

Transparenz und Rationalität: Der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die neue Institution zur Qualitätssicherung nach § 137 a SGB V

Norbert Schmacke

Bei der Beschäftigung mit komplexen Systemen taucht nach kurzer Zeit die Frage auf: Wie lassen sie sich steuern? Antworten gibt es zahlreiche und mindestens so viele Schuldzuweisungen, weil komplexe Systeme in der öffentlichen Wahrnehmung selten richtig funktionieren. Derartige Debatten werden mit großer Leidenschaft logischerweise auch zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geführt. Erst seit wenigen Jahren wird in der Öffentlichkeit wahrgenommen, dass der Gesetzgeber eine Institution mit Namen Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) in neuer Weise autorisiert hat, wichtige Weichenstellungen im Leistungsgeschehen vorzunehmen. Rascher wurde das dem G-BA an die Seite gestellte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bekannt, vor allem wegen der dort erstellten Berichte zu Nutzen und Risiken von Arzneimitteln, die an die Methoden des Health Technology Assessment (HTA, s.u.) anknüpfen. Damit gibt es nun zwei prominente Institutionen auf der Bundesebene, die für ungenügende Steuerung verantwortlich gemacht werden können, weil sie qua Gesetz zuständig sind für die Kernfrage, welche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nach welchen Maßstäben Eingang in das System finden oder eben nicht.

1 Luhmann oder Habermas?

Komplexe Systeme sind in ihren Entscheidungen auf Reduktion von Komplexität zwingend angewiesen (Luhmann 1984), ihre Handlungsmuster fußen weithin auf dem Prinzip der Legitimation durch Verfahren (Luhmann 1969), und außerdem sind sie für ihren Bestand auf Vertrauen (Luhmann 1968) aus Politik und Öffentlichkeit angewiesen. Das wäre die erste Annäherung an ein Verständnis der Positionierung des G-BA und des IQWiG: gewissermaßen im Sinne einer

zeitlosen Erklärung. Man kann einwenden, dass mit dem Rückgriff auf ein derartiges systemtheoretisches Konzept die Bedeutung der Diskurstheorie (Habermas 1981) für ein Verständnis moderner Steuerungsversuche massiv unterschätzt wird. Die These könnte lauten: Die deziert in Gestalt des HTA erscheinenden Institutionen des G-BA und des IQWiG sind Ausdruck der modernen Zivilgesellschaft, die weitaus stärker, als Luhmann es sich hätte vorstellen können, ausdrücklich darauf abzielt, die Legitimation politischer Macht an Rationalitätskriterien zu knüpfen. Es soll auch nicht in Abrede gestellt werden, dass ein wichtiger Indikator für den Demokratisierungsprozess in der Verbesserung der Bürger- und Patientenrechte gesehen werden kann (Hart & Francke 2002). Auf den gesellschaftlichen Wandel wird bei der Reflexion des Ansatzes von Evidence Based Medicine (EBM) und in der Bilanz des Artikels ausführlicher eingegangen. Einstrahlen sei ein etwas ausführlicherer Rückblick auf Luhmanns Deutung des Krankenversorgungssystems erlaubt.

Luhmann tauchte Anfang der achtziger Jahre im Kölner Kolloquium von Philipp Herder-Dorneich und Alexander Schuller überraschend auf – als in gesundheitspolitischen Debatten unbekannter Diskutant (Luhmann 1983). Es war eines der ersten Treffen in Deutschland, bei dem prominent über die tatsächliche oder vermeintliche Anspruchsdynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert wurde. Luhmann verwendete den Begriff der Anspruchsinflation zwar auch, gab seiner Präsentation aber eine interessante Wendung. Nachdem er – klassischem ökonomischem Denken folgend – konzidiert hatte, dass Gesundheit wie Bildung „Werte ohne Maß“ seien, die auf „unbegrenztes Wachstum“ hinaus liefen, entwickelte er eine außerordentliche Polemik „gegen eine allzu oberflächliche Interpretation dieses Sachverhaltes“, wonach der Wohlfahrtsstaat schuld sei oder eine Manie der Politiker oder Interessenverbände wie die Gewerkschaften (Luhmann 1983: 29). Insbesondere wandte Luhmann sich gegen die Idee, „in den Ansprüchen der Individuen die letzte Erklärung für die Verselbständigung der Kostenentwicklung zu sehen“ (Luhmann 1983: 37). Er setzte solchen mittlerweile seit Jahrzehnten weit verbreiteten Ideen das Erklärungsmuster des „Selbstantriebs“ entgegen, das er mit dem Bild des Heuschreckenflugs erläutert:

