Workshop: Stand der Versorgungsforschung (AGMV)

„RCT-plus-System“ gefordert

Versorgungsforschung in Deutschland – Was tut sich? fragte die Arbeitsgemeinschaft Modernisierung der medizinischen Versorgungssysteme in einer Veranstaltung zum Stand der Versorgungsforschung und bekam diverse Antworten von Maria Becker (BMG), Dr. jur Rainer Hess (G-BA), Prof. Dr. Rolf Holle (Helmholtz Zentrum), Jörn Sindern (Janssen-Cilag), Dr. rer. pol Dominik Graf von Stillfried (KBV), Martin Stockheim (MDK) und Prof. Dr. med Stefan N. Willich (Charité), der in seinem Vortrag nicht nur eine „Unbalance von Präventiv- und Akutmedizin“ diagnostizierte.

>> Zur Zeit stützen sich die Entscheidungsträger im deutschen Gesundheitssystem weitgehend auf das RCT-Studiendesign, das sicher im Bereich der klinischen Forschung die höchste Evidenz erzeugen kann. Dennoch sollte laut Willich, Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité, deutlicher gemacht werden, dass RCT immer ein experimentelles Design aufweist, das anscheinend auf Ärzte wie Patienten Einfluss nimmt.

Studien wirken als Placebo

Dazu zitierte er den Arzt Ted J. Kaptchuk, der im Jahr 2001 über eine Studie berichtete, nach deren Aussage schon die Studienteilnahme als solche als Placebo fungiere. Die Studie untersuchte die Wirkung von Naproxen in zwei Studienarmen, wobei jeweils Naproxen gegen Placebo untersucht wurde. Der Unterschied war nur, dass beim ersten Studienarm die Probanden einwilligten, an einer Studie teilzunehmen, und beim zweiten die Probanden nicht wussten, dass sie an einer Studie teilnahmen (was in Deutschland schon aus ethischen Gründen unmöglich ist).

Herauskam, dass die schmerzmindernde Wirkung von Naproxen bei den Probanden, die in die Studienteilnahme einwilligten, um ein Vielfaches höher war, als bei jenen, die das Medikament ohne Studienumfeld bekamen (s. Abb). Willich: „Letztlich bekommen wir damit also nur eine begrenzte Erkenntnis, wenn es um die Relevanz in der Allgemeinversorgung geht, aber eine hohe, wenn es um die Wirksamkeit geht.“

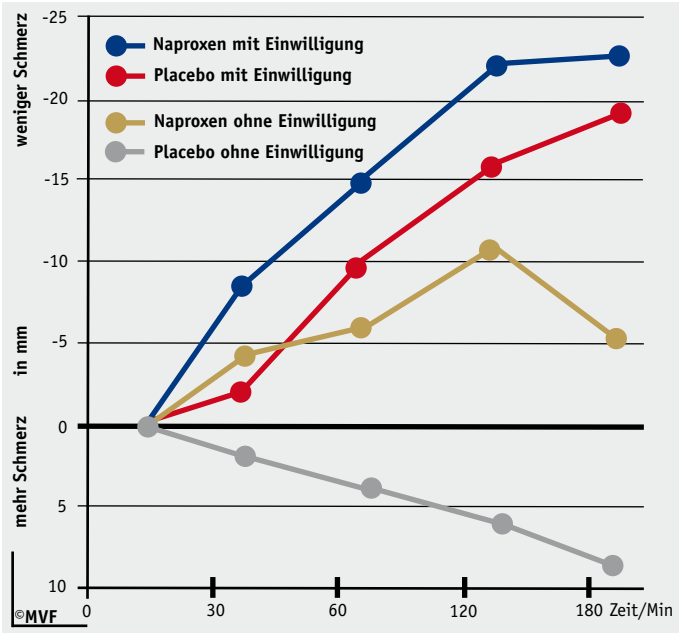


Abb. Studienteilnahme als Placebo, adaptiert aus Kaptchuk, J Clin Epidemiol (2001)

Genau an dieser Stelle kommt für Willich Versorgungsforschung ins Spiel, die mit einem naturalistischen Setting die Auswirkung auf den Versorgungsalltag feststellen kann. Das heißt auch, dass erst das Zusammenspiel beider Studientypen, also die Kombination von RCT mit Versorgungsforschung, eine „Gesamtschau“ ermögliche und damit letztlich erst die Bewertung erlaube, welche Therapie nun sinnvoll sei und welche nicht. Dies gelte umso mehr, wenn es sich um Kostennutzen-Aspekte drehe, die nur selten in RCTs abgebildet werden könnten. Darum seien besonders hier Studien methodisch anspruchsvoller Versorgungsforschung notwendig, die vom Evidenzgrad durchaus mit RCT vergleichbar seien und wichtige Hinweise auf eine effizientere Gestaltung der medizinischen Versorgung geben könnten.

