: Safyre™ bei Frauen, D: Pro-ACT™ bei Männern, E: ACT™ bei Frauen	A: niedrig B: sehr niedrig C: niedrig D: niedrig E: sehr niedrig	A: 4 B: 4 C: 3 D: 3 E: 4	A-E: abgelehnt
2008	LDL Apherese	sehr niedrig-niedrig	3	abgelehnt
2008	Kyphoplastie und Vertebroplastie bei osteoporotischen Wirbelkörperkompressionsfrakturen	niedrig-moderat	3	Aufhebung der bisherigen Entscheidung (uneingeschränkte Aufnahme); nun genehmigungspflichtige Leistung* (MEL LHO20 + LHO21)
2010	<i>Update</i>	sehr niedrig-hoch	3	Entscheidung von 2008 bestätigt
2008	Perkutan implantierbare Pulmonalklappen bei angeborenen Herzfehlern des rechtsventrikulären Ausflusstraktes	sehr niedrig	3	aufgenommen, aber genehmigungspflichtig und nur in der Zentral- und Schwerpunktkrankenversorgung erbringbar (MEL DBO20)
2008	Selektive Zelladsorption bei entzündlichen Darmerkrankungen	niedrig	3	abgelehnt
2008	Rheopherese® bei Altersbedingter Makuladegeneration, Hörsturz & Tinnitus, Diabetesspätfolgen	sehr niedrig	4	abgelehnt
2008	Optical Coherence Tomography	sehr niedrig	4	abgelehnt
2008	Stentgraftimplantation bei Erkrankungen der Aorta ascendens	sehr niedrig	4	Vorläufig aufgenommen (für 2 Jahre); jedoch jährliche Neubewertung der Evidenz (MEL XNO30)
2009	<i>Update</i>	sehr niedrig	4	Entscheidung von 2008 bestätigt
2010	<i>Update</i>	sehr niedrig	4	
2008	Kardiale Kontraktilitätsmodulation bei medikamentös therapierefraktärer Herzinsuffizienz	niedrig	4	Vorläufig aufgenommen (für 2 Jahre); jedoch jährliche Neubewertung der Evidenz (MEL XNO20)
2009	<i>Update</i>	niedrig	4	Entscheidung von 2008 bestätigt
2010	<i>Update</i>	niedrig	4	
2008	Minimal-invasiver perkutaner Aortenklappenersatz	niedrig	4	Vorläufig aufgenommen (für 2 Jahre); jedoch jährliche Neubewertung der Evidenz

Jahr	Projektbericht/ MEL Technologie	GRADE – Evidenzlevel	Empfehlung auf Basis der Evidenzlage**	Entscheidung des BMG über die Aufnahme der Leistung ) in den LKF Katalog (oder Änderung)
2009 2010	Update Update	niedrig niedrig	4 4	(MEL XNo10) Entscheidung von 2008 bestätigt
2008 2009 2010	Endobronchiale Ventilimplantation beim Lungenemphysem Update Update	sehr niedrig sehr niedrig sehr niedrig	4 4 4	Vorläufig aufgenommen (für 2 Jahre); jedoch jährliche Neubewertung der Evidenz (MEL XNo40) Entscheidung von 2008 bestätigt
2009	Chemonukleolyse und intradiskale Elektrotherapie. Technologien: A: O <sup>2</sup> O <sup>3</sup> Nukleolyse; B: IDET	A: moderat-niedrig B: niedrig-moderat	A: 3 B: 4	A + B: Aufhebung der bisherigen Entscheidung (uneingeschränkte Aufnahme); nun genehmigungspflichtige Leistung* (MEL LHo10)
2009	Perkutane Nukleotomie und perkutane Laserdiskusdekompression	sehr niedrig-niedrig	4	Aufhebung der bisherigen Entscheidung (uneingeschränkte Aufnahme); nun genehmigungspflichtige Leistung* (MEL LHo10)
2009	Injektionstherapien und Radiofrequenztherapie bei chronischen Rückenschmerzen. Technologien: A: Injektionstherapien an den Facetten- und Sakroiliakalgelenken (intra-artikulären Injektionen oder Nervenblockaden); B: Epiduralinjektionen; C: Radiofrequenztherapie	A: niedrig-moderat B: moderat-hoch C: niedrig	A: 4 B: 3 C: 3	Aufhebung der bisherigen Entscheidung (uneingeschränkte Aufnahme); nun genehmigungspflichtige Leistung* (MEL AJ140 + AKo10)
2009	Intraoperative Radiotherapie bei frühem Brustkrebs	niedrig-sehr niedrig	3	abgelehnt
2009	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter	moderat - niedrig	4	abgelehnt
2009	IgG-Apherese bei ABO-inkompatibler Nierentransplantation	sehr niedrig	4	abgelehnt
2009	Bildgesteuerte Strahlentherapie mittels Cone-beam Computertomographie	sehr niedrig	4	abgelehnt
2009	Pumpless extracorporeal lung assist (PECLA)	sehr niedrig	4	abgelehnt
2009	Retroluminale Transobturatorische Repositionsschlinge bei Belastungssinkontinenz des Mannes	sehr niedrig	4	abgelehnt

Jahr	Projektbericht/ MEL Technologie	GRADE – Evidenzlevel	Empfehlung auf Basis der Evidenzlage**	Entscheidung des BMG über die Aufnahme der Leistung ) in den LKF Katalog (oder Änderung)
2010	Hochintensiver Fokussierter Ultraschall (HIFU) zur Behandlung des Prostatakarzinoms	sehr niedrig	4	abgelehnt
2010	Bandscheibenprothesen Indikation A: Halswirbelsäule; B: Lendenwirbelsäule	A: moderat B: moderat	A: 2 B: 2	A: Streichung geplant im Jahr 2011 B: abgelehnt
2010	Laserangioplastie der Koronargefäße	sehr niedrig	4	abgelehnt
2010	Radiopeptidtherapie - 90Yttrium und 177Lutetium Somatostatinanaloge zur Behandlung von inoperablen neuroendokrinen Tumoren	niedrig	3	aufgenommen
2010	Perkutane Mitralkappenintervention mittels Mitralclip bei Mitralkappen-Insuffizienz	sehr niedrig	4	Vorläufig aufgenommen (für 2 Jahre); jedoch jährliche Neubewertung der Evidenz (MEL XN050)

*\*Bei der Genehmigung der Leistung ist unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten eine Bündelung der Leistungserbringung anzustreben. Eine interdisziplinäre Indikationsstellung, Back-up und Nachsorge müssen gewährleistet sein.*

*\*\*Schema für Empfehlungen auf Basis der Evidenzlage:*

1	Eine <b>Aufnahme</b> in den Leistungskatalog wird <b>empfohlen</b> . Die vorhandene Evidenz belegt eindeutig einen Netto-Nutzen der evaluierten Intervention.
2	Eine <b>Aufnahme</b> in den Leistungskatalog wird <b>nicht empfohlen</b> . Die vorhandene Evidenz belegt eindeutig, dass kein Netto-Nutzen der evaluierten Intervention vorhanden ist.
3	Eine <b>Aufnahme</b> in den Leistungskatalog wird <b>mit Einschränkung empfohlen</b> . Die vorhandene Evidenz deutet auf einen Netto-Nutzen der evaluierten Intervention hin, neue Studien werden möglicherweise aber einen wichtigen Einfluss auf die Einschätzung des Effektes haben. <b>Eine neuerliche Evaluierung der Evidenz zu einem späteren Zeitpunkt wird empfohlen</b> .
4	Eine <b>Aufnahme</b> in den Leistungskatalog wird <b>derzeit nicht empfohlen</b> . Die vorhandene Evidenz ist <b>nicht ausreichend</b> , um den Netto-Nutzen der evaluierten Intervention beurteilen zu können.

Die „Horizon-Scanning Berichte“ behandeln die Wirksamkeit neuer Onkologika, von denen ein breiter Einsatz und/oder hohe Kosten zu erwarten sind. Seit Projektbeginn wurden 13 Berichte veröffentlicht. Ziel ist es, zu einem angemessenen Einsatz dieser Onkologika beizutragen und gleichzeitig Ressourcenverschwendung zu verhindern. Die Beispiele in Abbildung 6.3-9 für die monoklonalen Antikörper „Cetuximab“ und „Rituximab“, die bei zahlreichen Indikationen eingesetzt werden, veranschaulichen die ökonomische Dimension exemplarisch. Beide Produkte verzeichnen eine kontinuierliche Mengensteigerung, die aufgrund der hohen Preise der Präparate mit sehr hohen Kosten – sie liegen pro Behandlung zwischen 16.000 und 18.000 € [34, 35] - verbunden ist.

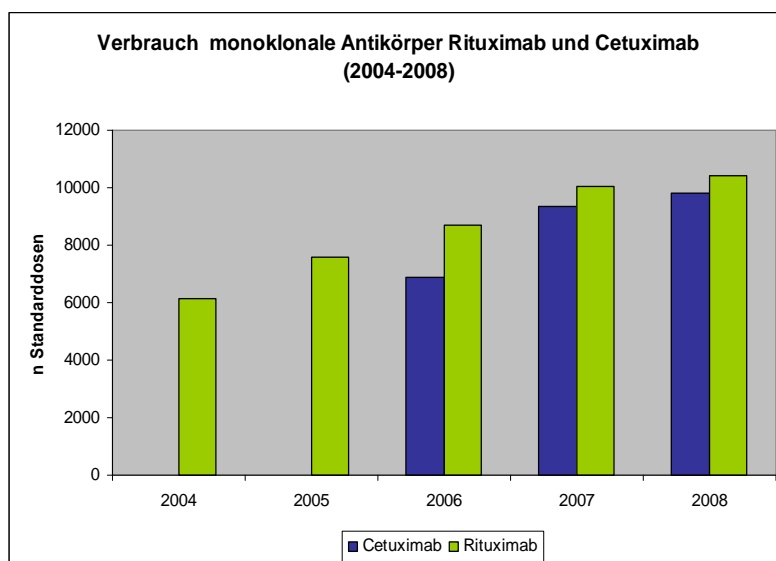


Abbildung 6.3-9: Verbrauch von monoklonalen Antikörper Cetuximab (2006-2008) und Rituximab (2004-2008); Quelle: [23]

Der ökonomische Impact zu diesen Berichten lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht umfassend abbilden, da die Berichte 2009 publiziert wurden, die österreichischen Daten allerdings nur bis 2008 vorliegen. Aus den Interviews (Kapitel 6.3.1.) geht jedoch hervor, dass die Berichte in den Arzneimittelkommissionen und verschiedenen Foren zum Einsatz kommen und Verbrauchsrückgänge zu bemerken sind.

Für eine Krankenanstaltengesellschaft lässt sich exemplarisch zeigen, dass im Jahr 2009 deutlich weniger Leistungen zu „Cetuximab“ codiert wurden und auch weniger PatientInnen administriert wurden, die mit diesem Präparate behandelt wurden (Abbildung 6.3-10). Bei „Rituximab“ sank die Anzahl der kodierten Leistung ebenfalls, während die Anzahl der damit behandelten PatientInnen stieg, was auf eine geringere Dosierung pro PatientIn hinweist. Es lässt sich noch nicht abschätzen, ob sich der Trend 2010 fortsetzt.

**ökonomischer Impact von HSS-Publikationen ist zu erwarten**

**weniger Leistungen zu „Cetuximab“ und „Rituximab“**

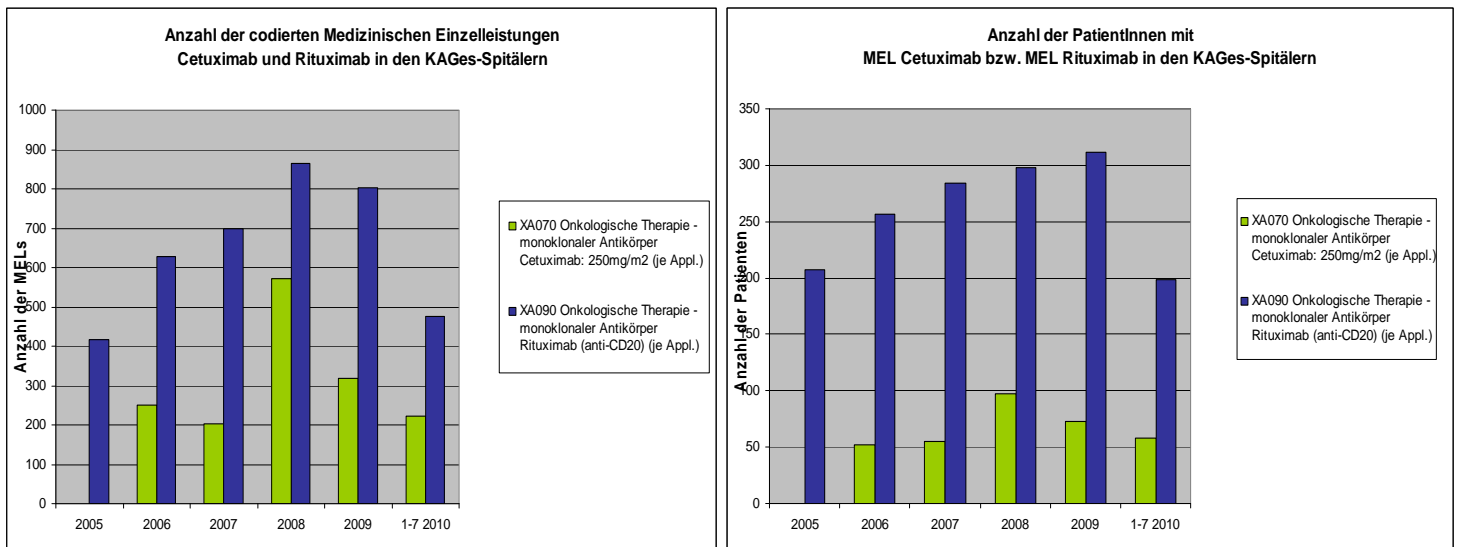


Abbildung 6.3-10: Anzahl codierter MELs und Anzahl PatientInnen mit MELs Cetuximab und Rituximab in KAGES-Spitälern 2005-7/2010; Quelle: [36]

### Effekte von Berichten mit versorgungsplanerischem Fokus

**3 Berichte mit versorgungsplanerischem Fokus**

**quantitative Daten fehlen**

**Empfehlung zu Intensivbettenplanung laut Interview berücksichtigt**

**Schulung von Geburtshelfern für Erstversorgung anstatt 24h Präsenz von NeonatologInnen wurde empfohlen**

**ökonomischer Effekt: weniger Neueinstellungen von ÄrztInnen**

Drei Berichte (Intensivbettenplanung, Neonatologische Versorgung, Universitätsambulanzen im Gesundheitssystem)[37-39] sind aus ökonomischer Perspektive relevant, weil ihr versorgungsplanerischer Fokus mit möglichen Personal- oder Infrastrukturveränderungen verbunden ist. Zum Thema „Rolle von Universitätsambulanzen im Gesundheitssystem“ liegen keine Informationen hinsichtlich Verwendung oder Effekt des Berichts vor. Zu den anderen beiden Themen gibt es aus den Interviews Hinweise für ökonomische Effekte, allerdings keine quantitativen Daten.

Der Bericht zur „Intensivbettenplanung“ [37] endet mit der Empfehlung, die bestehenden Ressourcen optimaler zu nutzen, d.h. anstatt neue Betten und Intensivseinheiten zu schaffen, den Bettenschlüssel „Intensivbetten : Intermediate Care“ Betten zugunsten von letzteren (weniger kostenintensiven) zu verändern. Die Ergebnisse sind laut Interview zumindest in einer Krankenhausgesellschaft in die Neugestaltung der Intensivversorgung eingeflossen (siehe Kapitel 6.3.1)

Der Bericht zur „Neonatologischen Versorgung“ wurde erstellt, um eine evidenzbasierte Entscheidung zur Frage zu unterstützen, ob bei Geburten mit niedrigem Risiko eine 24h Präsenz von NeonatologInnen zu besserer Neugeborenenengesundheit führt, als andere Modelle der neonatologischen Versorgung. Empfohlen wurde, die GeburtshelferInnen besser für neonatologische Erstversorgung zu schulen, im Falle eines Einsatzes von PädiaterInnen eine hohe Qualifikation und Erfahrung (genügend Fallzahlen) sicherzustellen und die Frage gegebenenfalls mit einer Umstrukturierung der Gesamtversorgung (Risikofallzentrierung, Zentralisierung) zu verknüpfen.

Ein ökonomischer Effekt kann dahingehend angenommen werden, dass laut Interviews entgegen der ursprünglichen Forderung keine KinderärztInnen eingestellt wurden. Geht man von konservativ geschätzten Jahreskosten (ohne Nachtdienste) von rund 50.000 € pro angestellter/angestelltem PädiaterIn aus [40], wären damit für die acht konsiliarärztlich versorgten steirischen Spitäler Mehrkosten von insgesamt mindestens 400.000 € pro Jahr verbunden gewesen. Diese Kosten entfielen aber nicht vollständig, denn es

wurde an den größeren geburtshilflichen Abteilungen ein/e zweite/r Anästhesiefacharzt/ärztin eingestellt.

## 6.4 Enlightenment

### 6.4.1 Ergebnisse aus den Interviews

#### Mikroebene

Veränderungen auf der Enlightenment-Ebene werden vorwiegend bei den VertreterInnen im journalistischen Bereich wahrgenommen. Es hat eine Änderung im Diskurs, in der Berichterstattung sowie in der Positionierung des Gesundheitsjournalismus stattgefunden: *„Was ich sehe ist, dass sich die Debatte, zumindest in einem gewissen Zirkel doch sehr stark verstärkt hat in diese Richtung“* (Interview 8). Ebenso kann die Initiierung der Avastin®-Studie als Impact auf der Enlightenment-Ebene verbucht werden. Auf Basis des dementsprechenden Assessments, welches *„als Grundlage genommen [wurde]“* (Interview 6), wurde eine in Österreich durchgeführte Studie geplant. *„Die ‘Manta-Studie’, wo wir gesagt haben, also jetzt ist klar, da gibt’s was und wir machen diese Studie“* (Interview 6).

Hinweise für ein zunehmendes HTA-Verständnis sind Vorschläge, das LBI-HTA möge zukünftig Primärstudien begleiten und Fragen mit einem weiten Blickwinkel, beispielsweise auf solche, die das Alter oder die zunehmende *„soziale Insuffizienz“* (Interview 7) betreffen, behandeln.

#### Mesoebene

Hinweise für Enlightenment-Effekte auf der Mesoebene sind Aussagen, die die Anerkennung von Evidenz als Maßstab der Entscheidungsfindung und veränderte Einstellungen widerspiegeln: *„Wir müssen einfach wieder ein bisschen rationaler werden“* (Interview 5). Eine Veränderung in der Kultur zeigt sich darüber hinaus darin, dass der Mangel an methodisch hochwertigen Studien bekannt ist (*„eins der Probleme ist, wir machen kaum mehr akademische Eigenstudien“*) sowie die Forschung der Industrie kritisch beurteilt wird: *„Es werden vorwiegend ... industriegesponserte Studien gemacht. Die Industrie hat Interesse, Studien zu machen für die Zulassung und allenfalls noch fürs Marketing. Aber ein Interesse, dass bereits zugelassene Medikamente zum Beispiel gegeneinander untersucht werden im Hinblick einer Versorgungsforschung, [mit der Frage] was ist denn wirklich sinnvoller? [Das Interesse] hat niemand“* (Interview 4).

Außerdem wird in hohem Ausmaß *„Transparenz für den Bürger“* (Interview 3) gefordert. Der Wunsch nach mehr Transparenz hat Auswirkungen auf das gesamte System: *„Und wenn das [Recht auf Transparenz] zur Kultur wird, das ist es halt bei uns derzeit nicht, dann bekommen natürlich Assessments einen ganz anderen Einfluss. Also die Beispiele, die wir genannt haben, wo keine Evidenz für etwas vorliegt und es trotzdem in [Leistungs-] Katalogen oder Verträgen oder sonst etwas drinnen ist, wenn das wirklich öffentlich und transparent gemacht wird, dann schaut das natürlich ... für den Entscheidungsträger ganz anders aus ... Also wenn da ein Kulturwechsel in der Entscheidungsfindung ist, wenn dort mehr Transparenz reinkommt, und das kann durchaus auch als Endforderung aufgestellt werden,*

**Änderungen im Gesundheitsjournalismus**

**Assessment als Basis für Primärstudien**

**z.B. Manta-Studie**

**Vorschlag, HTA soll Fragen mit weitem Blickwinkel bearbeiten**

**Evidenz als Entscheidungsmaßstab**

**Mangel an hochwertigen Studien wird erkannt**

**Kritik gegenüber Industrie-Forschung**

**Forderung nach Transparenz in Entscheidungsprozessen**

*dass solche Leistungen wo im Endeffekt öffentliche Gelder eingesetzt werden, dass da eine transparente Entscheidungsfindung existieren muss“ (Interview 3).*

**Frühbewertungen als wichtig erachtet**

Die frühen Informationen durch das Horizon Scanning in der Onkologie werden als wichtig erachtet, dabei soll die kurze Berichtsform beibehalten werden. Für die zukünftige Orientierung sollte sich die HTA-Forschung mehr in der gesundheitspolitischen Planung etablieren, wo *„tatsächlich HTA als Planungs- und Plausibilisierungs-Tool ... für gesundheitspolitische Entscheidungen [eingesetzt wird]“* (Interview 4). InterviewpartnerInnen aus Krankenanstaltenverbänden fordern eine Institutionalisierung der HTA Forschung auf nationaler Ebene, die „nationale HTA-Strategie“ wird als positives Zeichen für die Forschung interpretiert. Diese bleibt allerdings unklar und es wird geraten, dass das LBI die eigene Expertise nutzt, sich jedoch nicht von anderen Institutionen vereinnahmen lassen sollte.