„Heuschrecken besitzen feine Härchen, die auf Luftbewegungen reagieren. Die Reaktion wird weitergeleitet und setzt eine Flügelbewegung in Gang, die ihrerseits wieder Luftbewegung erzeugt. Das Tier beginnt zu fliegen. Da es auf diese Weise, Kybernetiker nennen das positiven Feedback, selbst für Antrieb sorgt, kann es nicht aufhören zu fliegen. Es stößt lediglich an Grenzen der eigenen Kraft und wird schließlich durch Verbrauch seiner Energie, durch Mangel an Glukose, zum Abbrechen gezwungen. Bemerkenswert ist, dass der Antriebsmechanismus selbst keine eigenen Stoppregeln enthält. Er bildet einen geschlossenen Kreislauf: Das Einschnürken oder Abbrechen muß, wie auch beim Explosionsmotor, auf einer anderen Ebene

der Realität vollzogen werden: durch Regulierung der Energiezufuhr“ (Luhmann 1983: 37).

Luhmann kommt in seiner Analyse zu dem entscheidenden Befund, „dass nämlich das Krankheitssystem als einziges der großen gesellschaftlichen Funktionssysteme keine eigene Reflexionstheorien entwickelt hat“. Und weiter:

„Die Ansprüche auf Hinausschieben des Todes, auf Festhalten der Jugend, auf Heilung von Krankheiten, auf Linderung oder Beseitigung von Schmerzen haben einen festen Rückhalt am Körper des Menschen. Sobald ihre Erfüllung *möglich* ist, läßt sich ihre Nichterfüllung kaum mehr begründen. Ungleichheiten im internationalen oder im schichtennmäßigen Vergleich werden wie Skandale behandelt. Warnungen wie die vor der hochwahrscheinlichen Evolution medizinresistenter Bakterien verhallen ungehört. Man kennt die Keitseite, man kann sie sogar plakativ herausstellen, und findet damit trotzdem keinen Eingang in gesellschaftlich folgenreiche Kommunikation. Die Bedenken zerplatzen wie Blasen, die aus der Tiefe an die Oberfläche steigen. An der Oberfläche gesellschaftlicher Kommunikation lassen sie sich nicht halten, geschweige denn zu größeren, wirksameren Einheiten aggregieren“ (Luhmann 1983: 43f.).

Unter Bezug auf das nahezu unbegrenzte Fortschrittsversprechen der Medizin lautet Luhmanns Bilanz mithin: Wenn das Krankheitsversorgungssystem nach dem Prinzip des Heuschreckenflugs gebaut ist und nur der Logik von „mehr Geld“ gehorcht, dann findet sich vermutlich niemand, der das sogenannte Anspruchsniveau reguliert. „Stat dessen wird politisch entschieden“, sagt Luhmann. Politik könne sich aber dem „Sog der besseren Möglichkeiten“ kaum entziehen und sei demzufolge dazu verurteilt, immer wieder aufs Neue punktuell Korrekturen an den Budgets vorzunehmen, ohne jemals zum Kern der Frage vorzudringen zu können, welches denn gewissermaßen legitime Ansprüche sind. Lösungen für dieses Dilemma sind Luhmann zufolge kaum vorstellbar (Luhmann 1983: 49). Es wird abschließend auf die Frage zurückzukommen sein, ob im Zeitalter des etablierten HTA diese desillusionierende Deutung der Logik des Krankenversorgungssystems noch plausibel ist.