Gleichwertiges Miteinander

Trotzdem gibt es für Willich kein Gegeneinander, sondern ein Miteinander von RCT und Versorgungsforschung, aber eben auch keine Überlegenheit des einen Systems über das andere. Dies verdeutlicht Willich noch einmal, indem er sagt: „Die Versorgungsstudie berücksichtigt ein naturalistisches Studiensetting sowie patientenzentierte und gesundheitsökonomische Variablen, wobei der Evidenzgrad methodisch anspruchsvoller Versorgungsforschungsstudien mit RCT-Trials vergleichbar ist.“ Darum ist für ihn die Hierarchie, dass man „zuerst immer nur auf RCTs schaut und nicht weiterblickt“, nicht länger zielführend. Er fordert ein „RCT-plus-System“, in dem idealerweise moderne Therapien mit RCT, aber zusätzlich mit Registern und Versorgungsforschungs-Settings untersucht werden.

Für mehr Offenheit in dieser Frage plädierte auch Maria Becker, Referatsleiterin Forschungs-angelegenheiten im BMG, nach dem sie wie der G-BA-Vorsitzende Hess die Frage bejahte, dass Entscheidungsträger wie Politik die Erkenntnisse der Versorgungsforschung dringend bräuchten, um evidenzbasiert „Versorgungsprozesse in Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit zu verbessern“ (Hess).

Dennoch stellte BMG-Forschungsbeauftragte Becker die Kardinalfrage, ob man überhaupt „mit den Instrumenten des RTC im Bereich der Versorgungsforschung arbeiten“ könne oder nicht ein Beispiel dafür vorläge, dass man Methoden, die zwar gängigerweise in der klinischen Forschung verwendet würden, eben nicht 1 zu 1 auf den Versorgungsalltag übertragen könnte. Becker: „Wir sollten offen darüber reden, ob man RCT überhaupt im Versorgungsalltag anwenden kann, oder ob man nicht besser ergänzende Methoden entwickeln sollte, die mehr dem Versorgungsalltag angemessen sind. Das wird eine der Aufgaben der nahen Zukunft sein.“ <<

Mythen der Gesundheitspolitik

Autor: Hartmut Reiners
Mythen der Gesundheitspolitik
Verlag: Hans Huber, Bern
263 Seiten
ISBN: 978-3-456-84679-8
Preis: 19,80 EUR



>> Mit diesem Werk überarbeitet, aktualisiert und ergänzt Hartmut Reiners das bereits 1998 erschienene Buch „Das Märchen von der Kostenexplosion" gründlich, welches er damals gemeinsam mit Bernard Braun und Hagen Kühn vorlegte.

Das jetzt vorliegende Werk „Mythen der Gesundheitspolitik" räumt, auf analytisch hohem Niveau, mit den zehn gängigen Mythen der Gesundheitspolitik auf. Er entlarvt diese als im Kern interessengeleitet, in vielen Bezugspunkten und Argumentationsketten schlichtweg falsch und insgesamt für die Notwendigkeit der Gestaltung komplexer und differenzierter Gesundheitssysteme zu oberflächlich und nicht adäquat.

Der analytische Ansatz und die sauber aufgearbeitete Empirie führen dabei nicht zu einer langatmigen und schwer lesbaren Analyse; im Gegenteil, diese wird durch eine klare, pointierte und erfrischende Sprache auf den Punkt gebracht und zugespitzt. Dies mag auch dadurch unterstützt werden, dass einige Kapitel und die eine oder andere Argumentation in kleineren Publikationen verbreitet, im Diskurs geschärft und damit gegen platte Gegenargumente fachlich und sprachlich immunisiert werden konnten.

Zehn Mythen – zehn Kapitel: Beginnend mit dem zentralen Mythos, dem der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen", die sich in differenzierterer Sicht als Gemengelage von schleichender Auszehrung der GKV-Einnahmen, steigenden Beitragssätzen und strukturell geringerem Rationalisierungspotenzial personengebundener Dienstleistungen entpuppt. Hier mangelnde Effizienz und „Misswirtschaft" vorschnell und trivial zu unterstellen, ist so oberflächlich wie falsch. Auch der Mythos 2 hält sich im Sinne einer selektiven Wahrnehmung der Realität, wenn permanent die hohen „Lohnnebenkosten als Problem der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft" thematisiert werden. Dies ist erstens in vielen Studien empirisch widerlegt, wird zweitens durch reale Beobachtung weltwirtschaftlicher Zusammenhänge relativiert und drittens gerade in der gegenwärtigen Weltfinanzkrise eindrucksvoll widerlegt. Hier schließt der Mythos 3 an, der von der „demographischen Falle" für umlagefinanzierte soziale Sicherungssysteme und den vermeintlichen Wohltaten eines „Kapitaldeckungsverfahrens" handelt. Reiners zeichnet hier sehr schön die international differenzierte Diskussion nach, die schon länger dieses Argument widerlegt. Eine Argumentation, die durch die aktuelle Finanzkrise und ihre desaströse Wirkung auf kapitalfundierte Sicherheitsversprechen so eindrucksvoll bestätigt wird.