**HTA in der Planung integrieren**

**Durchführung „nationale HTA-Strategie“ unklar**

### Makroebene

**HTA-Forschung soll Großprojekte begleiten**

Die Anfrage an die HTA-Forschung, Großprojekte zu begleiten *„dass wir ... gute ... Netzwerke herstellen zwischen den Herstellern von HTA und den Usern ... und dann ... dass man das als Produkt entwickelt, so Coachings und Audits für größere Projekte“* (Interview 1), Schulungen der MitarbeiterInnen durchzuführen (*„mehr Kurse und Unterstützung bei HTA-Datenbanksuchen“*; Interview 1), was zur Qualitätssicherung der Arbeit beitragen soll, zeigt eine Form des Enlightenments auf der Makroebene auf.

**Forderung „HTA-Kultur“ auch in anderen (Entscheidungs-) Stellen zu integrieren**

Zudem zeigt die Forderung, HTA-VertreterInnen in andere Gremien und Positionen zu berufen (z.B. in die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit EFSA oder in die Europäischen Arzneimittelagentur EMA), das Bewusstsein, dass die „HTA-Kultur“ auch an anderen (Entscheidungs-) Stellen integriert werden sollte. Für das Bewusstsein einer „HTA-Kultur“ spricht ebenfalls die Forderung, zukünftig die Erstellung von Primärstudien, als Grundlage für die HTA-Forschung, zu fördern.

## 6.4.2 Ergebnisse der Fragebogenerhebung

### Dissemination der HTA-Forschung

**Dissemination von HTA durch Publikationen**

Im Sinne des Enlightenment ist Impact auch über eine erfolgreiche Verbreitung von Forschungsergebnissen zu definieren (siehe Kapitel 4.1 und 4.2). Ein möglicher Indikator für die Dissemination von Forschungsergebnissen ist die Publikation von Artikeln in Fachjournalen mit peer-review. Tabelle 6.4-1 zeigt, dass zwischen 2006 und April 2010 mit steigender Tendenz insgesamt 45 Artikel in peer-reviewten Zeitschriften publiziert (oder bereits angenommen) wurden. Die Bandbreite von Journalen, in denen LBI-HTA ForscherInnen veröffentlichen, ist sehr groß. Zu den deutsch- und englischsprachigen Zeitschriften gehören unter anderem medizinische Fachzeitschriften (*„Der Unfallchirurg“*, *„Der Urologe“*, *„Der Orthopäde“* u.a.) in denen vorwiegend Beiträge zu den MEL-Berichten publiziert werden. Andere Projektthemen werden in Fachjournalen veröffentlicht, die ein Spektrum von LeserInnen unterschiedlicher Disziplinen erreichen. Darunter fallen z.B. das *„Journal of Public Health“*, die Zeitschrift *„Das Gesundheitswesen“* oder die *„Wiener Medizinische Wochenschrift“*. Es werden ferner Beiträge in Zeitschriften ohne peer-review veröffentlicht, etwa in Form von Editorials, Beiträgen oder Kommentaren. Im untersuchten Zeitraum wurden 35

**Vielzahl von Journals, in denen LBI-HTA WissenschaftlerInnen veröffentlichen**



solcher Beiträge, zum Beispiel in der österreichischen Krankenhauszeitung (ÖKZ) publiziert (Tabelle 6.4-1).

Tabelle 6.4-1: Peer-Review Publikationen und sonstige Beiträge

	2006	2007	2008	2009	bis 04/2010	Gesamt
Artikel (peer-reviewed)	3	2	15	15	angenommen/publiziert: 10 eingereicht: 10	45 (+ 10 eingereicht)
Andere Artikel (nicht peer-reviewed)	11	9	11	2	2	34
Buchbeiträge und Gutachten	2	1	5	2 + 11 Beiträge in „Zahlenspiele in der Medizin“	k.A. <sup>6</sup>	10 (+11 Einzelbeiträge in „Zahlenspiele“)

Insgesamt wurden 26 Publikationen in deutschsprachigen und 19 in englischsprachigen Journalen veröffentlicht. Nur im Jahr 2008 war der Anteil der englischen Publikationen höher als der der deutschen (Abbildung 6.4-1). Von den im Jahr 2010 bereits angenommenen Publikationen wurden 7 in deutscher und 3 in englischer Sprache verfasst.

**Publikationen auf deutsch und englisch**

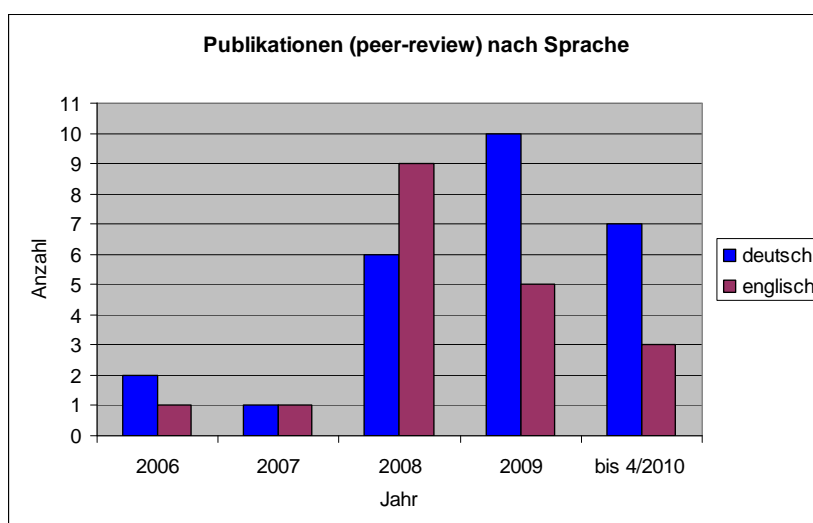


Abbildung 6.4-1: Sprache der peer-reviewten Publikationen

Die Veröffentlichung des Buches „Zahlenspiele in der Medizin“ (März 2010) ist gezielt auf die breite Öffentlichkeit ausgerichtet. Das Buch, in dem 11 Artikel von MitarbeiterInnen des LBI-HTA geschrieben wurden, erklärt laienverständlich, worauf es beim Lesen von Studienergebnissen und in der medizinischen Berichterstattung zu achten gilt und unterstützt LeserInnen dabei, die Ergebnisse von Studien kritisch zu hinterfragen. Innerhalb von drei Monaten nach Erscheinen im März 2010 wurden 2.468 Exemplare verkauft.

**Buch „Zahlenspiele in der Medizin“  
laienverständlichen Erklärungen und kritisches Hinterfragen**

<sup>6</sup> noch keine Angaben für 2010

<b>Teilnahme und Präsentationen auf (inter-) nationalen Veranstaltungen</b>	<p>Auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Veranstaltungen wurden im Rahmen von 114 Vorträgen und 25 Posterpräsentationen die Ergebnisse der Forschung der wissenschaftlichen Community präsentiert (Tabelle 6.4-2). Zahlreiche Veranstaltungen (122) wurden nicht nur zu eigenen Vorträgen, sondern auch zur Fortbildung besucht. In dem Zeitraum von 2006 - 2009 wurden insgesamt 122 Veranstaltungen besucht (mit und ohne Präsentationsbeiträge(n)) (Tabelle 6.4-2).</p>
<b>Einladung zu Diskussionen</b>	<p>In den Fragebögen wurden außerdem über 60 Beiträge angegeben, die auf eine externe Einladung zurück gehen. Die ExpertInnen wurden zu unterschiedlichen Diskussionen geladen, wie dem „Round Table“-Gespräch oder zur Tagung des „Austrian Competence Circle for Clinical Pathways“. Neben der Enlightenment-Ebene ist dies auch ein Indikator für die Wahrnehmung der Forschung.</p>
<b>Vernetzung von Instituten</b>	<p>Während die Teilnahme an Kongressen und Tagungen einen Beitrag für die Vernetzung der WissenschaftlerInnen untereinander fördert, finden der Wissensaustausch und eine Vernetzung auch in einem übergeordneten Kontext, durch die Vernetzung von Instituten, statt.</p>
<p><b>z.B.</b> <b>EUnetHTA</b> <b>HTAi</b></p>	<p>Das LBI-HTA ist in internationalen Gremien und Organisationen, wie der HTAi (Health Technology Assessment international), INAHTA (International Network of Health Technology Assessment), dem Europäischen Netzwerk für HTA (EUnetHTA) sowie dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) Mitglied. Die Mitgliedschaft ermöglicht einen internationalen Austausch mit anderen HTA-ExpertInnen und fördert die Aktivitäten der Organisationen durch die Bereitstellung eigener Arbeitsressourcen.</p>
<b>Vernetzung und Austausch in Ö</b>	<p>Auf nationaler Ebene findet die Vernetzung durch Mitgliedschaften in einschlägigen Netzwerken und Gremien (z.B. Vorstandsmitgliedschaft in der Österreichischen Gesellschaft für Public Health) und durch aktive Vernetzung mit anderen ForscherInnen im Bereich HTA statt.</p>
<b>vielfach auf Eigeninitiative hin entstanden</b>	<p>Einige Netzwerke wurden durch aktive Beiträge des LBI-HTA überhaupt initiiert (z.B. österreichische HTA-Vernetzungstreffen) oder auf langfristige Beine gestellt (z.B. EUnetHTA).</p>

Tabelle 6.4-2: Tagungsbeiträge und -teilnahmen

	2006	2007	2008	2009	Bis 04/ 2010	Gesamt
Vorträge und Kongressbeiträge	15	13	45	26	15	114
Poster	-	-	12	4	9	25
Besuchte Veranstaltungen (Kongresse, Tagungen, Seminare)	14	24	52	32	k. A. <sup>7</sup>	122

<sup>7</sup> noch keine Angaben für 2010

## Auswirkungen auf Forschungsfragen, -inhalte und -prozesse

Zu den Ergebnissen der HTA-Forschung zählen nicht nur beantwortete Fragen, ebenso werden neue Fragestellungen aufgeworfen, die den weiteren Forschungsbedarf verdeutlichen. Ein Indikator für erfolgreichen Impact ist die Fortführung von Projekten oder die Durchführung/Beauftragung von Folgeprojekten, die sich den noch offenen Forschungsfragen widmen. Einen diesbezüglichen Impact erzielte die Studie zur „Ambulanten kardiologischen Rehabilitation“. Hierzu wird auf Wunsch des Auftraggebers eine prospektive Studie entwickelt, die nicht nur die in der ursprünglichen Studie identifizierten Mängel bei der Datenqualität beheben soll, sondern an eine bedingte Erstattung von Rehabilitationsleistungen gekoppelt ist – eine Form von „Refundierungs-Kultur“, die in Österreich bisher nicht üblich war und einen Enlightenment-Effekt im Sinne von „HTA-Kultur“ verdeutlicht.

Ebenso erfolgte aus dem Bericht zur „Ökonomischen Evaluation der HPV-Impfung in Österreich“ ein Folgeauftrag: Um Mädchen und Eltern eine evidenzgestützte Informationshilfe zur Verfügung zu stellen, wurde von einer großen deutschen Krankenversicherung das Projekt „Erstellung einer Entscheidungshilfe zur HPV-Impfung für junge Mädchen und Frauen/Mütter“ in Auftrag gegeben (abrufbar über eine Homepage).

Das Projekt „Schlaganfallmanagement mittels Telemedizin“ wurde durch seine aufgeworfenen Fragestellungen als Ausgangsbasis für ein weiteres Forschungsvorhaben herangezogen. An der Salzburger Christian-Doppler-Klinik wird in Folge ein Studiendesign für eine prospektive Telestroke-Studie entwickelt.

Die Assessments werden nicht zuletzt als Grundlage für internationale Forschungsvorhaben eingesetzt. Von der Universität Maastricht, Studiengang European Master of Public Health, kam etwa die Anfrage, das Assessment „Rationale Impfpolitiken“ als wissenschaftliche Grundlage für die Erstellung einer Bachelor Thesis einzusetzen.

Auch das Projekt „Register für klinische und gesundheitsökonomische Fragestellungen“ kann Effekte auf die Arbeit anderer WissenschaftlerInnen aufzeigen; Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (AG Register) hat Inhalte (Kapitelstruktur, Zitat und zentrale Aussagen) des Berichtes aufgegriffen und verfolgte diese im Rahmen des Memorandums zur Registerforschung weiter. Ebenso wurden methodische Grundlagen aus dem Bericht in einer Publikation der Deutschen Agentur für HTA (DAHTA) (HTA-Bericht Nr. 92) umgesetzt.

Ein weiterer Effekt sind projektbezogene Anfragen zum (internationalen) wissenschaftlichen ExpertInnenaustausch. Bezogen auf das Projekt „Register“ wurde im Rahmen des EU-Projektes „EUPHORIC“ ein Vortrag gehalten bzw. ein Report verfasst. Für den Austausch zum Projekt „Horizon Scanning in der Onkologie“ wurde die Einladung zur Mitarbeit an dem Projekt „EUROCHIP“ angenommen.

**Auftrag für prospektive Kardio-Rehab-Studie**

**bedingte Erstattung als Hinweis auf entstehende „Refundierungs-Kultur“**

**Folgeprojekt zur HPV-Impfung: Erstellung einer Entscheidungshilfe**

**HTA als Basis für Telestroke-Studie in Salzburg**

**„Rationale Impfpolitiken“ als Grundlage für Bachelor Thesis**

**„Register“-Projekt als Grundlage für weitere Forschungsvorhaben**

**ExpertInnenwissen für EU-Projekte**

**Austausch und Vernetzung mit nationalen und internationalen WissenschaftlerInnen**

Durch den Austausch und die Zusammenarbeit des Instituts mit anderen Forschungseinrichtungen entstehen zahlreiche nationale und internationale Kooperationen. Ein Beispiel dafür ist das „Statinprojekt“. Es entstand eine intensive internationale Kooperation mit ForscherInnen an der University of Sheffield sowie ein Intensivierung der Vernetzung mit der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT). Eine nachhaltige Vernetzung und internationale Kooperation mit britischen und norwegischen WissenschaftlerInnen erfolgte etwa auch durch das Projekt zur „Kosteneffektivitätsanalyse der HPV-Impfung in Österreich“. Über die Verbreitung der Ergebnisse innerhalb der wissenschaftlichen Community wurde nicht nur das oben bereits beschriebene Folgeprojekt zur Entscheidungshilfe initiiert, sondern auch andere Aktivitäten angestoßen, wie etwa die Gutachtertätigkeit für das „Journal of Public Health“ oder die Mitarbeit an einem „Zervixkarzinom-Vorsorge-Informationenfolder“ für Frauen.

**Lehre und Transfer der HTA-Expertise**

**Multiplikatoreffekte**

Die Fragebogenerhebung zeigt, dass die HTA-Forschungstätigkeit nicht nur in der wissenschaftlichen Welt im engeren Sinn verbreitet wird, sondern weitere Multiplikatoreffekte auslöst. So werden HTA-ExpertInnen mit der Lehre an Hochschulen und Universitäten beauftragt, um Wissen an die Studierenden zu vermitteln. Die Anzahl der Lehraufträge stieg von drei im Jahr 2006 auf acht im Jahr 2009.

**Anstieg bei Lehraufträgen**

**Lehre mit Fokus auf HTA, Gesundheitswesen, Management, Public Health**

Lehraufträge wurden von nationalen Universitäten sowie der Technischen Universität Berlin vergeben. Der Fokus dieser Universitäten liegt in der Bildung im Bereich Gesundheitswesen. Dazu gehören unter anderem die Medizinische Universität Graz (Masterlehrgang Public Health), die Johannes Kepler Universität Linz (Lehrgang „Public Health and Hospital Management“), die Donau Uni Krems (Masterlehrgang „Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens“), die UMIT in Hall/Tirol (Institut für Public Health) und die Universität Wien (Institut für Philosophie).

**Seminare und Fortbildungen  
Artikelserie zu HTA-Methoden veröffentlicht**

Neben der Lehre an Universitätslehrgängen sind die MitarbeiterInnen in zahlreichen Fort- und Weiterbildungsseminaren involviert zum Beispiel in Form eines „Methodenseminars“ bei der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin oder im Seminar „Wissen als Ressource für die Entwicklung von Public Health Programmen“ (2009). Als Beitrag zur Fortbildung kann auch die Publikation von methodischen Grundlagen in medizinischen Fachzeitschriften eingestuft werden. In diesem Zusammenhang erschien eine 7-teilige Artikelserie zu HTA-Methoden in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“.

**Veranstaltungen des LBI-HTA**

Außerdem fanden selbstorganisierte Vorträge, Symposien (Reha-Symposium/2009) und Tagungen (z.B. Fair Health-Tagung/2009) statt – eine Form von Transport von Themen in die Öffentlichkeit abseits von (Massen-) Medien. Die Veranstaltungen richteten sich vorwiegend an ExpertInnen unterschiedlicher Disziplinen (z.B. ÄrztInnen, Pflegepersonal oder Entscheidungsträger), sind aber auch, wie die Fair Health Tagung, für alle BürgerInnen zugänglich und vermögen somit einen Wissenstransfer an „interessierte Laien“. Ein aus der Tagung entstandener Radiobeitrag ergänzt diesen Transfer auf einem anderen Kommunikationsweg.

Das Institut unterstützt durch Fortbildungen und Kurse nicht zuletzt das interne Capacity Building. Mehrere ehemalige KollegInnen arbeiten nach Verlassen des Instituts in anderen wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen, u.a. in Führungspositionen.

Durch die HTA-ForscherInnen wurde außerdem die Artikel-Serie „MedStandard“ in der Tageszeitung „Der Standard“ mitinitiiert, die als Beitrag zur Kultur eines „kritischen Medizinjournalismus“ verstanden werden kann. Mit dieser Serie wird eine breite, interdisziplinäre Öffentlichkeit erreicht und eine kritische Meinungsbildung unterstützt. Das Kapitel „Medienanalyse“ (Kapitel 6.4.3.) geht auf den Transfer der Forschung in die Medien detaillierter ein.

Die Teilhabe von HTA-WissenschaftlerInnen in (Beratungs-) Gremien kann – aus der Sicht des „Enlightenment“ – als zusätzlicher Indikator für eine Veränderung in der Entscheidungskultur angesehen werden. Hier weist die Berufung in Gremien, wie beispielsweise dem (ehemaligen) Obersten Sanitätsrat, dem Wiener Beirat für Bioethik oder dem Pandemieausschuss, auf einen Enlightenment-Effekt im Sinne der Veränderung der Besetzungskultur innerhalb der etablierten Entscheidungsstrukturen hin. Dies gilt ebenso für die Schritte in Richtung mehr Transparenz in diesen Gremien, die sich etwa in der Forderung, dass die Mitglieder mögliche Interessenkonflikte (Conflict of Interest) offen zu legen haben, widerspiegelt.

### 6.4.3 Ergebnisse der Medienanalyse

Über die Suchkriterien „Gesundheit“, „Medizin“ und „Medikamente“ wurden in den zwei untersuchten Qualitätszeitungen insgesamt 4351 Treffer gefunden. Da die Online-Datenbank keine weitere Spezifizierung der Suche erlaubt, waren die Suchergebnisse unspezifisch und enthielten auch Beiträge, die keinerlei Bezug zum Untersuchungsgegenstand hatten. Nach Abschluss solcher Artikel lag eine endgültige Anzahl von 814 relevanten Beiträgen vor.

Wie in Kapitel 5.5.2 angeführt, erfolgte zunächst eine Einschränkung der Beiträge auf zentrale Themenkomplexe bzw. Debatten. Dazu wurde eine Codierung der Artikel hinsichtlich ihrer Hauptthemen durchgeführt. Tabelle 6.4-3 zeigt jene Themen, die sich als häufig behandelte Themen (mindestens 10-maliges Vorkommen) herauskristallisierten.

Die grau markierten Zeilen in Tabelle 6.4-3 kennzeichnen jene Themen, die für die genauere Analyse ausgewählt wurden. Als Kriterium wurde herangezogen, ob sich ein Thema in den LBI-Forschungsschwerpunkten wiederfindet und ob es eine unmittelbare HTA-Relevanz aufweist. Insofern wurde die Auswahl auf Präventions- oder Behandlungsmethoden für ausgewählte Krankheiten und auf Berichte zum Nutzen konkreter Technologien eingeschränkt, während Struktur- und Reformthemen aufgrund ihres eher indirekten HTA-Bezugs ausgeschlossen wurden. Die Endauswahl fiel auf die Themen „Nutzen/Schaden von Medikamenten“, „Grippe“, „Krebs“, und „psychische Erkrankungen“.

**Unterstützung des internen Capacity Buildings**

**selbst-initiierte Beiträge zu „kritischem Medizinjournalismus“**

**Änderungen in der Entscheidungskultur:**

**Darlegung von Interessenkonflikten,**

**Mitgliedschaften in (Entscheidungs-) Gremien**

**814 Zeitungsbeiträge für Untersuchung**

**Identifikation von Themenkomplexen**

**Auswertungsthemen:  
Medikamente, Grippe, Krebs, psych. Erkrankungen**

Tabelle 6.4-3: Häufige Themen in den untersuchten Qualitätsmedien

Thema	Häufigkeit
<b>Allgemeine Systemthemen</b>	
Finanzierung des Gesundheitssystems (Ausgaben, Einsparungspotenziale, zukünftige Finanzierungsquellen, Defizitproblematik)	125
Grundlagenforschung	99
Strukturthematik/Strukturprobleme	94
Nutzen/Schaden von Medikamenten	37
Reform	33
Medizinethik	31
Pharmaindustrie	21
Wirksamkeit von Alternativmedizin	16
Fortschritt bei Diagnostik	15
Gesundheit durch Verhalten	14
Gender Medizin	12
e-health	11
<b>Krankheitsgruppen</b>	
Infektionskrankheiten	69
- davon Grippe	19
- davon HIV	19
Krebs	61
- davon Brustkrebs	15
Psychische Erkrankungen	24
Übergewicht	16
Herzerkrankungen	12

**Medikamente:  
Hormonersatztherapie  
und Blutdrucksenker**

Die ausgewählten Themen wurden als Suchbegriffe für die Detailsuche verwendet, wobei aus den Beiträgen der Gruppe „Nutzen/Schaden von Medikamenten“ eine weitere Beschränkung auf Artikel zu den Themen „Hormonersatztherapie“ und „Blutdrucksenker“ vorgenommen wurde. Ersteres wurde gewählt, weil es dazu eine mediale Debatte zu Wirksamkeit und Risiken gab. Die blutdrucksenkenden Medikamente wurden gewählt, weil es sich um breit eingesetzte Präparate handelt, zu denen zahlreiche HTA-Assessments existieren.