2 Die Beschwörung der Krise

Nun begannen Anfang der achtziger Jahre zwar politische und gesundheitsökonomische Debatten um die Überforderung der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichwohl wurden Grundfragen des Aufbaus des Systems sorgsam ausgeklammert. Politik folgte noch recht lang dem Prinzip „anything goes“. Stichworte mögen genügen: Niemand stellte ernsthaft die Frage, warum es in (West-)

Deutschland ein in dieser Form einmaliges System einer doppelten Facharztschiene gibt; alle wirkten zufrieden mit der Organisationsform der als „Cottage Industry“ zu kennzeichnenden Struktur der ambulanten Versorgung; und jeder Landrat konnte weitgehend ungestört das Ziel verfolgen, in enger Abstimmung mit Chefarzten der Bevölkerung ein Krankenhaus seiner Vorstellungen zu bauen. Krankenkassen bezahlten alle Rechnungen. Eine Lieblingslosung lautet bekanntlich bis heute: „Für Gesundheit sollte uns nichts zu teuer sein.“

Für die Debatten um Qualität und Wirtschaftlichkeit ist nun in doppelter Weise bedeutsam, dass in die letzten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts eine Reihe echter Innovationen in der Medizin fallen – etwa in der Kinderonkologie, der Anästhesie, der invasiven Kardiologie. Dadurch hatte es das spröde Thema Steuerung des Systems sehr schwer, die öffentliche Aufmerksamkeit zu erregen. Zugleich wurde der Eindruck geweckt, der medizinische Fortschritt allein stelle das System schon vor unlösbare Finanzierungsprobleme, jedenfalls müsse stetig frisches Geld hineingepumpt werden. Mit den Einbrüchen auf der Einnahmeseite der Sozialversicherungen infolge anhaltend hoher Erwerbslosenzahlen wurde die frühere gewissermaßen unbegründete Gelassenheit dann in überraschendem Tempo endgültig von einem Katastrophenszenario abgelöst, das da heißt: moderne Medizin ist infolge von medizinischen Fortschritt und Überalterung der Gesellschaft definitiv nicht mehr finanzierbar. Rationierung wurde zu einem Schreckensbegriff, worin sich widerspiegelt, dass die deutsche Gesundheitspolitische Debatte sich nie mit der unstrittigen (gesundheit-)ökonomischen Tatsache auseinandergesetzt hatte: dass Ressourcen immer endlich sind und Rationierung demzufolge unvermeidlich ist, selbst in Phasen scheinbaren Überflusses. Die Apokalypse wurde Teil der Mythen der Gesundheitspolitik (Reiners 2009).

Hingegen steht eine ernsthafte Diskussion über Rationalisierungsreserven des deutschen Gesundheitssystems und deren Nutzung noch aus. So gelingt es bis heute nicht einmal in Ansätzen, über den Zusammenhang zwischen Gesamtausgaben für Kuration und Gesundheitshancen der Bevölkerung im Lichte internationaler Daten zu diskutieren. Man muss wohl umgekehrt mutmaßen: Die Debatten um Kostenexplosion wie Kostendämpfung und Rationierung werden gerade deshalb so emotional geführt, weil im deutschen System enorme Budgets zur Verfügung stehen – auch unter Berücksichtigung der tatsächlich tendenziell zurückgehenden Einnahmen aus der beitragsfinanzierten Versicherung. Interessanterweise nimmt gleichzeitig das Reden von der Gesundheitswirtschaft zu, welche von der Politik, unverbunden mit dem Überforderungskurs, enthusiastisch als Motor des ökonomischen Aufschwungs gefeiert wird. Derartige Ungerheiten werden arrotiert durch die Hoffnung, die Senioren künftig als zahlungskraftige Käuferschicht heilsam in die gesundheitsökonomische Gesamtbilanz einbeziehen zu können.

