



Pharmaceutical Health Information System

Hospital Pharma Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten

KURZBERICHT

Im Auftrag der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) und des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

PHIS

Pharmaceutical Health Information System

HOSPITAL PHARMA Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten

Kurzbericht

Englischer Originalbericht: Mai 2010

Deutsche Fassung: März 2011

PHIS-Netzwerk-Teilnehmerinnen/Teilnehmer

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG:
Sabine Vogler, Claudia Habl, Christine Leopold, Simone Morak, Nina Zimmermann
Bundesministerium für Gesundheit: Gernot Spanninger, Daniela Huber
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Jutta Piessnegger

Autorinnen/Autoren

Englisches Original: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG:
Sabine Vogler, Claudia Habl, Christine Leopold, Simone Morak, Jan Mazag, Nina Zimmermann
Deutscher Kurzbericht: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG:
Sabine Vogler, Christine Leopold, Nina Zimmermann

Fachliche, sprachliche, inhaltliche und redaktionelle Prüfung

Deutsche Fassung: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG:
Claudia Habl (inhaltliche Freigabe), Andreas Vejvar (Lektorat)

ISBN-13 978-3-85159-156-9

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Danksagung

Der deutschsprachige Kurzbericht über das Arzneimittelmanagement in Krankenhäusern in europäischen Ländern verdankt sein Entstehen einer Reihe von Personen und Institutionen.

Wir bedanken uns herzlich bei der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (Executive Agency for Health and Consumers, EAHC), dass sie uns mit dem PHIS-Projekt beauftragte und damit die Untersuchung eines bislang kaum erforschten Bereiches ermöglichte. Unser Dank gilt des Weiteren dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit (BMG), insbesondere dem Leiter der Abteilung Pharmaökonomie, Mag. Gernot Spaninger, für die Ko-Finanzierung des Projektes und für das dauerhafte Interesse an dem Thema.

Mitarbeiter/innen der Slowakischen Arzneimittelagentur (Štátny ústav pre kontrolu liečiv, SUKL) unter Leitung von Direktor Dr. Ján Mazag und des PHIS-Teams an der Gesundheit Österreich GmbH bearbeiteten federführend die Aufgaben im Arbeitspaket „PHIS Hospital Pharma“.

Wir danken unseren weiteren Partnern im PHIS-Projektmanagementteam, von deren regelmäßigem Austausch wir wichtige Inputs mitnahmen. Diese sind: Frau Gergana André vom International Healthcare and Health Insurance Institute (IHHI) in Bulgarien, Herr Laurent Jacquet von SOGETI Luxembourg SA, Frau Sophie Lopes von der französischen Sozialversicherung CNAM-TS sowie Herr Dr. Pietro Folino-Gallo und Frau Dr. Luisa Muscolo von der italienischen Arzneimittelagentur (AIFA).

Eine wertvolle Bereicherung waren Rückmeldungen von und Diskussionen mit dem Beratungsgremium, dem PHIS Advisory Board. Diesem gehören an: Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission (DG SANCO) – Jérôme Boehm, Artur Furtado (bis Sommer 2010) und Anders Lamark Tysse; Generaldirektion Unternehmen der Europäischen Kommission (DG Enterprise) – Guilia del Brenna, Christophe Roeland und Stefaan van der Spiegel (bis Sommer 2009); Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) – Ann Thuvander (bis Frühling 2009) und Jurgita Kaminskaite; Statistisches Amt der Europäischen Union (EUROSTAT) – Dorota Kawiorska; Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) – Elizabeth Docteur (bis Frühling 2009) und Valérie Paris; Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kees de Joncheere (Regionalbüro für Europa) sowie Richard Laing und Dele Abegunde (WHO Headquarters).

Eine wichtige Voraussetzung für die Erstellung der Studie bildete der Kontakt mit Expertinnen und Experten aus dem Krankenhausbereich. Wir freuen uns, dass wir die European Hospital and Healthcare Federation (HOPE), vertreten durch Geschäftsführer

Pascal Garel, und die Europäische Vereinigung der Krankenhausapotheker (European Association of Hospital Pharmacists, EAHP) mit Präsident Herrn Dr. Roberto Frontini (Deutschland) und Vize-Präsidentin Frau Mag. Elfriede Dolinar (Österreich) zur Kooperation im PHIS-Projekt gewinnen konnten. Wir danken den Leiterinnen/Leitern und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern von Anstaltsapotheken in Norwegen, in den Niederlanden, in Österreich, Portugal und der Slowakei, die uns für die Erhebung vor Ort zur Verfügung standen.

