

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH BIQG**



PILOTPHASE 2009 HTA-THEMENFINDUNG UND -PRIORISIERUNG

**IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT**

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich BIQG



Pilotphase 2009

HTA-Themenfindung und -Priorisierung

Daniela Pertl
Katja Antony
Alexander Eisenmann
Barbara Fröschl
Ingrid Rosian-Schikuta

Wien, im Juli 2010

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN Nr. 13 978-3-85159-146-0

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, A-1010 Wien, Stubenring 6,
Telefon: +43 1 515 61-0, Fax: +43 1 513 84 72, E-Mail: vorname.nachname@goeg.at

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Prozessbeschreibung der Pilotphase 2009: Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG (GÖG/BIQG) wurde Anfang 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, einen Prozess der Themenfindung und Priorisierung von Health Technology Assessment (HTA) zu entwickeln und umzusetzen. Dieser Prozess wird im Rahmen einer Pilotphase durchgeführt und durchläuft insgesamt fünf Prozessschritte: Themenfindung über das Online-Eingabeformular, Themenselektion und -aufbereitung durch das BIQG inkl. Erstellung von Hintergrundrecherchen, Priorisierung durch die Mitglieder der Priorisierungsgruppe mit Hilfe eines Priorisierungsformulars anhand von vorab definierten Kriterien, Erstellung eines HTA-Arbeitsprogrammes sowie dessen Realisierung.

Ergebnisse der ersten Priorisierungsrunde 2009: In das Online-Eingabeformular auf der Website der GÖG/BIQG wurden im August bzw. September 2009 insgesamt 17 Themenvorschläge eingegeben. Nach der Erstselektion durch das BIQG wurden davon zwei Themenvorschläge vom Priorisierungsprozess ausgeschlossen, da deren Fragestellungen zur Bearbeitung als HTA-Bericht bzw. als Quick Assessment (QA) nicht geeignet erschienen. Somit verblieben 15 HTA-Themen im weiteren Priorisierungsprozess, für die Hintergrundrecherchen erstellt und den Mitgliedern der Priorisierungsgruppe als Informationsgrundlage zur Priorisierung übermittelt wurden. Die Priorisierungsgruppe setzt sich aus den Mitgliedern der HTA-Arbeitsgruppe (insgesamt sechs Personen aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherung) zusammen. Die Priorisierung selbst erfolgte mit Hilfe eines Priorisierungsformulars im November bzw. Dezember 2009 und wurde von allen Mitgliedern durchgeführt. Das BIQG wertete die Priorisierungen der HTA-Arbeitsgruppe (HTA-AG) statistisch aus und erstellte eine Priorisierungsliste der 15 Themen, beginnend mit dem am höchsten priorisierten Thema, gereiht nach dem Mittelwert (durchschnittlicher Priorisierungswert) (vgl. Tabelle 2.1). Generell ist hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die Gesamtanzahl an Bewertungen aus statistisch-methodischer Perspektive sehr klein ist (sechs Mitglieder der HTA-AG) und dass die Priorisierungswerte der gereihten Themen 2 bis 6 sowie 7 bis 9 nur geringfügig unterschiedlich sind.

Evaluierung der Pilotphase 2009: Um die Stärken und Schwächen des angewandten Priorisierungsprozesses aus Anwendersicht (Priorisierungsgruppe) sowie aus Sicht der Koordinierungsstelle (GÖG/BIQG) identifizieren zu können, wurden eine externe und eine interne Evaluierung der Pilotphase 2009 durchgeführt und die wesentlichsten Problemfelder beschrieben.

Als wesentlichstes Problemfeld wurde in dieser Evaluierung die Finanzierung identifiziert: Bislang ist nicht geklärt, in welchem Ausmaß und von wem priorisierte Themen beauftragt und finanziert werden. Mittel- bis längerfristig erscheint es sinnvoll, dass neben dem BMG auch andere öffentliche Finanzierungsträger (wie beispielsweise die Bundesgesundheitskommission, BGK) als Auftraggeber für priorisierte Assessments agieren. Hierfür wäre zu klären, wie die Abstimmung zwischen dem BMG und weiteren potenziellen Auftraggebern erfolgen soll (z. B. BGK). Um die Aktualität der Themenbearbeitung und der daraus resultierenden Ergebnisse zu gewährleisten, ist es wichtig, dass rasch nach der jeweiligen Priorisierungsrunde mit den Arbeiten begonnen wird.

Um den Aufwand eines umfassenden Priorisierungsverfahrens (angelehnt an die Pilotphase 2009) rechtfertigen zu können, ist eine längerfristige Finanzierung für Themen aus dem Priorisierungsverfahren sicherzustellen. Anderenfalls wird vorgeschlagen, den Prozess der HTA-Themenfindung und -Priorisierung stark zu verkürzen, z. B. statt eines umfangreichen Priorisierungsverfahrens lediglich eine Themensammlung durchzuführen. Zu bedenken wäre dabei jedoch, dass auf die Vorteile eines umfassenden Prozedere verzichtet werden müsste (Identifikation von besonders relevanten Fragestellungen, Verringerung der Gefahr einer interessengesteuerten bzw. selektiven Auswahl von Themen, Vermeidung von Doppelgleisigkeiten bei der Bearbeitung von Themen etc.).

Die Klärung der Finanzierungsfrage durch den Auftraggeber ist essenziell für die weitere Ausrichtung der HTA-Themenfindung und -Priorisierung. Erst dann können weitere Problemfelder gelöst und Verbesserungsmöglichkeiten umgesetzt werden, wie z. B. Veröffentlichung der priorisierten Themenliste, Bewerbung zur Bearbeitung der Themen bzw. Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Log-in-Bereich des Online-Eingabeformulars, Erhöhung der mangelnden Relevanz der eingegebenen Themen, Ausführlichkeit der Hintergrundrecherchen, Abstimmung zwischen den Hintergrundrecherchen, den Priorisierungskriterien und dem Priorisierungsformular, HTA-Arbeitsgruppe als Priorisierungsgruppe, Präzisierung der Priorisierungsformulare etc.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Arbeits- und Ressourcenaufwand der Pilotphase aufgrund sich ändernder bzw. aufgrund unklarer Rahmenbedingungen für das Jahr 2009 für alle Involvierten hoch zu bewerten ist. Wichtige Punkte konnten noch nicht abgeklärt werden, wobei hier vor allem der Auftraggeber bzw. zukünftig die potenziellen Auftraggeber von HTA-Berichten gefordert sind, entsprechende Klärungen herbeizuführen.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....	III
1 Prozessbeschreibung der Pilotphase 2009	1
1.1 Einleitung	1
1.2 Ausgangslage	1
1.3 Schienen der HTA-Themenfindung	3
1.4 Priorisierte Assessments für das HTA-Arbeitsprogramm	3
1.4.1 Prozessschritt 1: Themenfindung durch Online-Eingabeformular	5
1.4.2 Prozessschritt 2: Themenselektion und -aufbereitung	5
1.4.3 Prozessschritt 3: Priorisierung	6
1.4.4 Prozessschritt 4: Erstellung des Arbeitsprogramms	8
1.4.5 Prozessschritt 5: Realisierung des Arbeitsprogramms	8
2 Aufbereitung der Ergebnisse aus der ersten Priorisierungsrunde 2009	10
2.1 Themenvorschläge und Erstselektion	10
2.2 Durchführung der Priorisierung	10
2.3 Ergebnisse der Priorisierung	11
3 Evaluierung der Pilotphase 2009	14
3.1 Identifizierte Problemfelder und damit verbundene Verbesserungsvorschläge	14
4 Literaturverzeichnis	21
5 Anhang	22
5.1 Priorisierungsformular	22
5.2 Mitglieder der HTA-Arbeitsgruppe	23
5.3 Ausgeschlossene Themen nach Erstselektion	23
5.4 HTA-Themen nach Erstselektion	24
5.5 Fragebogen zur externen Evaluierung	27

5.6	Zusammenfassung der externen Evaluierung	32
5.6.1	Hintergrundrecherchen	32
5.6.2	Priorisierungskriterien	32
5.6.3	Priorisierungsmethode	33
5.6.4	Sonstiges	33
5.7	Interne Analyse der Pilotphase 2009	34
5.7.1	Online-Eingabeformular	34
5.7.2	Hintergrundrecherche	35
5.7.3	Organisation des Themenfindungs- und Priorisierungsprozesses	36
5.7.4	Priorisierungsmethode	36
5.7.5	Auswertung der priorisierten Themen	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Priorisierungsliste (Rohdaten) – Reihung der von der HTA-Arbeitsgruppe priorisierten Themen 2009	12
Tabelle 5.1:	Mitglieder der HTA-Arbeitsgruppe (Priorisierungsrunde 2009)	23
Tabelle 5.2:	Ausgeschlossene Themen nach Erstselektion durch das BIQG (Priorisierungsrunde 2009).....	23
Tabelle 5.3:	HTA-Themen nach Erstselektion mit überarbeiteter Fragestellung (Priorisierungsrunde 2009).....	24

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Flussdiagramm zum Prozessablauf bei priorisierten Assessments	4
Abbildung 5.1:	Themenpriorisierung im Excel-Formular	22

Abkürzungsverzeichnis

BGK	Bundesgesundheitskommission
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Geschäftsbereich der GÖG)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
D	Deutschland
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Deutschland)
CVZ	College voor zorgverzekeringen (Niederlande)
EU	Europäische Union
GB	Großbritannien
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HTA	Health Technology Assessment
HTA-AG	HTA-Arbeitsgruppe

IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Deutschland)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Großbritannien)
NL	Niederlande
QA	Quick Assessment
QWi	Qualität und Wirtschaftlichkeit / Health Technology Assessment (ein Arbeitsbereich der GÖG/BIQG)
ZonMw	Organisation für Gesundheitsforschung und Entwicklung / Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (Niederlande)

1 Prozessbeschreibung der Pilotphase 2009

1.1 Einleitung

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG (GÖG/BIQG) wurde Anfang 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, einen Prozess der Themenfindung und Priorisierung von Health Technology Assessment (HTA) zu entwickeln und umzusetzen. Dieser Prozess wird im Rahmen einer Pilotphase durchgeführt und getestet (2009).

Die erprobten Themenfindungs- und Priorisierungsprozesse der Pilotphase können in den darauffolgenden Jahren weiter angewandt, gegebenenfalls adaptiert und weiterentwickelt werden.

1.2 Ausgangslage

Themenauswahl und Festlegung eines HTA-Arbeitsprogramms beziehen sich auf mittel- bis längerfristig relevante Fragestellungen bzw. Themengebiete und erfolgen über einen Prozess der Themenfindung und anschließender Priorisierung dieser Themen. Die Themenfindung verfolgt das Ziel, Forschungslücken zu identifizieren, die aktuell oder in näherer Zukunft durch Erstellung eines Health Technology Assessments (HTA) unterschiedlichen Umfangs zu bearbeiten sind (HTA-Berichte, Quick Assessments). Unter Priorisierung ist die vorrangige Behandlung von Fragestellungen zu verstehen, die zuvor über einheitliche und transparent dargelegte Kriterien bestimmt wurden. Auf diese Weise sollen besonders relevante Fragestellungen identifiziert werden; in der Folge wird für jede (priorisierte) Fragestellung eine sinnvolle methodische Vorgehensweise bestimmt (HTA-Bericht, Quick Assessment ...) und der Umfang der Themensammlung auf ein mit den vorhandenen Ressourcen bearbeitbares Maß eingeschränkt (BIQG 2009).

Durch Implementierung eines transparenten Verfahrens von Themenfindung, -priorisierung und Festlegung des Arbeitsprogramms erhöhen sich Effizienz und Chance auf Akzeptanz von HTA. Beispielsweise wird durch ein transparentes Prozedere einer interessengesteuerten Auswahl von Themen sowie Doppelgleisigkeiten bei der Bearbeitung von Themen entgegengewirkt. Der Aufwand des gesamten Prozesses sollte jedenfalls in Relation zu den mittel- bis längerfristig zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln für HTA-Berichte stehen (BIQG 2008).

International sind je nach Grad der Einbettung von HTA im Gesundheitswesen und je nach Auftrag der HTA-Organisation unterschiedliche Prozesse und Methoden bei der Themenfindung und -priorisierung üblich. Während bei HTA-Einrichtungen, die organisatorisch an einen Entscheidungsträger gebunden sind, die Themenbeauftragung zumeist anlassbezogen erfolgt (z. B. aufgrund eines Antrags auf Aufnahme in einen Erstattungskatalog; etwa IQWiG

in D, CVZ in NL), führen andere Organisationen breitere Verfahren der Themenfindung durch. Hierzu zählen beispielsweise die öffentliche Themeneingabe über die Website, die aktive Befragung relevanter Stakeholder und Organisationen im Gesundheitswesen (Politik, Gesundheitsberufe, Patientenvertreter/innen) sowie „Horizon Scanning“ (Verfahren zur Identifizierung neuer, auf den Markt drängender Technologien). Als Variante der öffentlichen Themeneingabe wird auch das Einreichen konkreter HTA-Projekte durch Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens praktiziert. Hierfür können zuvor Schwerpunktthemen im Gesundheitssystem definiert werden, für die anschließend HTA-Projekte eingereicht werden können (z. B. ZonMw in NL) (BIQG 2008).

