



© Marc Volk, Berlin

„Wenn die neue Arztinformationssysteme keine brauchbaren Informationen in übersichtlicher Form liefert, wird aus einer guten Absicht eine aufwendig erstellte Bildschirmdekoration.“

Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann

Medizinischer Leiter der DGHO, Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité, Campus Virchow-Klinikum, Berlin

Ein trojanisches Pferd zur Verordnungssteuerung?

Die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ist die Basis für Preisverhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen. Das Verfahren ist aufwendig, liefert aber wertvolle zusätzliche Informationen über neue Arzneimittel.

Kostenträger beklagen, dass sich die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht im Verordnungsverhalten der Ärzte widerspiegeln. Die Bundesregierung hat sich daher im Pharmadialog 2016 verpflichtet, ein Konzept für ein Arztinformationssystem zu entwickeln, damit die Ergebnisse der Nutzenbewertung schneller und besser genutzt werden können. Dies wurde im GKV-Arzneimittelverordnungsstärkungsgesetz vom April 2017 umgesetzt. Das Bundesministerium für Gesundheit soll die Einzelheiten im Rahmen einer Rechtsverordnung noch in diesem Jahr festlegen.

Inzwischen heißt das geplante Instrument nicht mehr Arzneimittelinformationssystem, auch nicht Arztinformationssystem, sondern Praxissoftware. Das spiegelt den Lernprozess der Verantwortlichen wider. Ein Arztinformationssystem ist komplex, zu komplex für eine Umsetzung in wenigen Monaten.

Das größte Problem an der geplanten Praxissoftware ist, dass die frühe Nutzenbewertung auf Kostenbegrenzung und nicht auf Therapieempfehlungen ausgerichtet ist. Die vom G-BA festgelegten, zweckmäßigen Vergleichstherapien und die Definition von Subgruppen entsprechen vor allem in der Onkologie oft nicht dem Stand des Wissens und/oder nicht der gelebten Praxis. Deshalb orientieren sich die meisten Ärzte an aktuellen Leitlinien und nicht an der frühen Nutzenbewertung.

Aus meiner Sicht sollte ein Arztinformationssystem die Spezifizierung (Subgruppen), die Vergleichstherapie, Festlegung, Studienendpunkte und den Therapiestatus aufzeigen (**Abb. 1**).

Arzneimittel (ATC)			Indikation (ICD) Stadium weitere Charakterisierung	
Spezifizierung (Subgruppe)	Vergleichs- therapie	Festlegung	Endpunkte	Status (Orphan)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Beschlüsse
Tragende Gründe**

**Therapie-Algorithmen
Leitlinien**

Datum der aktuell gültigen Festlegung

© DGHO

Abb. 1: Mein Vorschlag für ein Arztinformationssystem

Eine solche Matrix liefert die erforderlichen Informationen und Links zum Verständnis der Festlegungen früher Nutzenbewertungen. Gleichzeitig bietet sie eine Verbindung zu aktuellen Leitlinien und Therapiealgorithmen. Nur so kann ein Auseinanderdriften von Nutzenbewertung und anderen Formen der Umsetzung evidenzbasierter Medizin verhindert werden. Ist die geplante Praxissoftware ein trojanisches Pferd zur Verordnungssteuerung? Vielleicht haben einige Kostenträger das mal im Sinn gehabt. Klar scheint: Wenn die neue Software keine brauchbaren Informationen in übersichtlicher Form liefert, wird der Verordner sie einmal anklicken und danach regelhaft wegdrücken. Die Arbeitsverdichtung lässt keine Zeit für überflüssige Klicks. Dann würde aus einer guten Absicht eine aufwendig erstellte Bildschirmdekoration.

Leider ist die jetzt geplante Software nur für Praxen vorgesehen. Das ist nicht sinnvoll. Viele Verordnungen werden im Krankenhaus initiiert. Dort müssen dieselben Daten im Krankenhausinformationssystem zugänglich sein.

Bernhard Wörmann