



**Bericht über die Stakeholder-Konsultation
zum Assessmentbericht zu:
“Knee arthroscopy for the treatment of
degenerative changes”**

Dieses Dokument bietet eine Übersicht aller erhaltenen Antworten der Stakeholder-Konsultation mit jeweiliger Stellungnahme von Autoren-Team und BAG, sowie der implementierten Anpassungen im Assessment-Bericht.

Zusammengefasst von: Dorota Zglinski, Sektion ML

Datum: 4. Juli 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Zur Konsultation eingeladene Stakeholder	3
3	Zusammenfassung und Diskussion der Stellungnahmen	4
3.1	Struktur Assessmentbericht	4
3.2	Verständnis allgemein.....	4
3.3	Fragestellung (Scoping-Bericht).....	4
3.4	Klinische Wirksamkeit und Sicherheit – Methoden und Resultate.....	5
3.5	Kosteneffektivität.....	5
3.6	Budget Impact – Methoden und Resultate.....	5
3.7	Ergebnis des Assessments.....	6
3.8	Schlussfolgerung (Conclusion)	6
4	Übersicht der am Assessmentbericht vorgenommenen Anpassungen	7
5	Tabellarische Aufstellung der restlichen Stakeholderkommentare und Würdigung durch das Assessmentteam/BAG	9

1 Ausgangslage

Im November 2015 wurde das SMB damit beauftragt, eine Übersicht zur quantitativen und qualitativen Anwendung der Kniearthroskopien in der Schweiz durchzuführen. Basierend auf den Erkenntnissen dieser Analyse, wurde im November 2016 der Auftrag für die Festlegung der Fragestellung für einen Assessmentbericht (= Scoping-Bericht) gegeben. Der fertige Scoping-Bericht – inklusive Input aus der Stakeholder-Konsultation – lag Mitte Mai 2017 vor. Von Mai 2017 bis Mai 2018 wurde das Assessment anhand der im Scoping-Bericht definierten Fragen durchgeführt.

Das SMB hat sowohl für die Erstellung der Voranalyse, wie auch für den Assessmentbericht das Basler Institut für klinische Epidemiologie und Biostatistik (CEB) beauftragt, welches mit dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI), Zürich zusammenarbeitete. Ab dem Beginn der Erstellung des Scoping-Berichts wurde der Prozess von einer Reviewer-Gruppe begleitet. In dieser Gruppe sind Experten der Orthopädie (1), Rheumatologie (1), Gesundheitsökonomie (1), Epidemiologie (1) sowie das BAG durch die Projektleiterin vertreten.

Eine erste Version des Assessmentberichts wurde am 7. Mai 2018 den Stakeholdern zur Konsultation gegeben. Die Rückmeldungen wurden ausgewertet und flossen in die Überarbeitung des Assessmentberichts ein.

Die vorliegende Zusammenfassung gibt eine Übersicht über die wesentlichen Antworten des Assessmentteams auf die Stellungnahmen aus der Stakeholder-Konsultation und dokumentiert die aufgrund der Stellungnahmen gemachten Anpassungen am Assessmentbericht. Die überarbeitete Fassung des Assessmentberichts wird zeitgleich mit dieser Zusammenfassung wie bereits der Scoping-Bericht auf der Internetseite des BAG publiziert¹:

2 Zur Konsultation eingeladene Stakeholder

- Associazione Consumatrici e Consumatori della Svizzera Italiana (ACSI)
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)
- curafutura, Die innovativen Krankenversicherer
- Dachverband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh)
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
- Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH)
- Fédération romande des consommateurs (FRC)
- H+, Die Spitäler der Schweiz
- Interpharma, Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz
- Medizinaltarif-Kommission UVG
- pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
- Preisüberwachung
- santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
- Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV)
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK)
- SPO Patientenschutz, Geschäftsstelle
- Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)
- SWISS MEDTECH, Schweizer Medizintechnikverband (ehemals FASMED)
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

¹ Zu finden auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Bezeichnung der Leistungen > Re-Evaluation von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – HTA > Scoping-Berichte > Kniearthroskopie zur Behandlung von degenerativen Veränderungen (2015)

- Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS)

Substanzielle Rückmeldungen erfolgten von 3 Stakeholdern: santésuisse, swiss orthopaedics und H+. Swiss Medtech antwortete, dass sie keine Bemerkungen hätte.

3 Zusammenfassung und Diskussion der Stellungnahmen

Alle Stellungnahmen der Stakeholder sind zusammen mit den konsolidierten Antworten des Assessmentteams und des BAG in «Kapitel 4 Übersicht der am Assessmentbericht vorgenommenen Anpassungen» und «Kapitel 5 Tabellarische Aufstellung der restlichen Stakeholderkommentare und Würdigung durch das Assessmentteam/BAG» im Wortlaut wiedergegeben. Auf zentrale Aspekte der Rückmeldungen wird im Folgenden zusammenfassend eingegangen.

3.1 Struktur Assessmentbericht

Berücksichtigte Kommentare: 4, 10, 18, 23

Ein HTA Assessment ist eine wissenschaftliche Abhandlung mit vorgegebener Struktur, die international zur Anwendung kommt. Die vorliegende Darstellung der Ergebnisse entspricht dieser Standarddarstellung für HTA-Berichte. Dazu gehört die Trennung der Methodik von den Resultaten und der Diskussion der Resultate. Der Assessmentbericht ist in Englisch verfasst, weil dies die internationale Sprache der Wissenschaft ist. Jede Übersetzung steigert das Risiko eines Verlustes an Präzision und Richtigkeit. Die HTA-Berichte sind ausserdem auch für den internationalen Gebrauch vorgesehen. Für die endgültige Fassung wurde die ausführliche Zusammenfassung auf Deutsch und Französisch übersetzt. Eine Zusammenfassung für Laien ist keine vorgesehen.

3.2 Verständnis allgemein

Berücksichtigte Kommentare: 8, 16, 18, 21, 28, 29, 30, 32, 34, 37, 38, 40, 41, 44, 45, 46, 52, 53

Um die Lesbarkeit zu verbessern, wurden an gewissen Stellen zusätzliche Verweise eingefügt oder Informationen ergänzt, die das Verständnis vereinfachen, bzw. gemachte Aussagen belegen. Insgesamt erfolgten sechs kleinere und grössere textliche Anpassungen.