Von großer Bedeutung für das Gelingen der Studie waren die Arbeiten der Mitglieder des PHIS-Netzwerkes. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Behörden für Arzneimittelpreisbildung und -erstattung, die im PHIS-Netzwerk vertreten sind, erstellten Berichte über das Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten in ihrem Land. Diese Länderberichte, welche die Expertinnen und Experten auf freiwilliger Basis zusätzlich zu ihrem „Tagesgeschäft“ verfassten, bilden eine zentrale Grundlage für den „PHIS Hospital Pharma“-Bericht.

Inhalt

Abbildungen und Tabelle	V
Glossar	V
1 Einleitung	1
2 Europäischer Überblick.....	3
2.1 Organisation	3
2.2 Finanzierung	4
2.3 Vertriebswege und Abgabe.....	5
2.4 Preisbildung	5
2.5 Einkauf.....	6
2.6 Spitalspreise.....	8
2.7 Erstattung	9
2.8 Arzneimittelverbrauch	11
2.9 Evaluation	11
2.10 Nahtstellenmanagement.....	12
3 Fallstudien	13
3.1 Methodik	13
3.2 Arzneimittelmanagement	14
3.3 Preisnachlässe und Gratisware	14
3.4 Unterschiede zum niedergelassenen Sektor	17
3.5 Länder im Vergleich	17
4 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	19
Literaturverzeichnis.....	21
Anhang	23

Abbildungen und Tabelle

Abbildung 2.1: Einkaufsstrategien für Arzneimittel in Krankenanstalten in Europa, 2009/2010	7
Abbildung 3.1: Kardiovaskuläre Arzneispezialitäten, Echtpreise in Krankenanstalten pro Stück in den fünf Ländern der Fallstudie, 2009.....	15
Abbildung 3.2: Onkologika und kardiovaskuläre Arzneispezialitäten, Differenz zwischen offiziellen Listenpreisen und Echtpreisen, 2009	16
Abbildung 3.3: Fallstudie Österreich: Kardiovaskuläre Arzneispezialität (Original und Generikum), Echtpreise pro Stück, 2009.....	17
Tabelle 3.1: Krankenanstalten der Fallstudien, 2009	13

Glossar

Apotheke Pharmacy	Abgabestelle von Arzneimitteln zur Versorgung von Patientinnen/Patienten. Der Begriff „Apotheke“ umfasst öffentliche Apotheken im niedergelassenen Bereich und Krankenhausapotheken.
Ausschreibung Tender	Prozess des Arzneimittelleinkaufs, wobei potenzielle Bieter (pharmazeutische Unternehmen) aufgefordert werden, ein Angebot zu unterbreiten. Ausschlaggebend für den Zuschlag ist üblicherweise der Preis. Darüber hinaus können die Qualität des Produktes, die Verlässlichkeit des Lieferanten sowie Liefermodalitäten wichtige Kriterien sein. Es können unterschiedliche Verfahren Anwendung finden: offene Verfahren (öffentliche Ausschreibung), nicht offene Verfahren (beschränkte Ausschreibung, bei der nur eine begrenzte Anzahl von Anbietern eingeladen wird) und Verhandlungsverfahren (freihändige Vergabe mit nur wenigen Anbietern und weniger Formvorschriften).
Echtpreis Tatsächlicher Preis	Mittels Nachlässen, Rückvergütungen etc. erzielter Preis gegenüber dem offiziellen Listenpreis
Erstattung Reimbursement	Ausgaben, z. B. für Heilbehandlungen, Arzneimittel oder Kuraufenthalte – gegebenenfalls abzüglich einer Selbstbeteiligung – werden von der öffentlichen Hand (z. B. Sozialversicherung, nationaler Gesundheitsdienst) getragen.
Gekoppelte Angebote Bundling	Mehrere Produkte werden als eine Ware ausgegeben („Wenn Sie Arzneimittel A kaufen, bekommen Sie Arzneimittel B gratis bzw. günstiger“).
Gratisware Cost-free medicines	Der Krankenanstalt werden von pharmazeutischen Unternehmen Produkte unentgeltlich überlassen.
Krankenanstalt / Krankenhaus / Spital Hospital	Lizenzierte/genehmigte Einrichtungen, die vorwiegend medizinische, diagnostische und behandlungsspezifische Leistungen anbieten; diese beinhalten ärztliche und pflegerische Betreuung im stationären Bereich sowie Spezialpflege (auf Basis von OECD-Definition).

