

Arztpraxissoftware – ein Instrument zur Optimierung einer wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung?

Das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung legte die Grundlage für eine Neugestaltung der Arzneimittelverordnungstools in der Arztpraxissoftware. Ärzte und Krankenkassen sollen über Regelungen im Bundesmantelvertrag Eckpunkte für die Gestaltung der Software festlegen, die von jedem Vertragsarzt in Zukunft bei der Arzneimittelversorgung zu nutzen ist. Wird es ihnen gelingen, darüber die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu optimieren? Eine Untersuchung gibt erste Hinweise sowie Empfehlungen für die Gestaltung der Software.

■ Eva Susanne Dietrich

„Persistence in error is nothing but the triumph of dogma over inquiry and hope over experience“, formulierte A. Fagerlin*. Auch im Arzneimittelsektor sind Steuerungsmaßnahmen populär und etabliert, die zu keinem Zeitpunkt einen Effekt auf die Ausgabenentwicklung gezeigt haben. Bessere Effekte erhofft man von ergänzenden Maßnahmen und Regelungen, für deren Nutzen es jedoch vielfach auch keine wissenschaftlich belegten Evidenzen gibt.

Viele Aktivitäten legen die Vermutung nahe, dass ihre Hauptbedeutung im politischen Signal liegt, das sie aussenden. Es gelangt jedoch vielfach kein Signal zu den Leistungserbringern, ihr Verordnungsverhalten zu ändern, oder es zeigt zumindest keine nachhaltigen Wirkungen. Andere stoßen auf vehemente Ablehnung, weil sie mit den Positionen der „eminenzbasierten“ Medizin nicht kongruieren, und werden als Gängelungen empfunden. Viele Maßnahmen wurden in den vergangenen Jahren schlichtweg nicht wahrgenommen, seien dies leistungsrechtliche Regelungen im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) oder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, oder seien es Informationsmaßnahmen im Rahmen des § 73 Abs. 8 SGB V. So tradiert sich die Meinung hart-

näckig, dass alle rezeptpflichtigen Medikamente, die es in Deutschland gibt, prinzipiell auch verordnet werden können.

Die Gründe für die fehlende Wahrnehmung sind vielfältig: Die fehlende Kenntnis der Regelungen zieht erst mit großer zeitlicher Verzögerung Konsequenzen nach sich; der Nutzen einer Nichtberücksichtigung zum Zeitpunkt der Verordnung ist ungleich höher als der Nutzen einer Berücksichtigung; es existieren weder zeitnahe Incentives noch Disincentives; Stringenz der Regelungen und Relevanz sind damit nicht unmittelbar erfahrbar; Informationen gehen in den Papiermassen unter, mit denen Leistungserbringer täglich überschwemmt werden; die Regelungen sind nicht zentral an einer Stelle in übersichtlicher Weise abrufbar; die Informationen und Regelungen sind vielfach unstrukturiert, unverständlich, unkonkret, praxisfern und von hohem Interpretationsbedarf; sie stehen damit nicht zum Zeitpunkt der Verordnung als nützliche Entscheidungshilfe zur Verfügung; zudem sprechen Mitarbeiter der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gegenüber Arzt und Patient häufig mit unterschiedlicher Zunge.

Insbesondere im Bereich der Arzneimittelrichtlinien werden diese Probleme deutlich. Mit großem Aufwand und gegen großen externen Widerstand erstellt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Arzneimittelbewertungen, die in unzähligen Sitzungen durch die Mitglieder des Unterausschusses Arzneimittel in die Arzneimittelrichtlinien integriert wer-

Dr. rer. nat. Eva Susanne Dietrich, Direktorin WINEG
(Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen), 22305 Hamburg

den – vielfach in Form von Therapiehinweisen. Pharmaindustrie, Patientenvertreter und Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sind in diesen Prozess intensiv eingebunden. Es resultieren Texte, die hervorragend für Fachbücher geeignet sind, jedoch mit geringer Wahrscheinlichkeit vom Arzt nach der Sprechstunde mit Aufmerksamkeit gelesen und verinnerlicht werden und aufgrund ihrer Darstellung und Präsentation schon gar nicht in den Verordnungsprozess konsequent integriert werden können. In der Folge verursacht ihr Inkrafttreten auch nicht den kleinsten Ausschlag des Ausgabenbarometers.

Kosten bzw. Aufwand auf Seiten aller Beteiligten und Effekt stehen damit in keiner Relation zueinander. Das BMG hat sich dieser Problematik im Rahmen des AVWG (Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung) angenommen und einen alten Vorschlag aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aufgegriffen, der eine bessere Integration der Informationen in den Workflow des Arztes ermöglicht. Ärzte haben danach in Zukunft bei der elektronischen Verordnung von Arzneimitteln Software zu verwenden, die bestimmte Informationen enthält, welche im Bundesmantelvertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV zu vereinbaren sind.