3.3 Fragestellung (Scoping-Bericht)

Berücksichtigte Kommentare: 4, 5, 6, 7, 13, 14, 19, 29, 30, 31, 48, 51, 52, 55

Ein HTA-Bericht dient der Darstellung der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz zu einer Technologie. Die zentrale Forschungsfrage inklusive der Methodik ist im Scoping-Bericht formuliert (einsehbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/re-evaluation-hta/scoping-berichte.html>). Der Scoping-Bericht zum vorliegenden Assessment wurde im Frühjahr 2017 durch Experten und Assessmentteam erarbeitet. Das Feedback der Stakeholder wurde in der endgültigen Fassung berücksichtigt. Im Scoping-Bericht wurden die Sogenannten PICO's definiert. Es handelt sich um Ein- und Ausschlusskriterien, die folgende Parameter genau eingrenzen: **P**opulation, die untersucht werden soll, **I**ntervention (= Eingriff, Therapie), **C**omparator (= Vergleichsintervention) und das **O**utcome (= Ergebnis der Intervention). Eine zu spezifische Definition der PICO's führt oft nur zum Ausschluss potentiell relevanter Studien. Die Definition der Ein- und Ausschlusskriterien stellt also immer einen Kompromiss dar, der unter anderem auch von der verfügbaren Zeit und vom Budget beeinflusst wird. Im Methodik-Teil des Scoping-Berichts wird das Vorgehen festgelegt, wie z.B. die Art der gesuchten Literatur und der zu untersuchende Zeitraum. Der Scoping-Bericht ist für das Assessmentteam bindend. Bemerkungen, die diesen Bericht hinterfragen, werden in der vorliegenden Zusammenfassung der Rückmeldungen der Stakeholder nicht weiter kommentiert.

Nach der Erstellung des HTA-Assessmentberichts erfolgt das Appraisal, wobei basierend auf den Erkenntnissen des Assessments eine Neubewertung der untersuchten Technologie stattfindet. Erst in dieser Phase können z.B. Entscheide zur Vergütung oder deren Einschränkung erfolgen.

3.4 Klinische Wirksamkeit und Sicherheit – Methoden und Resultate

Berücksichtigte Kommentare: 9, 12, 16, 20, 22, 24, 26, 29, 50, 52

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit arthroskopischer Eingriffe am Knie werden im vorliegenden Bericht ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Population war mit ca. 2000 Patienten ziemlich klein und die Ergebnisse zum Teil entsprechend heterogen. Im Falle von Heterogenität wurden die Ergebnisse, soweit möglich, mittels Subgruppen- und Sensitivitätsanalysen untersucht. Für die Zuteilung zu den Subgruppen übernahm das Assessmentteam die Einschätzung der Autoren der jeweiligen Publikation. Zum Teil waren jedoch die notwendigen Angaben in den Publikationen ungenügend, was eine klare Zuteilung der Studien in die verschiedenen Subgruppen erschwerte. Gewisse geplante Subgruppenanalysen (Alter, Geschlecht, Schwere der Symptome, Art der Intervention) waren nicht durchführbar.

Insgesamt unterschieden sich die analysierten Studien hinsichtlich verschiedener Eigenschaften. Diese methodologischen Aspekte wurden in der Bewertung des "risk of bias" und der «quality of evidence» berücksichtigt, so auch die zum Teil limitierte Qualität gewisser RCT's. Die verschiedenen vorhandenen Limitationen dieser Arbeit werden in der Diskussion eingehend erörtert und in der Schlussfolgerung zum Ausdruck gebracht.

3.5 Kosteneffektivität

Berücksichtigte Kommentare: 29, 30

Der Untersuchung der Kosteneffektivität liegen teilweise dieselben Studien, wie der Untersuchung zur klinischen Wirksamkeit und Sicherheit zugrunde. Daher bestehen bei der Literatur zur Kosteneffektivität auch ähnliche Limitationen der Evidenz. Diese Limitationen sind im vorliegenden Bericht ausführlich beschrieben (Kapitel 5.2).

3.6 Budget Impact – Methoden und Resultate

Berücksichtigte Kommentare: 11, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 57

Während die Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit die im Scoping-Bericht definierte Technologie untersucht, findet die Untersuchung des Budget Impact in einem breiteren Kontext statt. Die Technologie wird z.B. im Kontext der Behandlung oder der Diagnostik untersucht. Daher wird die Intervention teilweise etwas anders definiert, als für die Untersuchung der klinischen Wirksamkeit und Sicherheit.

Der Bruch in den Datenreihen (Stationäre Fallzahlen nach DGR) in der Beobachtungsperiode, ist wie im Bericht erwähnt auf eine zwischenzeitliche Anpassung der Codierung zurück zu führen (Umstellung von APDRG bis 2012 auf SwissDRG ab 2013). Dieser Umstand wurde bei der Planung des Assessments nicht berücksichtigt, da im Vorhergehen nicht vorhersehbar war, dass die Unterschiede so gross ausfallen würden.

Die gezielte Identifizierung der Patienten mit spezifischen Interventionen für die Budget Impact Analyse ist in der Schweiz aufgrund der Datenlage (zu unspezifische Informationen) nicht immer möglich. Im vorliegenden Assessmentbericht wurden für diese Identifizierung verschiedenen Kreuztabellen, die die verwendeten Codes aus DRG, CHOP und ICD-10 miteinander kombinieren, gebildet. Eingriffe, die aufgrund eines Unfalls erfolgten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen, da sie nicht im Fokus des Assessments standen.

Um die Anzahl der relevanten stationären Fälle für die Berechnung der Kosten für Kniearthroskopien zu identifizieren, wurden in Variante 2 der Analyse neben der Hauptdiagnose, auch die ersten zehn Nebendiagnosen berücksichtigt. Immer wieder finden sich Patienten mit gleichzeitig mehreren Diagnosen und Eingriffen. In solchen Fällen entscheidet der behandelnde Arzt aufgrund verschiedener Kriterien, was als Haupt- und was als Nebendiagnose kodiert wird. Daraus resultiert, dass für die Berechnung des Budget Impact in der Analyse Fälle mit unterschiedlichen DRG-Kodes identifiziert und berücksichtigt

wurden. Würden nur die Fälle mit einem gesuchten Haupteingriff, bzw. einer Hauptdiagnose berücksichtigt, wäre die Analyse unvollständig.

