

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

„Das Ausverhandeln hinter geschlossenen Türen hat damit ein Ende“

Claudia Wild, Sozialwissenschaftlerin und Leiterin des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Health Technology Assessment (LBI-HTA) über den Sinn von HTA, wie sie Kritikern von HTA begegnet und warum ihrer Meinung nach HTA kein Rationierungstool ist.

doktorinwien: *Wie würden sie HTA exakt definieren?*

Wild: Health Technology Assessment ist die systematische Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien. HTA beurteilt die Aspekte Sicherheit, Wirksamkeit und Kosten im Vergleich zum Nutzen sowie epidemiologische Fragestellungen. Ferner sind auch soziale, rechtliche und

aktivität des Markts, das heißt der Industrie und der forschenden Ärzteschaft. Was uns, das LBI-HTA, auszeichnet, ist, dass wir auch eigeninitiierte Forschung betreiben. Wir können mit Projekten in Bereichen, die nicht produktgetrieben sind, ein Gegengewicht setzen und somit auch Patientengruppen und Krankheiten wissenschaftliche Unterstützung durch Evaluationen geben, die keine vermarkteten Produkte als rasche Therapieantworten zur Verfügung und daher auch keine Lobby haben, etwa Kinder, psychisch Kranke, alte und pflegebedürftige Menschen. Das gelingt, weil wir dank der Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft über ausreichende finanzielle Mittel verfügen. In unserem Leitbild haben wir uns auch einem qualitativen Fortschrittsdenken und einem breiten kontextbezogenen Blick auf medizinische Interventionen verpflichtet. In diesem Sinne ist das LBI-HTA eine Institution der wissenschaftlichen Gesundheitspolitikberatung.

doktorinwien: *Es fließen keine Gelder der Industrie in Ihr Institut?*

Wild: Das LBI-HTA wurde im April 2006 auf eine Dauer von sieben Jahren gegründet. Für die Finanzierung des Instituts werden 40 Prozent der HTA-Institutsmittel durch so genannte Partnerschaften aufgebracht. „Partner“ – das sind das Gesundheitsministerium, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Krankenanstaltenträger wie die KAGES und die TILAK – verpflichten sich dabei nicht nur, relevante Forschungsthemen zu benennen, sondern auch das erarbeitete Wissen in die Praxis zurückfließen zu lassen. Die restlichen 60 Prozent der Institutsmittel werden von der Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft eingebracht. Die langfristige Idee der LBG-Forschungsinitiative ist letztendlich aber, solche Partnerschaften zu verfestigen und die Institute auf Dauer in die Trägerschaft anderer Institutionen zu übergeben. Über einen derartigen Transfer des LBI-HTA für die Zeit nach 2013 wird derzeit schon sehr konkret nachgedacht.

doktorinwien: *Können Sie uns einige der aktuellen Forschungsthemen nennen?*

Wild: Das größte Projekt ist derzeit die Überarbeitung, das heißt eigentlich die Neubearbeitung, des Mutter-Kind Passes, der sich ja in seiner Grundstruktur seit den 1970er-Jahren nicht verändert hat. Wohl verändert haben sich aber die Gesundheitsrisiken für Mütter und Kinder. Ein anderes großes Projekt ist derzeit die Evaluierung der Rehabilitation, also die Ausrichtung an medizinischen Ergebnissen. Ansonsten evaluieren wir regelmäßig neue Onkologika sowie neue medizinische Einzelleistungen, die so genannten MELs, für die Vorschläge bezüglich der Aufnahme in den LKF-Katalog vorliegen.

doktorinwien: *Inwieweit ist HTA international gesehen ein Vorreiter?*

Wild: HTA verändert sich, weg von der Bewertung von medizinischen Technologien nach Markteintritt und Verbreitung hin zu Frühbewertungen, wie etwa jetzt in Deutschland, und hin zu Phase IV Postmarketing-Studien mit der Fragestellung, ob der Nutzen, der in klinischen Studien gefunden wurde, unter Realbedingungen auch lukriert werden kann. Es schlägt sich also auch in der Methodenweiterentwicklung die zunehmende Skepsis nieder, ob denn der permanent suggerierte Fortschritt tatsächlich in der Häufigkeit und Intensität stattfindet.

