Vortragsabend I der DNVF-SpringSchool 2019

Glaeske: „Versorgungsforschung muss sich einmischen“

„Wenn die Versorgungsforschung aufgrund ihrer Ergebnisse nicht gesundheits- und sozialpolitisch tätig wird, dann geht die patientenorientierte Kraft und Auswirkung der Versorgungsforschung verloren.“ Mit diesen Worten fasst Prof. Dr. Gerd Glaeske, Co-Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege & Alterssicherung und Leiter des „Länger besser leben“-Institutes in Bremen, seinen Vortrag „Transfer braucht Evaluation“ mit dem Untertitel „Wechselwirkung zwischen Versorgungsmodellen und Versorgungsforschung als Basis für Veränderungen“ zusammen, den er auf der DNVF-SpringSchool 2019 in Bonn hielt. Glaeske, Mitinitiator, Wegbegleiter und Ehrenmitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, schränkt jedoch ein: „Was allerdings voraussetzt, dass die Versorgungsforscher die aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen und gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen und verfolgen, um die Ergebnisse ihrer Forschung in den adäquaten Kontext stellen zu können.“ Seine Forderung: „Versorgungsforschung muss sich einmischen und sich bemühen, aufgrund vielfältiger Windows of Opportunity Evidenz in das System zu bringen.“

>> Das gelingt mal mehr, oft auch weniger. Das liegt zum einen an der Systematik des Gesundheitssystems an sich, aber auch an den zu analysierenden hochkomplexen Interventionen, doch ebenso am allenthalben mangelnden Willen der Politiker, Evidenz zu fordern, zur Basis ihrer Entscheidungen zu machen oder gar eine konsequente Politikfolgeforschung zu initiieren. So stünden laut Glaeske Instrumente wie DMP, DRG und Rabattverträge seit Ewigkeiten im Gesetz, doch gebe es bis dato keine allgemeingültigen bundesweiten Evaluationen. „Wenn Rabattverträge Arzneimittel wären“, ist Glaeske überzeugt, „wären sie nie zugelassen worden, weil sie nie ihre Wirksamkeit und Unbedenklichkeit gezeigt haben.“



Prof. Dr. Gerd Glaeske mit Jun.-Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu (li.), wissenschaftliche Leiterin der DNVF-SpringSchool, und der DNVF-Vorsitzenden Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke.

Vielleicht liegt aber auch gerade der Mangel an breiter Evidenz an – auf den ersten Blick unverdächtigen – Instrumenten wie dem Innovationsfonds, durch den – Glaeskes Worten zufolge – in den letzten Jahren die Stakeholder innerhalb der GKV geprägt worden seien. Weil viele Forscher vor allem mit dem Aufsetzen oft mit viel Geld geförderten Innovationsfonds-Projekten ausgelastet waren, habe die Beschäftigung mit der theoretischen Weiterentwicklung der Versorgungsforschung „ein bisschen nachgelassen“, merkt Glaeske durchaus kritisch an. Wobei man ihm durchaus anmerkt, dass die Einschränkung wohl mehr ein freundliches Zugeständnis an das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung, den Organisator der SpringSchool, darstellt. Denn auch von der Qualität vieler Innovationsfonds-Projekte ist Glaeske hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in die Regelversorgung nicht so ganz überzeugt. Obwohl der Transfer von der Politik originär bei der Förderung der Neuen Versorgungsformen (NVF) gefordert sei, könne man beim Durchblick vieler Projekte schnell erkennen, dass dem nicht so ist. Er jedenfalls komme da oft ins Staunen und in Zweifel, verbunden mit der Frage: „Ist da überhaupt die Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Kosten sowie die Übertragbarkeit mitgedacht worden?“

Dabei bezeichnete die kürzlich zur außerplanmäßigen Professorin berufene Dr. Monika Klinkhammer-Schalke – die Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) – das Thema des Transfers als „ganz zentralen Punkt“. Nur so könne von Versorgungforschungs-Ergebnissen und durch diese Wissenschaftsrichtung deutlich werdenden Wünsche aus der Versorgungsebene – Patienten, Ärzte, Versorger und Forscher – der Kreis zurück in die Versorgung geschlossen werden. Klinkhammer-Schalke: „Diesen Kreis haben wir noch viel zu wenig von der Versorgungsebene heraus gedacht.“ Anders ausgedrückt meint das wohl: aus der reinen forschergetriebenen Sicht, die zwar interessante Einzelergebnisse zeitigen kann, die aber en gros nicht in der Lage sind, die wirklichen Probleme der Versorgung zu lösen.