Zur Berechnung der stationären Kosten wurden die Fallkosten pro DRG aus der «Statistik diagnosebezogener Fallkosten» mit der Anzahl identifizierter Fälle aus der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (MedStat) verrechnet. Dieses Vorgehen ergibt etwas höhere Werte, als wenn nur die Kosten für die am häufigsten auftretende DRG berücksichtigt worden wären, bildet jedoch die Realität besser ab. So kommt der durch die Stakeholder erwähnte Obsanbericht (Dossier 63, einsehbar unter: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/le-potentiel-de-transfert-du-stationnaire-vers-lambula-toire>) für die verlagerbaren Kniearthroskopien auf ähnliche Werte für stationäre Kosten.

Für die Berechnung der Anzahl ambulanter Fälle stellt sich ein weiteres Problem. In der ambulanten Statistik ist die Ursache des Eingriffs (Unfall, Krankheit) nicht abgebildet. Es wurde daher angenommen, dass der Prozentsatz der unfallbedingten Eingriffe demjenigen im Stationären Bereich entspricht. Dieses Vorgehen ist aber nur eine Annäherung, da die durch die Unfallversicherung gedeckten Fälle in dieser Statistik gar nicht erscheinen. Es werden lediglich die durch die OKP getragenen Kosten abgebildet. Eine Unfallversicherung bei der Krankenversicherung haben in der Regel Kinder und Jugendliche, selbständig Erwerbende, Erwerbslose und pensionierte Personen. Diese Limitation wurde in der Diskussion ergänzt. Die für die Berechnung ambulanter Fallkosten verwendeten Angaben der Assura Krankenversicherung waren die zu diesem Zeitpunkt «beste mögliche Schätzung», die erhältlich war. Auch wenn diese Werte tendenziell etwas unterhalb der tatsächlichen Kosten liegen sollten, die Berechnungen für die ambulanten Fallkosten liegen im oben zitierten Obsanbericht nur wenig höher.

Um diese verschiedene Unsicherheiten zu berücksichtigen, wurde zudem eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Dabei wurden die Kosten um $\pm 20\%$ variiert und der Versicherungsstatus berücksichtigt.

3.7 Ergebnis des Assessments

Berücksichtigte Kommentare: 45, 46, 49,

Sowohl die im Assessment verwendete Methodik wie auch die PICO sind korrekt gewählt beziehungsweise formuliert. Strengere Einschlusskriterien, wie sie im Nachhinein von den Stakeholdern gewünscht wurden, hätten keine bessere Evidenz zur Folge gehabt. Die teilweise unklaren Resultate des Assessments bezüglich Wirksamkeit, Kosteneffektivität und Budget Impact sind auf einen Mangel an Evidenz und auf die Limitationen der vorhandenen RCTs zurückzuführen. Auf die vorhandenen limitierenden Faktoren ist das Assessmentteam in der Diskussion jeweils ausführlich eingegangen.

3.8 Schlussfolgerung (Conclusion)

Berücksichtigte Kommentare: 25, 54, 56

Die Schlussfolgerung (=Conclusion) im Entwurf des Assessmentberichts sagt aus, dass die Evidenz ungenügend ist, um die Wirksamkeit der Kniearthroskopie schlüssig beurteilen zu können. Die im Entwurf des Assessmentberichts formulierte Schlussfolgerung wurde dahingehend missverstanden, dass bei einer Kniearthroskopie kein Effekt bewiesen werden kann. Das Assessmentteam daher die Formulierung der Schlussfolgerung entsprechend ergänzt.

4

Übersicht der am Assessmentbericht vorgenommenen Anpassungen

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
8	2 Introduction	Der erwähnte kausale Zusammenhang der hohen Anteile stationär durchgeführter Knie-Arthroscopien als direkte Folge der höheren stationären Vergütung ist eine Vermutung und geht so nicht aus der Literatur hervor.	The statement was attenuated. Page 25, Chapter 2.1: "This might be due to the fact the strong financial incentives exist in Switzerland to provide knee arthroscopy as in hospital service."
21	3.2. Results – PICO 1	Obwohl nicht-arthrotische Veränderungen wie u.a. beispielsweise freie Gelenkkörper als Ausschlusskriterien angegeben werden (S.29), findet sich unter den Interventionen bei Merchan (1993) u.a. auch die Entfernung freier Gelenkkörper.	"In order to be included at least 80% of the study population had to fit these criteria." Was added in Chapter 3.1.3.1, page 29.
25	3.2. Results – PICO 1	Entgegen der Formulierung im Kapitel Schlussfolgerung des Assessment Berichts, wonach der Nutzen der Arthroskopie nicht nachgewiesen und die Ergebnisse verallgemeinert werden könnten, kann nach Ansicht von santésuisse auf der Basis des Assessment Berichtes aufgrund der geringen oder sehr geringen Qualität der Evidenz (QOE) nach Grade keine vertrauenswürdige und sichere Aussage bzgl. einem allfälligem Vorteil (oder Nachteil) der Arthroskopie bei degenerativen Knieveränderungen gemacht werden.	The conclusions were reformulated in Chapter 1.1.5, page 19, Chapter 1.2.5, page 23 and Chapter 5.1.1, page 164: "In conclusion, there is no evidence that arthroscopic interventions have any benefit on outcomes measured at short or intermediate follow-up, with the exception of a small effect on pain at short follow-up. <u>Therefore, it remains unclear whether knee arthroscopy has an effect on the assessed outcomes.</u> "
28	4.1 Methods – Kosten-effektivität	Nicht weiter erläutert und daher nicht auf Anhieb klar ist die Korrektur für unterschiedliche Stufen des (Preis unabhängigen) Ressourcenverbrauchs zwischen verschiedenen Ländern.	This process was used in a previous HTA report for the SMB (See reference 75) and was described in a recent publication. See newly added reference 76 (Ademi Z, et al. Swiss Med Wkly 2018) that provides an example of the correction strategy. See chapter 4.1.1.5, page 117.
32	4.1 Methods – Budget impact analysis	Die Aussage, wonach der ICD-Code M17.xx hauptsächlich in Kombination mit der Kniegelenksprothese zur Anwendung kommt, kann aufgrund der vorliegenden Informationen nicht überprüft werden.	We have added few numbers in the text: More in detail, in 2014 there were 25,454 hospitalisations receiving an ICD-10 code of M17 as main diagnosis. Of these cases, only 250 were classified with one of the selected SwissDRG codes. The majority was in contrast classified with SwissDRG I43B: Knee replacement implants.
40	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Die aufgelisteten Tarmed-Positionen sind teilweise für die arthroskopische Meniskusentfernung bei degenerativen Knieveränderungen nicht zutreffend. Darüber hinaus kommen bei einem durchgeführten Eingriff mehrere verschiedene Positionen in Kombination zur Anwendung.	We state in the Table 38 that the TARMED code 24.5610 represents the total number of knee arthroscopies. All other TARMED codes illustrate the interventions that may be performed during a knee arthroscopy. We cross-referenced Section 4.2.2.7 in Sections 4.1.2.5 and 4.2.2.1.