doktorinwien: *Wenn Sie es auf den Punkt bringen: Wo exakt kann HTA sinnvoll eingesetzt werden?*

Wild: Sinnvoll, weil auch weniger konfliktträchtig, ist ein prospektiver Einsatz, also vor Refundierungsentscheidungen für Leistungskataloge oder aber auch vor der Aufnahme neuer Impfungen. Darüber hinaus macht die Begleitung von Großprojekten Sinn, indem frühzeitig Ergebnisendpunkte benannt werden, die erreicht werden sollen. Die Verknüpfung von Bezahlung mit solchen Ergebnisendpunkten ist ebenfalls sinnvoll, „bedingte Erstattung“ ist hier der Terminus technicus.

doktorinwien: *Warum gibt es dann so große Widerstände gegen HTA?*



Wild: „Aufgrund des ökonomischen Drucks wird kaum mehr eine Entscheidung ohne die Hinterfragung der Evidenz rechtfertigbar sein“

ethische Effekte zu berücksichtigen. Das klingt sehr neutral, aber HTA tut eben genau dort weh, wo durch das systematische Offenlegen des Wissens zu medizinischen Interventionen offensichtlich wird, was man eventuell alles nicht weiß, aber wissen sollte, bevor eine große Investition mit öffentlichen Mitteln getätigt wird.

doktorinwien: *Ist HTA dann nicht sehr von der Ökonomie geprägt?*

Wild: HTA wird in allen westlichen Ländern immer wichtiger in der Entscheidungsunterstützung, welche medizinischen Leistungen ausreichend Nutzen zeigen, um sie in einem solidarischen Gesundheitswesen zu leisten. Da geht es zumeist um Grenzziehung und Nutzen-Risiko-Abwägungen, aber auch um Nutzen-Kosten-Abschätzungen, wenngleich selten. Schwarz-Weiß-Antworten sind rar. HTA ist aber letztendlich permanent angetrieben, ja geradezu im Bann der Produk-

Wild: Dafür gibt es verschiedene Gründe. Zum einen macht der Anspruch nach Transparenz Intransparenzen und Verschleierungen, zum Beispiel bei der Präsentation von Daten und Zahlen, etwa neuer Arzneimittel, offensichtlich. Der genaue und scharfe Blick von HTA zeigt, wie viel Nutzen von einer neuen Technik oder einem neuen Medikament tatsächlich zu erwarten ist. Es geht hier um riesige Märkte und viel Geld, die sich durch EbM und HTA behindert fühlen. Die Bewertung medizinischer Interventionen bedeutet aber auch das Infragestellen herkömmlicher Autoritäten, nämlich oft der forschenden Ärzteschaft, die landläufig zur „sozialen Elite“ unserer Gesellschaft gehört.

doktorinwien: Können Sie ausschließen, dass HTA für Rationierung herangezogen wird?

Wild: Rationierung ist ein oft populistisch verwendeter Begriff, mit dem jegliche Leistungswegnahme und -unterlassung bezeichnet wird. Rationierung ist aber definiert durch „Weglassen von wirksamen Leistungen“, und bei HTA geht es zumeist um Benennen von unnötigen, unangemessenen Leistungen, um das Benennen von Überversorgung. Und dann gibt es natürliche medizinische Interventionen, Arzneimittel, die in einem Graubereich liegen. Eine Lebensverlängerung um ein Monat bei gleichzeitig schlechterer Lebensqualität, wird – sofern diese Leistung nicht bezahlt wird – von den einen als Rationierung, von den anderen als unangemessene Leistung wegen des schlechten Nutzen-Risiko-Profil bezeichnet. Dort brauchen wir unbedingt eine öffentliche Diskussion und auch Grenzwerte.

doktorinwien: Wenn Sie einen Blick in die Zukunft wagen: Wie könnte die aussehen?

Wild: Aufgrund des ökonomischen Drucks wird auch in Österreich – und Österreich ist ja ein Späentwickler bei HTA – bald kaum mehr eine Entscheidung über große öffentliche Investitionen im Gesundheitssektor ohne die Hinterfragung der vorliegenden Evidenz rechtfertigbar sein. Das Ausverhandeln hinter geschlossenen Türen wird, so meine Hoffnung, damit ein Ende finden. ◀

Interview: Brigitte Ettl.