Details waren bis zum 31. Dezember 2006 zu vereinbaren. Die Gespräche sind jedoch noch im Gange. Ab wann die Verpflichtung für den Arzt konkret greift, geht aus der gesetzlichen Regelung nicht klar hervor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Softwarehersteller zeitnah auf eventuelle Bundesregelungen reagieren und entsprechende Software flächendeckend auf den Markt bringen werden.

Es stellt sich die Frage, wie eine solche Software aussehen könnte und sollte. In einem „Rapid HTA“ wurden daher folgende Fragestellungen untersucht:

1. Welche Assoziation besteht zwischen dem Einsatz einer Software, die Information gemäß AVWG bereitstellt und der Entwicklung der Arzneimittelausgaben?
Welche Funktionalitäten haben die größte Bedeutung?
2. Welche Funktionalitäten muss und sollte eine Software enthalten, um die Anforderungen des AVWG zu erfüllen?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein weiter systematischer Literaturreview durchgeführt. Ziel war es, Studien zu finden, welche die Effekte von Software-Funktionalitäten evaluierten, die die Anforderungen des AVWG erfüllen. Die Funktionalitäten wurden mit Hilfe eines Score-Systems bewertet, das folgende Aspekte berücksichtigte: evidenzbasierter Empfehlungsgrad, Stringenz der Umsetzung nach AVWG, Rechtssicherheit mit Blick auf Klagen der Pharmaindustrie und aktueller Stand der Implementierung der Funktionalitäten in existierender Software. Für jeden der genannten Aspekte konnten maximal zwei Punkte erzielt werden. Die Verbindlichkeit nach AVWG wurde aufgrund ihrer Bedeu-

tung doppelt gewichtet. Evidenz, die gegen die Implementierung einer Funktionalität spricht, brachte einen Punktabzug. Die maximal erreichbare Punktzahl war Zehn. Auf dieser Basis wurde eine Empfehlung für die Gestaltung der Software entwickelt.

Die Literaturrecherche ergab 123 Treffer. Sechs Studien erfüllten die Einschlusskriterien und konnten in die Analyse eingeslossen werden (Details zur Methodik: www.wineg.de).¹⁻⁶ Weitere Studien lieferten ergänzende Hinweise zum Nutzen der unterschiedlichen Funktionalitäten.

Die folgenden Funktionalitäten erreichten die höchsten Punktzahlen und sollten daher kategorisch gefordert werden:

- Wenn ein Arzneimittel verordnet wird, werden Links zu allgemeinen Verordnungsinformationen wie leistungsrechtliche Einschränkungen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Dosierung aber auch Anpassung nach Alter, Gewicht, Laborwerten angezeigt (acht Punkte).
- In der Arzneimittelauswahlliste sind die Arzneimittel nach Preis sortiert. Der Cursor steht auf dem billigsten Medikament (acht Punkte).
- Die Stammdaten enthalten eine vollständige Arzneimittelliste. Die angezeigten Arzneimittelinformationen basieren auf den Daten des pharmakologischen ABDA-TA-Datenservices oder Daten von vergleichbaren Anbietern von standardisierten Datenställen ohne Anwendungsprogramme (acht Punkte, jedoch keine Evidenz für den Nutzen dieser Funktionalität).

Weitere Funktionalitäten werden durch das AVWG gefordert und erzielten sieben und weniger Punkte, wie z.B. das Hinterlegen detaillierter Informationen zu den leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Verordnung (Arzneimittelrichtlinien etc.). Evidenz für einen Nutzen liegt hierzu jedoch nicht vor.

Andere Funktionalitäten können mit Bezug auf das AVWG implementiert werden und sollten zwischen KBV und Krankenkassen diskutiert werden, wie Warnhinweise, die erscheinen, wenn die Tagestherapiekosten über dem Zielwert liegen. Außerdem sollte die Integration des Formulars zur Meldung von unerwünschten Ereignissen im Rahmen des Stufenplans in die Software erwogen werden.

Zu den Funktionalitäten, für die eine sehr hohe Evidenz vorliegt, die jedoch weder durch das AVWG explizit gefordert werden, noch in einem bedeutsamen Anteil in existenter Software implementiert sind, gehören folgende:

- Werden Arzneimittel verordnet, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen, erscheint ein Warnhinweis. Gleichzeitig kann ein Fenster geöffnet werden, das einen Kommentar hierzu enthält.
- Der Verordner wird durch einen Warnhinweis über das bevorzugte Arzneimittel gemäß Rahmenvereinbarung oder Arzneimittelvereinbarung informiert, wenn er ein anderes Medikament als dieses auswählt. Kurze klini-

nische Informationen zum bevorzugten Medikament werden angezeigt.