**Auswahl von Beiträgen  
zum Thema Grippe am  
umfassendsten**

Aus den Ergebnissen der Detailsuche zu den Themen „Krebs“, „Medikamente“ und „psychische Erkrankung“ wurden nur mehr jene Beiträge selektiert, die sich mit dem Nutzen konkreter Präventions- oder Behandlungsmöglichkeiten beschäftigten. Die Auswahl beim Thema „Grippe“ erfolgte umfassend.

**insgesamt 447 Artikel in  
Detailanalyse**

Wie in Tabelle 6.4-5 dargestellt, wurden insgesamt 447 Artikel in die Detailanalyse einbezogen, daraus 93 (21%) zum Thema Krebsvorsorge und -behandlung, 65 (15%) zum Thema Wirksamkeit von Medikamenten mit Schwerpunkt Hormonersatztherapie und Blutdruck, 29 (6%) zum Thema psychische Erkrankungen und 260 (58%) zum Thema Grippe. 38,5% der Beiträge stammen aus dem ersten Untersuchungszeitraum (2001-2005), 61,5% aus dem zweiten Untersuchungszeitraum (2006-2010), wobei die Themen „Krebs“ und „Nutzen/Schaden von Medikamenten“ relativ ausge-

**Untersuchungszeitraum**

**1: 172**

**2: 275**

wogen zwischen den zwei Perioden verteilt sind, während beim Thema „Grippe“ wesentlich mehr Beiträge aus dem Zeitraum nach 2006 stammen.

Auffallend ist, dass das Thema „psychische Erkrankung“ zwar sehr häufig in den Beiträgen vorkam, aber nur vereinzelt Berichte zu finden waren, die sich konkret dem Thema Nutzen von Präventions- oder Behandlungskonzepten widmeten. Vielmehr standen hier die epidemiologische Dimension und die Beschreibung von Krankheitsbildern sowie das Leben mit psychischer Erkrankung im Vordergrund, sodass eine sehr geringe Anzahl an Zeitungsbeiträgen für die Auswertung zur Verfügung stand und daher auf eine detaillierte Analyse des Themas verzichtet wurde.

Tabelle 6.4-5 zeigt außerdem, dass das Thema „Grippe“ bei der Detailsuche zu einer sehr hohen Anzahl an Artikeln führte, sodass das Thema gesondert analysiert wurde. Nachfolgend werden daher immer zunächst die Ergebnisse für die Themen 1+2 beschrieben und anschließend die Analyse der Beiträge zum Thema „Grippe“ (4). Die Berichte werden anhand des in Kapitel 5.5.2 beschriebenen Analysekonzepts analysiert und die Ergebnisse dargestellt.

**psych. Erkrankung**  
**wenig Berichte zu**  
**Prävention/Behandlung**  
**daher keine detaillierte**  
**Analyse**

**Grippe: hohe Anzahl**  
**von Artikeln**  
**Sonderanalyse**

*Tabelle 6.4-4: Anzahl der untersuchten Beiträge in Detailanalyse*

Thema	n 2001-2005	n 2006-2010	n gesamt (%)
1) Krebs (Nutzen von Prävention und Behandlung)	40	53	93 (21)
2) Nutzen/Schaden Medikamente (Schwerpunkt Hormonersatz/Blutdrucksenker)	33	32	65 (15)
3) Behandlung/Prävention psychischer Erkrankungen	6	23	29 (6)
4) Grippe	93	167	260 (58)
<b>Gesamt (%)</b>	<b>172 (38,5)</b>	<b>275 (61,5)</b>	<b>447 (100)</b>

## SprecherInnen und Positionen

Bei der Analyse der zentralen SprecherInnenpositionen wurde zunächst untersucht, welche Akteure in den ausgewählten Zeitungsberichten den Diskurs dominieren. Die Ergebnisse zeigen, dass bei den Themen „Krebsvorsorge und -behandlung“ und „Nutzen/Schaden von Medikamenten“ fast ausschließlich MedizinerInnen oder medizinische WissenschaftlerInnen zu Wort kommen. Sie machen gemeinsam fast drei Viertel der identifizierten Akteure aus. Auffällig ist bei den MedizinerInnen das Geschlechterverhältnis mit einer deutlichen Dominanz der Männer. Es zeigt sich außerdem, dass insbesondere beim Thema „Krebs“ eine kleine Gruppe öffentlich bekannter österreichischer Mediziner den Diskurs dominiert.

In mehreren Fällen werden Personen nicht direkt interviewt, sondern Forschungsergebnisse aus publizierten Artikeln in renommierten Fachjournalen (z.B. „Lancet“, „New England Journal of Medicine“) übernommen. Innerhalb der Forschung kommt fast ausschließlich die medizinische Disziplin zu Wort, während andere Disziplinen (z.B. EpidemiologInnen, ÖkonomenInnen, StatistikerInnen) praktisch nicht vorkommen. ForscherInnen aus sozialwissenschaftlich orientierter medizinischer bzw. Gesundheitssystemforschung (worunter auch HTA oder EbM fallen) sind bei den ausgewählten

**meist MedizinerInnen in**  
**Sprecherposition**  
**überwiegend Männer**

**Thema „Krebs“**  
**dominiert von**  
**bekanntem**  
**Personenkreis**

**fast ausschließlich**  
**medizinische Disziplin**  
**kommt zu Wort**

	Themen in Einzelfällen in den Medien präsent. ForscherInnen bzw. deren Forschungsergebnisse stammen vielfach aus internationalen Forschungsinstitutionen. Die USA ist hierbei dominant.
kaum Aussagen von anderen Gesundheitsberufen / PatientInnen	Im Gegensatz zu MedizinerInnen kommen andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen kaum oder gar nicht zu Wort. Es konnten etwa nur vereinzelt Aussagen von PsychologInnen identifiziert werden. Aussagen von Krankenpflegepersonal sind in einem Beitrag, solche von medizinisch-technischem Personal überhaupt nicht vorhanden. Auch die Sicht von PatientInnen (-vertretungen) ist nur vereinzelt repräsentiert.
selten Regierungsinstitutionen	Etwas häufiger sind Kommentare von Kostenträger- bzw. Regierungsinstitutionen (6% der untersuchten Aussagen) ersichtlich. 7% der Aussagen konnten der Industrie, insbesondere der Pharmaindustrie, zugeordnet werden.
medizinische Aussagen zu „Krebs“ sind positiv besetzt:	Die MedizinerInnen und medizinischen WissenschaftlerInnen kommen überwiegend im Zusammenhang mit positiv konnotierten Schlagzeilen und Inhalten vor. Insbesondere bei Beiträgen zum Thema „Krebsvorsorge und -behandlung“ dominieren Begriffe und Formulierungen, die medizinischen Fortschritt, Sensationen, Forschungserfolg und Hoffnung suggerieren. Charakteristisch sind Ausdrücke wie „ <i>therapeutische Revolution</i> “ (P325), „ <i>Meilenstein der Krebsbehandlung</i> “ (P362), „ <i>Beginn einer neuen Ära</i> “ (P362), „ <i>sensationelle Ergebnisse</i> “ (P363), „ <i>Wundertherapie gegen Krebs</i> “ (P439) „...den bösartigen Tumor besiegen“ (P254) oder „ <i>enorme Hoffnung</i> “ (P883).
„Wundertherapie“ „Tumor besiegen“	
Pharmaindustrie auch negative Berichte	Die Pharmaindustrie ist hingegen in einigen Fällen auch im Zusammenhang mit Negativschlagzeilen präsent, wie etwa in einem Bericht zu erhöhtem Krebsrisiko durch Blutdruck-Medikamente (P851).
	Beim Vergleich der zentralen Akteure in der Zeitperiode vor 2006 mit der Periode zwischen 2006 und 2010 lässt sich zu den ersten zwei Themenbereichen quantitativ kein Unterschied feststellen. In beiden Perioden sind MedizinerInnen und medizinische WissenschaftlerInnen die dominanten Akteure. Akteure aus der interdisziplinären HTA- oder EbM-Forschung kommen vor 2006 ein Mal vor, während sie in der zweiten Untersuchungsperiode in einigen wenigen weiteren Beiträgen aufscheinen.
„Grippe“: überregionale Institutionen wie WHO, EU sind deutlich präsenter	In den Beiträgen zum Thema „Grippe“ ist die Gewichtung der diskursdominierenden Akteure etwas anders verteilt. Nationale staatliche und parastaatliche Institutionen machen hier mit gut einem Viertel die größte Gruppe aus, während die MedizinerInnen bei diesem Thema nur knapp ein Fünftel der Wortmeldungen übernehmen. Außerdem lässt sich hier eine hohe Repräsentanz von überregionalen Institutionen wie WHO oder EU beobachten, und auch internationale staatliche Institutionen werden häufig zitiert. Eine relativ untergeordnete Rolle spielt mit 3% der Nennungen die Industrie. Nicht-medizinische Professionen im Gesundheitssystem, sozialwissenschaftliche Disziplinen bzw. HTA-Forschung und PatientInnen (-vertretungen) kommen auch beim Thema „Grippe“ selten zu Wort.
von HTA-Forschung / PatientInnen wenig Beiträge	
Quelle der Information öfter fehlend	Im Gegensatz zu den anderen zwei Themengebieten beinhaltet das Sample zum Thema „Grippe“ Artikel, in denen keine Akteure und somit auch keine Quellen für die transportierte Information identifiziert werden konnten. Diese Tatsache konnte insbesondere bei Grippeartikeln, die die internationale Situation zur Ausbreitung der Vogelgrippe beschreiben, beobachtet werden.
HTA-Beiträge kommen erst ab 2006	Im Zeitverlauf konnten auch beim Thema „Grippe“ quantitativ keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich dominanter Akteursgruppen identifiziert werden.



ziert werden. Die vereinzelt Wortmeldungen oder Forschungsergebnisse von HTA-Akteuren kommen allerdings ausschließlich in der zweiten Untersuchungsperiode – also nach 2006 – vor.

## HTA-Kultur

### Nutzen und Schaden von Technologien

Aus HTA-Perspektive ist es besonders relevant, wie über Nutzen und Schaden von Technologien in den Medien berichtet wird. Bei der Berichterstattung zum Thema „Krebsvorsorge und -behandlung“ dominiert die Darstellung von Wirksamkeit und Erfolg. Im vorigen Abschnitt wurde bereits gezeigt, dass die Berichte über Krebsbehandlung häufig von erfolgs- und hoffnungskonnotierten Ausdrücken begleitet werden. Von den Ausdrücken, die in allen ausgewählten Zeitungsartikeln unter dem Begriff „Erfolg“ zusammengefasst werden können, sind 80% in den Beiträgen zum Thema „Krebsvorsorge und -behandlung“ zu finden. Die Onkologie zeigt demnach eine besondere Häufung an Erfolgsmeldungen.

Die Sprache, mit der die Wirkung der neuen Krebsmedikamente beschrieben wird, bedient sich vereinfachender mechanischer Bilder. Monoklonale Antikörper werden etwa so beschrieben, dass sie *“... dem Krebs die Nahrungszufuhr [abschneiden]“, und „... er wird ausgehungert“* (P362); oder *„der Tumor kann so geschrumpft werden, dass eine Komplettresektion möglich ist“* (P883).

Zahlreiche Beiträge enthalten Kriegsmetaphern, wie etwa *„... griffen zielgenau diese Moleküle an“* (P497). Charakteristisch sind in diesem Zusammenhang Begriffe wie *„Krebskiller“* (P254), *„Zerstörung“* (P254) oder *„böartige Tumoren ... besiegen“* (P254). Der „präzise Angriff“ findet sich wiederholt in den Artikeln und soll den Fortschritt im Vergleich zur früheren unspezifischen Therapie verdeutlichen. Es werden nun *„Therapeutika gezielt zu den Tumoren gebracht“* (P267), *„entartete Zellen ruiniert“* (P267), Tumoren *„... mit kleinen Molekülen gezielt angegriffen“* (P325) oder *„Krebszellen gezielt an ihrer Achillesferse angegriffen“* (P827). Ein anderes sprachliches Vehikel, den Erfolg zu beschreiben, sind Formulierungen aus der Sportwelt oder Flugtechnik. Es wird etwa das *„Immunsystem ganz spezifisch gegen die Tumorzellen angefeuert“* (P397), oder die *„Schallmauer von zwei Jahren Überlebenszeit durchbrochen“* (P826).

Neben diesen qualitativen Eigenschaften, mit denen neue Krebsmedikamente beschrieben werden, enthalten die Beiträge eine Reihe an quantitativen Daten, mit denen die Wirksamkeit ausgedrückt wird. Diese Daten stammen aus den Ergebnissen klinischer Studien. Prinzipiell können Effekte von Therapien mit unterschiedlichen Effektparametern dargestellt werden. Klassisch sind die „absolute Risikoreduktion“ und die „relative Risikoreduktion“<sup>8</sup>, wobei die relative Risikoreduktion oft einen größeren Effekt suggeriert (z.B. entspricht eine absolute Risikoreduktion von 4 auf 2 einer relativen Risikoreduktion von 50%). Alle untersuchten Artikel beschreiben

Wie wird über Nutzen und Schaden berichtet?

Ausdrücke zu „Erfolg“ zu 80% im Zusammenhang mit „Krebs“

Sprache vereinfacht die Wirkung von Medikamenten

Anwendung von Kriegsmetaphern

„ruinieren“

„angreifen“...

...suggerieren Fortschritt

absolute Risikoreduktion

vs.

relative Risikoreduktion

<sup>8</sup> Das „absolute Risiko“ beschreibt den absoluten Anteil des Risikos, das verhindert wird. Das „relative Risiko“ errechnet sich aus dem Verhältnis zwischen dem Risiko der Gruppe, in der das neue Medikament geprüft wurde und der Vergleichsgruppe. Wenn zum Beispiel in der Interventionsgruppe die 30-Tage Sterblichkeit 6% beträgt und in der Vergleichsgruppe 8%, beträgt die absolute Risikoreduktion 2%-Punkte. Die relative Risikoreduktion beträgt 25% ( $(8\% - 6\%) / 8\%$ ).

nur relative Risikoreduktion berichtet	die Wirksamkeit ausschließlich in Form der relativen Risikoreduktion. So könne beispielsweise der monoklonale Antikörper „Herceptin“ laut Aussagen des interviewten Krebspezialisten <i>„...die Rückfallhäufigkeit um 52 Prozent verringern und die Lebensqualität um 30 Prozent erhöhen“</i> (P497). Bei einem anderen monoklonalen Antikörper „Erbitux“ reduziere sich <i>„das Wachstums- und Metastasierungsrisiko um insgesamt 15%“</i> (P883).
Angaben zu Überlebenszeiten ohne ausführliche Angaben	Werden Daten zu Überlebenszeiten angegeben, fehlen in den meisten Beiträgen entweder Angaben, um welchen Überlebenszeitparameter es sich handelt ( <i>„Heute verlängern neue Chemotherapeutika und Antikörper die Überlebenszeit deutlich“</i> ; P289), oder es wird das progressionsfreie Überleben berichtet ohne auf die Gesamtüberlebenszeit einzugehen ( <i>„...kann nachweislich das krankheitsfreie Überleben im Vergleich zur bisherigen Standard-Chemotherapie verlängern“</i> ; P827). Ein Beitrag berichtet auch die Gesamtüberlebensrate: <i>„Die Gesamtüberlebensrate erhöhte sich aber – statistisch nicht signifikant – nur um fünf Prozent“</i> (P891).
Aussagen aus Studien werden verkürzt oder unvollständig wiedergegeben	Wieder andere Beiträge verkürzen Aussagen aus den Studien, die eine verzerrte Wiedergabe von Fakten zur Folge haben kann. Ein klassisches Beispiel ist hier die Impfung gegen humane Papillomaviren. Sie wird etwa als <i>„wirksame Prophylaxe gegen Gebärmutterhalskrebs“</i> (P220) beschrieben, obwohl bisher ausschließlich die Wirksamkeit gegen Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses getestet wurde. Andere Artikel beschreiben diese Tatsache zwar korrekt, geben aber dennoch die Fakten verzerrt wieder, wenn sie von einer <i>„Impfung mit „100-prozentigem Schutz gegen die Ausbildung von Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses“</i> (P348) berichten, obwohl die Impfung nur gegen zwei bis vier von über 100 HP-Virustypen wirkt und auch bei jenen Vorstufen, die von den 4 Virustypen verursacht wird kein 100-prozentiger Schutz erreicht wurde [29]. Lediglich ein Beitrag gibt die Studiendaten korrekt wieder: <i>„[Die Impfung] schützt Frauen, die mit den Viren noch nicht in Kontakt gekommen sind, zu 98 Prozent vor Gebärmutterhalskrebs-Vorstufen“</i> (P483).
deutlich am Beispiel HPV-Impfung	In einigen Beiträgen kommt eine gewisse Unsicherheit der Behandlungserfolge zum Ausdruck, die sich durch Verwendung abschwächender Füllwörter oder des Konjunktivs zeigt, wie etwa <i>„wodurch sich der Krebs <u>mitunter</u> sogar heilen lässt“</i> (P841) oder <i>„das <u>könnte</u> dazu führen, dass man eine bessere, auf den Patienten individuell abgestimmte Therapie erarbeiten <u>könnte</u>“</i> (P890).
Füllwörter verweisen auf Unsicherheit des Behandlungserfolgs	Neben der Beschreibung der Wirksamkeit wurde die Darstellung von Risiken und Nebenwirkungen untersucht. Bei den Beiträgen zur Krebsbehandlung ist zu beobachten, dass Nebenwirkungen selten berichtet werden. In allen 93 Beiträgen zum Thema „Krebs“ kommen acht Hinweise auf Nebenwirkungen vor, in den restlichen 85 Zeitungsberichten werden Risiken, die mit den Behandlungen verbunden sind, nicht thematisiert.
kaum Darstellung von Risiken und Nebenwirkungen	Die Beschreibung der Risiken beschränkt sich auf allgemeine Aussagen und ist im Vergleich zur Beschreibung der Wirksamkeit weniger detailliert. Häufigkeitsangaben erfolgen fast immer ohne genaue Daten zu nennen. Es wird von <i>„mehr Fällen mit Blutbildveränderungen...“</i> (P891), in Ausnahmefällen auch von <i>„eklatanten Nebenwirkungen“</i> (P891) berichtet. Im Zusammenhang mit dem monoklonalen Antikörper Erbitux wird etwa erwähnt, dass <i>„als häufigste Nebenwirkung bei der Behandlung mit Erbitux ein akneartiger Hautausschlag [auftritt]“</i> (P883), jedoch ohne „häufig“ zu definieren. Ebenso erfolgt der Hinweis auf <i>„Herzmuskelschäden“</i> (P889) durch Herceptin ohne Nennung von Zahlen.

Die fehlende Darstellung von Risiken ist ebenso bei Vorsorgemaßnahmen zu beobachten. Die Darmspiegelung als Früherkennungsmethode von Darmkrebs wird als „*unkomplizierte und schmerzfreie Untersuchung*“ beschrieben, bei der man Dank „*sanfte[r] Kurzzeitnarkose...in einen schlafähnlichen Zustand versetzt wird*“ (P850) und der „*Polyp kann einfach bei einer Darmspiegelung entfernt werden*“ (P289). Zwar wird in einem Bericht auf die geringe diagnostische Genauigkeit einer anderen Screeningmethode – des Tests auf okkultes Blut im Stuhl – hingewiesen (P289), die Risiken der Darmspiegelung bleiben aber unerwähnt, während im Zusammenhang mit der Technologie nur Vorteile berichtet werden, insbesondere dass „*90% der Darmkrebserkrankungen vermeidbar*“ (P289, P850) wären.

Beim Vergleich der zwei Zeitperioden zeigt sich einzig, dass die Darstellungen von Risiken oder Nebenwirkungen bei den Krebsartikeln fast vollständig in die zweite Untersuchungsperiode fallen. In der Beschreibung von Erfolg und Wirksamkeit lässt sich kein Unterschied feststellen.

Die Nutzendarstellung anderer Medikamente zeigt weniger Sensationsbegriffe. Zwar kommen auch hier Fortschrittmeldungen wie „*die erste Innovation auf diesem Gebiet seit 50 Jahren*“ (P231) vor, Erfolgsberichte sind aber immer wieder mit abschwächenden Formulierungen verbunden. Es ist von „*möglichen Mitteln*“ (P398) die Rede oder davon, dass die Medikamente „*zahlreiche Menschen der Risikogruppe vor Herzinfarkt und Schlaganfall bewahren könnten*“ (P250).

Die quantitative Nutzendarstellung erfolgt auch bei diesen Berichten in der Form von relativer Risikoreduktion. Im Zusammenhang mit Blutdruckmedikamenten wird zum Beispiel berichtet, dass „*Patienten, die Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARBs) einnahmen, ... um bis zu 50 Prozent weniger wahrscheinlich an einer Demenz [erkrankten] als jene, die andere Medikamente zur Regulierung des Blutdrucks erhielten*“ (P901).

Wesentlich häufiger werden aber Risiken und Nebenwirkungen dargestellt. Schäden von Therapien sind hier sogar oft das zentrale Thema, das den Sensationswert ausmacht, wie die Meldungen zum „Schmerzmittel Vioxx“ (P263), zum „Cholesterinsenker Lipobay“ (P250) und insbesondere die Debatte zur Hormonersatztherapie zeigen. Jedoch dominiert auch bei der Schadensberichterstattung die Darstellung in Form relativer Risiken. Die Hormonersatztherapie erhöhe demnach das Risiko für Brustkrebs um 66 Prozent (P832). Mehrere Beiträge führen aber ergänzend dazu weitere Informationen an wie etwa „*das heißt, sieben von 10.000 Frauen bekommen infolge einer Hormonersatztherapie einen Schlaganfall, sechs von 10.000 einen Herzinfarkt*“ (P190) – eine Form der Information, die Größendimensionen nachvollziehbarer macht.