Internationale Erhebungen zeigen, dass es keine allgemein verbindliche Methode zur Priorisierung gibt. Für HTA-Einrichtungen, die gezielt mit der Bearbeitung konkreter Fragestellungen beauftragt werden, ist eine formale Priorisierung in der Regel hinfällig. Ist eine (meist öffentlich geführte) HTA-Einrichtung für die Erstellung von HTA-Berichten zu wesentlichen Fragen im Gesundheitswesen im Rahmen eines HTA-Programms zuständig, ergibt sich die Priorisierung nicht automatisch aus einem generellen HTA-Auftrag. Für die Priorisierung müssen geeignete Verfahren gewählt werden, um, unter Einbeziehung diverser Stakeholder, vorrangige Themen zu identifizieren (BIQG 2008, Perleth 2008). Oftmals wird der Prozess der Priorisierung und konkreten Themenauswahl durch Gremien vorgenommen oder unterstützt. Priorisierungskriterien sind zumeist allgemein, selten detailliert festgelegt. Im britischen HTA-Programm sind sechs Fachgremien sowie ein übergeordnetes Gremium in den Priorisierungsprozess involviert. Beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) legt das Kuratorium (überwiegend besetzt aus Vertretern der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen) nach einem Delphi-Prozess¹ das jeweilige HTA-Programm fest. Zusätzlich werden in einigen Ländern knappe Themenaufbereitungen erstellt („Machbarkeitsanalysen“, „Vignetten“), die Hintergrundinformationen zu den einzelnen Themen liefern und im Priorisierungsprozess als Unterstützung dienen. Nach durchgeführter Themenpriorisierung wird das jeweilige HTA-Arbeitsprogramm entworfen. Beim National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, GB) beispielsweise wird aus den priorisierten Themen eine vorläufige Liste mit zu bearbeitenden Themen erstellt, die dem Gesundheitsminister vorgelegt wird. Stimmt er der Liste zu, werden die Themen bearbeitet; stimmt er einzelnen Themen nicht zu, so rücken niedriger priorisierte Themen nach (BIQG 2008).

In Österreich gab es bislang keine transparenten und nachvollziehbaren Mechanismen bzw. Verfahren zur Themenfindung und Priorisierung von HTA, weshalb nun in der Pilotphase „HTA-Themenfindung und -Priorisierung“ ein entsprechender Prozess entwickelt, implementiert und anschließend evaluiert wird.

¹ Die Delphi-Methode ist eine mehrstufige, systematische Befragungsmethode, die Experten verschiedener Fachbereiche einschließt, um das Eintreffen von bestimmten Zukunftsereignissen bzw. Entwicklungstrends einzuschätzen. Ziel ist es, einen Gruppenkonsens zu erlangen (DIMDI 2007).

1.3 Schienen der HTA-Themenfindung

Der Geschäftsbereich BIQG erstellt Health Technology Assessments (HTA) unterschiedlichen Umfangs (HTA-Berichte, Quick Assessments). HTA-Themen werden über folgende drei Schienen identifiziert:

Schiene 1: Öffentlich priorisierte Assessments

Über einen transparenten und standardisierten Prozess (siehe Kapitel 2) werden zunächst über eine öffentliche Themeneingabe Themen gesammelt und nach einer ersten Selektion und Aufbereitung anhand von festgelegten Kriterien von der HTA-Arbeitsgruppe priorisiert. Die am höchsten priorisierten Themen werden vom BIQG anhand eines standardisierten Prozesses erarbeitet. Die Themenfindung durch eine öffentliche Themeneingabe und die Priorisierung werden im Jahr 2009 erstmals im Rahmen einer Pilotphase durchgeführt und in den folgenden Jahren weiterentwickelt. Auf den folgenden Seiten wird dieser Prozessablauf näher beschrieben.

Der Themenfindungsprozess der Schienen 2 und 3 wird im vorliegenden Arbeitsbericht nur am Rande erwähnt.

Schiene 2: Dringliche Assessments

Themen von besonderer Dringlichkeit und/oder von öffentlichem Interesse werden im Bedarfsfall durch das Bundesministerium für Gesundheit oder die Bundesgesundheitsagentur beauftragt.

Schiene 3: Frei beauftragte Assessments

Die Erstellung von Assessments kann von nationalen und internationalen Akteuren beauftragt werden (z. B. methodische Projekte, EU-Projekte, Projekte zu internationalen Kooperationen).

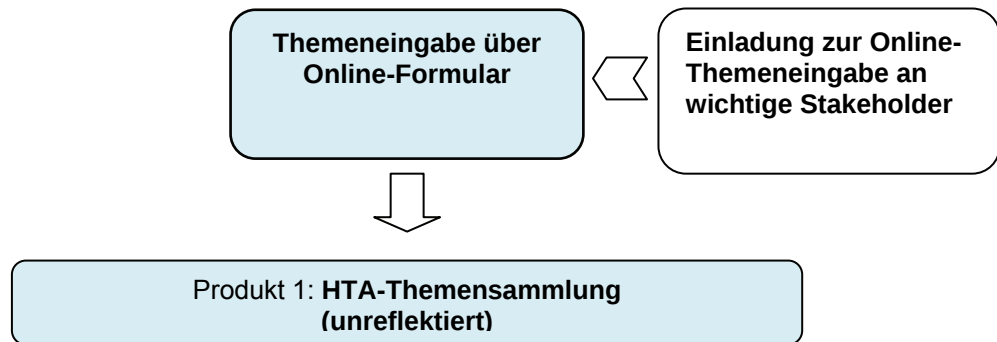
1.4 Priorisierte Assessments für das HTA-Arbeitsprogramm

Die Themenfindung über Schiene 1, öffentlich priorisierte Assessments, durchläuft fünf Prozessschritte: Themenfindung via Online-Eingabeformular, Themenselektion und -aufbereitung, Priorisierung, Erstellung des Arbeitsprogramms sowie dessen Realisierung.

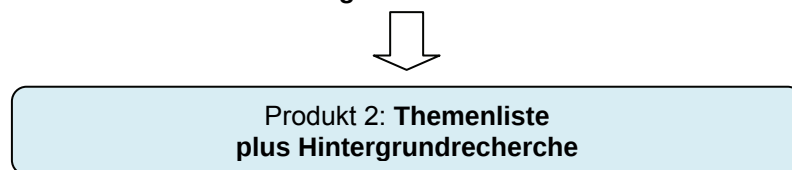
Abbildung 1.1 veranschaulicht diesen Prozessablauf:

Abbildung 1.1: Flussdiagramm zum Prozessablauf bei priorisierten Assessments

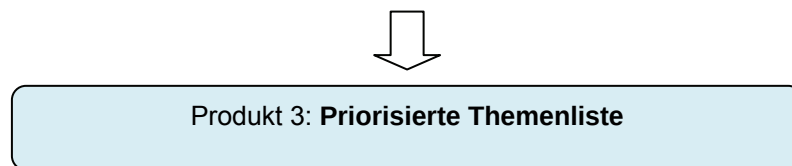
Prozessschritt 1: Themenfindung



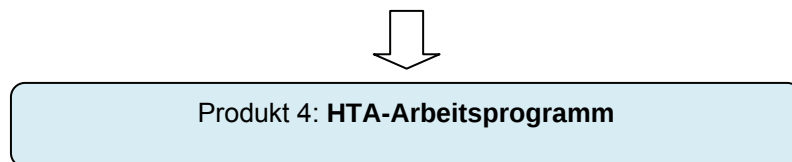
Prozessschritt 2: Selektion und Aufbereitung



Prozessschritt 3: Priorisierung der aufbereiteten Themen



Prozessschritt 4: Erstellung des HTA-Arbeitsprogramms



Prozessschritt 5: Realisierung des HTA-Arbeitsprogramms

1.4.1 Prozessschritt 1:

Themenfindung durch Online-Eingabeformular

Auf der Website der GÖG/BIQG wird Anfang August 2009 eine Datenbank eingerichtet, die der Öffentlichkeit die Eingabe möglicher Themen erlaubt. Ein Online-Formular enthält Fragen zum Titel des vorgeschlagenen Themas, zur genauen Fragestellung, zur jeweils betroffenen Personengruppe, zur Relevanz des Vorschlags, zum Vorhandensein möglicher Evidenz dazu, zur zeitlichen Dringlichkeit des Assessments, zu Anmerkungen sowie zu Kontaktdaten (<http://www.goeg.at/de/Bereich/HTA-Themenfindung.html>). Zu einem festgesetzten Zeitpunkt (30. September 2009) werden die bis dahin eingegebenen Themen ausgewertet (s. u.). Auf die Online-Eingabemöglichkeit wird ein großer Empfängerkreis über die Website und per E-Mail aufmerksam gemacht: Kontaktiert werden relevante Stakeholder aus dem BMG, aus dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, von Bundesgesundheitskommission, Ärztekammer sowie Patientenanwaltschaften und Selbsthilfegruppen. Auf diese Weise kann der Informationsbedarf von Entscheidungs- bzw. Finanzierungsträgern erkannt werden.

Als Resultat des Themenfindungsprozesses liegt dem BIQG eine unselektierte Themendatenbank vor.

1.4.2 Prozessschritt 2:

Themenselektion und -aufbereitung

In diesem Prozessschritt erfolgt eine erste Selektion der vorgeschlagenen Themen aus der Web-Themendatenbank durch das BIQG.

In einem ersten Schritt werden die vorgeschlagenen Themen auf Mehrfachnennungen untersucht und diese ggf. ausgeschlossen. Weiters ist zu prüfen, ob die Eingaben vollständig sind. Ist dies nicht der Fall, wird die Person, die das Thema eingegeben hat, kontaktiert, um offene Punkte zu klären.

Das BIQG stellt in einer kurzen Recherche Hintergrundinformationen für die Priorisierung durch die HTA-Arbeitsgruppe zur Verfügung. Hierfür werden Informationen zur jeweiligen Erkrankung, zur Intervention und ggf. zu Alternativen, zur Größe der betroffenen Personengruppe, zur Krankheitslast (s. u.), gegebenenfalls zu Kosten und zum Ausmaß der Unsicherheit der derzeit angewendeten Technologie recherchiert und zusammengefasst. Zusätzlich wird im Zuge der Recherche überprüft, ob die konkrete Fragestellung im Rahmen eines bereits erstellten HTA-Berichts bearbeitet wurde bzw. aktuell in Österreich bearbeitet wird. Ist dies der Fall, wird das vorgeschlagene Thema ausgeschlossen. Weiters gibt das BIQG eine Einschätzung ab, mit welchem Produkt eine Bearbeitung des priorisierten Themas bestmöglich umgesetzt werden kann (HTA-Bericht oder Quick Assessment) bzw. ob überhaupt die Anwendung eines HTA-Verfahrens zweckmäßig ist.

Zu betonen ist, dass die Hintergrund-Recherche aufgrund der beschränkten Zeitressourcen nur ansatzweise möglich ist und kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann.

Im Rahmen der Pilotphase 2010 soll der personelle und finanzielle Aufwand von Hintergrundrecherchen durch das BIQG getestet und ggf. für das Prozedere in den darauffolgenden Jahren adaptiert werden.

Ergebnisse dieses Prozessschrittes sind eine selektierte und aufbereitete Liste vorgeschlagener Themen sowie Hintergrundinformationen zu den einzelnen Themen als Grundlage für den Prozess der Priorisierung.

1.4.3 Prozessschritt 3: Priorisierung

Die Themenpriorisierung erfolgt durch eine Priorisierungsgruppe, die sich aus den Mitgliedern der HTA-Arbeitsgruppe (HTA-AG) zusammensetzt, ab November 2009. Die HTA-AG besteht aus Vertreterinnen und Vertretern aus Bund, Ländern und Sozialversicherung. Bei Bedarf können die Mitglieder der Priorisierungsgruppe für die Priorisierung auch fachspezifische Expertinnen und Experten zur Unterstützung heranziehen.

