

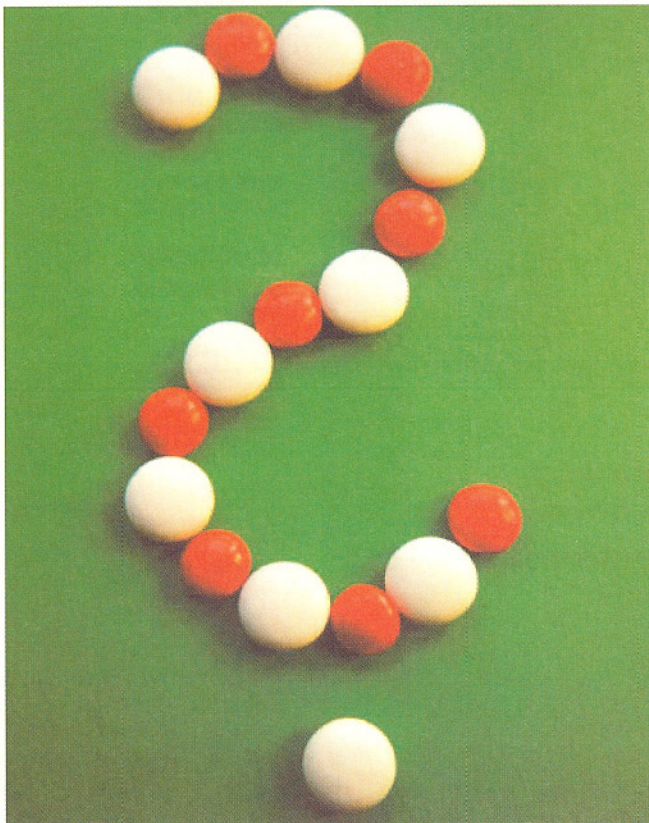
Kosten-Nutzen-Analysen

Notwendige Sisyphus-Arbeit

Von Andrea Weber / *Kosten-Nutzen-Analysen sind wenig beliebt. Für eine vergleichende Produktbewertung sind sie dennoch Instrument. Darin waren sich die Teilnehmer der Tagung «Consumer Health Care» einig.*

Das in Unternehmen längst etablierte Kosten-Controlling soll in Zukunft auch stärker in das Gesundheitswesen einziehen. Mit der Kosten-Nutzen-Bewertung übt dabei die Politik den Spagat zwischen Ökonomie und Versorgungsqualität und trägt der Tatsache Rechnung, dass immer mehr hochpreisige Arzneimittel in den Markt kommen. Der Nutzen jedes erstmals ver-

Nach einer Empfehlung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG), kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit einer Verordnungseinschränkung, einem Verordnungsaußchluss, einem Therapiehinweis oder einem Festbetrag reagieren (§ 92 Abs.1). »Dabei ist die Klärung für Subgruppen wichtig. Eine alleinige Positivliste kann eine Patienten – und



Welchen Nutzen hat eine Arzneimitteltherapie und wie viel darf sie kosten? In anderen Ländern sind solche Analysen seit langem Standard. In Deutschland bleiben sie heftig umstritten.

Foto: ABDA

ordnungsfähigen Arzneimittels mit einem patentgeschützten Wirkstoff sowie für andere Arzneimittel, die von Bedeutung sind, soll bewertet werden. Wichtig sei, dass es sich um eine wirkstoffbezogene Bewertung handle, sagte Ullrich Dietz vom Bundesgesundheitsministerium.

Deutschland ist hier mitnichten ein Vorreiter. Im Gegenteil: Bereits 1982 gründete sich die erste Health Technology Assessment (HTA)-Agentur in Australien. Unter Health Technology Assessment wird die umfassende Bewertung medizinischer Verfahren im Rahmen einer strukturierten Analyse verstanden. Später folgten Schweden (1987), Frankreich, Großbritannien und Kanada (1989). Seit 2004 ist die Nutzenbewertung in § 35 b fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert.

indikationsbezogene Differenzierung nicht leisten«, sagte Dietz.