- Wirtschaftliche Arzneimittel gemäß Rahmenvertrag oder Arzneimittelvereinbarung werden für eine vom Arzt ausgewählte Indikation oder Arzneimittelgruppe angezeigt.

In den Studien hat sich außerdem der Versand eines Email-Newsletters („Message of the day“) zu wirtschaftlichen Arzneimitteln als effektiv erwiesen. Die genannten Maßnahmen zeigten Reduktionen der durchschnittlichen Kosten pro Patient um bis zu 25% und einen Anstieg der Verordnungen empfohlener Arzneimittel von 15 auf über 80%.

Die Vertragspartner auf Bundesebene haben in ihrem Entwurf vom 11.6.2007 zum Anforderungskatalog zahlreiche der oben genannten Funktionalitäten übernommen. Die Funktionalitäten, die einen tatsächlichen Effekt auf die Arzneimittelausgaben in Studien gezeigt haben, finden sich jedoch nicht darunter.

Fazit

Die Ergebnisse der Untersuchung machen deutlich, dass nicht alle Funktionalitäten, die theoretisch gemäß AVWG implementiert werden können oder sogar müssen, in der Lage sind, die Arzneimittelausgaben zu reduzieren.

Evidenzbasierte Empfehlungen zu Arzneimitteln sind wichtiger und effektiver als Informationen zu den Kosten. Informationen zur Wirtschaftlichkeit reichen nicht aus, um Verordnungsgewohnheiten zu beeinflussen. Vielmehr müssen alternative Behandlungsmöglichkeiten während des Verschreibungsvorgangs aufgezeigt werden.

Der Workflow sollte dabei nicht gestört werden, das Handling einfach sein, und die Informationen sollten als Teil des Workflow-Prozesses angeboten werden. Hierfür sollten sie kurz sein. Die Anzeige von Volltext (z.B. Therapiehinweise) beeinflusst nur marginal wenn überhaupt die Verordnungsgewohnheiten.

Das vorgeschlagene Konzept geht damit über die ursprüngliche Diskussion um die Werbefreiheit der Arztpra-

xissoftware deutlich hinaus. Es geht vielmehr um die Bereitstellung der erforderlichen Informationen zur Wirtschaftlichkeit zum Zeitpunkt der Ausstellung eines Rezeptes. Dieser Ansatz beruht auf der Idee, dass eine zeitgenaue Promotion von wirtschaftlichen Präparaten einen ähnlichen Effekt erzielen kann wie die von unwirtschaftlichen. Während letztgenannte in Marketingstudien hinreichend untersucht wurde, konnte der Rapid HTA auch einen Effekt bei umgekehrtem Vorgehen aufzeigen.

Bedenkenträger mögen anführen, dass ein solches System erhebliche Kosten induziert. Wissenschaftliche Untersuchungen konnten jedoch nachweisen, dass die Akzeptanz maßgeblich durch seinen Nutzen und nicht die Kosten beeinflusst wird.

Literatur

- (1) Dobscha SK, Anderson TA, Hoffman WF, Winterbottom LM, Turner EH, Snodgrass LS et al. Strategies to decrease costs of prescribing selective serotonin reuptake inhibitors at a VA Medical Center. Psychiatr Serv 2003; 54(2):195-200.
- (2) McMullin ST, Lonergan TP, Rynearson CS, Doerr TD, Veregge PA, Scanlan ES. Impact of an evidence-based computerized decision support system on primary care prescription costs. Ann Fam Med 2004; 2(5):494-498.
- (3) McMullin ST, Lonergan TP, Rynearson CS. Twelve-month drug cost savings related to use of an electronic prescribing system with integrated decision support in primary care. J Manag Care Pharm 2005; 11(4):322-332.
- (4) Ornstein SM, MacFarlane LL, Jenkins RG, Pan Q, Wager KA. Medication cost information in a computer-based patient record system. Impact on prescribing in a family medicine clinical practice. Arch Fam Med 1999; 8(2):118-121.
- (5) Ross SM, Papshev D, Murphy EL, Sternberg DJ, Taylor J, Barg R. Effects of electronic prescribing on formulary compliance and generic drug utilization in the ambulatory care setting: a retrospective analysis of administrative claims data. J Manag Care Pharm 2005; 11(5):410-415.
- (6) Teich JM, Merchia PR, Schmiz JL, Kuperman GJ, Spurr CD, Bates DW. Effects of computerized physician order entry on prescribing practices. Arch Intern Med 2000; 160(18):2741-2747.

Fußnote

- * Angela Fagerlin, Research Assistant Professor für Psychologie an der University of Michigan