Evidenzbasierte Kritik an etablierten Therapien löst innerhalb der Ärzteschaft intensive Debatten aus und stößt dort auch auf Widerstand. Eine Variante, die Evidenz zu Schäden durch Therapien zu entkräften ist, die Studienqualität mit der Begründung abzuwerten, dass sie nicht von MedizinerInnen durchgeführt wurde: „*In Großbritannien würden Hormonersatztherapien und ebenfalls solche Studien wie die jüngst im „Lancet“ veröffentlichte nicht von Ärzten, sondern von Krankenschwestern durchgeführt, so Huber: „Vom ‚niedrigen‘ Personal und völlig undifferenziert. Davor habe ich schon früher gewarnt*“ (P832).

Ebenso wird kritisiert, dass für die Risikodarstellung das relative Risiko verwendet wurde, die ein verzerrtes Bild bewirke (P343). Erfolgsmeldungen,

**fehlende Risikodarstellung bei Vorsorgeuntersuchungen**

**Darstellung von Nebenwirkungen eher in jüngeren Artikeln**

**andere Medikamente zeigen weniger Sensationsbegriffe**

**Blutdruckmedikamente: auch relative Risikoreduktion**

**Risiken und Nebenwirkungen als Sensationswert**

**ebenso relatives Risiko – jedoch mit zusätzlichen Informationen**

**Kritiker werten Studien ab, wenn nicht von ÄrztInnen durchgeführt**

**Kritik an Risikodarstellung**

<p><b>Studienqualität wird, ebenso wie die Finanzierung, nicht hinterfragt</b></p>	<p>die mittels relativer Risikoreduktion eine ebensolche Verzerrung bewirken, werden hingegen nicht hinterfragt.</p>
<p><b>Grippediskurs: mediales Bild der Bedrohung</b></p>	<p>Den meisten Berichten zu den Themen „Krebsbehandlung/Vorsorge“ und „Medikamentennutzen/Schaden“ liegen Forschungsergebnisse aus klinischen Studien zugrunde. Es fällt auf, dass die Qualität und die damit verbundene Aussagekraft dieser Studien nicht thematisiert werden und Studienergebnisse kommentarlos übernommen werden. Ergebnisse aus Studien, die auf sehr kleiner Teilnehmerzahl beruhen oder ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurden (z.B. P318), erhalten den gleichen Stellenwert, wie große randomisierte kontrollierte Studien. Die Finanzierung der Studien wird nicht thematisiert. Als „SprecherInnen“ der zahlreichen pharmafinanzierten Studien fungieren MedizinerInnen. Wurde die Studie in renommierten Zeitschriften (z.B. „Lancet“) publiziert, wird mitunter als Quelle anstatt der AutorInnen die Zeitschrift genannt, ohne aber auf die Finanzierung der Studien einzugehen.</p>
<p><b>z.B. Darstellung von Todesfällen bei fehlenden Bezugsgrößen</b></p>	<p>Der „Grippediskurs“ – im Speziellen wurde für den Zeitraum vor 2006 der „Vogelgrippediskurs“ und für die Zeit nach 2006 der „Schweinegrippediskurs“ untersucht – zeichnet sich dadurch aus, dass vor der eigentlichen Diskussion zu Nutzen und Schaden von Vorsorge- oder Behandlungsmöglichkeiten medial ein starkes Bild von Bedrohung erzeugt wurde. Bei der „Schweinegrippe“ wurde etwa täglich über einzelne Todesfälle in diversen Ländern berichtet, oft mit detaillierter Beschreibung einzelner Schicksale. Daneben gab es eine Art rund um die Uhr Berichterstattung über die Anzahl neuer Krankheitsfälle, anfangs meistens ohne Beschreibung der Schwere der Erkrankung (<i>„insgesamt haben sich in der vergangenen Woche...72 Kinder und Erwachsene mit der neuen H1N1-Influenza angesteckt“</i>; P1120). Bei der Information zur Anzahl der Erkrankten und Verstorbenen dominiert die Darstellung ohne Bezugsgrößen (z.B. Größe der Gesamtbevölkerung in den betroffenen Ländern) und erfolgt eine tägliche Neuzählung und kumulative Berichterstattung von Erkrankten und Verstorbenen.</p>
<p><b>Grippe-Tote werden nicht nach Art der Infektion differenziert</b></p>	<p>Zudem ist häufig zu beobachten, dass zuerst eine generelle Anzahl von Grippe-Toten genannt wird und im zweiten Satz ergänzt wird, dass nur ein kleiner Teil davon nachweislich auf eine H1N1-Infektion zurückzuführen ist (<i>„Bisher sind 81 Menschen gestorben, 20 davon waren nachweislich von dem mutierten Schweinevirus infiziert“</i>; P1048). Auch die Nennung von weltweiten Todesfällen (<i>„weltweit sind in der vergangenen Woche 700 Menschen an der Schweinegrippe gestorben“</i>; P1120) ohne Relation (z.B. zur Weltbevölkerung oder zu täglichen Todesfällen aufgrund anderer Erkrankungen) und ohne auf die sozio-demographischen und geographischen Charakteristika dieser Gruppe einzugehen, ist häufig zu finden. Es wurde etwa berichtet, dass Kinder und Jugendliche überproportional häufig erkranken aber nicht, ob sie auch unverhältnismäßig oft sterben.</p>
<p><b>häufiger Vergleich mit Spanischer Grippe ohne auf geänderte Rahmenbedingungen einzugehen  Grippe als „Naturgewalt“</b></p>	<p>Charakteristisch sind Vergleiche mit der spanischen Grippe mit gleichzeitiger Nennung von millionenfachen Toten (<i>„... zog zwischen 1918 und 1920 die Spanische Grippe um die Welt und kostete mindestens 25 Millionen das Leben“</i>; P1053). Gleichzeitig berichten Artikel, dass die Pandemie wie eine Art Naturgesetz regelmäßig wiederkehrt. Da auf geänderte Rahmenbedingungen seit damals nicht eingegangen wird, schwingt implizit mit, dass auch die Gesundheits- /Lebensbedrohung qua Naturgesetz unverändert sind. Es ist etwa zu lesen, dass <i>„[solche Grippe-Pandemien] drei bis vier Mal pro Jahrhundert normalerweise auftreten“</i> und <i>„die Spanische Grippe von 1918/19 schätzungsweise 40 bis 50 Millionen Menschen das Leben kostete“</i></p>

(P917). Ein anderer Beitrag berichtet: *„Die große Pandemie steht aus, irgendwann kommt sie“* (P915). Unerwähnt bleibt, wie sich die Lebensverhältnisse zwischen 1918 und heute verändert haben.

Typisch ist ein Verweis auf Publikationen zum Thema in renommierten Fachzeitschriften. Bei der Ausbreitung der Vogelgrippe erfolgte zum Beispiel der Hinweis auf die Zeitschrift „Nature“: *„Gewicht erhält die Warnung ... dadurch, dass sie in einem der beiden weltführenden Wissenschaftsjournalen erschienen ist, in Nature“* (P946).

Bei den eingesetzten linguistischen Mitteln fallen Begriffe wie *„Killerviren“* (P1038), die Beschreibung der Grippe als *„Schreckgespenst“* (P240), die Bezeichnung der Viren als *„heimtückisch“* (P1053) oder der Ausdruck einer *„tödlichen Invasion durch einzellige Organismen“* (P224) auf.

Der Hinweis auf die Grippe-Pandemie-Gefahr lässt sich bereits im Vogelgrippediskurs beobachten. Artikel berichteten damals: *„Wenn das Virus in eine Form mutiert, die von Mensch zu Mensch übertragen werden kann, könnte es Millionen Tote geben“* (P493). Außerdem *„befürchten Fachleute die Möglichkeit einer tödlichen Grippe-Pandemie“* (P917).

Diese undifferenzierte und von Bedrohungsszenarien dominierte Berichterstattung verändert sich jedoch im Zeitverlauf und es tauchen spezifische Informationen auf, die einen objektivierenden/relativierenden Charakter haben. Ein Beispiel dafür ist der Hinweis auf chronische Vorerkrankungen oder auf das Alter jener Menschen, die als Folge einer H1N1-Infektion verstarben oder einen schweren Krankheitsverlauf zeigten. Es wird etwa über einen 77-jährigen Mann berichtet, der ursprünglich wegen eines chronischen Nierenleidens eingeliefert wurde (P1051). Ein weiterer Artikel objektiviert die Grippe-Mortalität, in dem beschrieben wird, wie häufig Menschen an anderen Todesursachen in Österreich versterben (P1079) und einige Beiträge erläutern die Problematik der verwendeten Daten und Zahlen und die Gefahr der Fehlinterpretation, etwa bei der Frage, ob junge Menschen tatsächlich häufiger an der Schweinegrippe verstarben (P1152) oder die Berechnung der Sterberate. Relativ häufig wird im Laufe der Berichterstattung der in den meisten Fällen milde Verlauf der Erkrankung betont. Mehrere Male kommen bei der Schweinegrippendiskussion konkret HTA-ExpertInnen zu Wort (z.B. P1079, P 1114, P1108).

Bei der Berichterstattung über Nutzen und Risiken von Vorsorge- und Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Schweinegrippe fällt zunächst auf, dass neben den „medizinischen“ Problemlösungsansätzen der ersten Wahl (Impfung und medikamentöse Behandlung) einzelne klassische Public Health Alternativen genannt werden wie etwa verstärkte Hygienemaßnahmen (häufiges Hände waschen) oder das Tragen von Masken.

Allerdings wird für die Mehrzahl der genannten Maßnahmen der Nutzen nicht quantifiziert. So berichtet kein Beitrag über die Höhe der Wirksamkeit des neu entwickelten Impfstoffes, was den Eindruck vermittelt, dass die Grippeimpfung zu hundert Prozent wirksam ist. In einem Artikel ist zum Beispiel zu lesen, *„die erste Lieferung von 520.000 [Impf]dosen für einen Schutz von 260.000 Personen reicht“* (P1136). Der Anteil von Impfversagen oder andere Information zur Wirksamkeit aus den Studien werden nicht beschrieben.

**Verweise auf renommierte Fachzeitschriften**

**Beschreibung als „Killerviren“**

**bereits bei Vogel-Grippe wird von Pandemie gesprochen**

**Berichterstattung ändert sich im Zeitverlauf...**

**... hinsichtlich objektiveren und relativierenden Informationen**

**HTA-ExpertInnen kommen zu Wort**

**klassische Public Health Vorsorgemaßnahmen werden berichtet: Händewaschen**

**keine Aussagen über die (fehlende) Wirksamkeit des Impfstoffs**

<p>fehlende Information über Nutzen der medikamentösen Behandlung</p>	<p>Dasselbe gilt für die medikamentösen Neuraminidase-Hemmer, deren Wirksamkeit als gegeben dargestellt wird: „<i>Wer eine [Infektion] hat und das Medikament nimmt, ist das Virus los</i>“ (P985). In vielen Artikeln fehlt die Information, welcher Nutzen konkret bei der medikamentösen Behandlung zu erwarten ist, also ob etwa die Krankheitsdauer verkürzt wird oder das Mortalitätsrisiko sinkt. Zu lesen ist, dass „<i>das Mittel aufgrund seines Wirkmechanismus geeignet ist, sämtliche Influenzaviren zu bekämpfen</i>“ (P256) oder dass „<i>die Behandlung mit antiviralen Medikamenten das Virus gezielt angreift</i>“ (P96). Ein anderer Beitrag beschreibt, dass die „<i>Neuraminidase-Hemmer die Vermehrung des Virus im Körper verhindern</i>“ (P256), führt aber nicht an, welchen konkreten Nutzen dies für Erkrankte mit sich bringt.</p>
<p>Quantifizierung des Nutzens fehlt oder ist irreführend,</p>	<p>In Beiträgen, die den Nutzen der Neuraminidase-Hemmer genauer spezifizieren, finden sich entweder keine Zahlen (es wird etwa beschrieben, dass „<i>antivirale Medikamente die Grippesymptome und Krankheitsdauer mindern</i>“ (P933), ohne auszuführen, in welchem Ausmaß diese Minderung zu erwarten ist), oder es wird, wie schon bei den anderen Themen erwähnt, die relative Risikoreduktion für die Quantifizierung verwendet: „<i>Die Krankheitssymptome werden um etwa 40 Prozent gelindert, die Zahl der Toten um 14 Prozent gesenkt</i>“ (P918).</p>
<p>auch bei nicht-medikamentösen Maßnahmen</p>	<p>Die Information zur Wirksamkeit fehlt auch bei „nicht-medizinischen Maßnahmen“, mögliche positive Nebeneffekte (z.B. Verringerung von Magen-Darm-Erkrankungen), werden ebenso wenig benannt oder quantifiziert.</p>
<p>Risiken und Nebenwirkungen nur über neuen Impfstoff</p>	<p>Information zu Risiken und Nebenwirkungen konnten nur bei Artikel zum Thema „Grippeimpfung“ im Zusammenhang mit dem neu entwickelten Grippeimpfstoff identifiziert werden, während die Risikoberichterstattung zu den Neuraminidase-Hemmern auf zunehmend beobachteten Resistenzen („<i>In Vietnam sind die ersten Resistenzen des Vogelgrippevirus H5N1 gegen das einzige ursächlich wirksame Medikament Tamiflu (von Roche) aufgetreten</i>“ (P255)) beschränkt ist und sonst keine möglichen Nebenwirkungen thematisiert werden.</p>
<p>Sonstige HTA-Elemente</p>	
<p>Sind weitere Elemente einer „HTA-Kultur“ erkennbar?</p>	<p>Die Beiträge wurden nicht zuletzt darauf hin analysiert, ob sich sonstige Elemente in Sprache und Inhalt wiederfinden, die auf eine „HTA-Kultur“ in der Berichterstattung hinweisen oder ob Berichte über neue Technologien mit HTA-Ergebnissen oder HTA-Positionen (z.B. Hinweise zu angemessenem Ressourceneinsatz im Zusammenhang mit Nutzen und Kosten von Technologien, Entkräftung von Mythen oder Sensationsmeldungen, kritischer Umgang mit Zahlen) ergänzt werden.</p>
<p>vereinzelt wird auf Begriff Evidenz eingegangen</p>	<p>In den Beiträgen zum Thema “Krebs” wird vereinzelt auf den „Evidenzbegriff“ und die Qualität der Evidenz verwiesen. Im Zusammenhang von Tumorschutz durch Obst und Gemüse wird etwa berichtet, dass „<i>die Beweislage ... keineswegs sicher [ist]</i>“ (P456). In einem Beitrag wird außerdem der Begriff evidenzbasierte Medizin erklärt (P888).</p>
<p>Artikel berichten von falsch geweckten Hoffnungen durch Erfolgsmeldungen</p>	<p>Einige Artikel thematisieren die falsch geweckten Hoffnungen durch Erfolgsmeldungen, die den Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht standhalten. Ein Beitrag erläutert etwa, dass Sensationsmeldungen davon leben, dass Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten für Laien schwer verständlich seien und sich „<i>daraus Ängste und Hoffnungen ergeben, die den Weg für Heilsversprechungen ebnen</i>“ (P888).</p>

Mehrfach relativieren Aussagen Sensationsmeldungen, indem die zu Wort kommenden Akteure auf die Gefahr von Übertreibungen hinweisen. So warnt ein österreichischer Krebsexperte im Zusammenhang mit molekularbiologischen Medikamenten „*vor übertriebener Euphorie*“ (P397) und betont, dass „*von Heilung mit diesen Strategien erst einmal nicht die Rede [ist]*“. In diesem Zusammenhang sind auch Hinweise zu erwähnen, die vor übertriebener Hoffnung auf Basis präklinischer Ergebnisse warnen: Charakteristisch sind Aussagen wie „*die Verfahren [genetische Diagnostik von Tumorgewebe] sind allerdings noch lange nicht ausgereift und fehleranfällig*“ (P825) oder „*um wirklich von einem Durchbruch zu sprechen und an eine breite Anwendung zu denken, bedürfe es entsprechender klinischer Studien*“ (P869).

Vereinzelt wird der angemessene Ressourceneinsatz thematisiert: „*Nur bei erwiesener Wirksamkeit könne man der Gesellschaft und den Sozialversicherung sagen: ‚Bitte bezahlt das‘*“ (P349).

Auch in den Medikamentenbeiträgen finden sich einzelne HTA-Elemente. Es wird etwa das Thema „Fortschritt durch pharmazeutische Innovationen“ aufgegriffen: „*Weniger als 15 Prozent der pharmazeutischen Innovationen [bringen] auch einen therapeutischen Fortschritt in der Medizin*“ (P749); ein anderer Beitrag erläutert Forschungsergebnisse die besagen, dass Gewinnerwartung und nicht wissenschaftlicher Fortschritt Treiber für Innovation in der Pharmabranche seien (P764).

In jüngeren Artikeln finden sich im Medikamentenbereich konkrete HTA-Forschungsergebnisse: „*Untersuchungen des Evidence Based Medicine Center der Medizinischen Uni Graz haben ... fünf gängige Wirkungsgruppen [von Blutdruckmedikamenten] verglichen, von denen die so genannten Diuretika am besten abschnitten*“ (P207). Außerdem wird das Konzept der EbM im Rahmen eines Interviews vorgestellt (P903).

HTA-Elemente im Grippediskurs zeigen sich insbesondere bei Berichten, die kritische oder zweifelnde Stimmen wiedergeben. Bei der Vogelgrippe-diskussion wird vor allem der Zusammenhang zwischen Erkrankung von Geflügel und Gefahr für Menschen kritisiert: „*Es geht um Geflügelpest – Landwirtschaft und Ökonomie – nicht um das Gerede von der Pandemie, der Zusammenhang ist abwegig*“ (P946).

Die Kritik zur Schweinegrippeberichterstattung thematisiert einerseits die reißerische Information (z.B. P1076, P1038), andererseits werden Interessenkonflikte angesprochen, etwa wenn über „*nach außen hin unabhängige Informationskampagnen, die alljährlich auf den Sinn von Impfungen und Medikamenten hinweisen*“ (P102), geschrieben wird oder wenn die Aussage von ExpertInnen mit der Information ergänzt wird, dass die Aussendung von einer Pharma-Firma stammt (P1059). In einzelnen Beiträgen wird außerdem die „WHO-Pandemie-Definition“ hinterfragt (P1130) oder kritisiert, dass „*die Bewertung von Statistiken, die Österreich schon im Sommer aus Australien und Neuseeland bekam, versagte*“ (P1006). Insbesondere bei der Schweinegrippe lässt sich seitens der österreichischen Gesundheitsbehörden mit Verweis auf den milden Krankheitsverlauf ein kalmierender Ton erkennen: „*Im Gesundheitsministerium lässt man sich durch diese Fälle nicht aus der Ruhe bringen*“ (P87).

Bei den Beiträgen zur Impfung fehlt zwar – wie oben bereits beschrieben – eine Diskussion zur Wirksamkeit des Impfstoffes, thematisiert wird jedoch in einzelnen Artikeln die Frage der notwendigen Impfdosen („*Studien legen*

**Sensationsmeldungen werden relativiert**

**angemessener Ressourceneinsatz ist Thema**

**Beiträge stellen angebliche therapeutische Innovationen infrage**

**aktuelle Artikel geben HTA-Forschungsergebnisse wieder**

**kritische Stimmen im Grippediskurs nutzen HTA-Elemente**

**konkrete Kritik an...**

**... reißerischen Informationen**

**... Informationen der Industrie**

**Hinterfragen von Definitionen**

**Kritik an Impfung**

*nahe, dass auch eine Impfung reichen könnte“*; P1135) und der Zulassungsprozess (z.B. wird kritisiert, dass der Stoff vor der Zulassung an Kindern nicht erprobt worden war). Ein Beitrag bezweifelt außerdem die von der Pharmaindustrie proklamierte Kosteneffektivität der Impfung gegenüber der Erkrankung (P1129).

**undifferenzierte  
Berichterstattung mit  
Zunahme einzelner  
Debatten mit HTA-  
Elementen**

Betrachtet man den gesamten Grippediskurs im Zeitverlauf, so stellt sich die Berichterstattung sowohl vor 2006 als auch danach in der Mehrzahl der untersuchten Quellen undifferenziert dar, allerdings verändert sich die Informationsqualität im Zeitverlauf der Schweinegrippediskussion und es finden sich auch vereinzelt die beschriebenen HTA-Elemente.

## 6.5 Exkurs: Allgemeine Qualitätsverbesserungsvorschläge

In den Interviews wurde neben dem Bekanntheitsgrad und Einsatz von HTA-Produkten (Berichte, Newsletter, HTA in Krankenanstalten und der Dokumentenserver), deren Verbesserungspotentiale erhoben.

**Zufriedenheit  
Öffentlichkeitsarbeit  
aber keinen politischen  
Druck ausüben**

Das LBI-HTA wird für seinen guten Service (schnelle, kompetente Antworten auf Anfragen) und für die flexible Arbeitsweise geschätzt. Die Öffentlichkeitsarbeit wird, ebenso wie die internationale Vernetzung, begrüßt: *„Es ist absolut sinnvoll, was ja auch das LBI-HTA gemacht hat, sich zu vernetzen auf europäischer Ebene“* (Interview 4). Allerdings, so die Aussage eines Interviewten, sei es nicht die Aufgabe eines HTA Instituts, durch Medienarbeit einen Druck auf die Politik auszuüben. Diese Aufgabe solle von anderen Seiten wahrgenommen werden.

**Voraussicht in  
Themenwahl**

Besonders von Seiten der Makroebene wird die Arbeit des LBI als zeitgerecht und – etwa im Fall des Berichtes zur Neuen Influenza – mit einem vorausschauenden Problembewusstsein bewertet.