3 GBA, IQWiG und die Institution zur Qualitätssicherung nach § 137 a SGB V

Der deutschen Gesundheitspolitik erschien das 1999 in Großbritannien gegründete National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) als Vorbild, wie sich den Eigengesetzlichkeiten der Leistungsgewährung durch die gemeinsame Selbstverwaltung ein Korrektiv verordnen ließe. In den Analysen von Nutzen und Kosten medizinischer Leistungen, wie sie im angloamerikanischen Raum als EBM bereits diskutiert und erprobt wurden, glaubte nun auch die deutsche Politik, ein Rezept zur Versachlichung von ansonsten zu oft interessendurchwirkten Entscheidungen über den Leistungskatalog der GKV gefunden zu haben. Der zum Teil wütende Widerstand gegen ein deutsches NICE, anfänglich als Bundesoberbehörde neben der Selbstverwaltung konzipiert, wirkte dann geradezu wie eine Bestätigung für die Angemessenheit dieses Rezeptes. Das Ergebnis war ein Kompromiss: Der alte Bundesausschuss, der ausschließlich für die vertragsärztliche und –zahnärztliche Versorgung zuständig gewesen war, wurde zu einem für die ambulante *und* stationäre Versorgung zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss weiterentwickelt, in dem nun neben Vertretern von Kassen und Leistungserbringern unter einem unparteiischen Vorsitzenden erstmals auch (allerdings nicht stimmberechtigten) Patientenvertreter mitwirken. Die Aufgabe des IQWiG, als ein primär dem G-BA zuarbeitendes, unabhängiges wissenschaftliches Institut, beschränkte sich zunächst auf die Nutzenbewertung, orientiert auch am Wirtschaftlichkeitsgebot; die Möglichkeit ausdrücklich zur Kostenbewertung medizinischer Technologien ist dem IQWiG erst mit der Gesundheitsreform 2007 eingeräumt worden. Diese jüngste Reform dekretiert mit dem § 137a, dass der G-BA eine „fachlich unabhängige“, ansonsten nicht näher bezeichnete Institution zur Qualitätssicherung mit der Prüfung von Versorgungsqualität sowie einrichtungs- und sektorenübergreifender Qualitätssicherung zu beauftragen habe.

Somit haben die Welt der EBM und die Welt des Qualitätsmanagement *à peu* Einzug in das Sozialgesetzbuch V gefunden. Die bislang weithin unbestimmten Rechtsbegriffe „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ erfahren eine institutionelle und methodische Hinterlegung: bislang in der Verfahrensordnung des G-BA und im Methodenpapier des IQWiG, demnächst abgerundet durch ein ebenfalls gesetzlich vorgeschriebenes Methodenpapier der neuen Qualitätssicherungsinstitution.

Unter den Leitideen von Transparenz und Rationalität erfolgt nun zunächst eine Kommentierung einschlägiger Passagen des SGB V und der Verfahrensordnung des G-BA, eine eigene Bewertung gewagt wird, welche auf die Luhmannsche Deutung der Eigendynamik des Gesundheitswesens und auf den Dis-

kurs um die Macht einer kritischen Öffentlichkeit Bezug nimmt. Der G-BA beschließt, so der Gesetzestext in § 92 SGB V,

„die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungsproben und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschließlich Arznei- oder Heilmitteln oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemeinem anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind sowie wenn insbesondere ein Arzneimittel unzureichend wirksam oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbaren diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist“.

In der Verfahrensordnung des G-BA (<http://www.g-ba.de/institution/auftrag/Verfahrensordnung/>) wird konkretisiert, wie der Nutzen einer Methode bestimmt wird; hierbei wird ausdrücklich auf das Vorgehen der evidenzbasierten Medizin Bezug genommen:

„Der Nutzen einer Methode ist durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe I mit patientenbezogenen Endpunkten (z.B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) sein.“ Und weiter: „Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankung und insbesondere der bereits in der GKV-Versorgung etablierten diagnostischen und therapeutischen Alternativen“.

Der Gesetzgeber bindet damit die Frage nach den Standards der medizinischen Versorgung an methodisch hochwertige Nutznachweise (Franke & Hart 2008). Der G-BA ist zudem gehalten, bei seinen Richtlinienentschlüssen die Bedeutsamkeit der aufgerufenen Erkrankungen für die Versicherten zu reflektieren, dezidiert Erkenntnisse zum Spontanverlauf und bisherigen Stand der Versorgung von Erkrankungen in seine Überlegungen einzubeziehen. Damit ist die Frage, welche medizinischen Neuerungen die medizinische Versorgung der Versicherten tatsächlich verbessern, dem untergesetzlichen Normgeber G-BA zur Beantwortung zugewiesen worden. Das zuständige Ministerium kann Beschlüsse des G-BA nach der Gesetzeslage lediglich *rechtlich* beanstanden, darf sich m.a.W. nicht in die Fachdebatte um den Nachweis des medizinischen Nutzens einmischen.