Nr. Kom- men- tar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
41	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Die vorgeschlagene Vorgehensweise zur Abschätzung des Anteils von ambulant operierten traumatischen Meniskusläsionen durch Übertragung des entsprechenden %-Anteils (37%) ist zu hinterfragen und zu überprüfen. Im Tarifpool von SASIS AG sind nur unfallbedingte arthroskopische Meniskusentfernungen von denjenigen (meist jüngeren oder älteren) Patienten enthalten, welche nicht beispielsweise über den Arbeitgeber UVG-versichert sind.	The available data did not provide information concerning the percentage of cases covered by an accident insurance. For this reason, we used the same percentage as for the Swiss Hospital Statistics. We added in the limitation (chapter 5.2): An additional limitation concerns the assumption of the percentage of cases covered by an accident insurance in the ambulant setting. The available data did not provide a differentiation between accident and non-accident cases. For this reason, we used the same percentage as for the Swiss Hospital Statistics. Please see chapter 5.2, page 170.
54	Conclusion	Die Aussage Punkt 1.2.5 Schlussfolgerung „Es gibt keine Evidenz eines Nutzen der Kniearthroskopie für Patienten mit degenerativen Kniebeschwerden nach kurzer oder intermediärer Nachbeobachtungszeit.“ ist unsere Meinung nach so nicht haltbar und zu revidieren. Vielmehr sollte beziffert werden, dass aufgrund der sehr geringen wissenschaftlichen Evidenz der Untersuchungen und der extrem niedrigen Patientenzahl sowie der großen Inhomogenität in den Studien es nicht möglich ist, eine abschließende Aussage über die initiale Fragestellung zu treffen. Dieses sollte in der Arbeit entsprechend so dargelegt und differenziert diskutiert werden.	See comment no 25
56	Conclusion	H+ bittet das BAG, den Assessmentbericht im HTA-Projekt «Knee arthroscopy for the treatment of degenerative changes» bezüglich Schlussfolgerung zu überarbeiten. Ein Fazit des Berichts lautet: „Es gibt keine Evidenz eines Nutzens der Kniearthroskopie für Patienten mit degenerativen Kniebeschwerden...“. Diese prägnante Aussage steht im Widerspruch zum Detailbericht. In diesem sind die Aussagen weniger deutlich: - Kosten-Effektivität: „schwierig eine klare Schlussfolgerung zu formulieren“ - stationäre versus ambulante Leistungserbringung: „Gesamtqualität der Evidenz sehr niedrig“ Wir sind der Ansicht, dass die Schlussfolgerung ("keine Belege für einen Nutzen") stärker for-muliert ist als die Ergebnisse des Detailberichts Ergebnisses ("begrenzte Beweise").	See comment no 25

*Kommentare von **santésuisse**: 1-49; **swiss orthopaedics**: 50-55; **H+**: 56-57