**Newsletter hilfreich für  
schnellen  
Informationsgewinn...**

Von den Produkten, die neben den klassischen Projektberichten erstellt werden, wird insbesondere der Newsletter als hilfreiches Medium beschrieben, das in seiner Kürze einen Überblick über die neusten Forschungsaktivitäten schafft. Er wird hauptsächlich zur Informationsgewinnung bezüglich der eigenen Arbeitsbereiche eingesetzt, bietet aber auch einen allgemeinen Überblick und bringt die LeserInnen mit unterschiedlichem Hintergrund auf den aktuellen Stand. Für den Medizinjournalismus wird er als Grundlage für das Verfassen von Artikeln eingesetzt. Die Gastbeiträge (Editorials) werden als besonders positiv hervorgehoben (*„schön, dass manchmal so Gastkommentatoren sind ... das finde ich auch gut. Das könnte ruhig öfter sein“*; Interview 8), wohingegen die Unverständlichkeit für Laien kritisiert wird: *„Da muss man vom Rundherum relativ viel Ahnung haben, dass man das versteht“* (Interview 8).

**... wird über Verteiler  
an Mitarbeiter  
verschickt**

Auch auf der Krankenanstaltsebene wird der Newsletter in verschiedenster Weise genutzt. Zum einen als rasche Informationsquelle: *„Kurz und bündig und ... prägnant und ich schau mir das immer zack, zack, zack [an] und wenn ich es nicht brauche, weg damit und wenn ich 's brauch schau ich es mir eh an. Das ist optimal, so wie er ist, so brauch ich ihn“* (Interview 1), zum anderen zur internen Weiterbildung in unterschiedlichen Abteilungen. Dass der Newsletter *„regelmäßig im Haus an den HTA-Verteiler [verschickt wird]“* (Interview 1) ist außerdem ein Hinweis, dass der Newsletter von



deutlich mehr Personen gelesen wird, als nur von denen, die über den email-Verteiler des LBIs über den Newsletter informiert werden. Die Inhalte werden darüber hinaus auf anderen Wegen kommuniziert, z.B. in „Gruppenbesprechungen ... wird das einfach vorgestellt“ (Interview 5) und können zum Agenda-Setting beitragen. Das Interesse wird jedoch nicht bei allen MitarbeiterInnen wahrgenommen.

Der Dokumentenserver wird über alle Ebenen hinweg zu Recherchezwecken eingesetzt, es wird jedoch kritisiert, dass die Seite unübersichtlich ist: „*Man [kann] unsere eigenen [in Auftrag gegebenen Berichte] nicht richtig finden*“ (Interview 2).

Von Akteuren der Krankenanstaltenverbände und der Sozialversicherung wird besonders die Veranstaltung „HTA in Krankenanstalten“ (HTA in KA) genutzt und trägt zur Vernetzung und zum Austausch zwischen den Krankenanstalten bei: „*Wir sehen immer wieder, dass wir eigentlich mit denselben Problemen konfrontiert sind, drum sind diese Vernetzungstreffen jetzt über den eigentlichen Zweck, HTA-Wissen einfach aufnehmen zu können, einfach auch wichtig als Vernetzung*“ (Interview 4). Es wird die Anregung unterbreitet, eine Zusammenfassung der Informationen der HTA in KA Veranstaltungen zu verfassen und an Interessierte, die beispielsweise aus Zeit- oder Distanzgründen nicht an der Veranstaltung teilnehmen können, auszusenden. ReferentInnen der Veranstaltung „HTA in Krankenanstalten“ kritisierten hingegen, dass sie „*nicht genau [wussten], in welchem Bereich die einzelnen ZuhörerInnen tätig sind und welche Machtbereiche sie erfüllen. Das ... hätte ich gerne ein bisschen exakter gewusst*“ (Interview 6).

Während dem Institut ein guter Ruf attestiert wird („*das muss man wirklich sagen, es hat in Österreich wirklich höchste Reputation das Institut*“; Interview 1), wird das Auftreten des Instituts auch mit gewissen Zweifeln betrachtet: „*Das ist auch so eine Art „Robin-Hood-Image“*“ (Interview 1). Dieses Image kann auch negative Auswirkungen mit sich bringen: „*[Es] kommt das [„Robin-Hood Image“] aber als Rückschlag vor allem bei den Klinikern und bei den Ärzten, bei der Ärztekammer, da gibt es enorme, emotionale Widerstände und Barrieren. Auf das muss man aufpassen, dass man da glaub ich nicht durch unnötigen Verbalradikalismus sozusagen eine Barriere schafft. Das macht uns nämlich dann zu schaffen, dass man das sozusagen dann transportiert in diesen Kreisen*“ (Interview 1). Es wird befürchtet, dass eine negative Einstellung gegenüber der HTA-Forschung auch vom Image des Instituts abhängt „*dass [die Kritik an den Ergebnissen] nicht mit dem Inhalt zusammenhängt, sondern mit der Tatsache, dass das vom LBI gemacht wurde*“ (Interview 1).

Für die Gestaltung der Forschungsprozesse wird die Einführung von Stellungnahmeverfahren angeregt, um einem kontroversen Diskurs noch vor Veröffentlichung der Berichte zu begegnen. Es sei zu überlegen „*ob man nicht künftig sich vielleicht etwas mehr Zeit gibt oder in irgendeiner Form solche Gemütsaufwallungen seitens der Ärzteschaft irgendwie in diesen Prozess integrieren kann, dass man denen noch die Möglichkeit gibt, bevor man das veröffentlicht oder sonst was, solche Stellungnahmen zu schreiben*“ (Interview 2). Nicht zuletzt sollen andere Institutionen und AnwenderInnen von der Methode HTA überzeugt werden und weitere Netzwerke mit anderen europäischen Institutionen, wie der EMA und EFSA, angestrebt werden.

**Dokumentenserver gut für Recherche, aber verbesserungsfähig**

**Vernetzung durch HTA in KA**

**Institut hat guten Ruf...**

**...stößt jedoch auch auf imagebedingte Widerstände...**

**Stellungnahmeverfahren und**

**Ausbau von Netzwerken**

**werden empfohlen**



## 7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die empirischen Ergebnisse nun vor dem Hintergrund des in Kapitel 4 beschriebenen Frameworks diskutiert. Es wird einerseits zusammenfassend dargestellt, welche der definierten Impact-Kategorien sich stärker abzeichnen und welche kaum und andererseits bei welchen Zielgruppen sich dieser Impact abzeichnet und bei welchen weniger. Zusätzlich werden identifizierte Muster bezüglich Projektcharakteristika (Themen, Berichtsform, Sprache etc.) zusammenfassend dargestellt.

Eine tabellarische Zusammenfassung ist in Tabelle 7-1 dargestellt. Die Zeilen fassen qualitativ die zentralen Ergebnisse für die sieben Impact-Kategorien zusammen, während die Spalten die unterschiedlichen Ebenen (Mikro-, Meso-, Makroebene) berücksichtigen. Diese qualitative Zusammenfassung beleuchtet die Vielschichtigkeit und Multidimensionalität des Impacts, weniger seine quantitative Relevanz.

**Diskussion der Impact-Kategorien und möglicher Muster**

**qualitative Zusammenfassung verdeutlicht Multidimensionalität**

Tabelle 7-1: Qualitative Zusammenfassung der Ergebnisse nach Impact-Kategorie und Zielgruppen/Ebenen

Impact-Kategorien/Ziele	Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
<b>Wahrnehmung</b> (Produkte bekannt)	-ÄrztInnen/JournalistInnen: + -WissenschaftlerInnen aus eigener Community in Österreich und international: +++ -PatientInnen/BürgerInnen: ?	- Krankenanstalten (-gesellschaften), Versicherungen/Verbände: +++ - Fachgesellschaften: ++ - PatientInnenvertretung und Berufsverbänden: ?	-Bundesebene (Ministerium, BGK, Sanitätsrat, Ausschüsse): +++ -Länder (Landesfonds): ++ - andere Landesinstitutionen (Gesundheitsressorts): ? - Medien, Industrie: +
<b>Akzeptanz</b> (Produkte hilfreich und akzeptiert)	- ÄrztInnen und JournalistInnen: ++ - WissenschaftlerInnen in HTA-Community: +++ - PatientInnen/BürgerInnen: ?	- Krankenanstalten (-gesellschaften), Versicherungen/Verbänden: +++ - Fachgesellschaften: # - PatientInnenvertretung und Berufsverbände: ?	Entscheidungsgremien auf Bundesebene: +++ Medien: +
In <b>Prozess</b> berücksichtigt	- ÄrztInnen bei PatientInnenkontakten: + - PatientInnen/BürgerInnen: ?	- Krankenanstaltengesellschaften und Versicherungen: +++ - Fachgesellschaften: + - PatientInnenvertretung u. Berufsverbände: ?	- Bundesebene: ++ - Länderebene: +
<b>Entscheidung</b> mit HTA begründet	Entscheidungen bei PatientInnenkontakten: +	Krankenanstaltengesellschaften und Versicherungen: ++ Fachgesellschaften: # PatientInnenvertretung u. Berufsverbände: ?	- Bundesebene: ++ - Länderebene: +, ?
Medizinische oder Vergütungspraxis wurde verändert	ÄrztInnen: +	Versicherungen: + (conditional coverage) Fachgesellschaften: nicht relevant PatientInnenvertretung u. Berufsverbände: <i>nicht relevant</i>	Bundesebene: + (Neue Vergütungsmechanismen/conditional coverage)
<b>Finale Outcomes</b> (ökonom. Effekte)	<i>Nicht relevant</i>	Krankenanstaltenverbände: ++ (Rationalisierung); + (Umverteilungspotenzial bei MEL) Fachgesellschaften: nicht relevant PatientInnenvertretung u. Berufsverbände: <i>nicht relevant</i>	Bundesebene (Krankenanstaltenfinanzierung, öffentlichem Gesundheitsdienst/Impfungen); ++ (Umverteilungspotenzial)
<b>Enlightenment</b> ("HTA-Kultur", Agenda Setting etc.)	-Transport in wissenschaftliche Community: ++ Auswirkung auf Forschungsprozesse, Lehre: ++	Krankenanstaltenbereich: ++ Versicherungen: + Fachgesellschaften: + PatientInnenvertretung u. Berufsverbände: +	- Bundesebene: ++ - Medien: +

+ geringer Impact; ++ mittlerer Impact; +++ hoher Impact; # kein Impact; ? Impact unbekannt

## 7.1 Impact-Kategorien

### 7.1.1 Wahrnehmung

Die beste Evidenz liegt für die Impact-Kategorie „Wahrnehmung“ vor. Die Downloadanalyse, die Interviews und die Medienanalyse haben gezeigt, dass sowohl das Institut an sich als auch seine (Forschungs-) Produkte, z.B. der Newsletter, wahrgenommen werden und diese Wahrnehmung im Zeitverlauf deutlich gestiegen ist. Das zeigt sich sowohl an der gestiegenen durchschnittlichen Downloadfrequenz als auch an der zunehmenden Medienpräsenz.

Mögliche Faktoren für den Anstieg der Nachfrage sind die steigende Anzahl an veröffentlichten Publikationen und somit das größere Angebot an Berichten insgesamt sowie das stetig wachsenden „Themenangebot“.

Hinsichtlich der untersuchten Ebenen konnte die stärkste Wahrnehmung auf der Meso- und Makroebene ausgemacht werden. Das bedeutet, die Berichte sind gut bekannt auf der Führungsebene der Sozialversicherungsträger, im Management einzelner Krankenanstaltengesellschaften sowie in den (Entscheidungs-) Gremien und auf Beamtenebene in Bundesinstitutionen (z.B. Bundesgesundheitskommission, Oberster Sanitätsrat). Auf Länderebene ist die Wahrnehmung über den Krankenanstaltenbereich (der ja in die Landeskompetenz fällt) gegeben (z.B. gute Wahrnehmung der MEL-Evidenzanalysen in den Landesfonds). Für andere Länderkompetenzen (z.B. Gesundheitsressorts) ist die Wahrnehmung des Instituts und seiner Forschungsergebnisse unbekannt.

Eine zunehmende Wahrnehmung lässt sich bei medizinischen Fachgesellschaften ausmachen. Das ging insbesondere aus den Interviews hervor, die den Widerstand und die Kritik von Fachgesellschaften an einzelnen Forschungsberichten zur Sprache brachten. Das gleiche gilt für die Wahrnehmung der Ergebnisse in der Pharma- und Medizintechnikindustrie auf der Makroebene. Hier zeigte insbesondere die Reaktion auf Forschungsergebnisse von Seiten der Industrie in der Medienanalyse (Kapitel 6.4.3), dass die Berichte in der Industrie wahrgenommen werden. Die Analyse weiterer Dokumente, etwa Briefwechsel zwischen der LBI-HTA Institutsleitung und einzelnen Firmen, Zitationen in Facharzt-Leitlinien, die für das vorliegende Projekt nicht mehr berücksichtigt werden konnten, könnten darüber im Detail Aufschluss geben.

Eine wesentlich geringere Wahrnehmung konnte auf der Mikroebene identifiziert werden. Hier dürften eher Einzelakteure das Institut und seine Forschung kennen. Darunter fallen manche ÄrztInnen und einzelne JournalistInnen. PatientInnen und BürgerInnen gehören zwar nicht zur Gruppe der Befragten, es besteht dennoch die Annahme, dass die HTA-Forschung in diesen Gruppen bisher weitgehend unbekannt ist. Auch hier könnten weitere Analysen Aufschluss geben, etwa zur Frage wie häufig die Entscheidungshilfe zur HPV-Impfung, die im Rahmen eines LBI-Projekts erstellt wurde und konkret an die Zielgruppe „BürgerInnen“ gerichtet ist, in Anspruch genommen wird.

Aus den für die Downloadanalyse erhobenen Zugriffsstatistiken lassen sich hierfür keine Schlüsse ziehen, da nicht bekannt ist, *wer* die Berichte über das Internet bezieht. Dies können sowohl BürgerInnen und PatientInnen als

**beste Evidenz für gestiegene Wahrnehmung**

**Angebot an Publikationen wächst**

**höchste Bekanntheit der Berichte auf Meso- und Makroebene**

**Aufmerksamkeit seitens Fachgesellschaften und Pharmaindustrie**

**Bekanntheitsgrad bei Mikroebene eher gering**

**keine Befragung von PatientInnen**

**unbekannt: wer liest die online bezogenen Projektberichte?**

<p><b>Wahrnehmung seitens nationaler/internationaler „HTA-Community“</b></p>	<p>auch öffentliche Institutionen, Universitäten oder andere (HTA-) Forschungseinrichtungen sein.</p> <p>Unter WissenschaftlerInnen – primär jenen aus der „HTA-Community“ – wird die Arbeit wiederum sowohl national als auch international gut wahrgenommen. Das zeigt sich insbesondere in den Ergebnissen der Fragebogenanalyse (Kapitel 6.4.2), die steigende Publikationstätigkeit (sowohl in deutsch- als auch in englischsprachigen Zeitschriften), Konferenzteilnahmen, Einladungen zu Diskussionsveranstaltungen oder Präsentationen und Einfluss der HTA-Produkte auf weitere Forschungsprozesse zum Ergebnis hatte.</p>
<p><b>Fremdwahrnehmung weicht von Selbstverständnis des Instituts ab</b></p>	<p>Im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Produkte konnten auch Hinweise über das Image des Instituts beobachtet werden. Sowohl die Interviews als auch die Medienanalyse haben gezeigt, dass das Image und die Rolle des Instituts recht unterschiedlich wahrgenommen werden und teilweise deutlich vom institutseigenen Selbstverständnis abweichen: Etwa wenn geäußert wird, dass „HTA keine Entscheidungen treffen soll“ oder das Institut als eines für Kosten-Nutzen-Rechnungen beschrieben wird und ihm das Image eines „Aufdeckers“ zugesprochen wird.</p>
<p><b>Ruf des Instituts ist ambivalent: aktiv vs. grenzüberschreitend</b></p>	<p>Deutlich kamen im Zusammenhang mit dem Ruf des Instituts Ambivalenzen zu Tage. Einerseits wird die aktive Rolle (auch in Form aktiver Medienarbeit) des Instituts beim Thematisieren politischer Fragen im Zusammenhang mit HTA (z.B. zu Verteilungsgerechtigkeit, Grenzwertdiskussion) begrüßt und dem Institut ein guter Ruf attestiert, andererseits wird dieser Ansatz als Grenzüberschreitung kritisiert, der eine Abneigung gegenüber der HTA-Forschung auslösen kann (was wiederum die Umsetzung der Ergebnisse erschwert).</p>
<p><b>in den Medien Ruf des „Rationierers“ nicht „Rationalisierers“</b></p>	<p>Die Inhalte der medialen Berichterstattung – insbesondere jene zum Thema Verteilungsgerechtigkeit und zum Buch „Zahlenspiele“ – lassen zwar darauf schließen, dass es bei allen Inhalten letztlich um das im Leitbild beschriebene Thema eines angemessenen Ressourceneinsatzes geht, dieser Zusammenhang und das Institutsziel, damit zur nachhaltigen Finanzierbarkeit des solidarischen Gesundheitssystems beizutragen, kommt aber in der medialen Darstellung des Instituts nicht prägnant zum Ausdruck. Es dominiert die Assoziation des Instituts mit Kosteneinsparungen und weniger die Assoziation mit Umverteilung. Beim Thema Kosteneinsparung steht die Rolle des „Rationalisierers“, nicht die des „Rationierers“ im Vordergrund.</p>

## 7.1.2 Akzeptanz

<p><b>Nachweis eher schwierig</b></p>	<p>Etwas schwieriger ist der Nachweis der Impact-Kategorie „Akzeptanz“, die mit dem Indikator „Produkte werden als hilfreich empfunden“ operationalisiert wurde.</p>
<p><b>Forschungsergebnisse vertrauenswürdig</b></p>	<p>Es gibt vereinzelt Hinweise darauf, dass die HTA-Forschung auf der Mikroebene von ÄrztInnen als hilfreich empfunden wird, wenn auch weniger im unmittelbaren PatientInnenkontakt, sondern bei anderen Aufgaben (z.B. für die Erstellung von Gutachten oder Forschungsdesigns). Unterstützend wird sie außerdem von JournalistInnen erlebt, sofern sie die Forschungsergebnisse kennen. Das zeigen einerseits die Interviews, andererseits lassen sich auch die Ergebnisse der Medienanalyse dahingehend interpretieren (wenn etwa Forschungsergebnisse wortgetreu in Zeitungsberichten wiedergegeben</p>

werden), dass die Ergebnisse als unabhängig, qualitativ hochwertig und vertrauenswürdig empfunden werden (Kapitel 6.1.3).

Die stärksten Hinweise für Akzeptanz lassen sich bei Krankenanstaltengesellschaften, bei Sozialversicherungsträgern und auf Bundesebene finden. Die Berichte werden insbesondere als Vorbereitung für Verhandlungen hilfreich empfunden. Obwohl die Forschungsmethode HTA allgemein als positiv bewertet wird, wird angemerkt, dass einige Dimensionen in den Bewertungen fehlen. Die Berücksichtigung von sozialen, ethischen und organisatorischen Aspekten sollte in einer umfassenden Problembewertung integriert sein.

**Berichte zur  
Verhandlungsvorbereitung  
genutzt**

### 7.1.3 Politikprozess und Entscheidung

Aus den Interviews konnte die Information gewonnen werden, dass zumindest vereinzelt Berichte auf der Mikroebene als Rückhalt im individuellen Kontakt mit PatientInnen eingesetzt wurde und eine Entscheidung im Praxisalltag mit dem HTA-Ergebnis begründet wurde (Impfung; Tamiflu), eine Aussage über die Häufigkeit solcher Vorgangsweisen ist aber nicht möglich.

**Entscheidung im  
Patientenkontakt  
vereinzelt auf HTA  
basierend**

Bei Krankenanstalten und Sozialversicherungen werden die Ergebnisse der Assessments nicht nur in der Planung von Investitionen und zur Budgetallokation eingesetzt sowie zur Verhandlungsvorbereitung herangezogen (z.B. der Bericht zum „ärztlich-therapeutischen Gespräch“, der Mutter-Kind-Pass Bericht), sondern es werden auch Entscheidungen auf der Grundlage eines HTAs getroffen (und diese in die Praxis umgesetzt). In diesem Zusammenhang ist der des Öfteren gefallene Einwand zu berücksichtigen, dass HTAs zwar eine gute Entscheidungsgrundlage bereitstellen, die Entscheidung jedoch nicht von einem HTA (-Institut) getroffen werden soll. Obwohl diese Funktion nicht dem Selbstverständnis des LBI-HTA entspricht, scheint dies trotzdem in Einzelfällen so wahrgenommen zu werden.

**Krankenanstalten:  
mehrere Beispiele für  
Verhandlung und  
Entscheidung nach HTA  
Empfehlung**

**(falsche) Wahrnehmung  
HTA hätte  
Entscheidungsmacht**

Innerhalb der Fachgesellschaften oder auf Seiten der Industrie stoßen die Forschungsergebnisse oder die Arbeitsweise des Instituts hingegen auf Widerstand. Darauf weisen sowohl die Interviewergebnisse als auch die Medienanalyse hin. Für die Gruppe der PatientInnenvertretung und der Berufsverbände auf der Mesoebene sowie für die Landesressorts auf der Makroebene können zur Verwendung der LBI-HTA Produkte in Entscheidungsprozessen keine Aussagen getroffen werden.

**Widerstand von Seiten  
der Industrie**

Auch die Entscheidung, etwas *nicht* zu ändern oder geplante Veränderungen *nicht* umzusetzen, können als Impact gezählt werden. In Einzelfällen konnte aufgezeigt werden, dass zunehmend Entscheidungen, eine Technologie nicht zu refundieren, mit den HTA-Ergebnissen begründet wurden (z.B. MEL-Evidenzanalysen, Bericht zur HPV-Impfung).