Die konkrete Themenpriorisierung erfolgt zunächst durch jedes einzelne Mitglied der Priorisierungsgruppe mit Hilfe eines Excel-Formulars (Priorisierungsformular, vgl. Anhang), das durch das BIQG ausgesandt wird. Darin ist jedes vorgeschlagene Thema anhand von sieben definierten Kriterien zu bewerten. Die konkreten Kriterien zur Priorisierung der Themen lauten:

- a) **Größe der betroffenen Personengruppe**
Dieses Kriterium stellt eine quantitative Information dar über die Personengruppe (Patientengruppe, Bevölkerungsgruppe, Organisationseinheit etc.), die von der HTA-Fragestellung betroffen ist. Bei medizinisch-diagnostischen Fragestellungen sind damit vor allem Daten zu Erkrankungsinzidenz und -prävalenz der betroffenen Patienten gemeint.
- b) **Krankheitslast** (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität)
Die Krankheitslast beschreibt Art und Ausmaß der Krankheitsfolgen, die sich aufgrund der Erkrankung (bzw. im Vergleich von unterschiedlichen Interventionen) für die betroffene Personengruppe ergeben, und zwar sowohl der objektiven medizinischen (Morbidität, Mortalität) wie der subjektiven (Lebensqualität) Krankheitsfolgen. Bei diagnostischen Fragestellungen ist der Unterschied der Krankheitslast zwischen den zu vergleichenden Verfahren zu bewerten.
- c) **Kosten**
Dieses Kriterium betrifft die momentanen Kosten der Erkrankung, der Intervention bzw. der Technologie für das Gesundheitssystem.

- d) **Öffentliches Interesse**
Anhand dieses Kriteriums soll das Ausmaß des öffentlichen Interesses an evidenzbasierter Information zum jeweiligen HTA-Thema beurteilt werden. Das öffentliche Interesse an bestimmten HTA-Themen steht zum Teil in keiner direkten Relation zu deren medizinischer oder ökonomischer Bedeutung.
- e) **Ausmaß der Unsicherheit der derzeit angewendeten Technologie**
In der Regel betreffen HTA-Fragestellungen medizinische Technologien oder Organisationsstrukturen, deren Anwendung mit Unsicherheit verbunden ist. Diese Unsicherheit bezieht sich vor allem auf eine inkonsistente wissenschaftliche Befundlage (unsichere Evidenz) zur Effektivität, zur Indikation und zum Nebenwirkungsprofil der angewendeten Technologie sowie auf Unterschiede zwischen vergleichbaren medizinischen Technologien. Ebenso sind hiermit unsichere Informationen hinsichtlich der Kosteneffekte und der Budgetauswirkungen vergleichbarer medizinischer Technologien oder Organisationsstrukturen gemeint. Darüber hinaus umfasst dieses Kriterium Unterschiede in der praktischen Anwendung (Praxisvariation) einer medizinischen Technologie (fehlender Goldstandard, fehlende Leitlinien, unzureichende Umsetzung von Leitlinien etc.).
- f) **Wahrscheinlichkeit, dass HTA-Ergebnisse tatsächlich umgesetzt werden**
Dieses Kriterium gilt der Frage, wie sehr es realistisch ist, dass HTA-Ergebnisse von relevanten Akteuren des österreichischen Gesundheitswesens (z. B. BMG, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer, Entscheidungsträger) in Form von Gesetzesänderungen oder Adaptierungen diverser Prozessabläufe, Strukturen und Leitlinien umgesetzt werden.
- g) **Auswirkungen der HTA-Ergebnisse**
Dieses Kriterium beschreibt die potenziellen Auswirkungen umgesetzter HTA-Ergebnisse in der Praxis, z. B. die Verbesserung der medizinischen Versorgung, Kostenersparnisse oder eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit.

Die genannten Kriterien sind auf der BIQG-Homepage veröffentlicht.

Zu den Kriterien a und b sowie gegebenenfalls c und e erhält jedes Mitglied der Priorisierungsgruppe themenrelevante Informationen auf Basis der Online-Formulare bzw. der Hintergrundrecherchen des BIQG. Anschließend ist die **Ausprägung** jedes Kriteriums festzustellen („Ausprägung“; s. Anhang), und zwar mit Hilfe einer vierstufigen Skala (sehr gering, gering, hoch, sehr hoch). Zum Beispiel: Ist die Größe der betroffenen Personengruppe sehr gering, gering, hoch, sehr hoch?

Dann wird durch jedes Mitglied der Priorisierungsgruppe die **Wichtigkeit bzw. Bedeutsamkeit jedes Kriteriums für das vorgeschlagene Thema** bewertet („Relevanz“; s. Anhang). Dafür steht den priorisierenden Mitgliedern ebenfalls eine vierstufige Skala zur Verfügung (unwichtig, weniger wichtig, wichtig, sehr wichtig). Zum Beispiel: Wird die Größe der betroffenen Personengruppe als unwichtig, weniger wichtig, wichtig oder sehr wichtig eingeschätzt? Zusätzlich haben die Mitglieder der Priorisierungsgruppe die Möglichkeit, Kommentare und Erläuterungen in dem Priorisierungsformular abzugeben. Das Formular soll innerhalb eines definierten Zeitraums (rund drei Wochen) von den priorisierenden Personen ausgefüllt und an das BIQG retourniert werden.

Danach wertet das BIQG die priorisierten Themen aller Mitglieder der Priorisierungsgruppe aus, wobei für jedes Thema ein sogenannter Priorisierungswert ermittelt wird. Dieser errechnet sich, indem für jedes einzelne Kriterium die Ausprägung des Kriteriums mit der Relevanz des Kriteriums multipliziert wird und aus diesen Produkten ein Mittelwert für jedes Thema gebildet wird. Als Produkt des dritten Prozessschrittes erhält das BIQG die priorisierte Themenliste.

1.4.4 Prozessschritt 4: Erstellung des Arbeitsprogramms

Das BIQG legt dem Auftraggeber (BMG) die priorisierte Liste vor, die sie in Hinblick auf eine mögliche Realisierung durch das BIQG (Schiene 1) prüfen.

Dringliche Assessments (Schiene 2), die aufgrund einer aktuell anstehenden Erstattungs- bzw. Finanzierungsentscheidung oder eines anderen Bedarfs kurzfristig bearbeitet werden müssen, sowie frei beauftragte Assessments wie z. B. EU-Projekte (Schiene 3) sollten bei den Budgetmitteln für das HTA-Arbeitsprogramm einkalkuliert bzw. vorgesehen werden. Die dringlichen Fragestellungen werden direkt vom BMG beauftragt.

Mittel- bis längerfristig erscheint es sinnvoll, dass sich auch andere öffentliche Finanzierungsträger (wie beispielsweise die Bundesgesundheitskommission, BGK) an der Finanzierung der nationalen HTA-Strategie sowie an Projekten zu dessen Umsetzung (wie die HTA-Themenfindung und Priorisierung) beteiligen und beispielsweise als Auftraggeber priorisierter Assessments (Schiene 1) fungieren.

1.4.5 Prozessschritt 5: Realisierung des Arbeitsprogramms

Wenn priorisierte Themen beauftragt werden, können sich alle HTA-Anbieter bei dem Auftraggeber bzw. bei weiteren potenziellen Auftraggebern bewerben. Für die Bearbeitung dieser Themen ist jedenfalls das jeweils aktuelle Methodenhandbuch für Health Technology Assessment, Version 1.2010 heranzuziehen.

Bezüglich der öffentlich priorisierten Assessments (Schiene 1) entscheidet der Auftraggeber (BMG) bzw. entscheiden weitere potenzielle Auftraggeber auf Basis der priorisierten Themenliste über Themen, die unter anderem vom BIQG zu bearbeiten sind. Hierfür erarbeitet das BIQG einen Vorschlag für sein HTA-Arbeitsprogramm und legt diesen bei BMG bzw. weiteren potenziellen Auftraggebern zur Stellungnahme vor. In der Regel werden die am höchsten priorisierten Themen zur Bearbeitung vorgeschlagen, und zwar unter Berücksichtigung der GÖG-Schwerpunkte und der für HTA zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen. Ist das BMG bzw. sind potenzielle Auftraggeber mit diesem Vorschlag einverstanden, wird das BIQG beauftragt, das daraufhin mit der Bearbeitung der entsprechenden Themen beginnt. Ein von diesem Prozedere abweichendes Vorgehen hinsichtlich der Berücksichtigung von weniger prioritär gereihten Themen ist schriftlich zu begründen.

Priorisierte Themen, die nicht bearbeitet werden, werden zurückgestellt und im Priorisierungsprozess der nächsten Runde berücksichtigt. Nach dreimaliger Rückstellung bzw. Nichtbeauftragung wird das Thema nicht mehr weiter berücksichtigt.

Der Auftraggeber (BMG) hat bzw. weitere potenzielle Auftraggeber haben alle von ihnen beauftragten HTA-Berichte dem BIQG zu melden, damit Doppelgleisigkeiten vermieden und Transparenz geschaffen wird (Koordinationsstelle BIQG als Informationsdrehscheibe).

2 Aufbereitung der Ergebnisse aus der ersten Priorisierungsrunde 2009

Ziel der Themenpriorisierung ist die Reihung der im Rahmen der Themenfindung identifizierten HTA-Fragestellungen anhand festgelegter Kriterien durch einen transparenten und standardisierten Prozess. Die Priorisierungsrunde 2009 folgte dem Prozedere wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben.

2.1 Themenvorschläge und Erstselektion

HTA-Themenvorschläge konnten im Zeitraum vom 12. August 2009 bis 30. September 2009 über das öffentlich zugängliche Online-Eingabeformular auf der Website der GÖG/BIQG eingegeben werden. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 17 Themenvorschläge weitgehend vollständig eingegeben. Für weitere 17 Themenvorschläge waren die Angaben im Online-Eingabeformular grob unvollständig, da für diese Vorschläge in der Mehrzahl nur der Kurztitel, jedoch keine weiteren Informationen vermerkt wurden. Da die Angaben zu den unvollständigen Themen auch nach Nachfrage bei den Themeneingebnern nicht präzisiert werden konnten, wurden diese Themen im weiteren Priorisierungsprozess nicht mehr berücksichtigt.

Nach der Erstselektion durch das BIQG wurden von den 17 vollständig eingegebenen Themenvorschlägen zwei weitere Themen vom Priorisierungsprozess ausgeschlossen, da die Fragestellungen dieser Themen zur Bearbeitung als HTA-Bericht bzw. QA nicht geeignet erschienen (vgl. Anhang 5.3).

Nach der Erstselektion verblieben somit 15 HTA-Themen im weiteren Priorisierungsprozess. Eine Auflistung dieser Themen mit Kurztitel und überarbeiteter Fragestellung befindet sich im Anhang (vgl. 5.4). In weiterer Folge wurden vom BIQG für diese 15 Themen Hintergrundrecherchen erstellt, die der HTA-AG als Informationsgrundlage zur Priorisierung übermittelt wurden. Der Arbeitsaufwand für die Erstellung der Hintergrundrecherchen durch die BIQG-Mitarbeiter/innen betrug im Durchschnitt rund sechs Arbeitsstunden pro Recherche.

2.2 Durchführung der Priorisierung

Die Priorisierung der 15 HTA-Themen erfolgte durch die HTA-AG (Priorisierungsgruppe) mit Hilfe eines Priorisierungsformulars (vgl. Anhang 5.1). Die HTA-AG besteht aus sechs Mitgliedern, die im Anhang namentlich genannt werden (vgl. 5.2). Die Zusendung der Priorisierungsformulare und der Hintergrundrecherchen an die sechs Mitglieder der Priorisierungsgruppe erfolgte im November 2009 per E-Mail, der Bearbeitungszeitraum umfasste rund vier Wochen. Alle Mitglieder der Priorisierungsgruppe haben das Priorisierungsformular bearbeitet und via E-Mail an das BIQG zurückgesendet.

Die statistische Auswertung der Priorisierungen der HTA-AG (ausgefüllte Priorisierungsformulare) erfolgte mit dem Programm SPSS Statistics für Windows® (Version 17.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Hierzu wurden die Daten aus den Priorisierungsformularen halbautomatisiert in ein SPSS-Datenfile übertragen. Den beiden, im Priorisierungsformular verwendeten, vierstufigen, sprachlichen Skalen zur Bewertung der Ausprägung und der Relevanz des Kriteriums wurden folgende numerische Skalenwerten zugeordnet: sehr gering = 1, gering = 2, hoch = 3, sehr hoch = 4 für die Ausprägung des Kriteriums sowie unwichtig = 1, weniger wichtig = 2, eher wichtig = 3, sehr wichtig = 4 für die Relevanz des Kriteriums.