Krankenanstaltsapotheke / Anstaltsapotheke / Krankenhausapotheke Hospital pharmacy	Apotheke, die zu einem Krankenhaus gehört. Primäre Aufgabe der Krankenanstaltsapotheke ist die Versorgung der Patientinnen/Patienten des Krankenhauses mit Arzneimitteln.
Krankenanstaltsapotheker/in / Anstaltsapotheker/in / Krankenhausapotheker/in Hospital pharmacist	Apotheker/in, der/die in einem Krankenhaus, meist in der Krankenhausapotheke, arbeitet
Krankenhausexklusives Arzneimittel Hospital-only medicine	Arzneimittel, das ausschließlich in Krankenanstalten verabreicht werden darf
Krankenkasse / Krankenversicherungsträger Sickness fund	Verwaltungseinrichtung der sozialen Krankenversicherung
Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF) Diagnosis-related groups (DRG)	Gruppierung von Hauptdiagnosen und medizinischen Einzelleistungen bei stationären Aufenthalten; Grundlage für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich mit rund 980 „LDF-Pauschalen“
Nahtstellenmanagement Interface management	Maßnahmen und Strukturen des Informationsaustausches und der Kooperation an den Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen (stationärer/niedergelassener Sektor)
Preisnachlass Discount	Senkung des Preises unter bestimmten Voraussetzungen
Preisverhandlung Price negotiation	Methode zur Preisbildung. Im Falle von Arzneimittelpreisen stehen einander üblicherweise das pharmazeutische Unternehmen und der Zahler/Käufer gegenüber (Sozialversicherung, nationaler Gesundheitsdienst, Krankenanstalten) gegenüber.
Rückvergütung Rebate	Nachträglich gewährte Rabatte (z. B. für ein bestimmtes Umsatzvolumen innerhalb eines Jahres)

1 Einleitung

Der vorliegende Kurzbericht bereitet in deutscher Sprache zentrale Ergebnisse der in Englisch verfassten Studie „PHIS Hospital Pharma Report“ auf, die das Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten in Europa untersuchte.

Die Studie über das Arzneimittelmanagement wurde im Rahmen des Projektes „Pharmaceutical Health Information System“ (PHIS) erstellt, das unter Leitung der Gesundheit Österreich (GÖG) gemeinsam mit vier Projektpartnern durchgeführt wird (mit dem bulgarischen Forschungsinstitut International Healthcare and Health Insurance Institute, IHIII, der slowakischen Arzneimittelbehörde / Štátny ústav pre kontrolu liečiv, SUKL, der italienischen Arzneimittelagentur / Agenzia Italiana del Farmaco, AIFA, und dem Dienstleistungsunternehmen SOGETI Luxemburg). Das PHIS-Projekt, das im Zeitraum von September 2008 bis April 2011 bearbeitet wird, wurde von der Europäischen Kommission (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Exekutivagentur Gesundheit und Verbraucher) beauftragt und wird vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit ko-finanziert.

Das PHIS-Projekt strebt an, verbesserte Kenntnis über Arzneimittelsysteme, insbesondere in den Bereichen Preisbildung und Erstattung, in den EU-Mitgliedstaaten zu erlangen. Dies umfasst zum einen Wissen über den niedergelassenen Arzneimittelsektor in europäischen Ländern, zum anderen das – bislang aus systemischer Sicht nicht erforschte – Arzneimittelmanagement im Spitalsbereich. Dass der stationäre Arzneimittelsektor Neuland in der Forschungslandschaft darstellt, wurde mit der Definition eines eigenen Arbeitspaketes (im englischen Original als „PHIS Hospital Pharma“ bezeichnet) im Rahmen des PHIS-Projektes unterstrichen. Weitere Arbeitspakete des Projektes (Erstellung eines Glossars, Einrichtung einer PHIS-Bibliothek mit Länderberichten, Entwicklung von Indikatoren, Aufbau einer Datenbank und Leitung eines Netzwerkes von Expertinnen/Experten) verfolgen einen integrierten Ansatz, d. h., sie sind sowohl auf den niedergelassenen als auch – sofern sinnvoll – auf den intramuralen Sektor ausgerichtet.