**auch *keine* Veränderung  
kann Impact sein**

### 7.1.4 Umsetzung in die Praxis

Als weitere Impact-Kategorie wurde untersucht, ob die Forschungsarbeit die Praxis verändert und zwar sowohl die ärztliche Praxis bei der Arbeit mit PatientInnen (z.B. durch differenzierteren Einsatz der Technologien) als auch die Praxis auf Entscheidungsträgerebene (z.B. die Refundierungspraxis).

<p><b>Veränderungen in der ärztlichen Praxis deutlich</b></p> <p>nicht notwendigerweise durch Akzeptanz der Forschungsergebnisse</p>	<p>Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass bei jenen Produkten, die eine Veränderung im Mengenverbrauch im zeitlichen Zusammenhang mit dem Erscheinen des Berichts aufweisen, die Ergebnisse der HTA-Forschung einen Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit haben. Das gilt zum Beispiel für die Produkte Cytotect®, Hämo-complettan®, Avastin®-Lucentis® und „Erythropoietin“. Gerade das Beispiel „Erythropoietin“ veranschaulicht aber eindrucksvoll, dass diese Verhaltensänderung der MedizinerInnen nicht notwendigerweise durch die Akzeptanz der HTA-Forschungsergebnisse bedingt ist, sondern damit verbundene neu eingeführte „Hürden“ (Produkt muss zunächst in Form von Testdosen verabreicht werden, Vorschriften zur Dokumentation) dazu führen, dass es weniger häufig eingesetzt wird.</p>
<p><b>reduzierter Einsatz von Technologien bei Nicht-Refundierung zu erwarten</b></p>	<p>Bei den Berichten, die in der prospektiven Planung eingesetzt werden (z.B. Evidenzanalysen zu MELs), lässt sich die Veränderung der ärztlichen Praxis (Mikroebene) schwer feststellen. Es ist aber davon auszugehen, dass Leistungen, die als Folge der HTA-Ergebnisse nicht in den Leistungskatalog aufgenommen werden, weniger häufig eingesetzt werden, als Leistungen, die Teil des Leistungskatalogs sind, weil nur Letztere gesondert refundiert werden.</p>
<p><b>vermehrter Einsatz von „Bedingter Erstattung“</b></p>	<p>Hinsichtlich der Refundierungspraxis auf Entscheidungsträgerebene konnten vor allem Hinweise für den vermehrten Einsatz einer Art „bedingten Erstattung“ gefunden werden. Das trifft sowohl für die Refundierung einzelner MELs (Bundes- und somit Makroebene) zu, die auf Basis der Evidenzanalysen als vorläufig oder genehmigungspflichtig aufgenommen werden als auch für Veränderungen der Refundierungspraxis auf Seiten der Sozialversicherungsträger (Mesoebene). Beispiele dafür sind die Initiative, vor einer Weiterfinanzierung von Rehabilitationseinrichtungen, Evidenz zur Wirksamkeit zu genieren (Kapitel 6.4.2) oder die Tarifierung des ärztlich-therapeutischen Gesprächs, die auf Basis des HTAs bis zur nächsten Verhandlung eingefroren wurde (Kapitel 6.3.2).</p>

### 7.1.5 Finale Outcomes

<p><b>nur ökonomische Effekte erhoben</b></p>	<p>Bedingt durch die Limitation bei der methodischen Umsetzbarkeit wurden hierbei nur ökonomische Effekte (finanzielle Einsparungen und eine Umverteilung von Geldern) evaluiert. Über gesundheitliche Effekte kann daher keine Aussage getroffen werden.</p>
<p><b>Hinweise auf finanzielle Einsparungen</b></p>	<p>Sowohl bei Krankenanstalten- und Versicherungsverbänden als auch auf ministerieller bzw. Bundesebene konnten aus den Interviews und aus den Analysen der administrativen Daten zum Verbrauch einzelner Produkte mehrere Hinweise auf Einsparungen und Kostendämpfung identifiziert werden.</p>
<p><b>Einsparungen durch geänderte ... Anwendung von Medikamenten</b></p> <p><b>... optimierte Beschaffungsprozesse</b></p>	<p>Eindeutige Zusammenhänge zwischen Ersparnissen und dem Forschungsbericht gab es zu den Assessments zu Avastin®-Lucentis®, Hämo-complettan®, „Erythropoietin“ und Cytotect®, wo die Ergebnisse aus den administrativen Daten mit den Aussagen aus den Interviews bestätigt wurden.</p> <p>Als weitere ökonomische Effekte wurden in den Interviews neu gefasste Indikationen oder die Optimierung von Beschaffungsprozessen durch eine Zusammenlegung der Auftraggeber genannt, was zu einer veränderten Anwendung von Medikamenten oder zu niedrigeren Preisen für Produkte führte.</p>



Vorsichtige Hinweise für eine beginnende Rationalisierung existieren zu den onkologischen Produkten.

Die Wahrnehmung von Rationalisierungspotenzialen findet hier primär bei Krankenanstalten (-verbänden) statt. Die Gesamtkosteneinsparungen, die damit verbunden sind, können nicht exakt beziffert werden, liegen jedoch auf jeden Fall im 7-stelligen Bereich und machen zumindest mehrere Millionen Euro aus.

Die Ergebnisse zum Bereich Rationalisierungspotenziale zeigen, dass in der Mehrzahl der untersuchten Produkte tendenziell ein abnehmender Mengenverbrauch bzw. eine Preisreduktion im zeitlichen Zusammenhang mit der Erscheinung des HTA-Berichtes zu beobachten ist. Es ist jedoch zu beachten, dass Behandlungsstile und Mengenverbrauch von zahlreichen weiteren Einflussfaktoren abhängen können. Beispielsweise gab es zeitgleich zum Erscheinen des HTA-Berichts zu medikamentbeschichteten Stents eine intensive internationale wissenschaftliche Diskussion zu möglichen Nebenwirkungen (Studienabbruch wegen erhöhter Mortalität, black box Warnung der FDA<sup>9</sup>), die ebenfalls den Mengenverbrauch beeinflussen konnte. Es wird außerdem deutlich, dass die Voraussetzungen für Rationalisierungseffekte in der Krankenhausversorgung die Verbreitung der Berichte innerhalb der Leistungserbringer sowie unter medizinischem, Pflege- und Verwaltungspersonal mit einem Verständnis für HTA und einem Willen zur Umsetzung der Empfehlung sind. Ist dies nicht der Fall bleibt die Forschung – wie am Beispiel Wehenhemmer verdeutlicht – ohne Effekt.

Hinsichtlich Umverteilung kann lediglich ein Umverteilungspotenzial ausgemacht werden. Das betrifft wiederum den Krankenanstaltenbereich (und alle seine Finanziere), wo durch die restriktivere Finanzierung von medizinischen Einzelleistungen theoretisch Mittel für andere Leistungen frei werden oder – da die Ausgaben der Krankenhäuser die Budgets zur Krankenhausfinanzierung regelmäßig übersteigen – weniger hohe Defizite die Folge sein können. Um hier sichtbare Veränderungen zu zeigen, müsste das Instrument aber viel breiter und nicht nur bei einzelnen Leistungen jährlich eingesetzt werden.

Der Effekt „Umverteilungspotenzial“ betrifft außerdem den öffentlichen Gesundheitsdienst auf Bundesebene, insbesondere im Zusammenhang mit Impfungen, wo es aus den Interviews (Kapitel 6.3.1) und aus der ökonomischen Analyse (Kapitel 6.3.2) deutliche Hinweise dafür gibt, dass die HTAs als Begründung dafür herangezogen wurden, eine Impfung entweder gar nicht öffentlich zu finanzieren oder zurückhaltend beim Einkauf von Impfdosen vorzugehen (Kapitel 6.3). Theoretisch könnten dadurch andere Leistungen finanziert werden. Auf Basis des Opportunitätskostenansatzes, der besagt, dass unter der Annahme begrenzter Ressourcen alle Gelder, die für eine Leistung eingesetzt werden, für eine andere nicht mehr zur Verfügung stehen, würden in diesen Fällen theoretisch nicht verbrauchte Mittel für andere Leistungen zur Verfügung stehen. Die Entscheidungsfindung orientiert sich im österreichischen Gesundheitssystem allerdings nicht an der Vorstellung eines begrenzten Budgets, dessen Mittel möglichst effizient eingesetzt werden sollen; Gelder, die nicht benötigt werden, stehen zumeist *nicht* für andere Leistungen, sondern gar nicht zur Verfügung. Insofern kann keine Aussage getroffen werden, ob hier tatsächlich eine Umverteilung stattgefunden hat – also ob etwa durch die nicht benötigten Mittel für die HPV-Impfung mehr Geld in andere Vorsorgemaßnahmen geflossen ist.

**Effekte in 7-stelliger Höhe primär bei Krankenanstalten**

**reduzierter Technologieeinsatz kann auch andere Ursachen haben**

**Voraussetzung für Effekte: Verbreitung der Berichte/Erkenntnisse**

**Umverteilungspotenzial aufgezeigt**

**Opportunitätskosten: wurden das nicht für die HPV-Impfung eingesetzte Geld umverteilt?**

<sup>9</sup> Lebensmittelüberwachung und Arzneimittelzulassungsbehörde der USA

<p><b>HTA läuft Gefahr für Einsparungen instrumentalisiert zu werden</b></p>	<p>Das Beispiel HPV-Impfung zeigt vielmehr, dass HTA-Forschung auch Gefahr laufen kann, für reine Einsparungszwecke instrumentalisiert zu werden. Dass weder die Impfung finanziert wird, noch eine deutliche Verbesserung der Screeningmaßnahme (Pap-Abstrich) initiiert wurde, war nicht im Sinne des HTA-Berichts und lässt Potenziale für mehr Gesundheit ungenutzt.</p>
<h3>7.1.6 Enlightenment</h3>	
<p><b>besteht eine „HTA-Kultur“?</b></p>	<p>Es wurde evaluiert, ob/wie HTA-Ergebnisse in die Medien, in die wissenschaftliche Community oder in Entscheidungsgremien transportiert werden und ob/in welcher Form sich eine zunehmende „HTA-Kultur“ in Entscheidungsgremien oder in der Medizin- bzw. Gesundheitsberichterstattung erkennen lässt.</p>
<p><b>HTA-Ergebnisse werden in wissenschaftliche Community transportiert</b></p>	<p>Die Fragebogenerhebung hat für die Mikroebene gezeigt, dass ein verstärkter Transport der Ergebnisse in die wissenschaftliche Community stattfindet und vereinzelt Hinweise für den Einfluss der Berichte auf nachfolgende interne und externe Forschungsvorhaben vorliegen. Außerdem konnte eine Zunahme der Verbreitung von HTA-Expertise über die Lehre – primär in postgradualen Ausbildungszweigen und in der Weiterbildung – registriert werden.</p>
<p><b>Änderungen in Entscheidungskultur bemerkbar</b></p>	<p>Auf der Meso- und Makroebene zeigen die Anwendung von „neuen“ Vergütungsansätzen (conditional coverage), das Beispiel „MEL“, wo eine standardisierte Integration von HTA im Entscheidungsprozess eingeführt wurde, oder die Beteiligung von HTA-ExpertInnen in Beratungsgremien punktuelle Veränderungen in der Entscheidungskultur. Hier scheint darüber hinaus eine Bewusstseinsveränderung dahingehend stattzufinden, dass Leistungen erst ihre Wirksamkeit beweisen müssen, ehe sie aufgenommen werden, anstatt dass eine Legitimation erst <i>nach</i> ihrer Einführung/Refundierung erbracht werden muss.</p>
<p><b>Verständnis von HTA-Forschung vervielfältigt sich bei Zielgruppen</b></p>	<p>Das zunehmende Bewusstsein für evidenzbasiertes Handeln, welches auf allen Ebenen der Interviewpartner genannt wurde sowie die Bedeutung, die qualitativ hochwertigen Studien beigemessen wird, dass HTA ein Potenzial zugeschrieben wird, neue Studien zu begleiten und die Integration von HTA-VertreterInnen auch in Entscheidungsträger-Gremien, deuten auf Veränderungen hinsichtlich eines zunehmend breiter werdenden Verständnisses der HTA-Forschung hin.</p>
<p><b>in den Medien nur geringe Änderung hinsichtlich „HTA-Kultur“</b></p>	<p>Solche punktuellen Hinweise auf eine „HTA-Kultur“ sind zwar auch im massenmedialen Diskurs wahrnehmbar, im Gesamtdiskurs ist ihre Bedeutung aber gering. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Medienpräsenz des Instituts über die Jahre gestiegen ist. Obwohl über die Forschungsergebnisse in steigendem Ausmaß in den Medien berichtet wird, finden sich in den Printmedien insgesamt wenige Hinweise auf eine Steigerung der „HTA-Kultur“. Bei der Nutzen/Schadensdarstellung von Vorsorge- und Behandlungsmaßnahmen überwiegen „traditionelle“ Praktiken, die den Nutzen möglichst groß erscheinen lassen, während der Schaden kaum zur Sprache kommt. Es entsteht dabei der Eindruck von neuen Wundermitteln ohne Nebenwirkungen.</p>

Wie anhand der Berichterstattung zum Thema „Grippe“ gezeigt wurde, beginnt dies bereits bei der Risikodarstellung für eine Erkrankung. Mehrere Darstellungsformen führen dazu, dass das Problem bzw. die Gefahr groß erscheint, während eine Berichterstattung, die von „HTA-Kultur“ geprägt ist, eine viel stärkere Kontextualisierung des Problems verlangt, sodass LeserInnen dabei unterstützt werden, die Größendimension eines Problems oder das Gefahrenpotenzial selbst beurteilen zu können. Das Thema „Grippe“ zeigt aber auch, dass im Laufe der Berichterstattung eine „Gegenöffentlichkeit“ und kritische Stimmen wahrnehmbar werden, die genau diese „HTA-Kultur“ erkennen lassen.

Insgesamt kann HTA nicht dafür verantwortlich sein, eine differenzierte Berichterstattung in den Medien zu gewährleisten. Die unterschiedlichen Systemlogiken, die hier aufeinandertreffen, bedingen Barrieren, die nicht mit einem mangelnden Impact gleichgesetzt werden können.

Mangelnder Impact wird unter anderem mit einer Gesamtkultur der Intransparenz in Zusammenhang gebracht. Umgekehrt würde mehr Transparenz in den Entscheidungen im Gesundheitswesen - eine Forderung, die in den Interviews mehrfach gefallen ist – gleichzeitig mehr Impact für die HTA-Forschung ermöglichen. Allerdings wird ebenso angezweifelt, ob diese Forderung überhaupt von Seiten der Versicherungen und Krankenhäuser angestrebt wird. Es wird eine Art Zwiespalt deutlich, dass eine eindeutige Zustimmung zu mehr Transparenz der Entscheidungsprozesse besteht, diese jedoch zu Erklärungsnoten seitens der Institutionen führen kann.

## 7.2 Zielgruppen/Systemebenen

Betrachtet man die untersuchten Ebenen über alle Impact-Kategorien hinweg, zeigt sich, dass auf allen Ebenen des Systems – bei AnwenderInnen der Technologien (Mikroebene), Krankenanstaltenverbänden und Sozialversicherungen (Mesobene) sowie in staatlichen Institutionen (Makroebene) – ein Impact zu verzeichnen ist, wobei die Effekte primär bei Krankenanstaltenverbänden, Sozialversicherungen und auf staatlich-politischer Ebene identifiziert werden konnten. Die deutlichsten – insbesondere auch ökonomischen – Effekte zeigten sich auf der Ebene der Krankenanstalten. Dies ist nicht zuletzt dadurch bedingt, dass der Großteil der Themen mit erwartbarem ökonomischem Effekt aus dem Krankenanstaltenbereich kommt.

Dass der Impact bei individuellen AnwenderInnen weniger deutlich ausfällt, entspricht dem Leitbild des Instituts, das bei den Zielgruppen die klare Priorität auf die Entscheidungsträgerebene legt. Inwieweit dennoch auch VertreterInnen der Mikroebene (insbesondere PatientInnen oder BürgerInnen) von den Forschungsprodukten profitieren, war demnach auch kein Schwerpunkt der Untersuchung und müsste an anderer Stelle gesondert evaluiert werden.

**bei „Grippe“ deutlich:  
Risikodarstellung  
überwiegt**

**kritische Stimmen  
nehmen jedoch mit der  
Zeit zu**

**HTA nicht für  
Medienethik  
verantwortlich**

**Zwiespalt Transparenz:  
für Entscheidungen  
gefordert jedoch  
Widerstand bei  
Institutionen**

**Effekte primär auf  
Meso- und Makroebene**

**ökonomische Effekte bei  
Krankenanstalten**

**Mikroebene nicht  
Schwerpunkt der  
Untersuchung, da nicht  
primäre Zielgruppe des  
Instituts**

## 7.3 Berichtsbezogene Impact - Muster

<b>Berichte mit viel/ wenig Impact?</b>	Neben der Betrachtung der Ergebnisse aus der Perspektive der einzelnen Impact-Kategorien und untersuchten Ebenen soll in diesem Kapitel analysiert werden, inwiefern bestimmte Berichtstypologien erkannt werden können, die mit hohem oder niedrigem Impact verbunden sind.
<b>Berichte entweder mit „high Impact“ oder einzelner „Impactschwerpunkt“</b>	Hierbei können zunächst zwei Gruppen von Berichten identifiziert werden: Eine kleine Gruppe an „high Impact Berichten“, die auf allen Systemebenen wahrgenommen werden und bei fast allen Impact-Kategorien (insbesondere medial) Effekte zeigen, während die andere (und weitaus größere) Gruppe an Berichten eher einzelne und oftmals subtilere Impactschwerpunkte aufweist.
<b>„Neue Influenza“ erzielt Impact auf allen Ebenen</b>	Ein Beispiel für einen „Top Seller“ ist der Bericht zur Neuen Influenza, der auf allen Systemebenen wahrgenommen wurde und Entscheidungen sowie die Praxis (inkl. finale Outcomes) beeinflusst hat. Bei den ärztlichen AnwenderInnen galt der Bericht als Information und „Rückhalt“ auf einer Art Metaebene im Kontakt mit den PatientInnen. Die Informationen stärkten die Einstellung der AnwenderInnen, PatientInnen ohne Risiko nicht gegen die Neue Grippe zu impfen. Auch im Ministerbüro stützte man sich auf die Aussagen des Assessments, was zum einen eine wissenschaftliche Grundlage für die öffentliche Diskussion vorbereitete und zum anderen die Position in den Verhandlungen mit der Industrie stärkte.
<b>„HPV-Impfung“ starke Wahrnehmung und Einfluss auf Entscheidungen</b>	Ein ähnliches Muster ist beim Bericht über die HPV-Impfung auszumachen. Auch dieser Bericht ist durch deutliche Wahrnehmung und eindeutigen Einfluss auf Entscheidungen charakterisiert. Er wurde als Grundlage in den Verhandlungen über die Refundierung der Impfung eingesetzt (Entscheidung, die Impfung nicht zu erstatten). In der Praxis wurden finanzielle Einsparungen, ein Impact auf der Ebene der finalen Outcomes, genannt und es wurden weitere Forschungsprojekte durch den Bericht ausgelöst.
<b>„decision support documents“ zeigen Einfluss auf Budgetplanungen</b>	Weitere Produkte, zu denen ein umfassender Impact für mehrere Kategorien gezeigt werden konnte, sind die Evidenzanalysen zu den MELs, Berichte aus der evidenzbasierten Gesundheitsplanung und -versorgung sowie andere Decision Support Documents, die nach diesem Schema erstellt werden. Darunter fallen auch die Berichte im Rahmen des „Horizon Scannings“.
<b>HSS starke Wahrnehmung und Auswirkung auf „Enlightenment“</b>	Aus den Interviews ging bereits hervor, dass sich im Zusammenhang mit den onkologischen Produkten „Enlightenment“ auf der Mikroebene zeigt, indem AnwenderInnen beginnen, Therapien und deren „Erfolg“ zu hinterfragen. Auf der Meso- und Makroebene werden Änderungen in der Einstellung gegenüber der Industrie deutlich und die Ergebnisse in die zukünftige Budget- und Kostenplanungen einbezogen. Da die Produkte noch sehr jung sind ist der weitere Trend mit Spannung zu abzuwarten. Eine starke Wahrnehmung zeichnet sich durch hohe download-Raten ab.
<b>„Impactschwerpunkte“ z.B. ökonomische Effekte</b>	Der größte Teil der Berichte zeigt bestimmte „Impactschwerpunkte“ in einzelnen Impact-Kategorien. Zum Beispiel wurde der Bericht zum „ärztlich-therapeutischen Gespräch“ zwar wesentlich seltener bezogen, als andere Berichte was auf eine geringere Wahrnehmung hindeutet, er wurde aber in den Entscheidungsprozessen verwendet und zeigte ökonomische Effekte.

Berichte mit einer hohen Bezugsquote haben diese entweder erreicht, indem sie innerhalb einer kurzen Periode häufig bezogen wurden oder indem sie einen langen Zeitraum seltener, dafür aber konstant bezogen wurden. Zu den kontinuierlich bezogenen Berichten gehören beispielsweise „Rückenschmerzen“ und „Mammographie-Screening“. Dies sind jeweils Themen, die mit einer großen Public Health Relevanz einhergehen.

Eher seltener wurden Berichte bezogen, die komplexe HTA-Methoden (insbesondere entscheidungsanalytische Modelle) anwendeten. So wurden zum Beispiel die Berichte „Hepatitis C in Österreich: Entscheidungsanalytische Modellierung“ oder „Einsatz von Statinen zur Sekundärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen: Ein systematischer Review gesundheitsökonomischer Analysen“ durchwegs selten bezogen. Umgekehrt ist aber die komplexe Methode alleine nicht der Grund für seltenen Bezug, da der sehr häufig bezogene Bericht zur „Ökonomischen Evaluation der HPV-Impfung in Österreich“ dieselbe Methode anwendet. Die insgesamt wenig bezogenen Berichte sind vielmehr vorwiegend Berichte, die keinen direkten politischen Bezug oder Steuerungsmöglichkeiten besitzen (wie z.B. auch der Bericht zu „Asthma in der Kindheit“ oder die schon erwähnten Berichte zum Thema „Statine“).