Im Rahmen der Priorisierung wurden der sogenannte Kriteriumswert und der Priorisierungswert berechnet. Der Kriteriumswert ist das Produkt von Ausprägung und Relevanz der einzelnen Kriterien pro Thema. Der Priorisierungswert ist der Mittelwert sämtlicher sieben Kriteriumswerte pro Thema. Der höchstmögliche Priorisierungswert beträgt demnach 16,00. Der kleinstmögliche Priorisierungswert ist 1,00. Die Reihung der Themen (Priorisierungsrang) erfolgte anhand des durchschnittlichen Priorisierungswerts aus den sechs Priorisierungen der HTA-AG.

Fehlende Werte in den Priorisierungsformularen wurden vom BIQG nicht nachgefordert, da der erwartete administrative Aufwand (erneute Versendung des Priorisierungsformulars, Vervollständigung des Formulars durch das jeweilige Mitglied der Priorisierungsgruppe, Rücksendung des Formulars an das BIQG) den Priorisierungsprozess nach Einschätzung des BIQG zeitlich unangemessen stark verzögert hätte.

2.3 Ergebnisse der Priorisierung

In der Tabelle 2.1 sind die 15 priorisierten HTA-Themen mit ihrem Kurztitel, absteigend gereiht nach dem durchschnittlichen Priorisierungswert (Mittelwert), beginnend mit dem am höchsten priorisierten Thema, dargestellt. Neben dem Mittelwert zeigt die Tabelle für jedes Thema den kleinsten Priorisierungswert (Minimum), den höchsten Priorisierungswert (Maximum) sowie die Streuung der Priorisierungswerte um den Mittelwert (Standardabweichung, SD). Die Tabellenspalte „Anzahl der Bewertungen“ gibt an, wie viele der sechs Mitglieder der HTA-AG das jeweilige Thema (weitgehend vollständig) bewertet haben. Die (überarbeiteten) Fragestellungen zu den Kurztiteln (vgl. 5.4) sind im Anhang dargestellt.

Tabelle 2.1: Priorisierungsliste (Rohdaten) – Reihung der von der HTA-Arbeitsgruppe priorisierten Themen 2009

Reihung*	Kurztitel des Themas	Priorisierungswert pro Thema				Anzahl der Bewertungen
		Mittelwert	Minimum	Maximum	SD	
1	Mindestfrequenzen bei chirurgischen Eingriffen	11,55	9,43	16,00	2,28	6
2	Stationäre vs. ambulante Rehabilitation	9,98	8,00	13,00	2,08	6
3	Vergleichende Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen	9,97	4,00	16,00	4,94	4 (1 unvollständig)
4	Wirksamkeit einer Infiltration mit Lokalanästhetikum und Kortison	9,83	5,29	13,57	2,96	6
5	Instrumentierte Wirbelsäulenoperationen	9,57	6,14	13,00	2,71	6
6	Polypharmazie	9,45	8,00	13,29	1,93	6
7	Heim-Dialyse versus In-Center-Dialyse	8,75	7,00	13,50	2,42	6
8	HE4 als Screeningmarker	8,54	4,00	11,43	3,06	6
9	Outcome-Unterschiede Hüftendoprothetik	8,52	5,71	11,00	1,91	6
10	Fissurenversiegelungen	8,25	6,50	10,57	1,51	6
11	Osteoporose	8,02	4,57	13,00	4,48	5
12	ADHS-Therapie	7,73	4,57	11,57	2,61	6
13	Kaiserschnitt vs. normale Geburt	7,20	5,29	12,00	2,46	6
14	Risiken von Protonenpumpenhemmern	7,13	4,71	10,14	2,07	6
15	Therapie von Pseudarthrosen	6,04	3,80	8,29	1,60	6

* Reihung nach dem Mittelwert des Priorisierungswerts

Priorisierungswert = Mittelwert der Produkte aus Ausprägung und Relevanz eines Kriteriums (Kriteriumswert) pro Thema

SD = Standardabweichung

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung (2010)

Generell ist hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die Gesamtanzahl an Bewertungen aus statistisch-methodischer Perspektive sehr klein ist (sechs Mitglieder der HTA-AG, vgl.3.1).

Wie in der obigen Tabelle ersichtlich, wurde das Thema „Mindestfrequenzen bei chirurgischen Eingriffen“ durchschnittlich am höchsten priorisiert. Für die Themen mit den Priorisierungsrängen zwei bis sechs zeigen sich nur geringe Unterschiede im durchschnittlichen Priorisierungswert. Aus diesem Grund sowie in Anbetracht der sehr kleinen Priorisierungsgruppe ist die streng statistisch begründete Reihung anhand des Priorisierungsmittelwerts entsprechend zu relativieren. Dieselbe Interpretation gilt für die Priorisierungsränge sieben bis neun („Heim-Dialyse versus In-Center-Dialyse“, „HE4 als Screeningmarker“, „Outcome-Unterschiede Hüftendoprothetik“), da sich auch für diese drei Themen die durchschnittlichen Priorisierungswerte nur geringfügig voneinander unterscheiden.

Die Homogenität der Priorisierungen bezogen auf die einzelnen Themen wurde mit Hilfe von Minimum, Maximum und Standardabweichung der Priorisierungswerte beurteilt. Wie aus Tabelle 2.1 ablesbar, wurden vor allem die Themen „Vergleichende Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen“, „Osteoporose“, „HE4 als Screeningmarker“ sowie „Wirksamkeit einer Infiltration mit Lokalanästhetikum und Kortison“ von den einzelnen Mitgliedern der Priorisierungsgruppe relativ stark unterschiedlich bewertet. Für den weiteren Priorisierungsprozess hat die vergleichsweise geringere Homogenität dieser vier Themen aufgrund der begrenzten Aussagekraft der sehr kleinen Priorisierungsgruppe keine Bedeutung.

Das Thema „Vergleichende Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen“ wurde nur von drei Mitgliedern der HTA-AG vollständig priorisiert. Zwei Mitglieder haben keine Priorisierung für dieses Thema abgegeben und ein Mitglied hat dieses Thema nur grob unvollständig bewertet. Aus diesem Grund wurde dieses Thema durch das BIQG von der weiteren Bearbeitung (Erstellung eines Angebots zur Beauftragung, Erstellung eines Arbeitsprogramms etc.) ausgeschlossen. In den Freitexten wird von drei Mitgliedern der HTA-AG eine geringe Eignung dieses Themas in Bezug auf die Bearbeitbarkeit als HTA-Produkt zum Ausdruck gebracht und damit der Ausschluss dieses Themas zusätzlich auch inhaltlich unterstützt. Auch für die Themen „Polypharmazie“ und „Osteoporose“ ist festzustellen, dass vereinzelt Kriterien von der HTA-AG nicht bewertet wurden. Die relativ kleine Anzahl fehlender Werte für diese beiden Themen werden vom BIQG jedoch nicht als hinreichender Ausschlussgrund betrachtet, womit diese beiden Themen zur weiteren Bearbeitung im Priorisierungsprozess verbleiben.

Nach Erstellung der Priorisierungsliste sind zu einzelnen Themen Informationen zur Durchführbarkeit, zur Verfügbarkeit von bereits bestehenden Berichten, zu bereits in Arbeit befindlichen Berichten bzw. zur bereits geplanten Bearbeitung von Themen durch andere Institute eingelangt bzw. in Erfahrung gebracht worden. Diese zusätzlichen Informationen werden für die weitere Vorgehensweise berücksichtigt, um in jedem Fall Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

3 Evaluierung der Pilotphase 2009

Die Erfahrungen und Erkenntnisse, die aus den Themenfindungs- und Priorisierungsprozessen bzw. -methoden der Pilotphase im Jahr 2009 gewonnen wurden, sind wertvolle Informationen für die zukünftige Entwicklung und Ausrichtung dieses Projektes. Auch für die darauffolgenden Jahre wird eine Weiterentwicklung des Projektes angestrebt, da Themenfindung und Priorisierung von HTA eine neue Herausforderung im österreichischen Gesundheitswesen darstellen.

Um die Stärken und Schwächen des angewandten Priorisierungsprozesses aus Anwendersicht (Priorisierungsgruppe) identifizieren zu können, wurde eine externe Evaluierung der Pilotphase durchgeführt. Im Dezember 2009 wurde ein Fragebogen erstellt und an die Mitglieder der HTA-Arbeitsgruppe elektronisch ausgesandt (vgl. 5.5). Der Fragebogen enthält insgesamt 14 Fragen zu den vier Themenbereichen Hintergrundrecherche, Kriterien, Priorisierungsmethode und Sonstiges. Mit dem Fragebogen konnten gewonnene Erfahrungen und mögliche Verbesserungsvorschläge der Mitglieder der Priorisierungsgruppe strukturiert erfasst sowie freie Anmerkungen abgegeben werden. Die Befragung wurde nicht anonym durchgeführt, jedoch wurden die Rückmeldungen vertraulich behandelt. Insgesamt wurden fünf von sechs ausgesandten Fragebögen an die GÖG/BIQG retourniert und ausgewertet. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse findet sich im Anhang wieder (vgl. 5.6).

Weiters wurde eine interne Analyse der Pilotphase 2009 durchgeführt, um sicherzustellen, dass auch die Stärken und Schwächen des angewandten Priorisierungsprozesses aus Sicht der Koordinierungsstelle (GÖG/BIQG) identifiziert werden. Hierfür wurde im Februar 2010 ein Fragenkatalog mit offenen Fragestellungen zu den Themenbereichen Online-Eingabeformular, Hintergrundrecherche, Organisation des Themenfindungs- und Priorisierungsprozesses, Priorisierungsmethode, Auswertung der priorisierten Themen sowie Verbesserungs- bzw. Änderungsvorschläge erstellt, der von den sieben Teammitgliedern des Arbeitsbereichs Qualität und Wirtschaftlichkeit / HTA (QWi) beantwortet wurde. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen findet sich im Anhang wieder (vgl. 5.7).

Im folgenden Kapitel werden aus externer Evaluierung und interner Analyse identifizierte Problemfelder im Rahmen der Pilotphase 2009 zusammengefasst, um daraus Verbesserungsmöglichkeiten bzw. notwendige Änderungsvorschläge abzuleiten.

3.1 Identifizierte Problemfelder und damit verbundene Verbesserungsvorschläge

Der Arbeits- und Ressourcenaufwand für die Planung, Organisation und Umsetzung der Pilotphase zur Themenfindung und Priorisierung für das Jahr 2009 ist für alle Involvierten hoch zu bewerten. Durch sich ändernde bzw. unklare Rahmenbedingungen mussten schon

während der Pilotphase neue Prozessabläufe und methodische Aspekte definiert, umgesetzt und an neue Gegebenheiten angepasst werden. Hinzu kommt, dass entscheidende Punkte für die zukünftige Ausrichtung des Projektes bislang noch nicht geklärt werden konnten. Hier sind vor allem der Auftraggeber bzw. die potenziellen Auftraggeber von HTA-Berichten gefordert, entsprechende Klärungen herbeizuführen.

Als **wesentlichstes Problemfeld** gilt die **Finanzierung** der aus der priorisierten Liste beauftragten Themen. Unklar ist von wem und in welchem Ausmaß priorisierte Themen beauftragt und finanziert werden (Finanzierungsunsicherheit). Wie bereits zuvor erwähnt, erscheint es im Rahmen der nationalen HTA-Strategie zukünftig sinnvoll, dass auch andere öffentliche Finanzierungsträger (z. B. BGK) Berichte aus der priorisierten Liste beauftragen und finanzieren. Hierfür ist zu klären, wie die Abstimmung zwischen potenziellen Auftraggebern bei der Vergabe, Beauftragung und Finanzierung der Themen erfolgt (z. B. zwischen BMG und BGK). Für die zukünftigen Priorisierungsrunden ist es wichtig, dass mit der Bearbeitung der priorisierten Themen rasch nach der jeweiligen Priorisierungsrunde begonnen wird. Somit können die Themenbearbeitung und die daraus resultierenden Ergebnisse möglichst zeitnah zur Themeneingabe erstellt und dem Anspruch der Aktualität und dringlichen Bearbeitung der Berichte bei einem sich schnell ändernden Wissensstand gerecht werden.

Erst wenn eine längerfristige Finanzierung für die Beauftragung priorisierter Themen sichergestellt werden kann, ist der Aufwand eines umfassenden Priorisierungsverfahrens (angelehnt an die Pilotphase 2009) zu rechtfertigen. Sollte die Finanzierungssicherheit nicht gewährleistet werden können, wird vorgeschlagen, den Prozess der HTA-Themenfindung und -Priorisierung stark zu verkürzen und statt eines umfangreichen Priorisierungsverfahrens beispielsweise lediglich eine Themensammlung durchzuführen. Jedoch erfolgt bei einer Verkürzung des Themenfindungs- und Priorisierungsprozesses im Vergleich zu einem umfassenden Prozedere keine bzw. eine nur mangelhafte Identifikation und vorrangige Behandlung von besonders relevanten Fragestellungen. Des Weiteren kann der Gefahr einer interessengesteuerten bzw. selektiven Auswahl von Themen sowie von Doppelgleisigkeiten bei der Bearbeitung von Themen nicht oder nur schwer entgegengewirkt werden.