5 Tabellarische Aufstellung der restlichen Stakeholderkommentare und Würdigung durch das Assessmentteam/BAG

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
1.	Allgemeine Bemerkungen	In Anbetracht der hohen Anzahl ambulanter und stationärer Knie-Arthrokopien (mit oder ohne Meniskuseingriffen) sowie der damit verbundenen Kostenfolgen ist die Frage der adäquaten Indikationsstellung bei degenerativen Veränderungen des Knies sowie der Menisken sinnvoll und relevant.	No answer required.
2.	Allgemeine Bemerkungen	Der umfassende HTA Assessment-Bericht ist gut aufgebaut und klar strukturiert. Der Bericht gibt einen wertvollen Einblick in aktuelle randomisierte und kontrollierte klinische Studien sowie gesundheitsökonomischen Analysen zur arthroskopischen Behandlung von degenerativen Veränderung des Knies im Vergleich zu nicht-arthroskopischen Behandlungsalternativen.	Thanks for the positive appraisal.
3.	Allgemeine Bemerkungen	Aufgrund der geringen oder sehr geringen Qualität der Evidenz (QOE) nach Grade können keine sicheren und zuverlässigen sowie allgemeingültigen Schlussfolgerungen im Hinblick auf einen allfälligen Vorteil (oder Nachteil) der Arthroskopie bei degenerativen Knieveränderungen gezogen werden. Auch kann aufgrund teilweise widersprüchlicher Ergebnisse keine zuverlässige Aussage zur Kosteneffektivität der Arthroskopie bei degenerativen Knieveränderungen gemacht werden. Die Angaben zum Budget Impact ermöglichen aufgrund methodischer bzw. struktureller Vorbehalte lediglich eine ungefähre und grobe Einschätzung.	No answer required.
4.	Allgemeine Bemerkungen	Es ist nicht nachvollziehbar warum der Bericht in Englisch und nicht in einer der Landessprachen verfasst wurde.	HTA reports are analytic reports of scientific data and English is the universal language of science. By translating the large data sets, there is a substantial risk of losing precision and accuracy. Moreover, HTA reports are also intended for an international public. Executive summaries are translated in German and French.
5.	2 Introduction	Die relevanten Entscheidungsfragen, welche auf der Basis des Assessments beantwortet bzw. mit den Stakeholdern diskutiert werden sollen, sind nicht oder nur ansatzweise beschrieben. Diese sollten im Bericht explizit formuliert und präzisiert werden. Im Kontext der Neubewertung der OKP-Leistungen wird von einer Anpassung der KLV ausgegangen.	An assessment report presents the available scientific evidence of a technology. The central research question(s) regarding the technology is formulated in the scoping report and addressed in the HTA report. During the subsequent appraisal phase a judgement (Neubewertung) is made, based on the presented evidence.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
6.	2 Introduction	Die Untersuchung der Kosteneffektivität von stationären und ambulanten Arthroscopien bei degenerativen Knieveränderungen (PICO2) unterscheidet sich grundsätzlich (konzeptuell, inhaltlich, methodisch) von der Frage nach dem Nutzen der Arthroskopie bei degenerativen Veränderungen des Knies (PICO1).	This is correct, and explicitly requested by the constituent. Therefore two PICO questions were developed.
7.	2 Introduction	Gemäss Erläuterungen des BAG zur Priorisierung der Re-Evaluation vom 7. Februar 2017 ist die Erarbeitung von Evidenzgrundlagen für allfällige Behandlungsrichtlinien oder für die Versorgungssteuerung (ambulant-stationäre Verlagerung) nicht Ziel und Zweck des HTA-Programmes des Bundes.	This is correct. HTA reports present the available evidence on a technology without a judgement on treatment criteria or coverage. HTA reports may guide healthcare providers or policy makers in decision making.
9.	3.1 Methods – PICO 1	Population: Die Beschreibung der Einschlusskriterien begrenzt sich im Wesentlichen auf „Symptome degenerativer Knieveränderungen“ sowie auf entsprechende Hinweise zur Literatur (z.B. IQWIG, ACR). Es fehlen detailliertere Angaben und Erläuterungen zu medizinisch-klinischen oder bildgebenden diagnostischen Ein- oder Ausschluss-Kriterien von OA und DMK bzw. „mixed“ sowie zur Abgrenzung gegenüber nicht-degenerativen bzw. traumatischen Veränderungen. Eine gewisse Inhomogenität der Population könnte möglicherweise zu einer teilweisen Inkonsistenz bzw. Inhomogenität der Studien und deren Ergebnisse und damit zur eingeschränkten Aussagekraft beitragen.	Because degenerative knee lesions may be defined based on different clinical criteria or imaging-based criteria it was our intention to base the inclusion on clinical, patient-relevant criteria. Too specific inclusion criteria would have led to further exclusion of potentially relevant studies. Please consult the Scoping Report) Chapter 3.2.1. Heterogeneity was assessed (if sufficient trials were available) with sub-group analyses. Please see Chapters 3.2.4.2 and 3.2.4.3. Unexplained heterogeneity was considered in the quality of evidence assessment. Please see Chapter 3.2.4.5.
10.	3.1 Methods – PICO 1	Outcomes: Klare Trennung der kritischen und wichtigen Outcomes. Die Instrumente zur Erfassung der kritischen sowie der wichtigen Outcomes unterscheiden sich teilweise zwischen den Studien. Eine tabellarische Zusammenstellung der verschiedenen Instrumente findet sich erst im Kapitel Resultate. Eine detaillierte und vergleichende Beschreibung und Bewertung ausgewählter Instrumente hinsichtlich deren Validität findet sich erst im Kapitel 5 Diskussion.	Before the RCTs were identified, it was unclear which measures could be expected. Therefore, the instruments were reported within the results section. We aimed for an objective and transparent reporting of the findings. Any interpretations or limitations are reported in the Discussion.
11.	3.1 Methods – PICO 1	Intervention: Die Definitionen der arthroscopischen Interventionen in der Untersuchung zur klinischen Wirksamkeit und Sicherheit unterscheiden sich teilweise von denjenigen zur Untersuchung des Budget Impact (DRG, Tarmed).	The assessment of efficacy and safety of a health technology regards the technology as defined in the Scoping and HTA Report (See “Description” in the Scoping Report). For the assessment of the budget impact , the technology is regarded in a larger context, i.e., within its treatment or diagnostic context.
12.	3.1 Methods – PICO 1	Comparators: Die vielfältigen und unterschiedlichen Vergleichsinterventionen könnten möglicherweise ebenfalls zu einer teilweisen Inkonsistenz bzw. Inhomogenität der Studien und deren Ergebnisse und damit zur eingeschränkten Aussagekraft beitragen.	See comment no. 9.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
13.	3.1 Methods – PICO 1	Study design: Die Begrenzung auf RCT's und quasi-RCT's ohne Berücksichtigung qualitativ hochstehende quasi-experimenteller Studien und/oder Beobachtungsstudien etc. vermindert die Anzahl einbezogenen Untersuchungen und vermindert u.U. den potentiellen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf relevante Entscheidungsfragen. Die allenfalls tiefere Aussagekraft von Nicht-RCT-Studien würde in der QOE-Bewertung nach Grade berücksichtigt.	<p>The decision to include only RCTs and quasi-RCTs is based on the size of the available body of evidence (See Scoping Report). When the body of evidence is large, one can restrict the assessment to high quality studies (i.e. RCTs). When the body of evidence is modest or low, the inclusion criteria are expanded and lower quality studies are included.</p> <p>The decision on the inclusion and exclusion criteria for any HTA is a compromise. Such decisions are typically based on factors such as time, costs and practicality.</p>
14.	3.1 Methods – PICO 2	Siehe oben. Die Begrenzung der Population auf Patienten mit degenerativen Veränderungen des Knies sowie des Studien Design's auf RCT's führte letztendlich zu nur einer einzigen einbezogenen Studie fraglicher Qualität (1998, n=100, follow-up 3-4 Wochen, keine Verblindung etc.) und reduziert den potentiellen Erkenntnisgewinn.	See response question 13. Similar to study inclusion/exclusion criteria, patient population selection is a compromise and defined in the Scoping Report.
15.	3.1 Methods	Gute Darstellung des Risk of bias assessment und anderer relevanter Aspekte von GRADE sowie weiterer methodischen Informationen (Evidenzsynthese, Subgruppen- und Sensitivitäts-Analysen).	Thanks.