Fachliche Beratung erfährt der G-BA durch das 2004 gegründete, unabhängige wissenschaftliche IQWiG, dessen Aufgaben im § 139 a des SGB V umrissen werden:

1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagentypischer Besonderheiten
3. Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten
4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease Management-Programmen
5. Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln
6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

Das Institut muss dabei den „international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin“ und „der Gesundheitsökonomie“ folgen. Dass jüngst ein lebhafter Streit um die Standards der Gesundheitsökonomie zwischen IQWiG und einer großen Schar von Ökonomen entstanden ist, wäre eine eigene Studie wert, die vor allem zu thematisieren hätte, wie der bisherige Impact der Gesundheitsökonomie als wissenschaftlicher Disziplin auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu bewerten ist. Es könnte sein, ist aber natürlich nicht beiläufig belegbar, dass der Einsatz ökonomischer Methoden, insbesondere umfangreicher Modellierungen des gesellschaftlichen Nutzens neuer Methoden in der Medizin, vor allem dazu führt, dass rechtsverbindliche Entscheidungen so weit hinausgeschoben werden, bis die interessierte F+E-Industrie ihre kalkulierten Profite eingefahren hat. Mit dem IQWiG hat der Gesetzgeber jedenfalls die Bedeutung unabhängiger wissenschaftlicher Expertise zur Bewertung von Leistungen noch einmal prominent herausgestellt. Erstmals auch ist eine Institution vom Gesetzgeber mit dem Auftrag versehen, für die Bevölkerung unabhängige Informationen über das System und das Leistungsgeschehen zu erstellen.

Die jüngste Gesetzesreform ergänzt den Ansatz von „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ durch eine vom G-BA zu beauftragende „fachlich unabhängige Institution“, welche „Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätsstiche-

„entwickeln soll, die „möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind“ (§ 137 a SGB V). Damit hat der Gesetzgeber für die GKV das Ziel, die Versorgung an transparenten Kriterien zur Bestimmung und Durchführung medizinischer Leistungen zu orientieren, in zwei Institutionen herausgehoben platziert. Die Selbststeuerung der Arztprofession ist dadurch empfindlich eingeschränkt worden. Die Transparenz ist also gesetzlich ebenso erzwungen, wie die Steuerungsinstrumente des SGB V dem Prinzip der Rationalität Geltung verschaffen sollen.

4 Health Technology Assessment: Anspruch und Wirklichkeit

Für die Steuerung des Leistungsspektrums in der Medizin hat sich international das Health Technology Assessment (HTA) als wissenschaftlich fundiertes Instrument der Aufbereitung von Information durchgesetzt: zunächst etwa ab 1980 in Kanada und den USA, etwa zehn Jahre später schrittweise auch in Deutschland. Der internationale Verbund INAHTA definiert HTA als „multidisciplinary field of policy analysis, studying the medical, economic, social and ethical implications of development, diffusion and use of health technology“ (www.inahra.org/HTA/). Technologie umfasst dabei wohlbemerkt sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren: Arzneimittel, Operationen, Bestrahlungen, Medizinprodukte, personenbezogene Dienstleistungen, Verfahren sowie Organisationssysteme. HTA besteht aus der systematischen Suche nach wissenschaftlichen Studien zur Versorgungseffektivität, und -qualität sowie deren Bewertung nach vereinbarten methodischen Standards. Mit HTA wird beansprucht, die Debatte darüber, was als medizinischer Fortschritt zu gelten hat, zu verwissenschaftlichen. Der damit verbundene Steuerungsanspruch stößt in der Praxis auf erheblichen Widerstand. Als Gründe werden vor allem genannt (vgl. Gabby & Walley 2006):