Für das Arbeitspaket „PHIS Hospital Pharma“ zeichneten federführend die slowakische Arzneimittelbehörde (SUKL) und die Gesundheit Österreich (GÖG) verantwortlich. Im Rahmen dessen erstellten Vertreter/innen aus zwanzig europäischen Ländern Berichte, in denen das stationäre Arzneimittelsystem beschrieben wird. Die Erkenntnisse aus diesen Länderberichten haben die Mitarbeiter/innen von GÖG und SUKL unter Berücksichtigung von zusätzlich erhobenen Ergebnissen für sieben weitere Länder in einer vergleichenden Analyse zusammengefasst. Diese 27 Länder, die in der Folge als PHIS-Länder bezeichnet werden, umfassen 25 EU-Mitgliedstaaten (EU-27 außer Griechenland und Luxemburg) sowie Norwegen und die Türkei.

Ergänzt wurde dieser europäische Überblick um vertiefende Fallstudien in fünf ausgewählten Ländern (Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Slowakei), in denen konkret in Krankenanstalten das Arzneimittelmanagement untersucht und Preise von Arzneimitteln erhoben wurden.

2 Europäischer Überblick

2.1 Organisation

Was ist eine Krankenanstalt? In praktisch allen PHIS-Ländern liegt eine offizielle Definition dafür vor. Die Inhalte der nationalen Begriffsabklärungen decken sich im Wesentlichen mit jenen der OECD-Definition¹, die wie folgt lautet (frei aus dem Englischen übersetzt): „lizenzierte Einrichtungen, die vorwiegend medizinische, diagnostische und behandlungsspezifische Leistungen anbieten, diese beinhalten ärztliche und pflegerische Betreuung im stationären Bereich sowie Spezialpflege“.

Malta verfügt über neun Krankenanstalten, während es in Frankreich knapp 2.800 Spitäler gibt. Die Bandbreite verwundert angesichts der unterschiedlichen Größe der Länder nicht weiter, allerdings zeigen sich – aufgrund unterschiedlicher Konzepte für die Primärversorgung – Unterschiede auch bei der Dichte an Krankenanstalten (6,5 Krankenanstalten pro 1.000 Einwohner/innen in Dänemark am einen Ende und 0,89 in Schweden am anderen Ende).

Auch bei der Akutbettendichte setzen sich diese Unterschiede fort – Ergebnis: eine Bandbreite von 8,1 Akutbetten pro 1.000 Einwohner/innen in Lettland über 6,2 in Deutschland bis zu 2,6 in Großbritannien. Der Trend, Akutbetten abzubauen und die durchschnittliche Verweildauer in Krankenanstalten zu senken, ist europaweit zu beobachten.

In den PHIS-Ländern wird üblicherweise zwischen Allgemein- und Sonderkrankenanstalten unterschieden. In den meisten Ländern bestehen tendenziell deutlich mehr Allgemein- als Sonderkrankenanstalten.

In Europa spielt der öffentliche im Vergleich zum privaten Spitalsbereich eine wichtige Rolle. Die Mehrheit der Krankenanstalten in Europa steht in öffentlichem Eigentum, wobei entweder der Bundesstaat oder Regionen bzw. Bundesländer als Träger fungieren. Die Dominanz des öffentlichen Sektors zeigt sich vor allem beim Angebot an Akutbetten: In der Mehrzahl der europäischen Länder sind neunzig Prozent aller Akutbetten in öffentlichen bzw. (privaten) Non-Profit-Krankenanstalten angesiedelt, während die Bettenkapazität im privaten For-Profit-Sektor vergleichsweise bescheiden ist.

¹

Definition einer Krankenanstalt lt. OECD 2000: <http://www.oecd.org/dataoecd/44/44/1894818.pdf> (Zugriff: 21. Juni 2009). Einrichtungen zur Langzeitpflege, insbesondere älterer Menschen, sind nicht Gegenstand des vorliegenden Berichtes.

2.2 Finanzierung

In 14 der 27 PHIS-Staaten werden die Kosten für die stationäre Behandlung überwiegend von der Sozialversicherung getragen. In den übrigen Ländern tritt der (Bundes-) Staat – ausschließlich bzw. schwerpunktmäßig – als Finanzier auf. In Dänemark und Italien finanzieren die Regionen und in Schweden die Bezirke die intramurale Versorgung. In 25 PHIS-Ländern wirkt ein und dieselbe Institution als Zahlerin für den intramuralen und extramuralen Sektor; Ausnahmen sind Norwegen und Österreich.

Die in den Krankenanstalten erbrachten Leistungen werden in den meisten PHIS-Ländern – ausschließlich oder zu einem überwiegenden Teil – auf Basis leistungs- und diagnoseorientierter Fallgruppen abgegolten (LDF; diagnosis-related groups, DRG). In der Ausgestaltung weisen die DRG-Systeme allerdings – zum Teil beachtliche – Unterschiede auf.