EU

Parlament für freie Arztwahl im Ausland

Monatelanges Warten auf eine neue Hüfte, eine Kernspintomographie oder einen Bestrahlungstermin sind heute in einigen EU-Staaten durchaus üblich. Und wer dem mit einer Behandlung in einem anderen Mitgliedsland entgegen will, muss umständliche Behördengänge oder gar Prozesse auf sich nehmen.

► Dies soll nun anders werden. Darauf zielt zumindest eine neue Richtlinie ab. Sie verankert das Recht der Patienten auf eine Behandlung in einem anderen EU-Land. Brüssel zieht damit die Konsequenz aus mehreren Urteilen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in Luxemburg. Die EU-Staaten haben bis Ende 2012 Zeit, um die Richtlinie in nationales Recht umzusetzen. Grundsätzlich sollen EU-Bürger künftig innerhalb der Europäischen Union freie Arzt- und Krankenhauswahl erhalten. Erstattet werden die Kosten nach den Sätzen im Heimatland. Die Kassen können bestimmte Behandlungen somit ablehnen, wenn sie im eigenen Land nicht erstattet werden – etwa eine Präimplantationsdiagnostik. Für die Bürger sei dies ein „großer Mehrwert“, betont die SPD-Verbraucherschutzexpertin Dagmar Roth-Behrendt. Bisher gebe es in der EU Freizügigkeit für Kapital, Dienstleistungen, Studenten, Arbeitneh-

mer – „nur nicht für Patienten“. Endlich würden grenzüberschreitende Patientenrechte verbindlich festgeschrieben, die bisher oft erst nach langen Gerichtsverfahren gewährt worden seien, sagt auch der CDU-Gesundheitsexperte Peter Liese.

Die EU-Abgeordneten räumen freilich ein, dass die Neuordnung in einigen Punkten hinter ihren Erwartungen zurückbleiben würde. So haben im Rat mehrere EU-Staaten darauf bestanden, dass stationäre Aufenthalte oder besonders kostspielige Behandlungen vorab von den Kassen im Heimatland bewilligt werden müssten. Sie könnten dies ablehnen, allerdings müssten sie dies ausführlich begründen. Ein Grund für die Ablehnung könnte beispielsweise sein, wenn ein massiver Abzug von Patienten das heimische Gesundheitssystem aushöhlen und damit dessen „Planungssicherheit“ gefährden würde, erläuterte Roth-Behrendt. ◀

DEUTSCHLAND

Flexiblere Ärzte gegen Mediziner-mangel

Zwar gab es in Deutschland noch nie so viele Ärztinnen und Ärzte wie heute. Trotzdem werden sie auf dem Land immer knapper. Dagegen will die Union jetzt verkrustete Strukturen nach Jahrzehnten aufbrechen.

► Mehr Behandlungen in Kliniken und neuartige Ordinationen mit wechselnder Besetzung sollen gegen immer größere Lücken bei der ärztlichen Versorgung auf dem Land helfen. Mit einem entsprechenden Vorstoß macht die Union Druck für das geplante Ärzte- und Klinikgesetz. Patienten sollen leichter ambulant im Krankenhaus betreut werden, in ländlichen Ordinationen tageweise abwechselnd Haus- und bestimmte Fachärzte vorfinden und höchstens drei Wochen auf einen Termin auch beim Spezialisten warten. Vier-Bett-Zimmer in Kliniken soll es auch für gesetzlich Versicherte nicht mehr geben.

Die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-

Fraktion unterstützten bei einem Treffen am 17. Jänner 2011 im Grundsatz ein entsprechendes Konzept, wie es aus Teilnehmerkreisen hieß. Ohne Reform für Ordinationen und Krankenhäuser fehlten vor allem in ländlichen Regionen in den kommenden Jahrzehnten nach Schätzungen bis zu 20.000 Ärztinnen und Ärzte, heißt es in dem der Nachrichtenagentur dpa vorliegenden Papier.

Ordinationen in Gebieten mit vielen Ärztinnen und Ärzten sollen leichter geschlossen werden können. Dafür schwebt den Politikern vor, dass diese Ordinationen mitsamt Patientenstamm nicht mehr weiterverkauft werden können, die Inhaber aber entschädigt werden. ◀