- Innovationen werden als so relevant betrachtet, dass die i.d.R. sehr zeitaufwändigen HTA-Prozesse nicht abgewartet werden dürfen.
- Es wird befürchtet, dass der nötige gesellschaftliche Konsens zur Interpretation vorhandener Evidenz unter den divergierenden Interessengruppen nicht herstellbar sei.
- Die Bewertungsmethoden selber werden bezüglich ihrer internen Qualität, Zuverlässigkeit und Angemessenheit für die Praxis angezweifelt.
- Bei zunehmender Erfahrung mit HTA-Institutionen wird inzwischen aber auch befürchtet, so v.a. im National Health Service von England und Wales, dass zu viele extrem kostenintensive Verfahren positiv entschieden werden.

An die Stelle eines anfänglichen Enthusiasmus für HTA ist inzwischen weitverbreitete Skepsis getreten, ob HTA-gestützte Entscheidungen in den Gesundheitssystemen die klassischen Muster politischen und von Partikularinteressen bestimmten Aushandels von Versorgungsentscheidungen tatsächlich ablösen können (Oliver et al. 2004, Hutten et al. 2006). Konsens in der fachlichen Debatte um HTA ist zudem, dass HTA im Spannungsfeld von wissenschaftlichen Normen und gesellschaftlichen Werten zu verorten ist (Draborg & Kronborg Andersen 2006, Rothgang et al. 2004). Für die Frage der Akzeptanz von HTA sind nicht nur die unterschiedlichen Perspektiven von Industrie und HTA-Institutionen von Belang. Von bislang unterschätzter Bedeutung ist auch, wie in der Öffentlichkeit der Wandel von der „alten“ zur „neuen“ Expertokratie verstanden wird (z.B. Gerhards & Stich 2008). Offen ist auch noch, wie gut es gelingt, durch die Verstärkung partizipativer und diskursiver Elemente in der Praxis des G-BA und verwandter Institutionen das Vertrauen in dezidiert wissenschaftlich gestützte Entscheidungen zu stärken. Und unabhängig davon stellt sich die Frage, wie der Impact von HTA auf Entscheidungsprozesse unter den Gesichtspunkten von Qualität und Wirtschaftlichkeit angemessen evaluiert werden kann (Henshall et al. 2002).

5 Bilanz

Wenn man von der Frage ausgeht, ob sich komplexe Systeme wie die gesetzliche Krankenversicherung überhaupt steuern lassen, dann wird man mit Blick auf die neuere Geschichte eher geneigt sein, mit Luhmann mehr oder weniger resigniert festzustellen: das System agiert hochgradig selbstreferentiell. Wenn etwas bislang nachweislich steuernd gewirkt hat, dann vielleicht nicht zuletzt die viel gescholtene Kostendämpfungsmaßnahmen. „Intelligenter“ Steuerungskonzepte haben es demgegenüber extrem schwer. Mit Blick auf die internationale Politikentwicklung ist allerdings auch zu konstatieren, dass die Prinzipien von Transparenz und Rationalität für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungssysteme noch nie so hoch gehalten worden sind wie in den vergangenen zehn Jahren. Es ist in den Steuerungsinstitutionen zu einer schier unglaublichen Aufüstung mit methodischem Wissen gekommen, ungeachtet momentaner Kontroversen um angemessene gesundheitsökonomische Methoden. Die Verbindung der Philosophie der evidenzbasierten Medizin und des HTA mit den Entscheidungsprozessen ringt aus im Wesentlichen vier Gründen um ihre entscheidende Akzeptanz:

- Sie irritiert, prima vista jedenfalls, die Logik der Return-On-Investment-Strategien der Industrie,
- sie stößt in der Öffentlichkeit auf unterschiedlich große Skepsis, ob es sich nicht doch primär um eine raffinierte Rationierungsszenierung handelt,
- sie ist zumindest bezüglich eines vertieften Verständnisses noch eine reine Insiderdebatte, die in großem Umfang an neue Experten gebunden ist, und sie steht last not least quer zur Kultur der medizinischen Profession, die sich für Leistungsgewährung und – beurteilung allein verantwortlich fühlt und den Rahmen enger professioneller Selbststeuerung nur gezwungenermaßen verlässt.