Geht es nach Glaeske, ist das nicht der einzige Kreis, den es zu vollenden gilt. Was seiner Meinung nach auch daran liegen mag, dass sich die Gesamtheit der Versorgungsforscher aktiver als bisher um wesentliche, bisher gar nicht oder so gut wie gar nicht bearbeitete Fragestellungen kümmern muss. Dies aber nicht nur aus der Verantwortung gegenüber den besonders bei der Versorgungsforschung im zentralen Fokus stehenden Patienten heraus, sondern im ganz besonderen Maße gegenüber der im Verhältnis zu anderen Wissenschaften immer noch recht jungen Profession der Versorgungsforschung, die mehr denn je gefordert ist, ihren ureigenen evidenten Zusatznutzen zu beweisen.

Ansätze dafür gäbe es Glaeskes Ausführungen zufolge mehr als genug. Das beginnt bei den Auswirkungen der Demografie, geht über die Problematik der sozialen Schichtung mit korrelierten unterschiedlichen Lebenserwartungen und reicht bis zur allenthalben zu beobachtenden falschen Allokation von Mitteln. „Jede Unter-, Über- und Fehlversorgung ist immer falsch alloziertes Geld“, sagt Glaeske, der durchaus deutlich machen kann,

Zitationshinweis
Stegmaier, P., Glaeske, G.: „Versorgungsforschung muss sich einmischen“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/19), S. 34-35; doi: 10.24945/MVF.03.19.1866-0533.2143

dass sich jeder Bereich der Über- und Fehlversorgung auch ökonomisch auswirkt, da durch jedwede falsche Versorgung eine steigende Anzahl stationärer Aufnahmen möglich sind. Doch könne an der Stelle die Ökonomie auch positiv verstanden werden, dass sie nicht nur helfe, die zur Verfügung stehenden und gedeckelten Budgets vernünftiger einzusetzen, sondern auch um „die optimale Patientenversorgung zu konstituieren“. Wobei Glaeske mit einem gewohnt bissigen Seitenhieb auf die Ärzteschaft der Ansicht ist, dass die Therapiefreiheit zwar ein hohes Gut, aber eben auch ein wesentliches Element für Ineffizienzen darstelle, „wenn sie sich – leider immer wieder – mit Beliebigkeit paart“.

Schluss macht Glaeske auch mit einem Satz des ehemaligen Ärztekammerpräsidenten Karsten Vilmar, der mit dem Begriff des „sozialverträglichen Frühablebens“ das Unwort des Jahres 1998 prägte. „Je später wir sterben, desto weniger Ressourcen des Gesundheitssystems verbrauchen wir“, hält Glaeske dagegen. So zeigen die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile in der GKV, dass die letzten 12 bis 18 Monate vor dem Tod die kostenintensivsten sind, doch ebenso zeigten sie, dass, je höher das Todesalter ist, desto niedriger die Kosten werden. Das habe indes nichts mit Rationierung zu tun, sondern mit dem Fakt, dass bestimmte Intervention bei älteren Menschen nicht mehr angewandt werden sollten und auch nicht mehr sinnvoll sind. Nun könne man der Theorie der Medikalisierung (Einsatz von immer mehr Arzneimitteln) anhängen, oder wie er der Theorie der Krankheitskompression, denn „je später eine Krankheit beginnt, umso kürzer wird sie“. Durch gezielte Prävention könne der zeitliche Bereich verringert werden, in dem kostenintensive Interventionen angewandt werden müssen. Glaeske: „Damit ist – langfristig gedacht – Prävention eine ökonomisch sinnvolle Möglichkeit, das Behandlungssystem zu entlasten, wenn wir gleichzeitig die Kompression der Krankheit hinbekommen.“

All diese Themen verlangen eines: Evaluation. Die aber, ist Glaeske überzeugt, „ist nichts starres, sondern muss immer auf veränderte Aspekte und Bedingungen reagieren“. Und durchaus auch gegen Unverstand. Hier zeigt der Bremer Wissenschaftler ein Chart eines Kollegen des Nice, das die zwei Begriffe Efficacy und Effectiveness gegenüberstellt, laut Glaeske eine Begriffsdualität, „über die wir seit Ewigkeiten mit dem IQWiG streiten“, da insbesondere für IQWiG-Leiter Prof. Dr. Jürgen Windeler diese Differenzierung „überhaupt keinen Sinn“ (MVF 01/18) macht.

Health Technology Assessment: Efficacy vs. Effectiveness

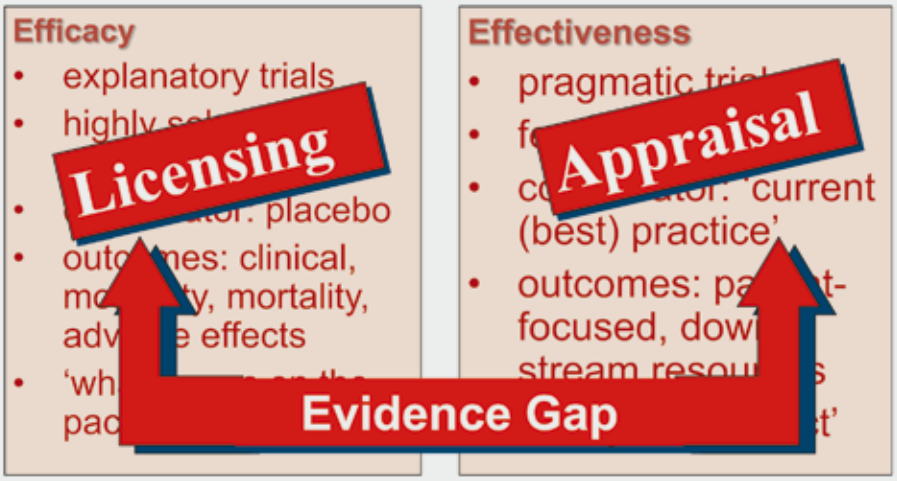


Abb. 1: Health Technology Assessment: Efficacy vs. Effectiveness. Aus Vortrag Glaeske, DNVF-SpringSchool 2019.

Für die Versorgungsforscher, allen voran Glaeske, allerdings einen gewaltigen, der bei jeder Evaluation Auswirkung auf das jeweils zu wählende Studiendesign hat. Den Zuhörern des DNVF-Vortragsabends und hiermit auch den Lesern von „Monitor Versorgungsforschung“ erklärt Glaeske sicher zum 100sten Mal in seinem Leben und dennoch geduldigst den Unterschied: Efficacy ist die Wirksamkeit, die sich in der klinischen Prüfung ergibt. Effectiveness hingegen macht den Patientennutzen im realen Umfeld aus, was Arzneimittel, aber auch operative Verfahren, Medizinprodukte und alle Leistungen, die im Gesundheitssystem angeboten werden, betrifft. Allein schon diese Unterscheidung zeigte, dass bei der Evaluation der Wirksamkeit (Efficacy) ein RCT mit Selektierung einzuschließender Patientenpopulationen angesagt ist, in dem laut Glaeske im Prinzip „nur geprüft wird, was auf der Packung steht“.

Der Patientennutzen im realen Umfeld (Effectiveness) könne hingegen nur mit anderen Studiendesigns evaluiert werden: mit pragmatischen Untersuchungen mit wenigen Ausschlussaspekten und immer dem therapeutischen Bestpractice als Vergleich. Letztenendes sagen damit Nice und viele Versorgungsforscher: Damit wird der Real live-Effekt geprüft! Glaeske: „Das ist der wesentliche Unterschied zwischen der Zulassung und der Bewertung.“ Doch dazwischen, und das sei das Problematische, gäbe es eine Evidenzlücke (Evidence gap). Diese zu schließen, ist nach Glaeskes Überzeugung „eine der wichtigsten Aufgaben der Versorgungsforschung“. Man könne eben nach der klinischen Prüfung keine vernünftige Übertragung in die Realität darstellen. Darum müsse der Übergang von der klinischen Prüfung zur Patientenversorgung immer durch Studien der Versorgungsforschung begleitet und beschrieben werden. „Nur so kann man sagen, was da eigentlich genau passiert“, sagt Glaeske, nach dessen Ansicht es nach der Zulassung in keinem Fach der Medizin überhaupt keine Alternative zur Versorgungsforschung gäbe. Das aber hat der Gesetzgeber mit dem anwendungsbegleitenden Datenerhebungen bereits erkannt und in das bereits ab Juli geltende GSAV eingebracht (MVF 02/19).

Doch weil es auch beim Innovationsfonds keine andere Alternative als translationale Versorgungsforschung gibt, setzt sich Glaeske für einen weiterführenden Transferfonds ein, da mit dem Innovationsfonds nur die Hälfte des Weges beschritten sei. Evidenz komme nur ins Gesundheitssystem, wenn gilt:

- die vorher/nachher-Evaluation von Versorgungsprojekten ist notwendig und sinnvoll, um bei erkannten Defiziten die bestmöglichen Weiterentwicklungs- oder Ergänzungschancen zu (er)kennen
- nur solche Projekte für den Transfer berücksichtigt werden können, die eine adäquate Evaluation mit einer adäquaten Methodik positiv durchlaufen haben – daher Transferfonds als „Folgeforderung“ der VF
- die Evaluation die Voraussetzung für eine Translation in das Versorgungssystem ist – Patientenorientierung, Steuerung, (Innovations)-Folgenabschätzung (therapeutisch, ökonomisch, systemorientiert)
- der Transfer eine Priorisierung der vorgelegten Projektergebnisse ermöglichen sollte. Sic: Versorgungs-/Gesundheitspolitik analysieren: Problemstrom erkennen, Lösungsstrom anbieten, das Policy Window (Window of Opportunity) nutzen! <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier