

Kostendämpfung: Gesundheits- ökonomie nicht verantwortlich!



PROF. DR. MED. MICHAEL SCHLANDER, M.B.A.

Quelle: privat

Es ist kein Zweifel mehr möglich: Das Gesundheitssystem steckt nicht nur mitten in einem tief greifenden Strukturwandel – die Knappheit der finanziellen Mittel wird dazu führen, dass in der Zukunft wirtschaftliche Aspekte noch wichtiger als bisher sein werden. Zwangsläufig wird damit die Bedeutung der Gesundheitsökonomie in Deutschland zunehmen.

DER KASSENARZT:

Sie haben anlässlich der Pharmazeutischen Tafelrunde der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg im Dezember 2005 von Deutschland als einem gesundheitsökonomischen Entwicklungsland gesprochen.

SCHLANDER:

Ja, das ist richtig. Und es trifft in zweifacher Hinsicht zu. Einerseits befindet sich die Disziplin der Gesundheitsökonomie selbst in einer Phase stürmischer Entwicklung. Es ist ja keineswegs so, dass wir es bei diesem Fach mit einer in sich geschlossenen – geschweige denn abgeschlossenen – Theorie zu tun hätten. Vielmehr konkurrieren ganz unterschiedliche konzeptionelle Ansätze miteinander. Das reicht von der volkswirtschaftlich geprägten neoklassischen Wohlfahrtstheorie über Ansätze, welche isoliert auf gesundheitliche „Outcomes“

medizinischer Maßnahmen abheben, bis hin zu einer zunehmend intensiven Diskussion über die normativen Annahmen der üblichen ökonomischen Modelle. Dabei geht es um die Frage der Angemessenheit dieser Prämissen bezogen auf das Gut „Gesundheit“, eine derzeit eher theoretische Debatte, die sich noch nicht auf die tatsächliche Durchführung gesundheitsökonomischer Analysen ausgewirkt hat. Andererseits aber ist bezogen auf Deutschland festzustellen, dass hiesige Gesundheitsökonomien in der internationalen wissenschaftlichen Diskussion nicht nur nahezu unsichtbar sind, sondern Deutschland im internationalen Vergleich etwa mit England und Skandinavien tendenziell sogar weiter zurückfällt. Und auch innerhalb Deutschlands wird der mögliche Erkenntnisgewinn durch gesundheitsökonomische Evaluationen kaum genutzt.

DER KASSENARZT:

Viele Ärzte werden es nicht unbedingt bedauern, dass die Gesundheitsökonomie in Deutschland eine geringere Rolle spielt als etwa in England.

SCHLANDER:

Das ist mir durchaus bewusst. Es stellt sich aber die Frage, inwieweit das wirklich ein Vorteil ist. Denn bei prinzipiell knappen verfügbaren Ressourcen muss die Frage nach ihrer optimalen Verwendung beantwortet werden. Wir erleben in Deutschland eine zunehmende verdeckte Rationierung, die allzu oft intransparent und unsystematisch erfolgt. Das ist keine besonders gute Voraussetzung für eine effiziente und gerechte Mittelverwendung.

DER KASSENARZT:

Das Wort Rationierung führt bei vielen Menschen zu heftigen Abwehrreflexen.

Politiker beinahe aller Parteien bestreiten die Existenz von Rationierung im deutschen Gesundheitssystem.

SCHLANDER:

Sie können gerne das Wort Rationierung austauschen gegen ein angenehmer klingendes Synonym wie Prioritätensetzung. Ökonomen sprechen häufig von rationaler Ressourcenallokation, wobei dann schon bestimmte theoretische Vorstellungen von einer effizienten „Allokation“ mitschwingen. Die unterschiedliche Terminologie ändert aber nichts an der Analyse der Ausgangslage.

DEUTSCHES GESUNDHEITSSYSTEM BESSER ALS SEIN RUF

DER KASSENARZT:

Zeigt die Analyse nicht gerade, dass wir in Deutschland ein auch im internationalen Vergleich sehr gutes Gesundheitswesen haben? Ohne die Wartezeiten, für die der NHS in England berüchtigt ist, ohne vierte Hürde für neue Medikamente wie in vielen anderen Ländern ...

SCHLANDER:

In der Tat halte ich nichts davon, das deutsche System schlechter darzustellen, als es ist. Bisweilen wird der Eindruck erweckt, weder Qualität noch Wirtschaftlichkeit des deutschen Systems hielten einem Vergleich stand. Das ist mehr als ein Ärgernis, es ist unverantwortlich und destruktiv. Gleichwohl weiß jeder, der sich mit dem System beschäftigt, dass es ein beachtliches Verbesserungspotenzial gibt. Es wäre ebenso unverantwortlich, sich dieser Aufgabe nicht zu stellen. Außerdem hat die – relativ zum ohnedies bescheidenen Wachstum der Volkswirtschaft – Erosion der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die politischen Entscheidungsträger zu einer Vielzahl von Maßnahmen mit dem engen Ziel der Kostendämpfung veranlasst. Es ist unüberschbar, dass es eine Tendenz in Deutschland gibt, diese Schraube zu überdrehen. Es ist ein deutliches Signal, wenn deutsche Ärzte in England und Skandinavien bessere Arbeitsbedingungen vorfinden und deshalb Auswanderung einsetzt. Oder wenn Praxen zum Quartalsende geschlossen werden, weil die verfügbaren Budgets ausgeschöpft sind. Oder nehmen Sie das Beispiel der Arzneimittelversorgung – auch hier stehen große Herausforderungen bevor, denn die Einsparpotenziale

bei Arzneimitteln mit umstrittener Wirksamkeit oder durch die Verordnung von Generika sind mittlerweile zwar noch nicht vollständig, aber bei einigermaßen realistischen Zielvorgaben weitgehend ausgereizt. Die durch neue Produkte getriebene Ausgabendynamik dagegen ist ungebrochen.

DER KASSENARZT:

War es nicht gerade die deutsche pharmazeutische Industrie, die 2003, als das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) verhandelt wurde, hartnäckig und letztlich erfolgreich Widerstand gegen die Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen leistete?

SCHLANDER:

Ja, das war ein schwerer Fehler. Ich glaube übrigens nicht, dass die Alternativen, die das GMG gebracht hat, die Industrie glücklicher gemacht haben. Es wird nicht nur von der Industrie, sondern auch von vielen Ärzten übersehen, dass ökonomische Analysen ein phantastisches Instrument sind, den Wert medizinischer Leistungen zu dokumentieren. Vor allem gestatten sie es, Mehrnutzen und Mehrkosten in einer sehr differenzierten Weise – zum Beispiel abhängig von der Indikation, vom Schweregrad einer Erkrankung oder von bestehender Komorbidität – zueinander ins Verhältnis zu setzen. Weder die mit dem GMG gekommene, schrecklich simplifizierende ABC-Klassifizierung noch Festbeträge können das leisten.

GESUNDHEITSÖKONOMIE IST NICHT VERANTWORTLICH FÜR VERFEHLTE POLITIK

DER KASSENARZT:

Sie widersprechen also der Befürchtung, dass zentrale Kosten-Nutzen-Evaluationen im Ergebnis zu einer Einheitsmedizin führen?

SCHLANDER:

Ganz entschieden. Die internationalen Erfahrungen zeigen genau das Gegenteil. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass ausgerechnet in jenen Ländern, welche solche Evaluationen, auch in Form einer „vierten Hürde“, eingeführt haben, die Ausgaben für Arzneimittel überproportional angestiegen sind – offensichtlich, weil in der Summe der Nachweis geführt werden konnte, dass die Mehrkosten durch einen entsprechenden Zusatznutzen gerechtfertigt

sind. Es lässt sich also auch empirisch belegen, was aus einer theoretischen Perspektive schon immer klar war, dass nämlich Gesundheitsökonomie nichts zu tun hat mit einer einseitigen Politik der Kostenminimierung. Gesundheitsökonomische Analysen unterstützen vielmehr eine differenziertere, gezieltere Verwendung knapper Mittel.

DER KASSENARZT:

Viele Ärzte sehen die fortschreitende Ökonomisierung der Medizin mit großer Skepsis.

SCHLANDER:

Wenn Ökonomisierung als Chiffre benutzt wird für eine einseitige Fixierung auf Kostendämpfungsziele, für Bürokratisierung und für immer schneller aufeinander folgende dirigistische Eingriffe, dann sicher mit einigem Recht. Ich füge hinzu: Auch dann mit einigem Recht, wenn unter dem Deckmantel wissenschaftlicher Exaktheit Ideologien propagiert werden, was wir gerade an der Schnittstelle von Ökonomie und Medizin leider immer wieder erleben müssen. Natürlich kann ein solches Vorgehen die Gesundheitsökonomie als Wissenschaftsdisziplin nur diskreditieren.

FAKTEN UND MEINUNGEN BESSER DIFFERENZIEREN

DER KASSENARZT:

Denken Sie hier an konkrete Vorfälle?

SCHLANDER:

Es gibt sehr viele Vorgänge dieser Art. Ich möchte es gerne bei dem Hinweis darauf belassen, dass sie keineswegs nur einer bestimmten Seite zuzuschreiben sind. Es wäre für die gesundheitspolitische Debatte viel gewonnen, gelänge es besser, zwischen Fakten und Meinungen, zwischen empirisch belegten Zusammenhängen und theoretischen Postulaten zu unterscheiden. Eine entscheidende Voraussetzung dafür ist das erkennbare Vorhandensein gesundheitsökonomischer Grundkenntnisse.

DER KASSENARZT:

Das gilt sicher auch für konkrete Kosten-Nutzen-Analysen?