In neun PHIS-Ländern (Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Lettland, Österreich, Portugal und Schweden) fallen für Patienten/Patientinnen Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von in Krankenanstalten erbrachten Leistungen an. In der Mehrzahl der PHIS-Länder ist dies nicht der Fall, da hier die Leistungen in öffentlichen Krankenanstalten gänzlich von der öffentlichen Hand finanziert werden.

Im Schnitt entfallen in den PHIS-Ländern 40 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben auf den stationären Bereich – allerdings mit einer Bandbreite von 66 Prozent (in Dänemark) bis 25 Prozent (in den Niederlanden). Bei den Arzneimittelausgaben, die europaweit im Schnitt 19 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen, wird rund ein Viertel für den intramuralen Bereich aufgewendet. Allerdings sind diese Angaben mit Vorsicht zu interpretieren, da für einige Länder keine Daten vorliegen (vorhandene Datenbasis: 15 Länder). Hingegen liegt für eine Reihe von EU-Mitgliedstaaten keine landesweite Statistik der stationären Arzneimittelausgaben vor bzw. können die Daten nur aufwendig und mit Unschärfen hochgerechnet werden.

Im europäischen Durchschnitt werden 75 Prozent der Gesundheitsausgaben von der öffentlichen Hand finanziert. Bei den Arzneimittelausgaben liegt der öffentliche Finanzierungsanteil im Schnitt bei rund zwei Dritteln. Sowohl bei den Gesundheits- als auch den Arzneimittelausgaben ist in den westeuropäischen Ländern die öffentliche Finanzierung anteilig höher als in mittel- und osteuropäischen Staaten.

Trotz der Bedeutung von Arzneimitteln für die Behandlung in Krankenanstalten machen die Ausgaben dafür meist weniger als zehn Prozent des Krankenhausbudgets aus. Einzelne Produkte belasten aber die Arzneimittelbudgets überproportional; dazu zählen die Wirkstoffe Trastuzumab, Rituximab, Docetaxel, Interferon beta-1a und Etanercept. In allen Ländern sind die gleichen Arzneimittel Spitzenreiter bei den

Arzneimittelausgaben, es zeigen sich ähnliche Muster innerhalb der westeuropäischen und der osteuropäischen Länder.

2.3 Vertriebswege und Abgabe

Zahlreiche Arzneimittel, die in Krankenanstalten eingesetzt werden, finden auch in der niedergelassenen Versorgung Anwendung. In 16 europäischen Ländern werden bestimmte Arzneimittel explizit als „krankenhausexklusiv“ bezeichnet, d.h. diese Arzneimittel dürfen nur stationär angewendet werden. Diese Klassifizierung ist in der nationalen Gesetzgebung festgelegt.

Die Krankenanstalten werden – je nach Land – entweder direkt vom Hersteller oder über einen Großhändler mit den Arzneimitteln beliefert. In einigen wenigen Ländern (z. B. Großbritannien, Litauen und Portugal) dürfen auch Apotheken Spitäler beliefern. Parallelimporteure spielen bei der Belieferung von Krankenanstalten mit Ausnahme von den Niederlanden und Großbritannien kaum eine Rolle.

Während in Frankreich, Italien, Portugal, Rumänien und Schweden nahezu jedes Krankenhaus über eine Anstaltsapotheke verfügt, ist dies in den anderen Ländern nicht der Fall. In Estland, Litauen, Norwegen und Zypern ist im Schnitt nur in jeder dritten Krankenanstalt und in Deutschland und Österreich in rund jeder fünften bzw. sechsten Krankenanstalt eine Apotheke angesiedelt. Krankenhäuser ohne Anstaltsapotheke werden meist von Anstaltsapotheken nahegelegener Spitäler und von öffentlichen Apotheken (d. h. von Apotheken für die Allgemeinheit) beliefert.

In erster Linie dienen die Anstaltsapotheken der Arzneimittelversorgung der stationär aufgenommenen Patientinnen/Patienten. In einigen Ländern (z. B. in Litauen, den Niederlanden, Norwegen, der Tschechischen Republik, Zypern) dürfen Anstaltsapotheken auch Patientinnen/Patienten aus dem niedergelassenen Bereich bedienen; in einigen weiteren Ländern ist es Anstaltsapotheken unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. für bestimmte Arzneimittel in Belgien und Frankreich oder für bestimmte Patientengruppen in Irland und Portugal) gestattet, als öffentliche Apotheke zu fungieren. In einigen wenigen Ländern dürfen öffentliche Apotheken auf dem Gelände einer Krankenanstalt errichtet werden (z. B. in Polen).

