Vortrag „Linearität versus Komplexität“, DNVF-Spring School 2015

Versorgungsforschung muss konzeptstärker werden

„Versorgungsforschung kann gestalten, wenn sie die aktuellen Herausforderungen mit einer positiven Grundstimmung annimmt“, erklärte Prof. Dr. Matthias Schrappe, der unter dem Titel „Linearität versus Komplexität: Ist die Versorgungsforschung reif für die politische Arena?“ anlässlich der DNVF-Spring School 2015 im Bonner Gustav Stresemann Institut einen übergreifenden Vortrag* hielt. Einen Vortrag zudem, der von der Historie der Versorgungsforschung in Deutschland, über die unterschiedlichen Sichtweisen und Beweggründe der Wissenschaft und Politik und die Einflüsse von sich ändernden gesellschaftlichen Strukturen zu einer zukunftsgerichteten Zentralforderung führte: Versorgungsforschung, so Schrappe, müsse „konzeptstärker“ werden, ohne diese noch aufzubauende Stärke werde sie nicht glaubwürdig sein, keine Vorhersagen treffen, geschweige denn sinnvolle Fragestellungen formulieren können.

>> Kritiker mögen anmerken, dass die Versorgungsforschung in Deutschland diese von Schrappe eingeforderte Konzeptstärke noch nicht explizit bewiesen hat. Wie auch? Fehlten bisher Mittel und mit den Mitteln die nötigen Ressourcen. Das aber wird nach nur 15 Jahren Versorgungsforschung in deutschen Landen anders. Mit dem durch das Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten und ab 2016 zu vergebenden Innovationsfonds, das durch seine durch den Innovationsausschuss gebildeten Struktur nach Schrappe „praktisch als drittes Institut“ des G-BA (nach IQWiG und IQTiG) gelten könne, sollen auf einen Zeitraum von vier Jahren pro annum 300 Millionen für Healthservices-Research und Versorgungsforschung ausgeschüttet werden.

So viel ist in Deutschland bislang noch nie für Healthservices- und Versorgungsforschung ausgegeben worden. Mit dieser Summe schließt das deutsche Gesundheitssystem zu internationalen Vorbildern auf: In den USA hat das „Patient-Centered Outcomes Research Institute“ (PORI) bevölkerungsbezogen ähnlich viel Mittel zur Verfügung – allerdings wurde es bereits am 23. März 2010 gegründet, also vor ziemlich genau fünf Jahren. Wenn bei uns in Deutschland 2016 erstmals die erste Tranche von 300 Millionen Euro ausgeschüttet wird, werden die wichtigen Fragen so lauten:

- Nach welchen Gesichtspunkten sollen die insgesamt 1,2 Milliarden Euro eingesetzt werden?
- Wer soll über die Frage entscheiden, welche Fragestellung wichtig ist?
- Vor welchem Hintergrund soll eine solche Entscheidung fallen?

Denn ebenso wie eine sinnvolle Studie in der Versorgungsforschung ein theore-tisches Modell braucht, auf dessen Basis die Fragestellung erarbeitet wird und später die Umsetzung geschieht, bedarf eine derart umfangreiche Förderung der Versorgungsforschung einer Vorstellung über die – so Schrappe



– „wichtigsten Baustellen, die für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems von Bedeutung sind“.

Aus diesem Blickwinkel ist es von großer Bedeutung, dass die aus der Sozialversicherung stammenden Forschungsmittel vom G-BA verteilt werden sollen, was den dort vertretenen Interessengruppen den primären Zugriff gestatten wird. Interessengruppen, die nicht im G-BA vertreten sind, haben hier eine schwierigere Situation, auch wenn sie hochinnovativ sein sollten.

Das weiß Schrappe sehr genau, der über seine langjährige Tätigkeit im Sachverständigenrat Gesundheit und diverse andere leitende Funktionen im Gesundheitssystem sowie als Politikberater auf Bundes- und Landesebene tiefe Einblicke in das Agieren von Wissenschaft auf der einen, und Politik auf der anderen Seite hat. Ebenso sei schon heute zu ahnen, dass die Stimme der Wissenschaft wohl nur schwach zu vernehmen sein werde, falls es nicht gelingt, schon in diesem Jahr eine Diskussion in Gang zu bekommen, nicht nur bezüglich einer notwendigen Priorisierung, sondern auch hinsichtlich der Qualität der finanzierten Untersuchungen, ihrer Methodik und somit ihrer Aussagekraft. Seine klare Forderung: „Versorgungsforschung darf sich gerade jetzt nicht zurückziehen.“ Es sei zwar verständlich, wenn Wissenschaftler den politischen Betrieb befremdlich empfinden würden, doch könnte eine derartige Abwendung die erfolgreiche, wenn auch immer noch relativ junge Versorgungsforschung in ihrer langfristigen Entwicklung schwächen.