Es hat sich herausgestellt, dass 5 Berichte (damit > 30%) aus den „TOP 15“ der durchschnittlich am häufigsten bezogenen Berichte vom LBI-HTA eigeninitiierte Projekte sind (Neue Influenza, Beschaffungsprozesse ausgewählter Produktgruppen, Status quo Mammographie-Screening, Avastin® bei Altersbedingter Makuladegeneration und Rationale Impfpolitiken). Dies zeugt von einem „guten Gespür“ in der Wahl relevanter Fragestellungen und spricht dafür, nicht nur Auftragsarbeiten durchzuführen.

Werden die Assessments hinsichtlich der Themenkategorien betrachtet (siehe Kapitel 5.2.2), zeigt sich auch hier, dass vor allem Assessments aus dem Bereich der Gesundheitsplanung- und Versorgung in Prozesse und Entscheidungsfindungen einbezogen und gegebenenfalls in die Praxis umgesetzt wurden, wenn diese einen direkten Bezug zu Investitions- oder Evidenzfragen hatten. Dies waren unter anderem die Berichte zur evidenzbasierten Bedarfsplanung für Intensivbetten, das ärztlich-therapeutische Gespräch, der Mutter-Kind-Pass-Bericht, der Bericht zur neonatologischen Erstversorgung von Neugeborenen, der Bericht über Röntgenkontrastmittel und der Bericht zu Hämo-complettan®. Ebenfalls häufig bezogene Berichte kommen aus dem Themenbereich „Infektionskrankheiten“. Dieses Ergebnis ist jedoch eindeutig auf die zwei Berichten „Neuen Influenza (Schweingrippe)“ und „HPV-Impfung“ zurückzuführen. Dass die anderen Berichte aus dieser Kategorie seltener bezogen wurden verdeutlicht die starke Wahrnehmung an eben diesen medial relevanten Themen. Die noch „jungen“ HSS-Publikationen aus dem Themengebiet Onkologie zeigen ebenfalls hohen Bezugsraten.

Berichte aus anderen Themenbereichen konnten eine Grundlage in Institutions-internen Diskussionen bieten. Die Berichte zur Mehl-Anreicherung mit Folsäure oder das Assessment zu Rückenschmerzen lieferten jeweils eine Basis für weitere Verhandlungen (Arbeitsgruppe Rückenschmerzen im BMG), oder aber dafür, das Thema von der Agenda zu entfernen, wie es in der Frage der Mehlanreicherung der Fall war. Dieser Frage wurde, unter Berufung auf den HTA-Bericht, nicht weiter nachgegangen.

**starke Wahrnehmung von „Public Health“ - Themen**

**Berichte ohne politischen Bezug werden seltener bezogen**

**LBI-HTA eigeninitiierte Berichte gehören zu „top sellern“**

**Berichte mit Versorgungsplanungsfokus häufig berücksichtigt**

**Themengebiete Infektionskrankheiten, Onkologie zeigen „high Impact“**

**„Rückenschmerzen“: Grundlage für BMG Arbeitsgruppe**

**kurze Berichte  
gewünscht  
Sprache nicht  
thematisiert**

Der Sprache oder der Berichtslänge kann kein eindeutiges Impactmuster zugeordnet werden. Die Downloadanalyse konnte hierzu keine eindeutige Aussage treffen. In den Interviews wurde die Sprache nicht explizit thematisiert, sie scheint daher weder in positiver noch in negativer Weise den Impact zu beeinflussen. Bezüglich der Länge der Berichte wurde allerdings mehrfach darauf hingewiesen, dass eher kurze und prägnante Texte gerne gelesen werden (aus Zeitmangel, für eine schnelle Übersicht).

## 8 Limitationen

Als Gesamtlimitation ist erstens anzumerken, dass der Bericht von Mitarbeiterinnen des LBI-HTA erstellt wurde und nicht etwa von externen EvaluatorenInnen. Der dadurch mögliche Bias kann in zwei Richtungen gehen: einerseits laufen die Forscherinnen Gefahr, den Impact höher darzustellen, als er ist, andererseits kann genau durch das Bewusstsein dieser Gefahr die Beschreibung des Impacts in die gegenteilige Richtung verzerrt sein.

Es wurde mit mehreren Ansätzen versucht, den Bias so gering wie möglich zu halten: Erstens wurden die empirischen Erhebungen und die Auswertungen von *zwei* ForscherInnen durchgeführt und gegenseitig auf Validität und Konsistenz überprüft; Zweitens wurden die empirischen Daten und ihre Interpretation so transparent wie möglich beschrieben; Drittens wurden fünf unterschiedliche Methoden eingesetzt, um die Validität der Ergebnisse zu verbessern; Viertens erfolgte eine interne Begutachtung und eine externe Begutachtung von einerseits einer internationalen „HTA-Impact-Expertin“ und andererseits einem Experten der qualitativen Sozialforschung, der nicht im HTA-Umfeld arbeitet.

Eine zweite Limitation des Berichts ist, dass der Einsatz von fünf unterschiedlichen empirischen Methoden zwar zur Steigerung der Qualität beiträgt, andererseits aber einzelnen Methoden für sich gesehen (z.B. Medienanalyse) nicht in ihrer vollen Dimension eingesetzt werden konnten.

Generelle Aussagen zur Kausalität zwischen den Forschungsprodukten und den beschriebenen Impact-Kategorien lassen sich mit der angewendeten Methode nicht ableiten, durch die Methodenkombination wird allerdings die Plausibilität für solche Zusammenhänge anhand zahlreicher Beispiele illustriert und die vielfältigen Formen, in denen die Forschungsergebnisse genutzt werden, offenkundig.

Eine Möglichkeit für eine zukünftige Impacterhebung ist es, bei Veröffentlichung eines Berichts konkret zu definieren, was damit erreicht werden soll (z.B. soll mindestens x-mal bezogen werden, soll eine Veränderung der Verschreibungshäufigkeit in Richtung ... bewirken, soll in die Erstellung einer klinischen Leitlinie einfließen). Das könnte vor allem erleichtern, derzeit fehlende quantitative Daten zum Mengenverbrauch prospektiv zu erheben. Zahlreiche Impact-Kategorien (z.B. die Veränderung der Entscheidungskultur) bleiben aber weiterhin schwierig zu fassen.

Unbeantwortet bleibt außerdem die Kernfrage, ob HTA letztlich zu mehr Gesundheit beiträgt. Hier zeigt sich ein wichtiger Forschungsbedarf – etwa zur Frage, wie „mehr Gesundheit“ operationalisiert und gemessen werden kann (z.B. in Form von Gesundheitsbewusstsein, health literacy).

Wie ein kürzlich erschienener Bericht zum HTA-Impact in Belgien zeigt [41], sind die im Rahmen einer Impact-Evaluierung behandelten Impact-Kategorien erweiterbar. Eine zusätzliche Kategorie wäre etwa, dem institutsinternen Forschungsprozess noch stärkeres Augenmerk zu widmen.

Zusätzlich zu den allgemeinen Limitationen unterliegen die eingesetzten Methoden spezifischen Limitationen:

**interne Evaluation**

**Bias vermeiden durch  
Transparenz in  
Erhebung und  
Auswertung**

**externe Begutachtung**

**viele Methoden, daher  
nicht in jeweiliger Tiefe  
durchgeführt**

**keine eindeutige  
Kausalität**

**jedoch Plausibilität  
durch Methodenmix**

**für zukünftige Impact-  
Messung zuvor Ziele  
von HTA definieren**

**Forschungsbedarf:  
„Gesundheitsgewinn“  
erfassen**

**weitere Impact-  
Kategorien möglich**

<p><b>Interviews decken nicht alle Zielgruppen ab</b></p>	<p>Bei den Interviews ist anzumerken, dass die InterviewpartnerInnen zwar nach vorab definierten Kriterien ausgewählt wurden und einen Großteil der Zielgruppen abdecken, jedoch die Anzahl von 15 Personen nicht für alle Gruppen in den dezentralen Strukturen repräsentativ sein kann. Beispielsweise wurden auf der Mikroebene ausschließlich ÄrztInnen und Journalisten, aber keine PatientInnen und BürgerInnen befragt. Die Ergebnisse vermögen daher nur einen begrenzten Ein- und Überblick über Effekte der HTA-Forschung wiederzugeben.</p>
<p><b>Vergleichsmaßstab für Downloads fehlt werden Berichte auch gelesen?</b></p>	<p>Die Ergebnisse der Downloadanalyse können ohne einen adäquaten Vergleichsmaßstab nur für sich selbst sprechen. Anhand der Downloads lässt sich außerdem nicht beurteilen, ob die Berichte auch gelesen werden. Für die Publikationen, die in der Zeit des ITAs publiziert wurden, waren Downloadzahlen erst ab einem späteren Zeitpunkt (2006) verfügbar. Somit fehlen die Zugriffsstatistiken der vorherigen Jahre.</p>
<p><b>statistische Verfahren nur eingeschränkt möglich</b></p>	<p>Für die statistische Auswertung ist die Datenmenge (Anzahl der Berichte) sehr gering und daher konnten Verfahren der schließenden Statistik nur beschränkt eingesetzt werden. Die Aussagekraft dieser Analysen ist eingeschränkt. Es können etwa aufgrund der Korrelation der Berichtsmerkmale untereinander aus der statistischen Auswertung Faktoren, die den Impact eines Berichtes erhöhen oder mindern, nicht eindeutig benannt werden.</p>
<p><b>Bewertungsmaßstab bei Interviews fehlt recall / self-reporting Bias möglich</b></p>	<p>Die Ergebnisse der MitarbeiterInnen-Befragung via Fragebogen können ohne Vergleichsmaßstab nur als beispielhafte Aussagen herangezogen werden. Aus den Fragebögen konnte nicht erhoben werden, ob die (Grundlagen)-Forschung von HTA einen Einfluss auf die (allgemeine) Forschungskultur hatte. Bei diesen Fragen ist außerdem der Faktor „Zeit“ zu berücksichtigen: Veränderung von Forschungs- oder Entscheidungskultur passieren typischerweise über eine lange Zeitspanne hinweg. Die Angaben können unter Umständen einem „recall“ (Erinnerungsverzerrung) und „self-reporting“ Bias unterliegen und die Antworten werden möglicherweise von positiven Erfahrungen dominiert.</p>
<p><b>geringer Datensatz für ökonomische Analyse globale Daten verhindern Nachweis einzelner Effekte</b></p>	<p>Eine Limitation der ökonomischen Analyse ist durch die Datenqualität gegeben. Für einige der untersuchten Interventionen sind gar keine oder sehr limitierte Daten vorhanden, die eine Interpretation erschweren oder verfälschen können. Für die Darstellung einzelner Veränderungen wären zudem Daten auf detaillierterer Ebene notwendig. Effekte einer Institution, die etwa durch gegenteilige Effekte einer anderen aufgewogen werden, bleiben bei globalen Datenauswertungen verborgen. Methodisch lässt sich alleine mit diesen Daten die Kausalitäten zwischen ökonomischen Effekten und HTA-Forschung nicht herstellen, mit ergänzenden Interviewaussagen konnten einige Effekte aber eindeutig der HTA-Forschung zugeschrieben werden.</p>
<p><b>Auswahl der Zeitungen repräsentiert nicht gesamte Printmedien in Ö</b></p>	<p>Die Medienanalyse weist zum einen die Limitation auf, dass die empirischen Quellen auf zwei Qualitätszeitungen eingeschränkt wurden. Die selektierten Zeitungsberichte sind daher nicht für die gesamte Printmedienlandschaft in Österreich repräsentativ. Da die Suchwerkzeuge in den Online-Archiven wenig sensitiv sind, ist zum anderen davon auszugehen, dass die Berichte zu den ausgewählten Themen nicht vollständig vorlagen. Die Vielfalt an diskursiven Mustern und klassische Charakteristika können mit dieser Datenbasis aber gut abgebildet werden.</p>
<p><b>kein Anspruch auf umfassende Diskursanalyse</b></p>	<p>Es hätte den Rahmen dieser Analyse gesprengt, die gesamte Dimension der „Sprach-Macht-Wissensformation“, wie sie insbesondere die wissenssoziologische Diskursanalyse beansprucht, zu untersuchen. Die Medienanalyse kann daher nicht den Anspruch einer umfassenden Diskursanalyse erfüllen,</p>



sondern lediglich über die in der Fragestellung festgelegten Dimensionen der Untersuchung – also über die Identifikation von HTA-Elementen im massenmedialen Diskurs – Information liefern.



## 9 Fazit

Die Evaluierung des Impacts der HTA-Forschung am ITA und am LBI-HTA zeigt, dass zu jeder der untersuchten sieben Kategorien ein Impact belegt werden kann. Dieser ist jedoch unterschiedlich stark vorhanden und ist von der Systemebene bzw. den Zielgruppen abhängig.

Die primären NutzerInnen von HTA in Österreich sind die Verwaltungen und das Management in Krankenanstaltengesellschaften, Sozialversicherungsträger sowie das Bundesministerium für Gesundheit (in unterschiedlichen Bereichen wie öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenanstaltenfinanzierung etc.), also die primäre Zielgruppe der Forschung. Es gibt auch Hinweise dafür, dass MedizinerInnen die Berichte nutzen und zwar weniger im direkten PatientInnenkontakt als für andere Tätigkeiten (z.B. als Hilfestellung für Forschungsdesigns).

Ein Anstieg in der Wahrnehmung der Forschung zeigt sich deutlich in den gestiegenen Bezugszahlen der LBI-HTA Online-Dokumente und dem Zugriff auf die Homepage. Berichte mit aktueller medialer oder politischer Relevanz, aber auch kompakte Evidenzanalysen (z.B. zu medizinischen Einzelleistungen oder neuen Onkologika) werden besonders oft bezogen und sie werden als „Rückhalt“ empfunden, Therapien zu hinterfragen.

Es hat aber nicht nur der Bekanntheitsgrad der Studien zugenommen, sondern auch deren Einsatz in konkreten Refundierungs- und Tarifverhandlungen oder im Krankenhausmanagement. EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitssystem nutzen Forschungsergebnisse nachweislich zur evidenzbasierten Versorgungsplanung (z.B. für die Evaluierung der Rehabilitation), als Grundlage in Verhandlungen (z.B. für die Tarifgestaltung) sowie zur Ressourcenallokation und Budgetplanung (z.B. bei den Neuaufnahmen von Leistungen in den Krankenhausleistungskatalog).

HTA spielte dadurch mit eine Rolle, dass einige Technologien mit erwiesener Überversorgung wesentlich seltener eingesetzt werden (z.B. Hämo-complettan, „Erythropoietin“) und solche mit überhöhten Preisen bedeutend günstiger bezogen werden (z.B. Röntgenkontrastmittel). Damit konnte ein Rationalisierungspotenzial von zumindest einigen hundert Millionen Euro wahrgenommen werden. Außerdem zeigen sich Ansätze einer evidenzbasierten strukturellen Neugestaltung. Beispielsweise wurden die medizinischen Einzelleistungen, die von HTA-Berichten abgelehnt wurden, tendenziell restriktiv in den MEL-Katalog aufgenommen wodurch langfristig eine Umverteilung hin zu tatsächlich wirksamen und sicheren Leistungen – vor allem im Krankenhausbereich – entsteht.

Mit der HTA-Forschung allgemein sowie im Besonderen mit den Berichten zur „Neuen Influenza“ und „HPV Impfung“ wurde ein aktiver Beitrag zum öffentlichen Diskurs geleistet. Die Berichterstattung über das Institut hat deutlich zugenommen, ebenso die Nachfrage nach Interviews und Vorträgen auf HTA- sowie interdisziplinären Veranstaltungen. Damit sind jedoch gleichzeitig Ambivalenzen hinsichtlich des Instituts-Images verbunden: Während die aktive Öffentlichkeitsarbeit und die damit verbundene Thematisierung verteilungspolitischer Fragen von den einen begrüßt wird, sehen andere dies als Grenzüberschreitung eines HTA-Instituts.

**Impact zu allen Kategorien vorhanden, Ausmaß unterschiedlich**

**Primäre Nutzer: Entscheidungsträger-ebene, seltener MedizinerInnen**

**Bezugszahlen deutlich gestiegen, besonders bei medial bekannten Themen**

**Einsatz bei Refundierungsfragen und Budgetplanung ist gestiegen**

**Einsparung von > 100 Mio. € realisiert**

**evidenzbasierte Leistungskataloggestaltung hat Umverteilungspotenzial**

**mehr Öffentlichkeit und Agenda Setting zu einzelnen Themen, Image aber ambivalent**

<b>high-impact Themen vs.</b>	Es hat sich herauskristallisiert, dass es Themen mit hohem und offensichtlichem Impact gibt. Das sind jene mit hohem Bedarf an unabhängiger Information innerhalb der Entscheidungsträger, der häufig durch medialen Druck verstärkt wird. Zu diesen Themen wird HTA breit (auf unterschiedlichen Entscheidungsträgerebenen und öffentlich) wahrgenommen und kommt umfassend zum Einsatz.
<b>subtilere Effekte</b>	Abseits von diesen „Top-Sellern“ sind die Effekte wesentlich subtiler, aber durchaus nachhaltig. Sie zeigen sich in Form von systematischer Integration von HTA in medial weniger thematisierten Entscheidungsprozessen, in der Besetzung von Gremien mit HTA-ExpertInnen oder durch Verbreitung des Wissens in der Lehre und in der Verankerung nachhaltiger Forschungsoperationen. Damit kann auch ein Impact bezüglich einer entstehenden „HTA-Kultur“ bestätigt belegt werden.
<b>Impact in allen Bereichen ausbaufähig</b>	Nichtsdestotrotz ist der Impact bei allen genannten Kategorien (z.B. Bekanntheit, Einsatz in Entscheidungsprozessen) noch ausbaufähig. Einige Forschungsprodukte sind entweder unbekannt oder werden aus verschiedenen – oft nicht beeinflussbaren Gründen – nicht für die Entscheidungsfindung genutzt. Identifizierte Voraussetzung für weitere Stärkung des Impacts sind thematisch und zeitlich entscheidungsnahe Forschung, verstärkte Verankerung in den Entscheidungsprozessen, Ressourcenflexibilität (für eigen- und fremdinitiative Forschung) und gezielte Medienarbeit in laienverständlicher Sprache. Die Berichtsformate scheinen hingegen keiner Veränderung zu bedürfen.
<b>externe Faktoren verhindern Impact</b>	
<b>entscheidungsnahe Forschung, Ressourcenflexibilität wichtig</b>	
<b>dabei auf Instrumentalisierung für Einsparungszwecke achten</b>	Hinter dem Veränderungsprozess stehen der ökonomische Druck zur Eindämmung der Ausgaben (-steigerungen) und die Tatsache, dass HTA tatsächlich zur Senkung von Ausgaben bei zahlreichen Technologien beiträgt. Damit geht eine steigende Relevanz des Instituts einher. Ob damit eine Umverteilung im Gesamtsystem – etwa in bisher unterversorgte Bereiche – ausgelöst wird, bleibt abzuwarten. In diesem Zusammenhang ist jedenfalls darauf zu achten, dass HTA nicht zu reinen Einsparungszwecken instrumentalisiert wird.

## 10 Literatur

- [1] Schumacher I, Zechmeister I. Auswirkungen der HTA-Forschung auf das Gesundheitswesen in Österreich. 1.Teil Methodenübersicht – Update. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2010.
- [2] Wild C, Gartlehner G, Zechmeister I, Felder-Puig R, Guba B. (Externes) Manual. Selbstverständnis und Arbeitsweise. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für HTA; 2006.
- [3] Gerhardus A, Dorendorf E, Rottingen J-A, Sarriá Santamera A. What are the effects of HTA reports on the health system? Evidence from the research literature. In: Velasco Garrido M, Kristensen F B, Palmhoj Nielsen C, Busse R, eds. *Health Technology Assessment an Health Policy-Making in Europe Current status, challenges and potential Observatory Studies Series No 14*. World Health Organisation. 2008:109-36.
- [4] Weiss C. The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*. 1979;39:426-31.
- [5] Gerhardus A. Konzepte und Methoden zur Erhebung des Einflusses von HTA-Berichten auf das Gesundheitswesen. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover; 2005.
- [6] Nohl A-M. Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis. 2., überarbeitete Auflage ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008.
- [7] Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3., überarbeitete Auflage ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
- [8] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage ed. Weinheim: Beltz 2008.
- [9] Jacob R, McGregor M. Assessing the Impact of Health Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1997;13(1):68-80.
- [10] Brorsson B, Arvidsson S. The Effect of Dissemination of Recommendations on Use. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1997;13(4):547-52.
- [11] Jacob R, Battista RN. Assessing Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1993;9(4):564-72.
- [12] Keller R. Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag 2008.
- [13] Adlbrecht C, Wild C. Avastin bei altersbedingter Makuladegeneration. Analyse der Sicherheit und Nebenwirkungen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2007.
- [14] Jonas S, Wild C. Erythropoietin bei Tumoranämie. Wien: Institut für Technikfolgenabschätzung; 2000.
- [15] Warmuth M, Mad P. Haemocomplettan alone or in combination with Fibrinogen in acquired hypofibrinogenemia. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2009.
- [16] Jonas S, Frank W, Schmetterer R, Sycha T, Wild C. Immunglobuline in der Transplantationsmedizin. Prävention und Therapie von Cytomegalie-Virusinfektionen. Wien: Institut für Technikfolgenabschätzung; 2001.
- [17] Kvas E. Medikamentenfreisetzende Stents bei Koronarinterventionen im Vergleich zu nicht beschichteten Stents. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2006.