2.4 Preisbildung

Arzneimittelpreise sind in einem überwiegenden Teil der EU-Mitgliedsländer geregelt. Die Regulierung zielt dabei auf die (Höchst-)Preise für Arzneimittel ab – unabhängig von deren Einsatz im niedergelassenen oder intramuralen Bereich. Dänemark und

Deutschland bilden eine Ausnahme, da in diesen beiden Ländern freie Preisfestsetzung auf Herstellerpreisebene sowohl für den niedergelassenen als auch für den stationären Bereich gilt.

Der regulierte Preis entspricht im Krankenhauskontext dem offiziellen Listenpreis, der als Höchstpreis meist nur ein Richtpreis ist. Denn der tatsächliche Preis (Echtpreis), den die Einkäufer/innen bei der Beschaffung für eine Krankenanstalt bzw. einen Verbund erzielen können, kann darunter liegen, da Preisnachlässe und Rabatte seitens der pharmazeutischen Unternehmen angeboten werden können. In den europäischen Ländern sind im Allgemeinen im Spitalsbereich Nachlässe und Ex-post-Rabatte ohne Einschränkungen erlaubt, während im niedergelassenen Sektor diese in zahlreichen EU-Mitgliedstaaten verboten oder hinsichtlich der Höhe limitiert sind.

Während die offiziellen Listenpreise von in Krankenanstalten eingesetzten Arzneimitteln bekannt sind, da sie als regulierte Höchstpreise in Amtsblättern oder Preislisten publiziert werden, besteht keine Kenntnis über die Echtpreise.