16.	3.1 Methods	Die Unterteilung der Studien in Subgruppen beruht teilweise auf unscharfen Abgrenzungen (z.B. Symptome etc.) oder unterschiedlichen Kriterien (z.B. OA-DMK: Klinik, Rx, MRI) bzw. Klassifikationen, was zur Inhomogenität bzw. Inkonsistenz und damit zur eingeschränkten Aussagekraft der Subgruppen-Analysen beitragen könnte.	In general, a clear distinction between different conditions is difficult. In addition, the information provided by the study authors was often insufficient. The distinction of subgroups is described in 3.1.9, page 34. The limitations of the categorization have been discussed, please see Discussion p. 161.
17.	3.1 Methods	Ausführliche Darstellung der einbezogenen Literatur sowie der Vorgehensweis zu deren Suche und Auswahl.	No answer required.
18.	3.2. Results – PICO 1	Die Angaben zu den nicht in die Analyse einbezogenen Studien bzw. zu den Gründen von deren Ausschluss fehlen oder sind ungenügend. Die Reduktion von 3'657 auf letztendlich noch 21 Studien (PICO1) verlangt nach ergänzenden Erläuterungen.	Please see chapter 3.1.3 for the reason of exclusions. Please see Chapter 3.2.1 and Figure 1, page 36.
19.	3.2. Results – PICO 1	Möglicherweise liessen sich durch den Einbezug von quasi-experimentellen und/oder Beobachtungsstudien Aussagen über den Langzeitverlauf der Kniearthroskopie im Vergleich zu den Aktiven und Nicht-Aktiven Behandlungsalternativen gewinnen.	See also comment no 13. As clarified in question 13, cohort and observational studies were beyond the scope of this HTA. The BAG refrains on speculating on not included evidence.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
20.	3.2. Results – PICO 1	Die analysierten Studien unterscheiden sich hinsichtlich zahlreicher (Baseline-) Eigenschaften (z.B. Einschlusskriterien, Population, Angaben und/oder Art der jeweils untersuchten Indikationen bzw. zugrundeliegenden Pathologien oder Symptomen sowie teilweise hinsichtlich von deren Dauer, Ausmass und Stärke; Interventionen bzw. kombinierte Behandlungen; unterschiedliche Länder; Multi- oder Single-Center; Stufe der Randomisierung; Anzahl Patienten; Dauer; Comparatoren; Verblindung; Follow-up, Studienjahr etc.). Die Angaben dazu sind in den Studien teilweise ungenau. Wichtige patientenbezogene Angaben fehlen weitgehend (z.B. Gewicht, BMI etc.).	Subgroups by gender, age, disease severity or type of intervention were planned, but not possible. Methodological issues were considered in the risk of bias assessment and the assessment of the quality of evidence assessment.
22.	3.2. Results – PICO 1	Die Ergebnisse der risk of bias assessments zeigen teilweise hohe Risiken für systematischen Verzerrungen.	This is correct. The quality of the RCTs is limited and we have stressed this in the discussion and conclusions of the report.
23.	3.2. Results – PICO 1	Outcomes Während für den fachkundigen und interessierten Leser die umfassenden und detaillierten sowie systematisch dargestellten Angaben zu den Ergebnissen für sämtliche Outcomes, Follow-up Kategorien sowie Subgruppen- und Sensitivitäts Analysen in den Abbildungen 1–39 eine rasche Orientierung ermöglichen, wird die Lesbarkeit für „normale“ Leser dadurch erschwert.	We think the presentation by outcomes including the subgroups is the most convenient for the reader and corresponds to the standards for reporting results in HTA reports. For a faster overview, a summary is provided in English and in German. For the final report, a French summary will also be added. It was not planned to provide a lay-summary.
24.	3.2. Results – PICO 1	Summary of results, QOE Während in der durchgeführten Analyse lediglich bei einem kritischen Outcome (Schmerz) sowie nur bei kurzer Beobachtungszeit ein statistisch signifikanter, aber nur geringfügiger Effekt gefunden wurde, ist die (Gesamt-) Qualität der Evidenz nach Grade bei kurzer Nachbeobachtungszeit sehr niedrig und bei mittlerer Nachbeobachtungszeit niedrig. Entsprechend der Definition der QOE nach Grade würde sich damit der aufgrund des Assessments ermittelte Effekt der Arthroskopie im Vergleich mit den Alternativen (aktiven oder nicht-aktiven) Behandlungen wahrscheinlich oder möglicherweise deutlich vom tatsächlichen Effekt unterscheiden. Das Vertrauen in die Schätzung des ermittelten Effektes der Arthroskopie bei degenerativen Veränderungen des Knies ist begrenzt oder sehr gering.	We agree with this judgement and conclusion; again this is also reflected in our discussion and in the conclusions of the report.
26.	3.2. Results – PICO 2	In der einzigen berücksichtigten und qualitativ eingeschränkten Studie zeigten sich ein hohes Risiko für Verzerrung sowie kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Durchführung. Die gesamte QOE wurde als sehr gering eingeschätzt.	This is correct.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
27.	4.1 Methods – Kosten-effektivität	Ausführliche und gute Beschreibung der Suchstrategie für die Identifikation und das Screening der Literatur zur Kosteneffektivität, die Extraktion der Informationen, die Ermittlung der Übertragbarkeit sowie die Adaptation der Ergebnisse aus der Literatur auf die Schweiz.	No answer required.
29.	4.1 Methods – Kosten-effektivität	Die oben unter 3.1. erwähnten Kommentare zu den methodischen Schwächen und Vorbehalte bzgl. PICO gelten in wesentlichen Teilen auch für die Arbeiten, welche zur Analyse der Kosteneffektivität beigezogen wurden. Diese beruhen teilweise auf denselben Studien, wie sie zur Analyse der klinischen Wirksamkeit beigezogen wurden. Zusätzliche methodische Schwächen ergeben sich aus den verwendeten Studien insbesondere aufgrund teilweise unterschiedlicher Interventionen (z.B. Kreuzbandrekonstruktion), verschiedenartiger Studien-Designs, geringer Patientenzahlen sowie unterschiedlicher Kostenperspektiven (z.B. direkte Kosten, indirekte Kosten).	This was defined in the Scoping Report . Please consult the Scoping Report . We agree, and the limitations of the evidence relating to cost-effectiveness are clearly described in chapter 5.2.
30.	4.1 Methods – Kosten-effektivität	Es stellt sich die grundsätzliche Frage, wie weit eine Analyse der Kosteneffektivität bei vorgängig festgestellten fehlender Beurteilbarkeit des Nutzens einer Intervention überhaupt sinnvoll ist? Dies umso mehr als die einbezogenen Studien zur Kosteneffektivität zumindest teilweise auf Arbeiten der Nutzenbewertung aufbauen.	This was defined in the Scoping Report . Please consult the Scoping Report . The limitations of the evidence relating to cost-effectiveness are clearly described in chapter 5.2.
31.	4.1 Methods – Budget impact analysis	Im Unterschied zur Untersuchung der klinischen Wirksamkeit und Sicherheit liegt der Fokus hier auf der arthroskopischen Meniskusentfernung in Verbindung mit kleineren arthroskopischen Interventionen bei degenerativen Knieveränderungen. Damit wird die Vergleichbarkeit zwischen Kosteneffektivität und Budget-impact Analyse eingeschränkt. Die Begründung für den unterschiedlichen Fokus ist ungenügend erkennbar.	This was defined in the Scoping Report , and explicitly requested by the constituent. Please consult the Scoping Report .
33.	4.1 Methods – Budget impact analysis	Die Betrachtung des Zeitraumes 2010 bis 2014 erscheint aufgrund der vorgängigen APDRG sowie der Einführung des SwissDRG-Systems im Jahre 2012 und den damit einhergehenden Umstellungen als wenig zweckmässig.	The period of observation was decided a priori. Before starting with the analyses it was unknown that there would be such big differences between APDGR and SwissDRG.
34.	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Die vorgeschlagene Vorgehensweise zur Patientenidentifikation anhand ICD10, DRG und CHOP in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser aber auch anhand der Tarmed-Positionen aufgrund des Tarifpools wird ungenügend präzisiert.	The identification/selection process is described in chapter 4.1.2.
35.	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Die Verwendung gewisser ICD10 codes wie beispielsweise M23.8 oder M23.9 erscheint zu unspezifisch und für den genannten Fokus auf die arthroskopische Meniskusentfernung wenig geeignet, da diese Codes beispielsweise auch Kreuzbandläsionen umfassen können.	We are aware that some codes are not particularly specific. For this reasons we cross-analysed DRG, ICD-10, and CHOP codes. It should also be remembered that we excluded cases reimbursed by the accident insurance.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
36.	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Ebenso ist die Betrachtung der Hauptdiagnose und 10 Nebendiagnosen unabhängig von deren Reihenfolge für die Ermittlung der Fälle mit arthroskopischer Meniskusektomie bei degenerativen Knieveränderungen nicht einleuchtend. Damit kann nicht ausgeschlossen werden, dass beispielsweise auch (nicht relevante) Fälle mit anderen Hauptdiagnosen und gleichzeitig mindestens einer relevanten Nebendiagnose erfasst werden.	For each hospitalisation it is possible to provide one single main diagnosis and several secondary diagnoses. In case of multiple diagnoses (which is very common), the treating physician decides which one is the main diagnosis, and which ones are secondary. The sequence of the diagnoses can be very different depending on both the patient's status and physician's judgment. To estimate the total costs it was considered important to include all patients receiving knee surgery, independently from the main diagnosis.
37.	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Auch müssen für die CHOP-Codes sowie für die DRG's deren jeweilige Relevanz im Hinblick auf die arthroskopische Meniskusektomie bei degenerativen Knieveränderungen beachtet werden: Die relevanten CHOP-Codes führen nicht in jedem Fall (weder alleine noch in Kombination beispielsweise mit einer relevanten ICD10-Code als Nebendiagnose) zu den relevanten DRG's (Grouper-Relevanz).	We agree that a relevant CHOP code does not automatically lead to a relevant DRG code. The same is true for relevant ICD-10 codes. It is also true that a relevant DRG code does not automatically imply to a relevant treatment. For these reasons we used two approaches combining DRG, ICD-10 and CHOP codes. This has been discussed in Chapter 5.2.
38.	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Die genannten DRG's sind für die arthroskopische Meniskusektomie bei degenerativen Knieveränderungen nur teilweise korrekt bzw. relevant (z.B. I18B).	For this reason DRG codes were cross-analysed with relevant ICD-10 and CHOP codes. Please read Chapter 4.1.2.4.
39.	4.1 Methods – Patienten-identifikation anhand ICD10, DRG und CHOP	Zur Identifikation genau derjenigen relevanten Patienten mit arthroskopischer Meniskusektomie bei degenerativen Knieveränderungen müssen relevante ICD10-Codes als Hauptdiagnose mit relevanten CHOP-Codes als Hauptbehandlung kombiniert werden. Diese Kombinationen müssen (über die SwissDRG Logik des Groupers), insbesondere auch im Hinblick auf die Ermittlung der relevanten Kosten, zu den relevanten DRG's (und nur zu diesen) führen.	We basically did what is suggested here, but we included also the secondary diagnoses, for the reasons stated for comment No. 37 and 38. The "SwissDRG Logik des Groupers" is far from perfect. As already mentioned, the sequence of main and secondary diagnoses influences the selection of the DRG code.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
42.	4.1 Methods – Kosten	Stationäre Fallkosten: Die in Tabelle 16 für unterschiedliche DRG's aufgeführten Kosten sind mehrheitlich zu hoch. Dies u.a. aufgrund der teilweise fehlenden Relevanz (s.o.). Am ehesten dürften wohl die Kosten der I18B den tatsächlichen, durchschnittlichen stationären Kosten der arthroskopischen Meniskusentfernung bei degenerativen Knieveränderungen entsprechen. Dabei zu erwähnen bzw. zu berücksichtigen wären zudem die zugrunde gelegte Baserate sowie allfällige Abschläge (Kurzlieger). Die durchschnittlichen Kosten-Angaben (Assura) des zweiten Ansatzes liegen vermutlich eher zu tief.	<p>The costs were extracted directly from the diagnosis-related case statistics (Statistik diagnosebezogener Fallkosten).</p> <p>For the cost estimation based on DRG codes it would be wrong to apply the I18B costs to the other cases.</p> <p>For the cost estimation based on ICD-10 and CHOP codes we used estimations from Assura. When we performed the analyses, this was the best estimation available. We addressed the uncertainty related to this assumption in the sensitivity analyses (where we varied the costs per cases by 20% and conducted an analysis taking into account the insurance status).</p>
43.	4.1 Methods – Kosten	Ambulante „Fallkosten“: Die genannten ambulanten Kosten-Angaben (Assura) liegen vermutlich etwas unter den tatsächlichen ambulanten Kosten der arthroskopischen Meniskusentfernung bei degenerativen Knieveränderungen. Dies geht aus einer aktuellen Analyse von santésuisse aufgrund von Einzelfalldaten hervor.	<p>See comment No. 42. When we performed the analyses, the estimation from Assura was the best available source.</p> <p>The fact that the used estimation is close to a recently published analysis of santésuisse is per se reassuring.</p>
44.	4.2 Results	Es fehlen weiterführende Angaben zu den nicht in die Analyse der Kosteneffektivität einbezogenen Studien bzw. zu den Gründen von deren Ausschluss.	The algorithm used for the selection of the studies is explained in the methods section. We do not think it would be standard to provide additional details.
45.	4.2 Results	Aufgrund der teilweise widersprüchlichen Ergebnisse, methodischer Mängel sowie einer teilweise tiefen Berichtsqualität der nach CHEERS beurteilten Studien können keine zuverlässigen und sicheren Schlussfolgerungen über die Kosteneffektivität der arthroskopischen Meniskusentfernung bei degenerativen Knieveränderungen gemacht werden.	We agree. This is sufficiently highlighted in the discussion. See Chapter 5.2, page 167.
46.	4.2 Results	Die Ergebnisse der Budget impact Analyse sind aufgrund struktureller und methodischer Schwächen mit grosser Vorsicht zu interpretieren.	Our methods are sound, considering the available materials. Like for all economic studies, a careful interpretation of the results is necessary. We have sufficiently addressed the limitations of the Budget Impact Analysis in the Discussion Chapter 5.2.
47.	5. Discussion	Ausführliche und gute Erläuterung zahlreicher Aspekte bzgl. methodischer Schwächen und Einschränkungen der Analyse zur klinischen Wirksamkeit (PICO1, PICO2) sowie der Analysen zu Kosteneffektivität und Budget Impact.	No answer required.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
48.	Schlussbemerkung/ Fazit	Der Assessment Bericht erlaubt nach Ansicht von santésuisse kaum sichere, allgemeingültige Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine sachgerechte Festlegung der Bedingungen zur Vergütung der Arthroskopie bei degenerativen Knieveränderungen in der KLV.	The HTA report presents the available evidence regarding a health technology. The assessment presents whether the evidence is conclusive or not. Conclusive evidence facilitates decision-making. If inconclusive evidence is presented, decision-makers have to acknowledge this is their final judgement on the technology. (See also web: Bundesamt für Gesundheit >Themen >Versicherungen >Krankenversicherung >Bezeichnung der Leistungen >Re-Evaluation von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – HTA)
49.	Schlussbemerkung/ Fazit	Das wenig eindeutige Ergebnis des Berichtes sowie die ungenügende Evidenz stehen nach unserer Einschätzung im Zusammenhang mit methodischen Einschränkungen und der zu wenig präzisierten Fragestellung.	No, this is not correct, the methods are sound and the PICOs were defined with sufficient precision. Stricter inclusion criteria would not create better evidence. The unclear results are driven by the lack of evidence and the limitations of the available RCTs.
50.	Results	In der Arbeit sind 21 RCT zusammengefasst, mit etwas mehr als 2000 Patienten. Dabei erscheint diese Anzahl von lediglich 2000 ausgewerteten Patienten aus einem globalen Datenpool als extrem niedrig. Bei genauer Analyse der Daten fällt auf, dass sich die Anzahl der Patienten für das Hauptsymptom Schmerz auf unter 1500 Patienten reduziert. Bei den anderen Parametern fanden sich z.B. nur 3 Studien (375 Patienten), welche den Einfluss auf die Lebensqualität untersuchten. Für eine globale Beurteilung mit Ableitung von Konsequenzen für die Therapie wäre eine deutlich größere Studienpopulation nicht nur wünschenswert, sondern zwingend erforderlich	This is reflected in the quality of the available evidence and the limitations are clearly described in the assessment and related discussion.
51.	Results	Es ist auch unserer Meinung nach kritisch zu beurteilen, wenn Studien in diese Arbeit implementiert werden, welche vor mehr als 20 Jahren publiziert worden sind. Es ist hierbei zu hinterfragen, wie alt die realen Daten sind, in wie weit diese noch heute eine Wertigkeit haben und wie hoch der Bias ist.	This was defined in the Scoping Report . Since the number of articles published in the last 5 years was limited, the screening was extended to all search results.