Die Aufklärung und Lösung der Finanzierungsunsicherheit durch den Auftraggeber ist essenziell für die weitere Ausrichtung der HTA-Themenfindung und -Priorisierung. Erst wenn dieser Aspekt gelöst bzw. in gewissem Grad geklärt ist, kann man sich den weiteren Problemfeldern (s. u.) widmen und Verbesserungsmöglichkeiten umsetzen.

Beispielsweise sollte das Problemfeld der „priorisierten Themenliste“ geklärt werden, um die Pilotphase 2009 abschließen zu können und für die zukünftige Ausrichtung des Projektes entsprechende Prozesse festzulegen. Vorgesehen ist, dass die priorisierte Themenliste auf der Website der GÖG veröffentlicht wird. Unklar ist, wie sich andere HTA-Anbieter für die Bearbeitung eines Themas bei dem Auftraggeber (BMG) und zukünftig bei weiteren potenziellen Auftraggebern (z. B. BGK) bewerben können bzw. ob Aufträge aus der priorisierten Themenliste vergeben werden (siehe Problemfeld Finanzierung). Des Weiteren sollte die Art der Themenvergabe festgelegt werden (nach Reihung, nach Interessenschwerpunkten der Auftraggeber etc.). Dieses Problemfeld ist mit Auftraggeber/in bzw. mit den Auftraggebern abzuklären bzw. sind diese gefordert, entsprechende Klärungen herbeizuführen.

Weitere Problemfelder, die aufgrund der Evaluierung festgestellt werden konnten, werden auf den folgenden Seiten tabellarisch aufgelistet:

Problemfeld:	Anonymität der Themeneingaber in das Online-Eingabeformular
Von unterschiedlichen Seiten wurde rückgefragt, welche Institution bzw. Person einen Themenvorschlag eingebracht hat. Mit der HTA-Arbeitsgruppe muss geklärt werden, ob die Anonymität der Eingaber von Themen in das Online-Eingabeformular gewahrt werden soll oder nicht. Zu bedenken ist, dass bei Bekanntmachung der Namen der Themeneingaber eventuell die Hemmschwelle zur Eingabe von zukünftigen Themen in das Online-Formular steigen wird bzw. eventuell keine unabhängige Priorisierung der Themenvorschläge erfolgen könnte.	

Problemfeld:	Log-in-Bereich des Online-Eingabeformulars
Aufgrund eines technischen Problems konnten sich einige Nutzer nach der Erstanmeldung kein weiteres Mal in das Online-Eingabeformular einloggen, um ihre Themenvorschläge fertigzustellen. Das Problem konnte nach Rücksprache mit der verantwortlichen Softwarefirma gelöst werden, und eine Eingabe wurde wieder möglich gemacht. Jedoch wurde der passwortgeschützte Zugang generell als zu aufwendig und umständlich kritisiert. Zukünftig sollte der Log-in-Bereich mittels E-Mail-Adresse und Passwort aufgegeben werden, um die Themeneingabe benutzerfreundlicher zu gestalten.	

Problemfeld:	Unvollständige Eingaben in das Online-Eingabeformular
Für einige Themen wurde lediglich ein Kurztitel im Online-Formular vorgeschlagen, ohne weitere Angabe der genauen Fragestellung, der betroffenen Personengruppe, der Relevanz, der Dringlichkeit und der möglichen Evidenz. Auch nach Rückfrage bei den Themeneingabern wurden nur wenige Themen vervollständigt. Die restlichen Themen wurden ausgeschlossen bzw. wurde mit einigen Themeneingabern vereinbart, dass die Themen bei der nächsten Priorisierungsrunde finalisiert werden. Um dieses Problem zu lösen, sollte zukünftig sowohl auf der Website als auch im Online-Eingabeformular deutlich beschrieben werden, dass nur vollständig ausgefüllte Themenvorschläge berücksichtigt werden können und die restlichen Themenvorschläge ausnahmslos ausgeschlossen werden.	

Problemfeld:	Relevanz der eingegebenen Themen
Obwohl im August und September 2009 eine ausgewählte Zielgruppe (rund 230 Stakeholder im Gesundheitswesen) auf die Möglichkeit der Themeneingabe in das Online-Eingabeformular per E-Mail-Aussendung aufmerksam gemacht wurde, erfolgten nur wenige	

Themenvorschläge von dieser Zielgruppe, und die Relevanz der Themen ist für Entscheidungsträger als eher gering einzustufen.

Je nach zukünftiger Ausrichtung der Themenfindung und Priorisierung muss die primäre Zielgruppe für die Themeneingabe in das Online-Eingabeformular nochmals diskutiert werden. Diese könnte entweder alle relevanten Stakeholder im Gesundheitswesen oder nur die entsprechenden Finanzierungs- und Auftraggeber oder auch die breite Öffentlichkeit umfassen. Um die Relevanz der vorgeschlagenen Themen in Bezug auf die Entscheidungsträger bzw. Finanziers zu erhöhen, könnten beispielsweise wichtige Stakeholder persönlich kontaktiert und über die Themeneingabe informiert werden.

Problemfeld:	Anzahl der Priorisierungsrunden pro Jahr
---------------------	---

Mit dem Auftraggeber und der HTA-Arbeitsgruppe wurde für das Jahr 2010 festgelegt, eine Priorisierungsrunde durchzuführen, die jedoch noch an die noch zu klärenden Rahmenbedingungen angepasst werden muss.

Problemfeld:	Ausführlichkeit der Hintergrundrecherchen
---------------------	--

In einigen Hintergrundrecherchen der ersten Priorisierungsrunde waren Informationen in Bezug auf Epidemiologie, Definition der Indikation, Kostendaten etc. teilweise unpräzise bzw. ungenau erklärt. Der Grund lag darin, dass es teilweise schwierig war, die relevanten Informationen zu erhalten, da die vorgeschlagenen Themen höchst unterschiedliche Bereiche im Gesundheitswesen betreffen und zudem für die Durchführung der Hintergrundrecherche nur begrenzte Zeitressourcen zur Verfügung standen.

Ob die Hintergrundrecherchen weiter ausgebaut und noch zusätzliche Aspekte beschrieben werden sollen, muss je nach zukünftiger Ausrichtung von Themenfindung und Priorisierung diskutiert und festgelegt werden. Bei Durchführung weiterer Priorisierungsrunden sollte noch vor Durchführung der Hintergrundrecherchen überprüft werden, ob zu den vorgeschlagenen Themen bereits GÖG-interne relevante Studien existieren bzw. ob Arbeiten zu den entsprechenden Themen laufen, außerdem sollte die in Planung befindliche HTA-Datenbank für Österreich² sowie die EUnetHTA-Datenbank³ (in Aufbau) herangezogen werden.

² Im Rahmen der nationalen HTA-Strategie für Österreich wird im Jahr 2010 eine nationale HTA-Datenbank für Österreich eingeführt. Ziel der Datenbank ist es, sämtliche aus der öffentlichen Hand beauftragten HTA-Berichte einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, Transparenz zu gewährleisten und Doppelgleisigkeiten in der Erstellung von HTA-Berichten zu vermeiden.

³ Im Rahmen eines internationalen Projektes (EUnetHTA Joint Action) wird in den nächsten Jahren eine zentrale europäische HTA-Datenbank entstehen, wobei die GÖG/BIQG ebenfalls mitwirken wird. Zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten wird das EUnetHTA-Konzept bei der Umsetzung der nationalen HTA-Datenbank für Österreich berücksichtigt.

So könnten einerseits relevante Informationen schnell identifiziert und für die Hintergrundrecherchen verwendet werden, wenn die vorgeschlagene Fragestellung noch nicht in einem Projekt bearbeitet wird bzw. wurde. Andererseits könnten Doppelgleisigkeiten verhindert werden, indem jene Themenvorschläge von der Priorisierung ausgeschlossen werden, deren Fragestellungen bereits an der GÖG oder an anderen österreichischen HTA-Institutionen bearbeitet werden oder kürzlich bearbeitet wurden.

Um ökonomische Daten leichter und schneller verfügbar zu machen, wird vorgeschlagen, dass die BIQG-Koordinationsstelle eine Sammlung von Publikationen bzw. Quellenangaben zu Kostendaten anlegt, die für die Hintergrundrecherchen zu nutzen sind.

Problemfeld:	Abstimmung zwischen den Hintergrundrecherchen, den Priorisierungskriterien und dem Priorisierungsformular
---------------------	--

In der ersten Priorisierungsrunde fehlte bei einigen Themenvorschlägen teilweise die inhaltliche Abstimmung zwischen der Hintergrundrecherche, den Priorisierungskriterien und dem Priorisierungsformular.

Die Hintergrundrecherchen müssen weiter präzisiert und noch mehr mit dem Priorisierungsformular und den darin enthaltenen Priorisierungskriterien abgestimmt werden, sodass die Mitglieder der Priorisierungsgruppe die Priorisierung für das entsprechende Kriterium des vorliegenden Themas durchführen können (s. o.). Da die Themenvorschläge höchst unterschiedlich sind und verschiedene Interventionen oder Bereiche im Gesundheitswesen betreffen, sollte bei den Priorisierungskriterien im Priorisierungsformular genau beschrieben werden, was für die jeweilige Fragestellung zu bewerten ist (z. B. bei der Krankheitslast: Morbidität und/oder Mortalität und/oder Lebensqualität; beim Vergleich einer Intervention zwischen zwei Patientengruppen: Patientengruppe A und/oder B; bei den Kosten: derzeit anfallende Kosten einer Intervention und/oder Folgekosten). Dementsprechend sind auch die Hintergrundrecherchen aufzubereiten und mit Informationen zu füllen.

Problemfeld:	Priorisierungsmethode
---------------------	------------------------------

Die zukünftig angewandte Priorisierungsmethode hängt von der weiteren Ausrichtung des Projektes ab (vgl. Problemfeld Übernahme der Finanzierung) und kann erst nach Klärung dieses Problemfeldes definiert und festgelegt werden.

Prinzipiell bevorzugen beinahe alle Mitglieder der Priorisierungsgruppe keine andere Priorisierungsmethode als in der Pilotphase 2009, auch teamintern wird diese Meinung geteilt, jedoch sind gewisse Adaptionen und Verbesserungen notwendig.

Problemfeld:	Bewertungsdimensionen „Ausprägung des Kriteriums“ und „Relevanz des Kriteriums“
---------------------	--

Für einige Themenvorschläge lassen sich die Kriterien nicht oder nur schwer mit den Dimensionen Ausprägung und Relevanz bewerten bzw. werden sie im Vergleich zwischen den Themenvorschlägen unterschiedlich interpretiert.

Die Hintergrundrecherchen, die Priorisierungskriterien und das Priorisierungsformular müssen noch präziser aufeinander abgestimmt werden und alle relevanten Informationen für die Durchführung der Priorisierung enthalten (s. o.). Weiters sollten die Bewertungsdimensionen „Ausprägung“ und „Relevanz“ im Priorisierungsformular noch stärker konkretisiert und die Unterschiede noch deutlicher erklärt werden. Es muss auch geklärt werden, ob weitere Antwortmöglichkeiten, wie z. B. qualitative Antworten anstatt einer vierstufigen Bewertungsskala, für die Priorisierung einiger Kriterien eingeführt werden sollen. Ob die Ergänzung um weitere Kriterien die Durchführung der Priorisierung zukünftig erleichtern oder komplizierter gestalten würde, sollte diskutiert werden.

Problemfeld:	Angemessenheit der vierstufigen Bewertungsskalen
---------------------	---

Teilweise ergaben sich bei der Durchführung der Priorisierung einige Schwierigkeiten durch fehlende Abstufungen bei den vierstufigen Bewertungsskalen (von sehr hoher bis sehr geringer Ausprägung bzw. von unwichtiger bis sehr wichtiger Relevanz ohne Zwischenstufe).

Es sollte diskutiert werden, ob eine Zwischenstufe für die Bewertung eingeführt werden soll, z. B. mittlere Ausprägung bzw. mittlere Relevanz. Jedoch ist zu bedenken, dass es dann möglicherweise zu keinen klaren Bewertungen kommt, da bei Unsicherheit tendenziell die goldene Mitte gewählt wird.

Problemfeld:	Eignung der HTA-Arbeitsgruppe als Priorisierungsgruppe
---------------------	---

Aufgrund ihrer Größe erscheint die HTA-Arbeitsgruppe (sechs Mitglieder) als Priorisierungsgruppe zu klein; auch werden die ökonomischen Aspekte möglicherweise nicht ausreichend abgedeckt.