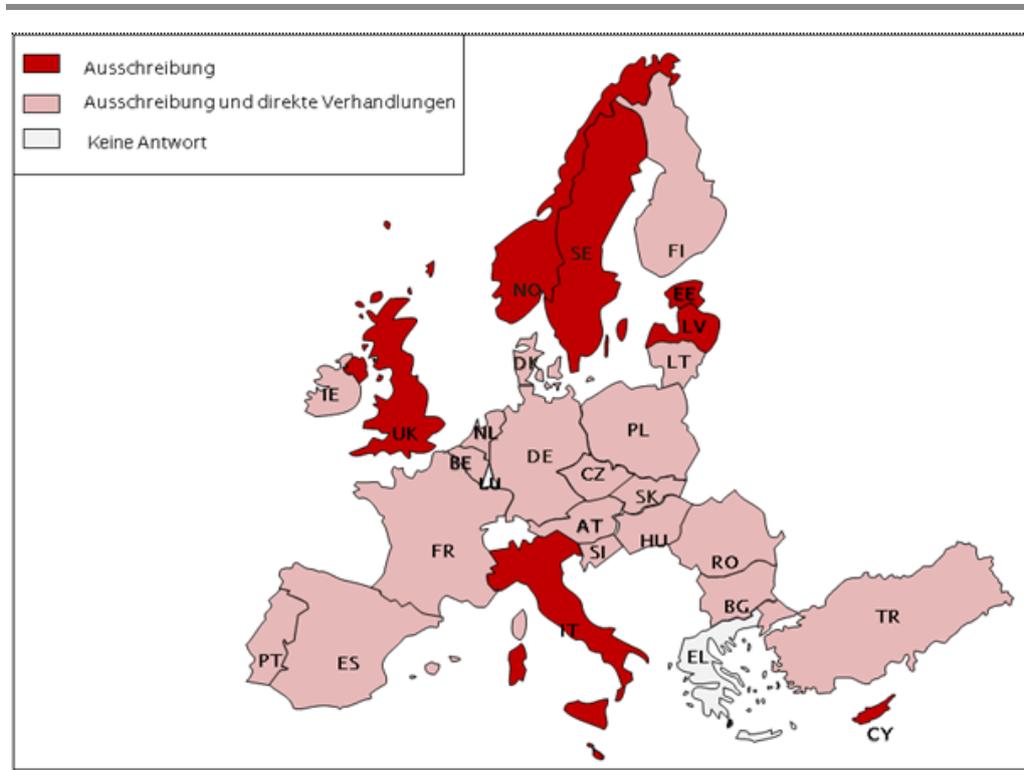
2.5 Einkauf

Arzneimittel, die in Krankenanstalten eingesetzt werden, können in den europäischen Ländern mittels Ausschreibung – entweder im offenen Verfahren (öffentliche Ausschreibung) oder im nicht offenen Verfahren (beschränkte Ausschreibung) – beschafft werden. Des Weiteren gibt es das sogenannte Verhandlungsverfahren (freihändige Vergabe) als eine Variante der öffentlichen Ausschreibung. Dieses Verfahren wird nur in wenigen Ländern als Beschaffungsinstrument eingesetzt, zum Beispiel in der Slowakei unter dem Titel „Marktevaluierung“. Hier lassen sich Krankenanstalten Angebote von drei Unternehmen als Basis für die Entscheidung legen. Neben diesen Ausschreibungsverfahren kann ein Krankenhaus in direkte Verhandlung mit einem pharmazeutischen Unternehmen oder dem Großhandel treten.

In den PHIS-Ländern sind die gängigen Beschaffungsmethoden für Arzneimittel, die in Krankenhäusern eingesetzt werden, Ausschreibungen im offenen oder nicht offenen Verfahren und direkte Verhandlungen. Wie aus Abbildung 2.1 hervorgeht, haben sich die meisten Länder nicht auf eine einzige Beschaffungsmethode festgelegt, sondern wenden unterschiedliche Verfahren an: z. B. öffentliche Ausschreibungen im Falle höherer Einkaufswerte (entsprechend den vergaberechtlichen Vorgaben auf EU- und nationaler Ebene) und für übrige Beschaffungen die Direktverhandlungen.

Abbildung 2.1:

Einkaufsstrategien für Arzneimittel in Krankenanstalten in Europa, 2009/2010



Quelle: PHIS Hospital Pharma Report 2010

In acht Ländern (Estland, Großbritannien, Italien, Litauen, Malta, Norwegen, Schweden, und Zypern) werden Arzneimittel für (öffentliche) Krankenanstalten ausschließlich mittels Ausschreibung beschafft. In Dänemark und Norwegen wird dies über eigens dafür eingerichtete nationale Beschaffungsagenturen organisiert (AMGROS und LIS).

Auch in den übrigen Ländern werden Arzneimittel auf bundesstaatlicher Ebene ausgeschrieben. Dafür sind neben Beschaffungsagenturen (wie in Dänemark oder Norwegen) auch Gesundheitsministerien oder Sozialversicherungen verantwortlich. Beispielsweise werden in Rumänien oder in der Slowakei hochpreisige Arzneimittel über vom Staat organisierte Ausschreibungen beschafft, während die übrigen Medikamente in direkten Verhandlungen zwischen Krankenanstalten und pharmazeutischen Firmen bzw. Großhandelsunternehmen erworben werden.

Neben der zentralisierten Beschaffung auf bundesstaatlicher Ebene und dem individuellen Einkauf seitens der Krankenanstalten, im Allgemeinen der Einkaufsabteilungen in Abstimmung mit der Anstaltsapotheke, kaufen in einigen Ländern mehrere Krankenanstalten in einer Region bzw. eines Trägers bestimmte Arzneimittel gemeinsam ein.

Beispiele dafür sind etwa regionale Arzneimittelkomitees in Italien und die Kooperation lokaler, für die Primärversorgung zuständiger Behörden in Finnland. In Österreich schließen sich manchmal mehrere Krankenhausapotheker/innen in derselben Trägerorganisation für den gemeinsamen Einkauf zusammen (z. B. im Rahmen des Lead-Buyer-Systems im Bundesland Niederösterreich). Häufig ist auch eine Kooperation zwischen den Einkaufsabteilungen oder Einkaufsgremien auf Ebene der Trägerorganisation und den Arzneimittelseinkaufsverantwortlichen (Leitung der Anstaltsapotheke oder des Arzneimitteldepots) auf Ebene der Krankenanstalt.

Bei den diversen Beschaffungsmethoden in Europa zeigt sich ein gewisses geographisches Muster. In den meisten westeuropäischen Ländern spielen Ausschreibungen eine größere Rolle als in Österreich, Deutschland und den mittel- und osteuropäischen Ländern. In letzteren wird vor allem auf direkte Verhandlungen zwischen Krankenanstalten und pharmazeutischen Unternehmen gesetzt und auf Ausschreibungen eher nur dann zurückgegriffen, wenn sie vergaberechtlich vorgegeben sind. Allerdings haben in den letzten Jahren auch in diesen Ländern Ausschreibungen an Bedeutung gewonnen.

