

Der magische Würfel der frühen Nutzenbewertung

Dreidimensional sollen Ärzte denken, wenn sie die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung in die Praxis umsetzen sollen.

VON HELMUT LASCHET

Aus der Sicht der Vertragsärzte ist die Dokumentation der Nutzenbewertungsbeschlüsse, so wie sie der Bundesausschuss auf seiner Internet-Seite präsentiert, zu unübersichtlich und komplex für die tägliche Verordnungspraxis. So liefert der GBA keine Übersicht, um gezielt – etwa gegliedert nach Indikationen – Nutzenbewertungsbeschlüsse zu finden. Bei inzwischen über 200 Nutzenbewertungsbeschlüssen, zu denen pro Jahr etwa 40 bis 50 hinzukommen dürften, wächst die Unübersichtlichkeit.

Beschlüsse in drei Dimensionen

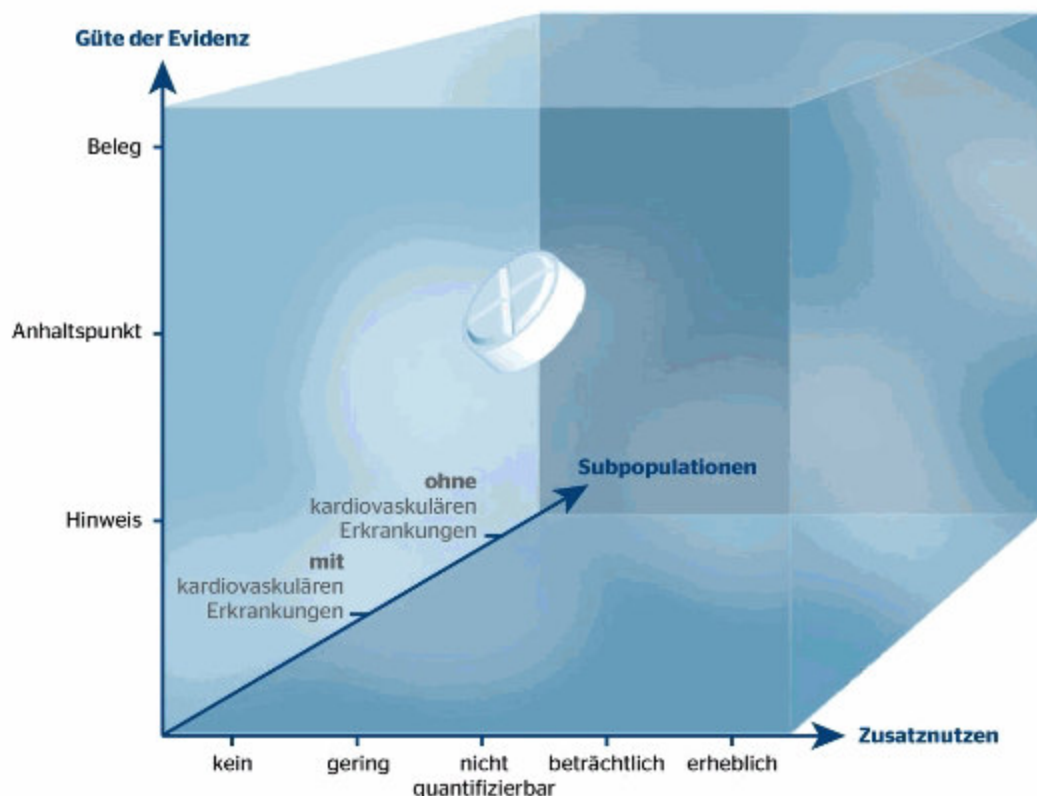
Lesbarkeit und Verständlichkeit der Beschlüsse werden dadurch erschwert, indem der Bundesausschuss drei Dimensionen entwickelt hat, die Ärzte bei ihrer Verordnung eigentlich beachten müssten:

- Das Ausmaß des Zusatznutzens: gering, nicht quantifizierbar, beträchtlich und erheblich.
- Die Güte der Evidenz: Hinweis, Anhaltspunkt oder Beleg.
- Die Differenzierung nach Patientenpopulationen in weit mehr als der Hälfte der Nutzenbewertungen, so zum Beispiel bei dem Antidiabetikum Empagliflozin die Bildung von zehn unterschiedlichen Patientenpopulationen mit jeweils unterschiedlichem Ausmaß des Zusatznutzens und unterschiedlicher Evidenz.

Hinsichtlich des für Ärzte geplanten Informationssystems bleibt der Gesetzentwurf vage: Das Informationssystem soll in die elektronischen Praxisverwaltungssysteme integriert werden, es soll möglichst aktuell sein und auch Hinweise zur Wirtschaftlichkeit geben. Näheres soll eine Rechtsverordnung regeln.

Zwischen dem GKV-Spitzenverband einerseits, der Ärzteschaft

Drei Dimensionen der Nutzenbewertung



Streitpunkt Wirtschaftlichkeit

- **Die Kassen** sehen Ärzte in der Verantwortung und wollen sogar Patientenpopulationen kodieren lassen.
- **Ärzteschaft und Industrie** sehen die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit bei Hersteller und GKV-Spitzenverband, weil diese den Erstattungsbetrag vereinbaren.

und der Industrie andererseits hat sich eine Front gebildet, wie das Arztinfosystem zur Nutzenbewertung ausgestaltet werden soll.

Der GKV-Spitzenverband bewertet die Aufnahme von Hinweisen zur Wirtschaftlichkeit positiv. Entscheidend sei, wie die Rechtsverordnung konkret die Darstellung der Beschlüsse regeln wird. „Insbesondere die neue notwendige Klassifikation zu Patientengruppen, die auch über die Kodierungsmöglichkeiten auf Basis des ICD-10 hinausgeht, bildet die Grundlage für die einheitliche Darstellung in der Verordnungssoftware und muss entsprechend Gegenstand der Regelung hinsichtlich der Darstellung sein.“

Die Intention ist klar: Über die präzise Kodierung der Subpopulationen möchten die Kassen Aufschluss darüber bekommen, in welchen Fällen Ärzte Arzneien ohne belegten Zusatznutzen verordnet haben – denn hier

ist aus GKV-Sicht die Wirtschaftlichkeit zweifelhaft. Damit negiert der GKV-Spitzenverband die Eigenschaft des „Mischpreises“, der für die zugelassene Indikation eines Arzneimittels insgesamt wirtschaftlich sein soll.

Dem steht die Auffassung der Ärzteschaft und der pharmazeutischen Industrie gegenüber, dass Ärzte bei der Verordnung nutzenbewerteter Arzneimittel nicht für die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnung in Haftung genommen werden können.

Steigendes Regressrisiko?

Die im Gesetz geplanten Hinweise zur Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung nutzenbewerteter Arzneien könnten, so warnt die KBV, das Regressrisiko für Ärzte noch verschärfen, sollte sich der GKV-Spitzenverband mit seiner Auffassung durchsetzen. Eine Lösungsmöglichkeit wäre eine gesetzliche Klarstellung, dass der Erstattungspreis wirtschaftlich ist.