- [18] Mad P, Geiger-Gritsch S, Mittermayr T, Wild C. Medikamentöse Wehenhemmung bei drohender Frühgeburt. Systematischer Review zu Leitlinien, Wirksamkeit und gesundheitsökonomischen Evaluationen der Tokolyse. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2009.
- [19] Wild C, Puig S. Nicht-ionische Röntgenkontrastmittel. Klinische Relevanz der Unterschiede verschiedener Kontrastmittel. Wien: Institut für Technikfolgenabschätzung; 2003.
- [20] Anstaltsapotheke einer ausgewählten Krankenanstalt. Avastin® und Lucentis®. Datenauswertung zu Verbrauch und Kosten; 2010.
- [21] Wild C, Hinterreiter G. EPO: Hype und Ernüchterung. In: Wild C, PISO B, eds. *Zahlenspiele in der Medizin*. Wien: Orac Verlag 2010.
- [22] Ausgewählte Krankenanstaltengesellschaft. Datenauswertung zu Erythropoietinverbrauch- und Kosten. 2010.
- [23] Bundesministerium für Gesundheit. LKF-Statistik. Einzelauswertung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
- [24] Ausgewählte Krankenanstaltengesellschaft. Datenauswertung Hämo-completan®-Verbrauch. 2010.
- [25] Ausgewählte Krankenanstaltengesellschaft. Datenauswertung zu Cytolect®: Verbrauch und Kosten. 2010.
- [26] Kontrollamt der Stadt Wien. Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung betreffend Transparenzmängel im öffentlichen Gesundheitswesen der Gemeinde Wien. Wien: Kontrollamt der Stadt Wien; 2009.
- [27] Felder-Puig R, Turk E, Guba B, Wild C. Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patienten-Kommunikation. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2006.
- [28] Wild C, Khene M, Wanke S. ESWT: Extrakorporale Stoßwellen-Therapie in der Orthopädie. Ein Assessment, final report. Wien: Institut für Technikfolgenabschätzung; 1998.
- [29] Zechmeister I, Freiesleben de Blasio B, Radlberger P, Wild C, Kvas E, Garnett GP, et al. Economic Evaluation of HPV vaccination in Austria. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessment; 2007.
- [30] Abuzahra M, Zechmeister I, Wild C. Mutter-Kind-Pass: Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2009.
- [31] Österreichischer Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Leistungsstatistik. Sonderauswertung. Wien: Österreichischer Hauptverband der Sozialversicherungsträger; 2010.
- [32] Kurier. Keine Abstriche bei der Vorsorge. Kurier. 2008 11. Februar.
- [33] Mad P, Geiger-Gritsch S, Hinterreiter G, Mathis S, Wild C. Pre-coverage assessments of new hospital interventions in Austria: methodology and 3 years of experience. Submitted for publication in Health Policy in August 2010. 2010.
- [34] Warmuth M. Rituximab (Rituxan®/MabThera®) für die Therapie chronisch lymphatischer Leukämien. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2009.
- [35] Hintringer K. Cetuximab (Erbix®) bei nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom mit EGF-Rezeptor. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2009.
- [36] Ausgewählte Krankenanstaltengesellschaft. Datenauswertung Onkologika. 2010.

- [37] Wild C, Narath M, Frank W. Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten. Wien: Institut für Technikfolgenabschätzung; 2002.
- [38] Zechmeister I, Wild C, Langer T, Koller D. Neonatologische Erstversorgung von Neugeborenen ohne vorab bekanntes Komplikationsrisiko. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2007.
- [39] Mad P, Langer T, Guba B, Kvas E, Reichelt T, Adlbrecht C, et al. Rolle und Positionierung der Ambulanzen von Universitätskliniken im Gesundheitswesen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2007.
- [40] Narrath M. Personalkosten Pädiatrie. Persönliche Kommunikation ed 2010.
- [41] Poortvliet EP, Vijfinkel D, Vennekens A, van Hoesel P, Daue F. Study into the impact of the Belgian Health Care Knowledge Centre. Belgien; 2010.





# 11 Anhang: Downloadanalyse aller publizierten Berichte

Tabelle 11-1: In Downloadanalyse ausgewertete Berichte, sortiert nach absoluten Downloads<sup>10</sup>

Publikation	Jahr der Veröffentlichung	Themenbereich	Institut	Projekt Initiator <sup>11</sup>	Link	PDF Gesamt DL	PDF Monats Ø
Neue Influenza (Schweinegrippe) - Daten, Fakten zur Entscheidungsunterstützung	2009	Infektionskrankheiten	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/845">http://eprints.hta.lbg.ac.at/845</a>	2.379	339,9
Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich	2007	Infektionskrankheiten	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/760/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/760/</a>	2.219	85,3
Minimal-invasiver perkutaner Aortenklappenersatz	2008/2009/2010	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/766/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/766/</a>	1.306	54,4
ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.3	2001	Methoden, Konzepte, HTA	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG3_FinalReport_010710.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG3_FinalReport_010710.pdf</a>	1.011	45,9
Rückenschmerzen. Diagnostik und Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien - Möglichkeiten und Grenzen	2008	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/794/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/794/</a>	1.001	50,1
Klinische Pfade: Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit	2008	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/801/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/801/</a>	728	38,3
Avastin® bei Altersbedingter Makuladegeneration. Analyse der Sicherheit und Nebenwirkungen	2007	Behandlungsverfahren	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/718/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/718/</a>	711	26,3
ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.2	2001	Methoden, Konzepte, HTA	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG2_FinalReport_0107.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG2_FinalReport_0107.pdf</a>	704	32,0
Rationale Impfpolitik	2008	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/761/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/761/</a>	668	23,9
ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.4	2001	Methoden, Konzepte, HTA	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG4_FinalReport_010719.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG4_FinalReport_010719.pdf</a>	564	25,7
Das digitale Krankenhaus: PACS (Picture Archiving Communication Systems)	1997	Gesundheitsplanung, -versorgung	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b9.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b9.pdf</a>	486	22,1

<sup>10</sup> HTA-Projektbericht / Decision Support Document: MEL / HSS / sonstige

<sup>11</sup> Projektthema initiiert von: I= ITA-Projekt, F= Partnern/extern, S= selbst (LBI-HTA)

Publikation	Jahr der Veröffentlichung	Themenbereich	Institut	Projekt Initiator <sup>12</sup>	Link	PDF Gesamt DL	PDF Monats Ø
Aktualisierung von Leistungskatalogen - Eine vergleichende Analyse von Refundierungsprozessen für ärztliche Leistungen in ausgewählten Ländern.	2008	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/817">http://eprints.hta.lbg.ac.at/817</a>	465	33,2
Ambulante Kardiologische Rehabilitation Teil I- Evaluation und Indikatoren Teil II- Vergleichende Analyse unterschiedlicher Rehabilitationsmodelle und Phase III	2008	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/800/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/800/</a>	459	24,2
ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.6	2001	Methoden, Konzepte, HTA	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG6_FinalReport_010813.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG6_FinalReport_010813.pdf</a>	417	19,0
Invasive Aspergillose	2001	Infektionskrankheiten	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b18.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b18.pdf</a>	384	17,5
Mutter-Kind-Pass - Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/826/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/826/</a>	364	40,4
Herz-Diagnostik: Verbesserung aktueller Bedingungen und Praktiken	2007	Onkologie, Krebscreening	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/716/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/716/</a>	354	13,1
Fotoselektive Vaporisation der Prostata mittels Laser bei benigner Prostatahyperplasie	2007	Urogenitalsystem	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/747/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/747/</a>	353	13,1
ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.1	2001	Methoden, Konzepte, HTA	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG1_FinalReport_010817.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG1_FinalReport_010817.pdf</a>	352	16,0
Horizon Scanning in der Onkologie - Konzeptentwicklung zur Einführung eines Horizon Scanning Systems in Österreich.	2008	Methoden, Konzepte, HTA	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/798/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/798/</a>	344	18,1
Register für klinische und gesundheitsökonomische Fragestellungen. Einsatzbereiche von kardiovaskulären, wirbelsäulenspezifischen und neurologischen Registern und Good Practice Strategien für die Arbeit mit Registern	2008	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/788/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/788/</a>	341	16,2
Kyphoplastie und Vertebroplastie bei osteoporotischen Wirbelkörperkompressionsfrakturen	2008/2010	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/770/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/770/</a>	340	14,2

<sup>12</sup> Projektthema initiiert von: I= ITA-Projekt, F= Partnern/extern, S= selbst (LBI-HTA)

Publikation	Jahr der Veröffentlichung	Themenbereich	Institut	Projekt Initiator <sup>12</sup>	Link	PDF Gesamt DL	PDF Monats Ø
Rheopherese® bei Altersbedingter Makuladegeneration, Hörsturz & Tinnitus, Diabetesspätfolgen	2008	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/758/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/758/</a>	331	13,2
LBI-HTA Internes Manual. Abläufe und Methoden. Teil 2	2007	Methoden, Konzepte, HTA	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/713/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/713/</a>	329	12,2
Radiopeptidtherapie Y-90 und LU-177. Octreotid zur Behandlung von metastasierenden neuroendokrinen Tumoren im Gastrointestinaltrakt	2007/2010	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/749/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/749/</a>	327	12,1
Chronische Hepatitis C: Implikationen für Therapie und ökonomischen Ressourceneinsatz in Österreich	2004	Infektionskrankheiten	ITA	I	<a href="http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2b26.pdf">http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2b26.pdf</a>	325	6,8
Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten	2002	Gesundheitsplanung, -versorgung	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebenes/d2-2b23.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebenes/d2-2b23.pdf</a>	324	14,7
Haben Statine unsere Erwartungen erfüllt? Ein Vergleich zwischen prognostizierten und tatsächlichen Gesundheitseffekten in Österreich (Teil III des Projektes "Statine: Prognostizierte und tatsächliche Auswirkungen auf kardiovaskuläre Erkrankungen in Österreich")	2008	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/804/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/804/</a>	323	17,9
Flexible Sigmoidoskopie. Implementierungsmöglichkeiten und Grenzen eines Kolon-Karzinom Screenings – unter besonderer Berücksichtigung der flexiblen Sigmoidoskopie vs. Kolonoskopie in Österreich	2003	Onkologie, Krebscreening	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebenes/d2-2b25.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebenes/d2-2b25.pdf</a>	323	14,7
Klavikulafrakturen - Ein systematischer Review zu Wirksamkeit und Sicherheit verschiedener Therapiekonzepte	2008	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/816/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/816/</a>	321	22,9
Rolle und Positionierung der Ambulanzen von Universitätskliniken im Gesundheitswesen	2007	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/38/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/38/</a>	319	9,4
Neonatologische Erstversorgung von Neugeborenen ohne vorab bekanntes Komplikationsrisiko. Ansätze für eine evidenzbasierte Versorgungsplanung in der Steiermark	2007	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/693/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/693/</a>	316	11,7
Klinische Anwendung von Tissue Engineering. Ein Überblick über internationale und österreichische Forschungsfelder mit einer kritischen Analyse selektierter Anwendungen	2008	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/807/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/807/</a>	308	17,1
Evidenzgestützte Versorgungsplanung	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/843">http://eprints.hta.lbg.ac.at/843</a>	299	42,7

Publikation	Jahr der Veröffentlichung	Themenbereich	Institut	Projekt Initiator <sup>12</sup>	Link	PDF Gesamt DL	PDF Monats Ø
Extrakorporale Stoßwellentherapie in der Orthopädie: Ein Assessment der klinisch-medizinischen Effektivität und der gesundheitsökonomischen Auswirkungen	1998	Bewegungsapparat	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/~ita/ebene5/d2-2b10.pdf">http://www.oeaw.ac.at/~ita/ebene5/d2-2b10.pdf</a>	296	13,5
Prädiktive humangenetische Diagnostik bei hereditären Krebserkrankungen Schwerpunkte: Mamma- und Ovarialkarzinom, Kolorektalkarzinom Ein Assessment	2002	Onkologie, Krebscreening	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b21.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b21.pdf</a>	290	13,2
ECHTA: Koordinierung und Vernetzung von HTA, Nr.5	2001	Methoden, Konzepte, HTA	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG5_FinalReport_010627.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG5_FinalReport_010627.pdf</a>	287	13,0
Stentgraftimplantation bei Erkrankungen der Aorta ascendens	2008/2009/ 2010	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/762/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/762/</a>	282	11,3
CRP-Messung bei niedergelassenen ÄrztInnen: Eine Chance zur Reduktion der Antibiotikaverschreibungen?	2000	Gesundheitsplanung, -versorgung	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b16.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b16.pdf</a>	278	12,6
Nicht-ionische Röntgenkontrastmittel – Analyse zur klinischen Relevanz der unterschiedlichen Röntgenkontrastmittel	2003	Gesundheitsplanung, -versorgung	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b24.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b24.pdf</a>	278	12,6
Neue minimal-invasive Methoden bei Belastungsinkontinenz	2008	Urogenitalsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/763/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/763/</a>	272	10,9
Optical Coherence Tomography	2008	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/84/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/84/</a>	270	10,8
Bedingte Erstattung - Erfahrungen aus ausgewählten Ländern	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/818">http://eprints.hta.lbg.ac.at/818</a>	259	18,5
Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten	2008	Behandlungsverfahren	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/812/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/812/</a>	259	15,2
Immunglobuline in der Transplantationsmedizin. Prävention und Therapie von Cytomegalievirus-Infektionen	2001	Behandlungsverfahren	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b19.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b19.pdf</a>	253	11,5
Perkutan implantierbare Pulmonalklappen bei angeborenen Herzfehlern des rechtsventrikulären Ausflusstraktes	2008	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/768/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/768/</a>	246	10,3
Erythropoietin bei Tumoranämie	2000	Onkologie, Krebscreening	ITA	I	<a href="http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b15.pdf">http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/d2-2b15.pdf</a>	239	10,9
Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patienten-Kommunikation.	2006	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/22/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/22/</a>	235	6,9

Publikation	Jahr der Veröffentlichung	Themenbereich	Institut	Projekt Initiator <sup>12</sup>	Link	PDF Gesamt DL	PDF Monats Ø
Beschaffungsprozesse ausgewählter Produktgruppen in Krankenanstalten - Orthopädische und kardiologische Implantate	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/864">http://eprints.hta.lbg.ac.at/864</a>	226	75,3
Aromatherapie als Behandlung bei Schmerzen und psychischen Problemen	2008	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/765/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/765/</a>	226	9,0
Medikamentfreisetzende Stents bei Koronarinterventionen im Vergleich zu nicht beschichteten Stents	2006	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/34/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/34/</a>	225	6,6
Photodynamische Therapie bei malignen Stenosen im Verdauungstrakt	2007	Behandlungsverfahren	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/51/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/51/</a>	218	6,6
LDL-Apherese	2008	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/764/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/764/</a>	214	8,6
Mammographiescreening. Evidenzbasierte Evaluationshilfe für organisierte Programme	2007	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/715/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/715/</a>	207	7,7
Kardiale Kontraktilitätsmodulation bei medikamentös therapierefraktärer Herzinsuffizienz	2008/2009/2010	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/769/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/769/</a>	205	8,5
Everolimus (Afinitor®) zur Behandlung von fortgeschrittenem/metastasiertem Nierenzellkarzinom	2009	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/857/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/857/</a>	203	33,8
Chemonukleolyse und intradiskale Elektrotherapie (IDET)	2009	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/828">http://eprints.hta.lbg.ac.at/828</a>	203	22,6
Status quo Mammographie-Screening, Evaluationsergebnisse organisierter Programme	2009	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/863">http://eprints.hta.lbg.ac.at/863</a>	194	48,5
Azacidine (Vidaza®) für die Therapie von myelodysplastischen Syndromen	2009	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/852/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/852/</a>	193	32,2
Schlaganfallmanagement mittels Telemedizin. Systematischer Review.	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/844">http://eprints.hta.lbg.ac.at/844</a>	157	22,4
Cetuximab (Erbix®) bei nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom mit EGF-Rezeptor	2009	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/856/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/856/</a>	156	26,0
Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter. Systematischer Review.	2009	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/833">http://eprints.hta.lbg.ac.at/833</a>	155	17,2
Einsatz von Statinen zur Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen: Eine Analyse potenzieller Gesundheitseffekte und Kosten-Nutzwertverhältnissen in Österreich (Teil II des Projektes "Statine: Prognostizierte und tatsächliche Auswirkungen auf kardiovaskuläre Erkrankungen in Österreich")	2008	Herz- und Kreislaufsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/803/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/803/</a>	147	8,2

Publikation	Jahr der Veröffentlichung	Themenbereich	Institut	Projekt Initiator <sup>12</sup>	Link	PDF Gesamt DL	PDF Monats Ø
Prävention von Folsäuremangel und Wirksamkeit von Folsäuresupplementierungen gegen Neuralrohrdefekte	2008	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/847">http://eprints.hta.lbg.ac.at/847</a>	146	20,9
Pumpless extracorporeal lung assist (PECLA)	2009	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/836">http://eprints.hta.lbg.ac.at/836</a>	144	16,0
Horizon Scanning System (HSS) - Ein Überblick	2006	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/586/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/586/</a>	138	4,9
Trabectedin (Yondelis®) als Zweitlinientherapie zur Behandlung von rezidiviertem platin sensitivem Ovarialkarzinom	2010	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/869">http://eprints.hta.lbg.ac.at/869</a>	135	67,5
Medikamentöse Wehenhemmung bei drohender Frühgeburt - Systematischer Review zu Leitlinien, Wirksamkeit und Gesundheitsökonomischen Evaluationen der Tokolyse	2009	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/825">http://eprints.hta.lbg.ac.at/825</a>	127	12,7
Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Theorie und Praxisbeispiele zu Bewertungsdimensionen, Indikatoren und Instrumenten.	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/846">http://eprints.hta.lbg.ac.at/846</a>	124	17,7
Bachblütentherapie bei Schmerzen und psychischen Problemen	2008	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/767/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/767/</a>	115	4,6
Rituximab (Rituxan® / MabThera®) für die Therapie chronisch lymphatischer Leukämien	2009	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/860">http://eprints.hta.lbg.ac.at/860</a>	114	22,8
Ökonomische Aspekte einer effektiven und effizienten alkoholtherapeutischen Versorgung.	2008	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/823/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/823/</a>	110	10,0
IgG-Apherese bei ABO-inkompatibler Nierentransplantation. Systematischer Review.	2009	Urogenitalsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/834">http://eprints.hta.lbg.ac.at/834</a>	107	11,9
Injektionstherapien und Radiofrequenztherapie bei chronischen Rückenschmerzen. Systematischer Review.	2009	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/831">http://eprints.hta.lbg.ac.at/831</a>	102	11,3
Intraoperative Radiotherapie bei frühem Brustkrebs. Systematischer Review.	2009	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/832">http://eprints.hta.lbg.ac.at/832</a>	102	11,3
Selektive Zelladsorption bei entzündlichen Darmerkrankungen	2008	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/792/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/792/</a>	102	5,1
Gefitinib (Iressa®) als Erstlinientherapie zur Behandlung von nichtkleinzelligem Lungenkarzinom	2010	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/868">http://eprints.hta.lbg.ac.at/868</a>	99	49,5
Haemocomplettan® P and Fibrogammin® P zur Behandlung erworbener Fibrinmangelzustände	2009	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/870">http://eprints.hta.lbg.ac.at/870</a>	93	46,5

Publikation	Jahr der Veröffentlichung	Themenbereich	Institut	Projekt Initiator <sup>12</sup>	Link	PDF Gesamt DL	PDF Monats Ø
LBI-HTA Externes Manual. Selbstverständnis und Arbeitsweise. Teil 1	2006	Methoden, Konzepte, HTA	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/714/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/714/</a>	83	3,1
Farbstoffe in Nahrungsmitteln und ihre Auswirkungen auf die Hyperaktivität von Kindern und Jugendlichen	2009	Kinder, Jugendliche	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/848">http://eprints.hta.lbg.ac.at/848</a>	82	13,7
Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) als Konsolidierungstherapie nach erster Remission bei follikulärem Lymphom	2009	Onkologie, Krebscreening	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/861">http://eprints.hta.lbg.ac.at/861</a>	78	15,6
Perkutane Nukleotomie und perkutane Laserdiskusdekompression. Systematischer Review.	2009	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/830">http://eprints.hta.lbg.ac.at/830</a>	77	8,6
Bildgesteuerte Strahlentherapie mittels Cone-beam Computertomographie	2009	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/835">http://eprints.hta.lbg.ac.at/835</a>	74	8,2
Hepatitis C in Österreich: Entscheidungsanalytische Modellierung	2006	Infektionskrankheiten	ITA	I	<a href="http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2b29.pdf">http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2b29.pdf</a>	73	1,5
Einsatz von Statinen zur Sekundärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen. Ein systematischer Review gesundheitsökonomischer Analysen.	2006	Herz- und Kreislaufsystem	ITA	I	<a href="http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2b30.pdf">http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2b30.pdf</a>	68	1,4
Autologe Chondrocyten Implantation	2009	Bewegungsapparat	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/865">http://eprints.hta.lbg.ac.at/865</a>	66	16,5
Retroluminale Transobturatorische Repositionsschlinge bei Belastunginkontinenz des Mannes. Systematischer Review.	2009	Urogenitalsystem	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/837">http://eprints.hta.lbg.ac.at/837</a>	58	6,4
Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gesundheitsökonomische Evaluationen	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	S	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/862">http://eprints.hta.lbg.ac.at/862</a>	56	11,2
Colon Hydrotherapie bei anorektalen Problemen	2009	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/827/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/827/</a>	50	5,0
Bioresonanztherapie bei Allergien, atopischer Dermatitis, nicht-organischen gastrointestinalen Beschwerden, Schmerzen und rheumatischen Erkrankungen	2009	Behandlungsverfahren	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/842/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/842/</a>	45	5,0
Asthma in der Kindheit	2004	Kinder, Jugendliche	ITA	I	<a href="http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/e2-2b27.pdf">http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/e2-2b27.pdf</a>	37	0,8
Schweregraddifferenzierung in der neurologischen und Traumarehabilitation - Messinstrumente bei Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma	2009	Gesundheitsplanung, -versorgung	LBI	F	<a href="http://eprints.hta.lbg.ac.at/866/">http://eprints.hta.lbg.ac.at/866/</a>	30	10,0