SCHLANDER:

Ja, die Durchführung valider gesundheitsökonomischer Evaluationen ist alles andere als trivial. Hinzu kommt, dass ihre Ergebnisse oftmals massive ökonomische Interessen berühren. Weil

es außerdem prinzipiell unmöglich ist, bei solchen Evaluationen – jedenfalls dann, wenn sie zeitgerecht vorliegen sollen – ohne Modellbildung auszukommen, sind diese Ergebnisse außerordentlich manipulationsanfällig. Eine Konsequenz ist, dass nicht nur die Analysten, sondern auch die Rezipienten mit den gängigen Modellen und Analysetechniken vertraut sein müssen.

DER KASSENARZT:

Herr Schlander, haben Sie deshalb die Durchführung einer „Gesundheitsökonomischen Sommerakademie“ in diesem Jahr angekündigt?

SCHLANDER:

Ja, es ist unsere zentrale Motivation, Ärzte und andere an der Anwendung gesundheitsökonomischen Wissens Interessierte in einem zweiwöchigen, sehr arbeitsintensiven Programm mit dem aktuellen Stand unseres Wissens auf diesem wichtigen Feld vertraut zu machen. Das betrifft die in anderen Ländern gemachten Erfahrungen genauso wie die Durchführung und Bewertung von Analysen bis hin zur laufenden Diskussion über notwendige Weiterentwicklungen des Gebiets. Es ist vorgesehen, gleichermaßen die ungenutzten Möglichkeiten wie auch die ernst zu nehmenden Limitationen anhand zahlreicher Fallstudien zu beleuchten.

NEUE AUFGABEN FÜR DAS IQWiG?

DER KASSENARZT:

Was haben Ärzte davon, wenn in Deutschland selbst das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nur Nutzenbewertungen, aber ausdrücklich keine Kosten-Nutzen-Evaluationen durchführt?

SCHLANDER:

Ich glaube keineswegs, dass mit dem GMG schon das letzte Wort zu den Aufgaben des IQWiG gesprochen worden ist. Abgesehen von der schon erwähnten Problematik der Differenzierung wird sehr bald zutage treten, dass ein zusätzlicher medizinischer Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zu den Mehrkosten stehen muss. Dann aber wird es entscheidend darauf ankommen, aus den internationalen Erfahrungen die richtigen Schlüsse zu ziehen. Auch beim National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) im London,

das oft als Referenz angeführt wird, gibt es Licht und Schatten. Andererseits werden auch heute schon Wirtschaftlichkeitsüberlegungen angestellt, nur dass diese unsinnigerweise nicht beim IQWiG durchgeführt werden, sondern nach nicht immer verständlichen Kriterien in der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses liegen. Dieses Gremium ist jedenfalls bisher nicht durch eine besondere gesundheitsökonomische Kompetenz hervorgetreten.

DER KASSENARZT:

Demnach wären Mitarbeiter des IQWiG und Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses die geeignete Zielgruppe Ihrer Sommerakademie?

SCHLANDER:

Angesichts unserer hochkarätigen internationalen Fakultät kann ich mir in der Tat vorstellen, dass Mitglieder der von Ihnen angesprochenen Gruppe von einer Teilnahme profitieren. Martin Buxton beispielsweise zählt zu den geistigen Vätern und Wegbegleitern des englischen NICE, Mark Fendrick aus Ann Arbor (Michigan) zählt zum kleinen Kreis international anerkannter Experten auf dem Gebiet Managed Care und

Ulf Persson leitet das schwedische Institut für Gesundheitsökonomie in Lund, um nur drei unserer Fakultätsmitglieder namentlich zu benennen. Andererseits ist es schon heute so, dass leitende Ärzte und Pharmazeuten etwa in Krankenhäusern bei Entscheidungen über die Aufnahme von Produkten und Verfahren in das Leistungsspektrum ihrer Einrichtungen neben ihrem medizinischen Sachverstand ökonomische Kriterien einbeziehen müssen. Und ich weiß aus zahlreichen Gesprächen mit berufspolitisch engagierten Ärztinnen und Ärzten, dass es mit einem gewissen ökonomischen Rüstzeug versehen leichter ist, in politischen Diskussionen zu bestehen. Gerade weil viel beschäftigte Ärztinnen und Ärzte nicht auch noch ein Zusatzstudium der Wirtschaftswissenschaften absolvieren können, ist die Sommerakademie für sie sicherlich ein attraktives Angebot.

DER KASSENARZT:

Herr Professor Schlander, wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit Ihrer Initiative und danken Ihnen für dieses Gespräch.

**Sommerakademie Gesundheitsökonomie
(12.–16. Juni und 25.–29. September 2006)**



Nähere Informationen:

Institut für Innovation & Evaluation im Gesundheitswesen (INNOVAL^{HC})
 Rathausplatz 12–14
 65760 Eschborn
 www.innoval-hc.com

 Frau Sigrid Steinebach
 Telefon: 0 61 96 / 77 66-410
 Telefax: 0 61 96 / 77 66-416
 E-Mail: sigrid.steinebach@innoval-hc.de