Mythos 4 beschreibt den medizinisch-technischen Fortschritt als „zwingenden Grund" für höhere Beiträge und die „Notwendigkeit der Rationierung" medizinischer Leistungen. Hier begründet Reiners sorgfältig die Notwendigkeit von methodisch belastbaren Entscheidungsregeln für die Gestaltung eines evidenzbasierten Leistungsrahmens und für qualitätssichernde Aspekte in der Leistungsgewährung.

Der unter dem Stichwort Eigenverantwortung diskutierte Mythos (5) der „Vollkaskomentalität der Versicherten" führt zwangsläufig zu einer Strategie mit Zuzahlungen, Wahltarifen und Kostenerstattungen. Die empirisch beobachtbare Kontraproduktivität und politisch-ökonomische Fragwürdigkeit solcher Strategien im Kontext eines solidarischen Finanzierungs- und Versorgungssystems werden wunderbar illustriert.

Der Mythos (6) vom „Versagen der solidarischen Finanzierung" wird sehr anschaulich, prägnant und richtig als Problem einer willkürlichen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze und als Folge einer ebenso willkürlichen Trennung in eine private und eine gesetzliche Krankenversicherung beschrieben, die weder „aus der ökonomischen noch aus der sozialen Perspektive" begründbar ist. Hier argumentiert Reiners, wie auch der Sachverständigenrat, für ein einheitliches Krankenversicherungssystem in Deutschland. Inhaltlich zielt er hier auf eine solidarische Bürgerversicherung ab, die er im europäischen Kontext auch als Benchmark verortet.

„Ärztemangel und latente Unzufriedenheit von Ärzten" werden nicht als zwangsläufig und systemimmanent (Mythos 7) hingenommen, sondern als Problem einer disparaten Versorgungslandschaft mit der Folge von Über- und Unterversorgungen im regionalen Kontext, sowie der fragmentierten Organisation der Abläufe und Prozesse innerhalb des Medizinbetriebs selbst dargestellt.

Der Mythos einer „aufgeblähten Krankenkassenbürokratie" (8) wird durch empirisch eindrucksvolle Belege, sowohl im Vergleich zu privaten Versicherungsunternehmen als auch im Zusammenhang mit der Funktionserweiterung und der Übernahme selektivvertraglicher Funktionen erklärt.

Dass Wettbewerb als „Selbstzweck und sich selbstregulierendes System" nicht quasi automatisch die Effizienz der Ressourcenverwendung steigert (Mythos 9), ist in der ernsthaften gesundheitsökonomischen Literatur unumstritten. Dass dazu sowohl ein funktionsfähiger Risikostrukturausgleich, wie die Frage der Messung der Qualitäten und Effizienzen als nicht-triviales, empirisches Ausgangswerkzeug gehört, ist ebenfalls in der ökonomischen Literatur klar belegt. Dies alles hat sich allerdings noch nicht gegen den trivialen Mythos „Wettbewerb wird's richten" durchgesetzt.

Zusammengefasst ist die Auseinandersetzung mit den zehn Mythen der Gesundheitspolitik eine verdienstvolle, von hohem Sachverstand geprägte und analytisch reife Analyse. Um diesem Werk eine breite Leserschaft – sowohl bei jungen Studierenden der Gesundheitsökonomie wie bei alten Fahrensleuten der gesundheitspolitischen Debatte, in gleichem Maße – zu wünschen, muss man nicht mit allen Positionen des Autors einhergehen. Die erfrischende, klare und Werturteile nicht scheuende Sprache macht dieses Werk zu einem wahren Lesevergnügen.

Dieser uneingeschränkten Empfehlung steht lediglich die weitgehend unkritische Einordnung der aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung etwas im Wege, bei der der Autor als Ministerialbeamter eines Bundeslandes und einflussreicher Ideengeber im politischen Hintergrund des parteipolitischen Machtzentrums in erheblichem Maße mitwirkte und mitgestaltete. Dass er allerdings hier ausgerechnet einen Reformansatz verteidigt, der in vielen Punkten nur durch die naive Akzeptanz der hier so eindeutig und klar kritisierten Mythen erklärt wird und erklärt werden kann, muss dann doch sehr überraschen. Hier hätte dem Werk eine größere Distanz sicher gut angestanden. <<

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK