

Prof. Dr. Gerd Glaeske
ist Co-Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung an der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik. Er war Hauptgeschäftsführer des Deutsches Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und ist u.a. Mitglied im wissenschaftlichen Beirat von „Monitor Versorgungsforschung“

Versorgungsforschung für Allokationsgerechtigkeit

>> Die ökonomische Evaluation ist ein technisches Hilfsmittel, um Entscheidungen über die Verwendung knapper Ressourcen zu erleichtern. Da Knappheit bedeutet, dass mehr Handlungsmöglichkeiten existieren als mit den verfügbaren Mitteln realisiert werden können, besteht das ökonomische Entscheidungsproblem vor allem darin, Klarheit zu gewinnen, auf welche Handlungsmöglichkeiten verzichtet wird bzw. welche Bedürfnisse nachrangig befriedigt werden sollen. Der Entscheidungsträger wird sich seiner Ziele und Erwartungshaltungen folglich umso klarer bewusst werden müssen, je schärfer die materiellen Restriktionen seines Handelns sind. Die ökonomische Evaluation kann diesen Prozess unterstützen. Ihr Wert als Entscheidungshilfe hängt jedoch maßgeblich davon ab, ob und inwieweit das angebotene Evaluationsverfahren auf die Situation des Handelnden abgestellt ist. Die Berücksichtigung der Handlungssituation kann weitreichende methodische Konsequenzen für das Design ökonomischer Evaluation haben, die jedoch in unserem Gesundheitssystem, insbesondere von Anbietern im medizinisch-industriellen Komplex, nicht immer ausreichend beachtet worden ist.

Der Grundgedanke der ökonomischen Evaluation besteht in einer systematischen Gegenüberstellung von Aufwand (Ressourceneinsatz) und Ertrag (Outcome) mehrerer Handlungsalternativen. Dies gilt für viele Bereiche – angefangen von Allokationsentscheidungen der öffentlichen Hand bis hin zur medizinischen Behandlung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die immer mit dem Problem der begrenzten Ressourcen (vor allem finanziell) begleitet sein wird. Die ökonomische Evaluation soll es ermöglichen, diese Allokationsentscheidungen am höchsten zu erwartenden Vorteil der Leistungsempfänger zu orientieren bzw. dem Entscheidungsträger eine Einschätzung der volkswirtschaftlichen Wirkung seines Handelns zu vermitteln. So will der AMNOG-Prozess z.B. den Kassen auf der einen Seite und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten auf der anderen Seite durch die Kosten-Nutzen-Bewertungen eine Hilfe in der Bewertung von Alternativen und letztlich den konkreten Entscheidungen anbieten.

„Der Grundgedanke der ökonomischen Evaluation besteht in einer systematischen Gegenüberstellung von Aufwand (Ressourceneinsatz) und Ertrag (Outcome) mehrerer Handlungsalternativen.“

Eine „Blaupause“ für die ökonomische Evaluation können Behandlungsleitlinien oder -korridore sein, wenn sie institutionenübergreifend jenseits der organisatorischen und interessensgeleiteten Fragmentierung unserer Systems formuliert sind (z.B. clinical pathways). Die Hauptarbeit liegt jedoch darin, Organisationsstrukturen zu schaffen, die eine Umsetzung dieser Leitlinien ermöglichen bzw. geradezu unumgänglich machen (z.B. ein regionalisiertes und populationsbezogenes integriertes Versorgungssystem).

Nicht ob eine Leistung im Leistungskatalog stehen sollte, sondern wann und wie sie erbracht werden sollte, nachdem sie einmal zur Leistungspflicht gehört, sollte im Mittelpunkt des aktuellen Interesses der Krankenkassen stehen. Hierüber können die üblichen, auf Präferenzäußerungen bezogenen Evaluationsstudien jedoch nur sehr begrenzt Aufschluss geben. Die Methodologie von Kosten-Nutzen-Analysen bezieht sich nämlich allzu häufig ausschließlich auf einen allokativen Effizienzbegriff. Dabei wird implizit unterstellt, dass die verglichene Leistung technisch effizient, d.h. zu Minimalkosten erbracht wird. Diese Voraussetzung muss aber in der Praxis grundsätzlich, insbesondere aber bei solchen Leistungsprozessen bezweifelt werden, die von einem Leistungsanbieter nicht abschließend behandelt werden können und daher einer institutionenübergreifenden Arbeitsteilung bedürfen. Ökonomische Evaluationsstudien beziehen sich aber aus methodischen Gründen meist auf die Beurteilung leicht abgrenzbarer und vergleichbarer Einzelinterventionen (z.B. Wirksamkeit und Nutzen eines Arzneimittels in der beanspruchten Indikation Onkologie). Diese Sichtweise ist aber zu kurz: Im Hinblick auf die Ergebnisqualität (z.B. 5-Jahres-Überlebensrate) muss dabei zum Teil von wesentlichen Teilen des gesamten Behandlungsweges abstrahiert werden (z.B. der Betreuung im ambulanten Bereich in onkologischen Schwerpunktpraxen oder der Verordnung bestimmter Arzneimittel zur Rezidivprophylaxe).

Daher müsste unter Aspekten der ökonomischen Evaluation der gesamte Versorgungsprozess berücksichtigt werden (ähnlich eines betrieblichen Rechnungswesens, das den gesamten Produktionsprozess unter Berücksichtigung aller Zulieferer abbildet). Erst auf dieser Datengrundlage kommt der ökonomischen Evaluationsstudie eine größere und unmittelbar praxisrelevante Bedeutung zu, denn nur über eine solche finanzielle und allokative Gesamtbetrachtung ist ein „Standard“ im Sinne der üblichen Praxis und/oder dem kostengünstigsten Behandlungsweg verlässlich zu identifizieren, und es können die mit einem neuen Verfahren möglichen Effizienzsteigerungen im Vergleich zu den tatsächlich realisierten Behandlungskosten dieses Standards wirklichkeitsnah abgeschätzt werden (z.B. neue Arzneimitteltherapien, die Stammzelltransplantationen bei der Behandlung mit aggressiven Chemotherapeutika unnötig machen).

Umgekehrt können ökonomische Evaluationsstudien aber auch einen wichtigen Inputfaktor für den bisherigen Behandlungsablauf darstellen. Jedes Controlling-Verfahren beruht auf einem Soll-Ist-Vergleich, und Kosten-Wirksamkeits-Studien könnten z.B. dafür herangezogen werden, Soll-Marken oder Zielvereinbarungen mit den Vertragspartnern zu finden. Die Studie würde diesem Ansatz zufolge entweder als Beschreibung der Bedingungen gelesen, die erfüllt sein müssen, damit bestimmte Behandlungsergebnisse mit einem bestimmten Aufwand erreicht werden können, oder sie wäre als Meßlatte für eine Gewährleistungspflicht des Vertragspartners heranzuziehen.

Die Versorgungsforschung sollte genutzt werden, um solche Studien zu fördern – Strategien der Untersuchungen im Rahmen von Comparative Effectiveness könnten in diesem Zusammenhang nützlich sein. <<