Mit den Auftraggebern muss geklärt und festgelegt werden, inwieweit und mit welchen Mitgliedern die Priorisierungsgruppe ergänzt werden könnte, wenn eine Priorisierung zukünftig durchgeführt wird.

Problemfeld:	Unvollständig ausgefüllte Priorisierungsformulare
---------------------	--

Bei der Auswertung der priorisierten Themen stellte sich heraus, dass einige Mitglieder der Priorisierungsgruppe nicht alle Felder im Priorisierungsformular ausgefüllt haben bzw. ausfüllen konnten. Bei der insgesamt kleinen Anzahl an Bewertungen (n = 6) führten die

fehlenden Werte zu einer Verzerrung der Reihung (Mittelwerte), und ein Thema musste nachträglich ausgeschlossen werden. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass nach Auswertung der Themen die Unterschiede der Mittelwerte oft nur sehr gering sind und eine Reihung nach zweiter Kommastelle erfolgt.

Notwendig ist eine Präzisierung von und eine Abstimmung zwischen den angeführten Informationen der Hintergrundrecherchen, den Priorisierungskriterien sowie dem Priorisierungsformular (vgl. Problemfeld und Lösungsvorschläge s. o.), sodass die Mitglieder der Priorisierungsgruppe jedes einzelne Kriterium eines vorgeschlagenen Themas mit den entsprechenden Bewertungsdimensionen priorisieren können. Jedoch könnten Themenvorschläge immer höchst unterschiedlich sein, die Hintergrundrecherchen nicht immer alle relevanten Informationen enthalten und die Mitglieder der Priorisierungsgruppe eventuell nicht für jeden Themenvorschlag die erforderliche Expertise aufweisen, sodass mit fehlenden Werten im Priorisierungsformular zu rechnen ist. Hierfür sollte festgelegt werden, wie mit den fehlenden Werten statistisch umgegangen wird. Bezüglich der eng beieinander liegenden Mittelwerte könnten die entsprechenden Themen zusammengefasst und die Reihung in Blöcken erfolgen.

Problemfeld:	Zu kurzer Bearbeitungszeitraum
---------------------	---------------------------------------

Der eingeplante Bearbeitungszeitraum von vier Wochen für die Durchführung der Priorisierung erschien einigen Mitgliedern der Priorisierungsgruppe nur teilweise ausreichend bzw. hängt stark von den eingegebenen Themen ab.

Der Bearbeitungszeitraum sollte sich nach der Anzahl der vorgeschlagenen Themen richten und könnte beispielsweise auf sechs Wochen ausgedehnt werden, wenn die Priorisierung für besonders viele Themen durchgeführt werden soll.

4 Literaturverzeichnis

BIQG (2008) Ministry of Health of the Republic of Lithuania:
Health Technology Assessment: Organisationsstrukturen in ausgewählten Ländern
und HTA-Aktivitäten in Österreich (Langfassung). Gesundheit Österreich GmbH /
Geschäftsbereich BIQG. Wien; <http://www.goeg.at/de/Bereich/Nationale-HTA-Strategie.html>

BIQG (2010):
Nationale HTA-Strategie. Version 1.0 2010. Gesundheit Österreich GmbH /
Geschäftsbereich BIQG. Wien (in Druck)

DIMDI (2007)
Health Technology Assessment. Präsentation vom 23. 1. 2007. Köln;
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/dimdi/public/downloadcenter/hta/>

Perleth, Matthias; Busse, Reinhard; Gerhardus, Ansgar; Gibis, Bernhard;
Lühmann, Dagmar (2008):
Health Technology Assessment: Konzepte, Methoden, Praxis
für Wissenschaft und Entscheidungsfindung. Berlin

5 Anhang

5.1 Priorisierungsformular

Abbildung 5.1: Themenpriorisierung im Excel-Formular

Thema:			
Fragestellung:			
Kriterium	Ausprägung	Relevanz	Kommentar
Größe der betroffenen Personengruppe			
Krankheitslast (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität)			
Kosten für das öffentliche Gesundheitssystem			
Öffentliches Interesse			
Ausmaß der Unsicherheit der angewandten Health Technology			
Wahrscheinlichkeit, dass HTA-Ergebnisse tatsächlich umgesetzt werden			
Auswirkungen der HTA-Ergebnisse			
Legende:			
Ausprägung des Kriteriums: Wie stark ist das jeweilige Kriterium ausgeprägt? Zum Beispiel: Ist die Größe der betroffenen Personengruppe sehr gering, gering, hoch, sehr hoch?			
Relevanz des Kriteriums: Wie wichtig bzw. bedeutsam ist das jeweilige Kriterium für das vorgeschlagene Thema? Zum Beispiel: Wird die Größe der betroffenen Personengruppe als unwichtig, weniger wichtig, wichtig oder sehr wichtig eingeschätzt?			

5.2 Mitglieder der HTA-Arbeitsgruppe

Tabelle 5.1: Mitglieder der HTA-Arbeitsgruppe (Priorisierungsrunde 2009)

Name	Organisation
Dr. Wolfgang Ecker	Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III, Abteilung A/2
Dr. Robert Schlögel	Bundesministerium für Gesundheit, Sektionsleitung Sektion II
Dr. Gottfried Endel	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Gesundheitsökonomie/Evidence based Health Care
Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
Prim. Dr. Manfred Freimüller	Galltal-Klinik, Medizinische Direktion
Dr. Alexandra Kofler	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK), Verwaltungsdirektion

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung (2010)

5.3 Ausgeschlossene Themen nach Erstselektion

Tabelle 5.2: Ausgeschlossene Themen nach Erstselektion durch das BIQG (Priorisierungsrunde 2009)

Thema	Ausbildungscurriculum zur Diagnostik- und Kosteneffizienz im Laborbereich
Fragestellungen:	• Wie kann mehr Kosten- und Diagnostikeffizienz in das Gesundheitssystem eingebracht werden? • Über welche Ausbildungsschiene könnte die Krankenkasse die optimale Kontrolle erreichen? • Welchen Inhalt soll eine neue „Zusatzausbildung“ haben, die Berater für Krankenkassen und Spitalserhalte an der Schnittstelle Arzt, Biomedizinischer Analytiker und Finanzierungstellen hervorbringt?
Ausschlussgrund	Fragestellungen sind in dieser Form zur Bearbeitung als HTA/QA nicht geeignet.
Thema	Endoprothesenregister
Fragestellungen	• Werden ausreichend Daten zur Epidemiologie erhoben (Alter, Geschlecht, Gewicht)? • Werden international übliche Fragestellungen berücksichtigt (Zementiertechnik, Infektionsrate, Zementtyp – mit Antibiotikum / ohne Antibiotikum)? • Wird das Minimal Data Set der EFORT eingesetzt? • Können auf Grundlage der bisherigen Datenerhebung überhaupt Outcome-Research-Fragen beantwortet und damit auch gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Entscheidungen getroffen werden?
Ausschlussgrund	Beantwortung der Fragestellungen im Rahmen eines HTA-Berichts wird vom BIQG als nicht sinnvoll erachtet.

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung (2010)

5.4 HTA-Themen nach Erstselektion

*Tabelle 5.3: HTA-Themen nach Erstselektion mit überarbeiteter Fragestellung
(Priorisierungsrunde 2009)*

Kurztitel	(Überarbeitete) Fragestellung
Mindestfrequenzen bei chirurgischen Eingriffen	• Führen Mindestfrequenzen bei chirurgischen Eingriffen zu besseren medizinischen Ergebnissen? Für welche Eingriffe liegt Literatur zu einer Mengen-Ergebnis-Beziehung vor? • Bei welchen chirurgischen Interventionen führen Mindestfrequenzen zu besseren medizinischen Ergebnissen, gemessen an jeweils adäquaten Endpunkten?
Stationäre vs. ambulante Rehabilitation	• Für welche Indikationen hat eine stationäre Rehabilitation einen evidenzbasierten Nutzen gegenüber einer ambulanten Rehabilitation? • Welche Qualitätskriterien müssen dabei beachtet werden? • Welche ökonomischen Konsequenzen aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive ergeben sich aus den evidenzbasierten medizinischen Empfehlungen?
Vergleichende Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen	• Wie ist der Vergleich vergleichende Effektivitätsforschung vs. systematische Übersichtsarbeiten zu bewerten? (Methodischer HTA-Bericht)
Wirksamkeit einer Infiltration mit Lokalanästhetikum und Kortison	• Wann besteht eine Indikation für eine Infiltration mit Lokalanästhetikum und Glukokortikoiden (z. B. Kortison) bei Patientinnen und Patienten mit Lumboischialgie? • Wie hoch ist die Effektivität dieses Verfahrens im Vergleich mit Placebo oder anderen Therapieoptionen? • In welchen Zeitabständen ist eine Infiltration sinnvoll? • Ist eine stationäre Aufnahme für die Therapieanwendung erforderlich? • Wie sieht das Kosten-Nutzen-Verhältnis dieser Therapieanwendung aus?
Instrumentierte Wirbelsäulenoperationen	• Wie hoch ist die Wirksamkeit von instrumentierten Wirbelsäulenoperationen im Langzeitverlauf und wie wirken sich diese auf die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten aus? • Bei welcher Schmerzintensität sollen instrumentierte Wirbelsäulenoperationen an Patientinnen und Patienten durchgeführt werden?

Kurztitel	(Überarbeitete) Fragestellung
Polypharmazie	• Wie häufig, evidenzbasiert und sicher ist eine Kombinations-therapie bei Polypharmazie bei Patienten älter als 60 Jahre? • Was sind die prioritären Handlungsfelder und wichtigsten evi- denzbasierten Maßnahmen für ein erfolgreiches Risikomanage- ment bei Polypharmazie?
Heim-Dialyse versus In-Center-Dialyse	Ökonomische Vollkostenanalyse von Heim-Dialyse-Verfahren im Vergleich zu In-Center-Dialyseverfahren: Welche Therapievariante ist unter der Voraussetzung der gleichen Qualitätsstandards das ökonomisch sinnvollere Verfahren?
HE4 als Screeningmarker	• Wie ist die Effektivität des Serummarkers HE4 (insbesondere im Vergleich zu CA 125, dem derzeitigen Goldstandard) für die Diagnose eines Ovarialkarzinoms (= Eierstockkrebs) zu beurtei- len? • Wie sind Effektivität und Effizienz der Einführung eines Scree- ningprogramms für das Ovarialkarzinom bei über 50-jährigen Frauen in Österreich zu beurteilen?
Outcome-Unterschiede Hüftendoprothetik	• Welche Unterschiede im Outcome (Haltbarkeit, Morbidität, Rehabilitationsdauer, unerwünschte Nebenwirkungen, Lebens- qualität) lassen sich für gängige Therapieverfahren (zementierte, unzementierte, teilzementierte Prothesen) im Rahmen der Hüft- endoprothetik feststellen? • Welche ökonomischen Anreize gibt es in Österreich, sich für eine bestimmte Therapiealternative zu entscheiden?
Fissurenversiegelungen	• Sind Fissurenversiegelungen bzw. unter welchen Rahmenbedin- gungen sind Fissurenversiegelungen eine effektive Kariesprophy- laxe bei Kindern und Jugendlichen? (Barrow 2006, Ahovuo- Saloranta 2009) • Sind Fissurenversiegelungen auf bleibenden Molaren eine kosteneffektive Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen mit besonderem Kariesrisiko? • Welche Haltbarkeits- und Effektivitätsunterschiede zeigen ver- schiedene Materialien für Fissurenversiegelung (Yengopal 2009)? Wie sind Fissurenversiegelungen im Vergleich zu Fluoridlack- Applikationen zu beurteilen (Hiiri 2006)? Welche Ausbildungsvor- aussetzungen und Prozessschritte sind bei Fissurenversiegelung zu beachten (Welbury 2004)?
Osteoporose	• Wie ist die Wirksamkeit von Milchprodukten hinsichtlich der Prävention von Osteoporose? • Wie wirksam sind Milchprodukte als begleitende Medikation (Komedikation) bei Osteopenie/Osteoporose?