Nr. Kommentar*	Kapitel	Aussage Stakeholder	Anpassung im Assessmentbericht
52.	Methoden/ Results	<p>So wie aus den Daten hervorgeht, wurde lediglich die Kellgren-Lawrence Klassifikation für Bewertung des Arthrose Stadiums benutzt. Sie ist eine anerkannte Klassifikation, findet aber in der heutigen Medizin vor allem zur Beurteilung der Frühstadien der Arthrose praktisch keine Anwendung mehr und hat nur noch eine Relevanz in der Prothesenchirurgie. Im klinischen Alltag wird die Bewertung des frühen und mittleren Arthrosestadiums weitestgehend anhand von MRI Untersuchungen durchgeführt. Diese sind in der Beurteilung deutlich überlegen und geben zusätzlich noch weitere Informationen. Bei endgradigen degenerativen Veränderungen ist ein Standard Röntgen meistens ausreichend, in diesem Stadium ist dann aber sicherlich die arthroskopische Behandlung nicht mehr das Mittel der Wahl. Hier wäre es von großer Bedeutung, die aktuellen Messmethoden in das Manuskript mit einfließen zu lassen und diese mit den jeweiligen Therapieoptionen zu korrelieren. Unsere Meinung nach bedarf es einer detaillierten, dem Arthrosegrad entsprechenden Analyse, der jeweils zu erwartenden Resultate nach verschiedenen Therapieverfahren. Erst dann kann eine Aussage über den Nutzen der jeweiligen Therapien getroffen werden.</p>	<p>This is not correct, the extent of osteoarthritis was based in the information provided on the study authors. Thus, X-ray was allowed too. Please read Methods, chapter 3.1.9, page 34 and Discussion Chapter 5.1.1 page 161.</p> <p>The proposed assessment was beyond the scope of this HTA (please see Scoping Report) and would require an individual patient data meta-analysis.</p>
53.	Methods	<p>Des Weiteren werden keine Aussagen über die Klassifizierung einer degenerativen Meniskusküläsion getroffen. Was ist ein degenerativer Meniskusschaden? Diese sollte zwingend definiert werden.</p>	<p>This is not correct. The information is provided in the methods, chapter 3.1.9, page 34.</p>
55.	Literatur	<p>Wir verweisen des Weiteren auf das Statementpaper der Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics „Behandlung degenerativer Meniskusküläsionen“ (SWISS MEDICAL FORUM – SCHWEIZERISCHES MEDIZIN-FORUM 2018;18(7):147–153), das viele zentrale Aspekte zum Thema degenerative Veränderungen beurteilt und behandelt. Gerne erwarten wir das überarbeitete Manuskript für eine weitere Beurteilung</p>	<p>We are aware of this recent publication. Unfortunately, we are dependent on the available evidence based on our inclusion criteria for studies, as outlined in the Scoping Report.</p>
57.	Budget Impact	<p>„Spitalkosten 55.6 MCHF – decken sich gut mit vor kurzem publizierten Schätzungen des Obsan“.</p>	<p>The Obsan report was already referenced in the manuscript.</p>

*Kommentare von **santésuisse**: 1-49; **swiss orthopaedics**: 50-55; **H+**: 56-57