Die bisherige Bilanz der Nutzenbewertung aus Sicht des Bundesministeriums: »Beeindruckendes Engagement des IQWiG-Teams, aktives Engagement der Unternehmen.« Dietz sieht jedoch Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit mit internationalen Instituten. Dazu zählt unter anderem das britische NICE (National Institute of Clinical Excellence). Ziel sei es, europaweit einheitliche Standards festlegen zu können. Ebenso sollten der Industrie, den Fachkreisen und den Patienten mehr Beteiligung erlaubt werden.

Kritiker, wie Helmut Schröder vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), Bonn, sehen in einer Kosten-Nutzen-Bewertung ein Instrument zur Kosten-

dämpfung und kein Instrument zur Therapieverbesserung. Er sieht in mehr Wettbewerb zwischen Apothekern eine sinnvolle Möglichkeit die Ausgaben zu senken.

Dr. Eva-Susanne Dietrich, Direktorin des Wissenschaftlichen Instituts für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) der Techniker Krankenkasse, Hamburg, ist der Meinung: »Therapiehinweise haben selten Einfluss auf die Umsatzentwicklung. Um Effekte auf die Ausgabenentwicklung der GKV zu erzielen, muss direkt Einfluss auf die Preisbildung genommen werden.« Für sie ist die Kosten-Nutzen-Bewertung Sisyphus-Arbeit. Der Einfluss einzelner Wirkstoffe auf die Kostenentwicklung sei minimal. Der Wirkstoff Tacrolimus beispielsweise mit 365 092 Verordnungen für das Jahr 2005 beanspruchte 0,33 Prozent der GKV-Arzneiausgaben 2005. Oseltamivir mit 216 300 Verordnungen einen Anteil von 0,03 Prozent und Clopidogrel mit 1 951 392 Verordnungen einen Anteil von 1,5 Prozent.

Die Lebensqualität wurde bislang vom IQWiG nicht mit in die getroffenen Entscheidungen einbezogen. Die Begründung: »Es liegen keine Studien zur Lebensqualität vor«. Berücksichtigt werden nur Daten, die innerhalb von randomisierten, kontrollierten (RCT-)Studien erhoben werden. Lebensqualität und Therapiezufriedenheit ohne Interpretation durch den Arzt werden hingegen in den »Patient Reported outcomes (PROs)« dargestellt.

Immer wieder kritisiert wurde während der Tagung die schwammige Methodik der IQWiG-Bewertung. Mangelhafte klinische Basisdaten und die Betrachtung selektierter Patientenpopulationen in den Studien erhöhten das Fehlerpotenzial der Aussagekraft einer Kosten-Nutzen-Analyse. Denn offensichtlich sei, dass nicht jeder Patient gleich auf eine Therapie anspreche. Der Patient in der Praxis entspricht nicht zwangsläufig dem Patienten in der Studie. Für den Patientenvertreter des G-BA, Dr. Andreas Reimann, sind Kosten-Nutzen-Bewertungen akzeptabel, »wenn sie nicht als Kostendämpfungsmittel gebraucht werden. Wenn sie transparent, fair und wissenschaftlich nachvollziehbar sind. Und patientenrelevante Fragestellungen, und Subgruppen berücksichtigt werden.« Die Umsetzung der Kosten-Nutzen-Analyse durch den G-BA sollte mit einem möglichst kleinen Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis erfolgen, fordert Reimann. Ebenso ist ihm wichtig, dass sich Ärzte unabhängig von der Industrie über den Nutzen von Arzneimitteln informieren.

Auch von Apothekern routinemäßig erhobene individuelle Daten sollten für die vergleichende Produktbewertung herangezogen werden, sagte Professor Dr. Marion Schäfer, Vorsitzende des Vereins Consumer Health Care. /