Kurztitel	(Überarbeitete) Fragestellung
ADHS-Therapie	Wie ist die Effektivität der unterschiedlichen Behandlungsmethoden (Therapiekonzepte) bei ADHS bei Kindern und Jugendlichen zu beurteilen? Welche Diagnosemethoden erlauben eine/die bestmögliche Therapie?
Kaiserschnitt vs. normale Geburt	• Welche (klinischen und ökonomischen) Vor- und Nachteile gibt es bei der normalen Geburt im Vergleich zum Kaiserschnitt? Unter welchen Voraussetzungen können die Geburtsmethoden verglichen werden? • Wie hoch sind die aktuellen Kaiserschnittraten in Österreich und den einzelnen Bundesländern bzw. wie entwickeln sich die Kaiserschnittraten in Österreich und in der EU?
Risiken von Protonenpumpenhemmern	Wie ist die Sicherheit (Nebenwirkungen, Wechselwirkungen) von Protonenpumpenhemmern (Protonenpumpeninhibitoren, PPI) unter Berücksichtigung von Dosierung, Einnahmedauer, Risikogruppen und Verschreibungspraxis (Über- und Fehlversorgung?) einzuschätzen?
Therapie von Pseudarthrosen	• Wie ist die Effektivität der unterschiedlichen Behandlungsmethoden (chirurgische Reoperation versus extrakorporale Stoßwellentherapie) bei Pseudarthrosen zu bewerten? • Welche Auswirkungen hat die Anwendung der extrakorporalen Stoßwellentherapie auf die Lebensqualität der betroffenen Patienten? • Wie ist die Kosteneffizienz der extrakorporalen Stoßwellentherapie zu bewerten?

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung (2010)

5.5 Fragebogen zur externen Evaluierung

Gesundheit Österreich GMBH GESCHÄFTSBEREICH BIQG



Fragebogen zur Evaluierung der ersten Priorisierungsrunde der HTA-Themenvorschläge

Sehr geehrte Damen und Herren der HTA-Arbeitsgruppe!

Vor einigen Wochen startete die erste Priorisierungsrunde durch Sie, die HTA-Arbeitsgruppe, für jene 15 Themen, die im Online-Eingabeformular bis 30. September 2009 vorgeschlagen und durch das BIQG im Rahmen einer Hintergrundrecherche aufbereitet wurden.

Wir freuen uns sehr, dass bereits einige Priorisierungsformulare bei uns eingetroffen sind, und bitten jene, die das Formular noch nicht zurückgeschickt haben, dies so schnell wie möglich zu tun, um mit der Auswertung der Priorisierung beginnen zu können.

Da der angewandte Priorisierungsprozess als Pilotprojekt durchgeführt wird, können wir die gewonnenen Erkenntnisse für die zukünftige Ausrichtung der HTA-Themenfindung und -priorisierung in besonderem Maße berücksichtigen.

Um die Stärken und Schwächen des angewandten Priorisierungsprozesses aus Anwendersicht identifizieren zu können, benötigen wir Ihre Rückmeldungen. Mit dem vorliegenden Fragebogen lassen sich Ihre Erfahrungen und mögliche Verbesserungsvorschläge strukturiert erfassen. Wir ersuchen Sie daher, die folgenden Fragen vollständig zu bearbeiten. Bitte nutzen Sie auch die Möglichkeit zu den freitextlichen Anmerkungen.

Diese Befragung ist nicht anonym. Wir versichern Ihnen jedoch, dass Ihre Rückmeldungen vertraulich behandelt werden. Für etwaige Rückfragen unsererseits ersuchen wir Sie um Angabe Ihrer Kontaktdaten. Sollten Sie Fragen an uns haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung. Bitte beantworten Sie den Fragebogen elektronisch, und retournieren Sie diesen bis 22. Dezember 2009 via E-Mail an:

Mag. (FH) Daniela Pertl oder **Dr. Alexander Eisenmann**

Gesundheit Österreich GmbH

Stubenring 6, 1010 Wien

T: +43 1 515 61, DW 305 bzw. DW 143

F: +43 1 513 84 72

daniela.pertl@goeg.at bzw. alexander.eisenmann@goeg.at

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kontaktdaten

Bitte geben Sie hier Ihre Kontaktdaten an:

Name:

Institut:

E-Mail:

Tel.:

Hintergrundrecherchen

Ja

**Teil-
weise**

Nein

1. Sind die Hintergrundrecherchen verständlich?

☐☐☐

► Wenn „nein“ oder „teilweise“ angekreuzt:

Was war in den Hintergrundrecherchen unverständlich?

2. Sind die Hintergrundrecherchen für die Durchführung der Priorisierung hilfreich?

☐☐☐

► Wenn „nein“ oder „teilweise“ angekreuzt:

Warum nicht?

3. Sind die Hintergrundrecherchen ausführlich genug beschrieben?

☐☐☐

► Wenn „nein“ oder „teilweise“ angekreuzt:

Fehlen in den Hintergrundrecherchen Informationen, die für die Priorisierung erforderlich wären?

Sonstige Anmerkungen oder Anregungen zu den Hintergrundrecherchen:

Kriterien	Ja	Teil- weise	Nein
4. Sind die einzelnen Priorisierungskriterien (siehe Beilage) verständlich erklärt? ► Wenn „teilweise“ oder „nein“ angekreuzt: Welche Kriterien sind nicht ausreichend verständlich?	☐	☐	☐
5. Fehlen aus Ihrer Sicht wichtige zusätzliche Priorisierungskriterien? ► Wenn „ja“ oder „teilweise“ angekreuzt: Welche Kriterien fehlen?	☐	☐	☐
Sonstige Anmerkungen oder Anregungen zu den Priorisierungskriterien:			

Priorisierungsmethode	Ja	Teil- weise	Nein
6. Sind die beiden Bewertungsdimensionen „Ausprägung des Kriteriums“ und „Relevanz des Kriteriums“ verständlich? ► Wenn „teilweise“ oder „nein“ angekreuzt: Was schlagen Sie vor, um die beiden Bewertungsdimensionen besser verständlich zu machen?	☐	☐	☐
7. Ist die Bewertung der Kriterien nach „Ausprägung“ und „Relevanz“ für den Priorisierungsprozess geeignet? ► Wenn „teilweise“ oder „nein“ angekreuzt: Warum ist die Bewertung der Kriterien nach „Ausprägung“ und „Relevanz“ nicht bzw. nur teilweise geeignet?	☐	☐	☐

Fortsetzung Priorisierungsmethode	Ja	Teil- weise	Nein
8. Sind die vierstufigen Bewertungsskalen (bei Ausprägung: „sehr gering“ bis „sehr hoch“; bei Relevanz: „unwichtig“ bis „sehr wichtig“) angemessen? ► Wenn „teilweise“ oder „nein“ angekreuzt: Welche andere Bewertungsskala halten Sie für angemessen?	☐	☐	☐
9. Würden Sie eine andere Priorisierungsmethode bevorzugen? ► Wenn „ja“ oder „teilweise“ angekreuzt: Welche andere Priorisierungsmethode würden Sie vorschlagen?	☐	☐	☐
Sonstige Anmerkungen oder Anregungen zur Priorisierungsmethode:			

Sonstiges	Ja	Teil- weise	Nein
10. Ist das Excel-File übersichtlich gestaltet (Layout, Platz für Anmerkungen, Freitexte etc.)? ► Wenn „teilweise“ oder „nein“ angekreuzt: Was sollte verbessert werden?	☐	☐	☐
11. Wie hoch war der Zeitaufwand für die Priorisierung der gesamten 15 Themenvorschläge? Stunden			
12. War der eingeplante Bearbeitungszeitraum von vier Wochen für die Durchführung der Priorisierung ausreichend? ► Wenn „teilweise“ oder „nein“ angekreuzt: Welcher Bearbeitungszeitraum erscheint Ihnen angemessen?	☐	☐	☐

<i>Fortsetzung Sonstiges</i>
13. Welche Schwierigkeiten gab es bei der Priorisierung?
14. Wo sehen Sie im Priorisierungsprozess Verbesserungsmöglichkeiten?
Sonstige Anmerkungen oder Anregungen:

5.6 Zusammenfassung der externen Evaluierung

Auf den folgenden Seiten werden die wichtigsten Aussagen der externen Analyse der Pilotphase 2009 zusammengefasst. Daraus abgeleitete Problemfelder finden sich wieder im Kapitel 3.1 Identifizierte Problemfelder und damit verbundene Verbesserungsvorschläge.

5.6.1 Hintergrundrecherchen

Für jene fünf Mitglieder der Priorisierungsgruppe, die den Fragebogen ausfüllten, waren die **Hintergrundrecherchen** verständlich und für die Durchführung der Priorisierung hilfreich. Weiters konnten vier von fünf Mitglieder der Priorisierungsgruppe nur teilweise zustimmen, dass die Hintergrundrecherchen ausführlich genug beschrieben sind. Sie gaben an, dass teilweise eine Präzisierung der Hintergrundrecherchen notwendig gewesen wäre, z. B. Ergänzungen im Bereich Epidemiologie (Häufigkeit), genauere Erklärung bzw. Präzisierung der Indikation, zum Teil auch, um die Priorisierung für das entsprechende Kriterium des vorliegenden Themas durchführen zu können. Weiters wird angemerkt, dass feststehende bzw. geplante Kostenträger in den Hintergrundrecherchen angemerkt werden könnten (eine Nennung) bzw. dass mehr ökonomische Daten hilfreich wären (eine Nennung).

5.6.2 Priorisierungskriterien

Im Themenbereich Kriterien liegen die Meinungen der Mitglieder der Priorisierungsgruppe auseinander. Bezüglich der verständlichen Erklärung der **Priorisierungskriterien** können drei der Mitglieder zustimmen, zwei weitere Mitglieder nur teilweise zustimmen. Für ein Priorisierungsmitglied sind die Bewertungsdimensionen „Ausprägung“ und „Relevanz“ für die beiden Kriterien „Wahrscheinlichkeit, dass HTA-Ergebnisse tatsächlich umgesetzt werden“ und „Auswirkungen der HTA-Ergebnisse“ nicht passend. Es wird vorgeschlagen, dass für diese beiden Kriterien nur eine qualitative Antwort abgegeben werden sollte. Ein weiteres Priorisierungsmitglied merkt an, dass grundsätzlich für einige Themenvorschläge die Kriterien nicht oder nur schwer mit den Dimensionen „Ausprägung“ und „Relevanz“ bewertet werden können. Da die Themenvorschläge höchst unterschiedlich sind und verschiedene Interventionen oder Bereiche im Gesundheitswesen betreffen, sollte bei den Kriterien beschrieben werden, was für die jeweilige Fragestellung heranzuziehen ist (z. B. bei der Krankheitslast: Morbidität, Mortalität und/oder Lebensqualität; beim Vergleich einer Intervention zwischen zwei Patientengruppen, welche Patientengruppe herangezogen werden soll; bei den Kosten, ob längerfristige Einsparungen berücksichtigt werden sollen usw.).

Weiters fehlen für zwei von fünf Mitgliedern der Priorisierungsgruppe wichtige Priorisierungskriterien, und zwar die politische bzw. die Public-Health-Sicht, beispielsweise für Gesundheitsziele (eine Nennung), sowie ein Kriterium zur Bewertung von Forschungs- und Entwicklungsaspekten (eine Nennung). Den anderen drei Mitgliedern der Priorisierungsgruppe fehlen keine weiteren Kriterien.

5.6.3 Priorisierungsmethode

Auch im Themenbereich der **Priorisierungsmethode** sind die Meinungen der Mitglieder der Priorisierungsgruppe unterschiedlich. So sind die beiden **Bewertungsdimensionen** „Ausprägung des Kriteriums“ und „Relevanz des Kriteriums“ nur für zwei Personen vollkommen verständlich, für drei weitere nur teilweise verständlich. Dies wird so begründet, dass es schwierig ist, die Bewertungsdimensionen bei mehreren Fragen immer gleich zu interpretieren, bzw. dass diese Bewertungsdimensionen bei einigen Fragen nicht anwendbar sind und eventuell weitere Antwortmöglichkeiten eingeführt werden sollten. Weiters wird vorgeschlagen, die Bewertungsdimension „Ausprägung“ besser zu konkretisieren. Bezüglich der Bewertung der Kriterien nach „Ausprägung“ und „Relevanz“ besteht bei vier Mitgliedern Einigkeit, dass diese Art der Bewertung für den Priorisierungsprozess geeignet ist. Eine Person stimmt nur teilweise zu, da „Ausprägung“ und „Relevanz“ nicht immer beurteilbar sind.

Die Fragestellung zur Angemessenheit der vierstufigen **Bewertungsskalen** wurde von drei Mitgliedern der Priorisierungsgruppe mit „Ja“ und von zwei mit „Nein“ beantwortet. Begründet wurde dies damit, dass bei manchen Themen die Entscheidung zwischen sehr hoher und sehr geringer Ausprägung bzw. unwichtiger bis sehr wichtiger Relevanz schwierig sei und daher die Einführung einer Zwischenstufe sinnvoll erscheine. Weiters wird die Einführung eines Schulnotensystems vorgeschlagen (eine Nennung).