Ähnlich wie bei Public Health und anderen innovativen Ansätzen entscheidet sich diese nämlich erst mittel- und langfristig, wenn die unmittelbare Begeisterung abgeklungen ist, neben Erfolgen auch Enttäuschungen sichtbar werden, und es zur Etablierung langrfristiger Strukturen kommen muss. Schrappes Vorhersage: „Wenn sich die Versorgungsforschung aus dem politischen Diskurs herauszieht, wird sie nur eine kurze Halbwertszeit haben.“ Versorgungsforschung müsse aus diesem Grund breit ansprechbar sein und vor allem der Politik (aber auch allen anderen Stakeholdern, vor allem den Kassen) vielfältige Hilfestellung anbieten, denn, so Schrappe: „Politiker brauchen die Unterstützung der Wissenschaft und wissen das auch – anders lassen sich komplexe Systeme wie das Gesundheitswesen nicht verstehen und dann auch nicht beeinflussen.“

Ganz andere Logiken

Hinzu kommt die Tatsache, dass Politik einer ganz anderen Logik als die Wissenschaft unterliegt. Während die Wissenschaft Theorie- und Methoden-geleitet zu möglichst validen Erkenntnissen gelangen möchte, stellt die Politik die Akzeptanz in den Vordergrund und strebt Kompromisse an. Doch mit der ihr eigenen Logiken und Algorithmen könne die Politik sehr wohl entscheiden, was zu erforschen sei; indes sei die Politik immer froh, „wenn die Wissenschaft nachvollziehbar eine Top-Down-Liste argumentiert“.

Dazu sei es allerdings auch notwendig, dass die Versorgungsforschung als solche die Gesamtheit der Strukturen erkenne, die wahren



Blick ins Auditorium der Abendveranstaltung der Spring School 2015.

Attraktoren der Politik identifizieren und deren Gesamtziele einschätzen kann. Nur so könne sich die Wissenschaftsrichtung, die Schrappe vertritt, beispielsweise der einfach klingenden Frage nähern, warum für Bundesgesundheitsminister Gröhe „eHealth" ein großes Thema sei. Schrappe: „Um diese augenscheinlich triviale Frage zu beantworten, muss man sich mit den hidden agendas der Politik auskennen, die ganz andere als jene der Wissenschaft sind."

Genau deshalb müsse die Versorgungsforschung jetzt Handlungsfähigkeit beweisen. Genau jetzt, wo Versorgungsforschung eine wahre Erfolgsgeschichte sei, vielleicht gar ein Hype – nach zwei Erwähnungen in den beiden letzten Koalitionsverträgen von 2019 und 2013, erwartend eine Millionen-Finanzierung durch den Innovationsfonds, gefördert auch durch den Umstand, dass das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung zur beratenden Institution erhoben wurde. Schrappe zur Aufnahme des DNVF als beratende Institution: „Das war schon ein Paukenschlag."

Man könne das nicht anders interpretieren, als dass auf Seiten der Politik ein ganz ausgeprägtes Interesse bestünde, „mit der Wissenschaft eine enge Verbindung einzugehen." Doch, so schränkt Schrappe, der das Netzwerk Versorgungsforschung seit seiner Gründung im Jahr 2005 begleitet hat, etwaig aufkommende Euphorie gleich wieder mit einer Gretchenfrage ein: „Hat die Versorgungsforschung ein Konzept, wie sich die Gesundheitsversorgung in Deutschland künftig entwickeln soll?" Diese Frage sei jetzt zu beantworten, gerade jetzt, wo die Versorgungsforschung nicht nur ein Hype sei, sondern es auch geschafft habe, ein relativ gutes Versprechen abzugeben. „Nun müssen wir uns damit auseinandersetzen, ob man dieses Versprechen auch halten kann," erklärt der Kölner Professor.

System in einer prägenden Phase

Die Versorgungsforschung betritt die politische Arena just in einem Moment, in dem das deutsche Gesundheitssystem in einem entscheidenden Jahr und einer prägenden Phase stehe, wobei solche Jahre und Phasen nur rund alle fünf Jahre zustande kämen. Nach den Jahren 2000 und 2005 sei 2015 wieder so ein Jahr, indem sich ganz viel bewegt; ein Jahr, indem nicht nur die Krankenhaus – und Pflegereform als Jahrzehntewerke, sondern unter anderem auch Selektivverträge und Innovationsfond sowie eHealth gesetzlich neu geregelt werden.