Es lässt sich am Ende mithin trefflich argumentieren: Nie gab es ein so hohes Maß an Rationalität und Transparenz in der Debatte um die Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung (Schmacke 2007). Aber noch ist nicht ausgemacht, ob mehr Rationalität mittel- und langfristig durch kritische Analyse der Leistungsversprechen deutliche Korrekturen des bisherigen Selbstlaufs erzwingen kann. Dies wäre im Sinne des Abbaus von Über- und Fehlversorgung und der Abmilderung von Unterversorgung schließlich aber das zentrale medizinische, ökonomische und ethische Ziel. Evidenzbasierte Medizin wie HTA und die darauf verpflichteten Institutionen sind den Prinzipien einer vernunftgeleiteten Öffentlichkeit zugehörig. Dies ist ihre Stärke und Schwäche zugleich. Es ist nie von vornherein ausgemacht, ob das Fortschrittsversprechen der Medizin nur den Ruf nach „mehr Geld“ unkritisch befördert, oder ob sich tatsächlich neue Möglichkeiten eröffnen, über Gesundheitschancen jenseits irrealer Versprechungen wissenschaftlich nachzudenken. Das wären dann immer die Stunden von „Public Health“.

Literatur

- Draborg, E. & Kronborg Andersen, K. (2006): Recommendations in health technology assessments worldwide. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 22: 155-160.
- Francke, R. & Hart, D. (2008): Einführung in die rechtlichen Aspekte bei HTAs. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102: 63-68.
- Gabbay, J. & Walley, T. (2006): Introducing new health interventions. In: *British Medical Journal* 332: 64-65.
- Gerhardus, A. & Stich, A. K. (2008): Sozio-kulturelle Aspekte im Health Technology Assessment (HTGA). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102: 77-84.

- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns* (Bd. 1: Handlungsrationali-tät und gesellschaftliche Rationalisierung). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hart, D. & Francke, R. (2002): Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Bestand und Perspektiven. In: *Bundesgesundheitsblatt* 1: 13-20.
- Henshall, C., Koch, P., Below, G. C., Boer, A., Conde-Olagasasti, J. L., Dillon, A., Gibis, B., Grilli, R., Hardy, C., Liaropoulos, L., Martin-Moreno, J. M., Roine, R., Scherste, R., Soreide, O., Zilling, M. (2002): Health Technology Assessment in Policy and Practice. Working Group 6 Report. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 18: 447-455.
- Hutton, J., McGrath, C., Frybourg, J. M., Tremblay, M., Bramley-Harker, E., Henshall, C. (2006): Framework for describing and classifying decision-making systems using technology assessment to determine the reimbursement of health technologies (fourth hurdle systems). In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 22: 10-18.
- INAHTA - International Network of Agencies for Health Technology Assessment (o. J.). Online unter: <http://www.inahta.org/HTA/>.
- Luhmann, N. (1968): *Vertrauen – Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Luhmann, N. (1969): *Legitimation durch Verfahren*. Frankfurt am Main: Alfred Metzner Verlag.
- Luhmann N. (1983): *Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht*. In: Herder-Dornreich, P. & Schuller A. (Hrsg.): *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart: Kohlhammer Verlag: 28-49.
- Luhmann N. (1984): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Oliver, A., Mossialos, E., Robinson, R. (2004): Health technology assessment and its influence on health care priority setting. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20: 1-10.
- Reiners, H. (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rothgang, H., Niebuhr, D., Wasem, J., Greß, S. (2004): *Das National Institute for Clinical Excellence – Staatsmedizinisches Rationierungsinstrument oder Vorbild für die evidenzbasierte Bewertung medizinischer Leistungen*. In: *Das Gesundheitswesen* 66 (5): 303-310.
- Schmacke, N. (2007). *Abbau von Innovationsbarrieren. Vortrag anlässlich der Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille an den Gemeinsamen Bundesausschuss*. In: *Das Gesundheitswesen* 69: 115-119.