Die Frage „Würden Sie eine **andere Priorisierungsmethode** bevorzugen?“ wurde von vier Mitgliedern der Priorisierungsgruppe verneint und von einer Person mit „Ja“ beantwortet. Diese Person schlägt vor, dass die Vorinformation erweitert werden soll, beispielsweise durch Nennung der themeneingebenden Person, sodass keine Anonymität vorliegt. Weiters sollte die Reihung der priorisierten Themen erst nach einer gemeinsamen Besprechung und Beratung der Mitglieder der Priorisierungsgruppe erfolgen.

Eine Person gab im Anmerkungsfeld an, dass es für das Kriterium „Wahrscheinlichkeit, dass HTA-Ergebnisse tatsächlich umgesetzt werden“ schwierig sei, die Bewertungsdimensionen sowie das Ausmaß zu beurteilen. Eine weitere Person schlug vor, dass Themenvorschläge, bei denen essenzielle Voraussetzungen wie Studien fehlen, von der Priorisierung ausgeschlossen werden sollten.

5.6.4 Sonstiges

Für den Großteil der Mitglieder der Priorisierungsgruppe ist das **Excel-File** zur Durchführung der Priorisierung übersichtlich gestaltet (vier Nennungen), zur Verbesserung der Bedienungsfreundlichkeit sollte jedoch der Schreibschutz aufgehoben werden, um für Freitexte im Kommentarfeld selbst Formatierungen durchführen zu können. Der **Zeitaufwand** für die Priorisierung der gesamten 15 Themenvorschläge lag zwischen zwei und vier Stunden bzw. wurde teilweise nicht genau beobachtet. Der **eing geplante Bearbeitungszeitraum** von vier Wochen für die Durchführung der Priorisierung erschien für zwei Mitglieder der Priorisierungsgruppe ausreichend, für drei Mitglieder nur teilweise ausreichend. Für ein Mitglied hängt dies sehr stark von den eingegebenen Themen ab; ein Mitglied würde sich eine

Verlängerung auf sechs Wochen wünschen, um das Wissen zu einzelnen Themen noch vertiefen zu können; und für ein weiteres Mitglied erscheint ein Bearbeitungszeitraum von zwei Monaten angemessen, um auch eigene Recherchen durchführen zu können. Bezüglich der **Schwierigkeiten**, die bei der Priorisierung aufgetreten sind, wurde angegeben, dass manche Fragen aufgrund der Hintergrundinformationen nicht beantwortbar waren und sich die Bewertungsdimensionen „Ausprägung“ und „Relevanz“ nur schwer abgrenzen lassen (s. o.). Weiters ergaben sich für ein Priorisierungsmitglied teilweise Schwierigkeiten bei der Bewertung der Themen durch fehlende Abstufungen bei den Bewertungsskalen (s. o.). Als **Verbesserungsmöglichkeiten** wurde genannt, dass eine Kontrolle durchgeführt werden sollte, ob die Fragestellungen mit den Hintergrundrecherchen beantwortbar sind, z. B. bei dem Kriterium der Krankheitslast. Weiters wurde vermerkt, dass weniger Themen einer Priorisierung unterzogen werden sollten. Ein Mitglied merkte an, dass der Prozess der Priorisierung eine Verbesserung der bislang üblichen Vorgangsweise darstellt (bisher wurden Themen ohne Themenfindungs- und Priorisierungsprozess beauftragt).

5.7 Interne Analyse der Pilotphase 2009

Auf den folgenden Seiten werden die wichtigsten Aussagen der internen Analyse der Pilotphase 2009 beschrieben. Daraus zusammengefasste Problemfelder finden sich im Kapitel 3.1 Identifizierte Problemfelder und damit verbundene Verbesserungsvorschläge wieder.

5.7.1 Online-Eingabeformular

Die Rücklaufquote der eingegebenen Themenvorschläge von insgesamt 15 Stück wird vom QWi-Team als sehr zufriedenstellend eingestuft. Im August und September 2009 wurde zwecks Bewerbung per E-Mail-Aussendung ein großer Empfängerkreis auf die Möglichkeit der Themeneingabe in das Online-Eingabeformular aufmerksam gemacht. Insgesamt wurden rund 230 Stakeholder im Gesundheitswesen kontaktiert (Gebietskrankenkassen, BGK, BMG, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, UAG-Q, Ärztekammer, Selbsthilfegruppen, Patientenanwaltschaften). Obwohl die Aussendung an eine ausgewählte Zielgruppe gerichtet war, erfolgten nur wenige Themenvorschläge von relevanten Entscheidungsträgern, und die Relevanz der Themeneingaben ist eher gering einzustufen.

Sowohl die Durchführung von einer als auch von zwei Priorisierungsrunden pro Jahr erscheint einzelnen Teammitgliedern sinnvoll, hängt jedoch stark von der zukünftigen Ausrichtung und den Rahmenbedingungen der HTA-Themenfindung und Priorisierung ab. Bei Durchführung einer Priorisierungsrunde pro Jahr wäre darauf zu achten, dass der Zeitpunkt für das Schließen des Online-Eingabeformulars rechtzeitig erfolgt (Sommer), um ausreichende Zeitreserven für die Durchführung der Hintergrundrecherchen, der Priorisierung, Auswertung sowie Erstellung des Arbeitsprogramms zur Verfügung zu haben.

Im Online-Eingabeformular sollen keine zusätzlichen Fragen gestellt und auch keine gestrichen werden. Für jene Themenvorschläge, deren inhaltliche Angaben fragwürdig erscheinen, soll der Prozessablauf ebenso wie für alle anderen vorgeschlagenen Themen erfolgen.

Durch die Hintergrundrecherche sowie die Priorisierung kann eine unabhängige Bewertung der Themen gewährleistet werden.

Im Jahr 2009 meldeten sich rund 25 Personen bei den Teammitgliedern des QWi, um Auskünfte in Bezug auf die Eingabemöglichkeit zu bekommen. Probleme und Anfragen von themeneingebenden Personen gab es in Bezug auf den passwortgeschützten Log-in-Bereich. Wie viele Nutzer insgesamt von diesem Problem betroffen waren, ließ sich leider nicht vollständig aufklären, da sich nur fünf telefonisch beim QWi-Team meldeten, mögliche andere jedoch nicht. Vier Verdachtsfälle, die sich telefonisch nicht meldeten, wurden durch das QWi-Team kontaktiert und über das Problem informiert. Weiters wurde der passwortgeschützte Zugang generell als zu aufwendig und umständlich kritisiert. Eine weitere Problematik lag darin, dass für 13 Themen lediglich der Kurztitel im Online-Formular vorgeschlagen wurde und nach Rückfrage mit den verantwortlichen Personen nur zwei Themen vollständig nachgereicht wurden (mit Angabe der genauen Fragestellung, der betroffenen Personengruppe, der Relevanz, der Dringlichkeit und der möglichen Evidenz). Die restlichen Themen wurden ausgeschlossen bzw. wurde mit einigen Themeneingebenden vereinbart, dass die Themen bei der nächsten Priorisierungsrunde finalisiert werden. Von sechs Anrufern erfolgten in Bezug auf das Online-Eingabeformular konkrete positive Rückmeldungen, dass diese Möglichkeit nun angeboten wird.

5.7.2 Hintergrundrecherche

Für insgesamt 15 Themenvorschläge wurden Hintergrundrecherchen durchgeführt. Insgesamt sechs Personen aus dem QWi-Team recherchierten jeweils ca. drei Themen, der durchschnittliche Zeitaufwand zur Erstellung einer Hintergrundrecherche belief sich auf fünfeinhalb Stunden. Da die vorgeschlagenen Themen höchst unterschiedliche Bereiche im Gesundheitswesen betrafen und zudem für die Durchführung der Hintergrundrecherche nur begrenzte Zeitressourcen zur Verfügung standen, erwies sich diese Aufgabe teilweise als sehr schwierig. Vor allem zu ökonomischen Daten wurden in der kurzen Zeit wenige Informationen gefunden.

Ob die Hintergrundrecherchen weiter ausgebaut und noch zusätzliche Aspekte beschrieben werden sollen, hängt von der zukünftigen Ausrichtung der Themenfindung und Priorisierung ab. In jedem Fall erscheint es vor Durchführung der Hintergrundrecherchen sinnvoll, sich GÖG-intern zu informieren, ob zu vorgeschlagenen Themen bereits relevante Studien existieren, um diese ggf. schneller zu identifizieren und bereits vor der Priorisierung auszuschließen. Wenn eine umfassende Priorisierung weiterhin durchgeführt werden soll, muss diskutiert werden, ob Hintergrundrecherchen zusätzlich eine grobe inhaltliche Beurteilung der verfügbaren Evidenz beinhalten sollen. Wird beispielsweise zukünftig eine Themensammlung (Minimalvariante der Priorisierung) durchgeführt, sollte die Literaturrecherche nach vorhandenen HTA-Berichten weiter ausgebaut, die Fragestellung noch stärker konkretisiert und unpassende Themen sollten stärker aussortiert werden. In jedem Fall ist der Zeitaufwand für die Bearbeitung der Hintergrundrecherchen zu berücksichtigen und anzupassen.

5.7.3 Organisation des Themenfindungs- und Priorisierungsprozesses

Der Arbeits- und Ressourcenaufwand für die Planung, Organisation und Umsetzung der Pilotphase zur Themenfindung und Priorisierung ist für das Jahr 2009 als hoch zu bewerten. Es wurde ein aufwendiger Prozess entwickelt, jedoch konnten maßgebliche Punkte noch nicht abgeklärt werden. Wird zukünftig ein umfassendes Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren (angelehnt an die Pilotphase 2009) durchgeführt, wird der organisatorische Arbeitsaufwand geringer eingeschätzt, da das Online-Formular bereits fertiggestellt ist, die Prozessabläufe definiert sind und schon Erfahrungen bei der Organisation der Priorisierung gesammelt werden konnten. Trotzdem kann es für zukünftige Jahre erforderlich sein, die Prozessabläufe zu adaptieren und weiterzuentwickeln.

5.7.4 Priorisierungsmethode

Prinzipiell hält das QWi-Team die gewählte Priorisierungsmethode für geeignet (Excel-Formular, Einzelpriorisierung, Kriterien, Berechnungsmethode). Sollte die Finanzierung der Beauftragung priorisierter Themen nicht gesichert werden können, sollte der Themenfindungs- und Priorisierungsprozess stark verkürzt werden.

Bei Fortbestehen eines umfassenden Priorisierungsverfahren ist mit der Priorisierungsgruppe zu klären, ob die Einzelpriorisierung eventuell noch mit weiteren Tools ergänzt wird und/oder ob zusätzliche Priorisierungsmethoden wie Diskussionsrunden etc. ergänzt werden. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass die Hintergrundrecherchen mit dem Priorisierungsformular abgestimmt und ausreichend präzisiert sind, um den Mitgliedern der Priorisierungsgruppe alle wichtigen Informationen für die Bewertung der vorgeschlagenen Themen liefern zu können.

Für die Priorisierung im Rahmen der Pilotphase wurde die HTA-Arbeitsgruppe mit insgesamt sechs Mitgliedern herangezogen. Statistisch betrachtet würde eine größere Priorisierungsgruppe vorteilhafter und die Ergebnisse aussagekräftiger sein. Eine Erweiterung der Priorisierungsgruppe erscheint dem QWi-Team daher sinnvoll und notwendig. Wie sich in der bisherigen Entwicklung zeigte, haben zwar alle sechs Mitglieder die Priorisierung durchgeführt, jedoch verfügen sie über keine bzw. geringe Entscheidungsbefugnis bzw. Umsetzungskraft bzgl. der Beauftragung dieser Themen an die GÖG/BIQG. Des Weiteren fehlen Experten in Bezug auf Ökonomie und Public Health in der Priorisierungsgruppe.

5.7.5 Auswertung der priorisierten Themen

Bei der Auswertung der priorisierten Themen wurde festgestellt, dass einige Mitglieder der Priorisierungsgruppe nicht alle Felder im Priorisierungsformular ausgefüllt haben bzw. ausfüllen konnten, z. B. wurden Kriterien entweder gar nicht oder nur unvollständig bewertet. Die Folge ist, dass bei der insgesamt kleinen Anzahl an Bewertungen ($n = 6$) die fehlenden

Werte zu einer Verzerrung der Reihung (Mittelwerte) führen können und dass Themen nachträglich ausgeschlossen werden müssen. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass nach Auswertung der Themen die Unterschiede der Mittelwerte oft nur sehr gering sind und eine Reihung nach zweiter Kommastelle erfolgt. Natürlich ist zwischen diesen Themen kaum ein Unterschied zu identifizieren. Auch die Handhabung bzw. Bewertung der von den Mitgliedern der Priorisierungsgruppe eingegebenen Freitexte im Priorisierungsformular muss zukünftig geregelt werden.