Das Ganze passiert obendrein in einer Ära, in der das Gesundheitssystem sowieso schon unter enormen Druck steht, weil nur durch das sukzessive Zusammenlegen der beiden sekundärfachärztlichen Bereiche im ambulanten und stationären Sektor und damit dem Schrumpfen des gesamten sekundärfachärztlichen Bereiches die dringende nötige Transformation des Gesamtsystems finanziert werden könne. Schrappe: „Nur indem diese Doppelvorhaltung aufgehoben wird, können die benötigen finanziellen Mittel freigesetzt werden." Dies sei die einzige Möglichkeit, um aus dem System heraus Ressourcen zu entwickeln, die es ermöglichten, „die anstehende organisatorische und strukturelle Veränderung zu finanzieren".

Hier sei der derzeit diskutierte Strukturfonds nur ein erster Vorgeschmack, einer der aber schon heute erkennen ließe, vor welch „hoher Eingriffstiefe" das heutige Gesundheitssystem stünde. Schrappe: „Wer das Gesundheitssystem mit seinem enormen Beharrungsvermögen kennt, könnte schon Angst davor bekommen, dass das zarte Pflänzchen Versorgungsforschung in diesem Konzert untergehen könnte." Und weiter: „Die Entwicklung der Versorgungsforschung findet in Deutschland trotz ihrer klaren paradigmatischen Grundannahme, die Kontextleistung Gesundheit in all ihren Leistungsfaktoren zu beschreiben sowie ihre Einflussfaktoren und Entwicklungen kritisch zu evaluieren und zu beeinflussen, beileibe nicht in einer inerten Umgebung statt, sondern in einem heißen Dampfkochkessel." <<

Autor:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

*Vortrag zum Download auf schrappe.com

7-Punkte-Programm der AMWF für das AMNOG

>> Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) sieht Verbesserungsbedarf bei der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Das seit 2011 gültige Verfahren im Rahmen des AMNOG weist Mängel auf. Ein besonderer Kritikpunkt ist die vom G-BA festgelegte Vergleichstherapie, die nicht immer mit dem aktuellen medizinischen Standard übereinstimmt. Die AWMF zeigt jetzt in einer Stellungnahme Vorschläge zur Verbesserung des Verfahrens auf und mahnt zudem erneut, die medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften enger in die Nutzenbewertung einzubinden.

In der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln erkennt die AWMF zwar ein sinnvolles Instrument, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu fördern, erklärt aber auch, dass entgegen bisherigen Annahmen das AMNOG Verfahren jedoch bislang dieses Ziel verfehlen würde. Gemeinsam mit 13 Mitgliedsfachgesellschaften gründete die AWMF deshalb im September 2014 die Arbeitsgruppe „Frühe Nutzenbewertung", die nun sieben konkrete Punkte vorschlägt, um das Verfahren der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln zu verbessern.

Danach sollte der G-BA schon bei der Wahl der Vergleichstherapie unabhängige klinische Fachexperten anhören. „Für eine differenzierte Beurteilung des Nutzens sind zusätzliche klinische Informationen unerlässlich, die den Studien nicht zu entnehmen sind", erläutert der Vizepräsident der AWMF, Professor Dr. med. Dr. med. dent. Wilfried Wagner aus Mainz. Die Auswahl der Fachexperten könnte die AWMF koordinieren. Derzeit finden bisweilen Vergleiche mit Arzneimitteln statt, die in den aktuellen evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften gar nicht empfohlen werden. „Die Berücksichtigung des aktuellen Stands des Wissens und vorhandener Leitlinien ist eine unerlässliche Voraussetzung für die möglichst präzise Bestimmung des patientenrelevanten Zusatznutzens neuer Arzneimittel", betont Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Medizinischer Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, und Mitglied der AG „Frühe Nutzenbewertung der AWMF. Und dieses gilt nicht nur für den G-BA oder das jeweils bewertende Institut sondern auch für die pharmazeutischen Hersteller.

Ebenfalls zu Beginn des Verfahrens, bei der Wahl der Therapieziele, müssten neben den klinischen Fachexperten vor allem Patientenvertreter in die Entscheidungen einbezogen werden. Verbesserungschancen sieht die AWMF nicht nur bei den Vergleichstherapien und den Therapiezielen: Optimieren ließe sich auch der Umgang mit Informationen von Untergruppen von Patienten, die von dem neuen Medikament profitieren könnten.

Durch eine enge Einbindung der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften lasse sich, so die AMMF, gewährleisten, dass Leistungserbringer und vor allem Patienten und ihre Angehörigen die Entscheidungen zur frühen Nutzenbewertung akzeptieren könnten. <<