2.6 Spitalspreise

Wie im Abschnitt 2.5 „Einkauf“ beschrieben, sind für Krankenanstalten zwei Preistypen relevant: die offiziellen Krankenhauspreise (Listenpreise) und die tatsächlich erzielten Spitalspreise (Echtpreise).

Der offizielle Krankenhauspreis (Listenpreis) kann dem Fabriksabgabepreis (Herstellerepreis) oder dem Apothekeneinkaufspreis (Großhandelspreis) netto oder brutto entsprechen. In den meisten PHIS-Ländern ist er dem Apothekeneinkaufspreis (Großhandelspreis) brutto gleichzusetzen, weil zusätzlich zur Großhandelsspanne auch die Umsatzsteuer zum Tragen kommt. Die Großhandelsspannen bzw. -aufschläge für Arzneimittel, die in Krankenanstalten eingesetzt werden, entsprechen in manchen Staaten dem niedergelassenen Bereich; während in einigen anderen Ländern (z. B. Slowakei) eigene Großhandelsaufschläge für den Spitalsbereich gelten. Apothekenaufschläge bzw. -spannen spielen im intramuralen Sektor keine Rolle, abgesehen von dem speziellen Fall, dass die Anstaltsapotheke Arzneimittel an Patientinnen/Patienten, die nicht stationär aufgenommen wurden, abgeben darf.

Der Echtpreis kann in der Praxis deutlich geringer als der offizielle Listenpreis sein, weil im Rahmen der Beschaffung der Arzneimittel unterschiedliche Nachlässe zur Anwendung kommen können. Die gängigsten sind:

- » Preisnachlässe (d. h. Senkung des Preises unter bestimmten Voraussetzungen),
- » Rückvergütung (d. h. nachträglich gewährte Rabatte, z. B. für ein bestimmtes Umsatzvolumen innerhalb eines Jahres),
- » gekoppelte Angebote (mehrere Produkte werden als eine Ware ausgegeben, „Wenn Sie Arzneimittel A kaufen, bekommen Sie Arzneimittel B gratis bzw. günstiger“),
- » Gratisware (d. h., der Krankenanstalt werden von pharmazeutischen Unternehmen Produkte unentgeltlich überlassen).

Die Preisnachlässe für Krankenanstalten sind rein kommerziellen Charakters und werden von den pharmazeutischen Unternehmen als Marketinginstrument eingesetzt. Einzige Ausnahme: In Italien sind Pharmafirmen verpflichtet, bei Belieferungen der staatlichen Krankenanstalten dem nationalen Gesundheitsdienst einen Preisnachlass von mindestens fünfzig Prozent zu gewähren.

Die kommerziellen Preisnachlässe der Pharmafirmen können sich in der Größenordnung von bis zu 100 Prozent bewegen. In der Praxis sind in den europäischen Ländern Nachlässe zwischen 10 und 20 Prozent üblich.

Gratisware (abgesehen von klinischen Studien) ist in einigen europäischen Ländern (darunter Dänemark, Großbritannien, Italien, Ungarn) explizit verboten, während sie in sechs PHIS-Ländern (Estland, Frankreich, Irland, Österreich, Slowakei und Zypern) gängige und erlaubte Praxis ist.

In Europa werden lediglich die offiziellen Krankenhauslistenpreise und – entsprechend den vergaberechtlichen Vorgaben – die in Ausschreibungen erzielten Preise publiziert; die Echtpreise werden weder veröffentlicht noch zwischen den Spitälern kommuniziert.

2.7 Erstattung

Bei von der öffentlichen Hand finanzierten Arzneimitteln tritt in der überwiegenden Mehrzahl der PHIS-Länder eine einzige Institution (die Sozialversicherung oder der nationale Gesundheitsdienst) als Finanzier für den niedergelassenen wie auch intramuralen Bereich auf. Ausnahmen bilden Norwegen (mit einem Nationalen Gesundheitsdienst) und Österreich. In Österreich werden Arzneimittel im niedergelassenen Sektor von der Sozialversicherung erstattet, während Arzneimittel in den Fonds-Krankenanstalten über das LKF-System (leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) aus den Mitteln der Landesgesundheitsfonds finanziert werden.

Trotz der Finanzierung „aus einer Hand“ ist in den meisten europäischen Ländern der Modus der Finanzierung von Arzneimitteln je nach Sektor unterschiedlich. Im nieder-

gelassenen Bereich werden die Arzneimittel einzeln pro Produkt erstattet; hingegen werden stationär die Arzneimittelausgaben pauschal auf Basis der LDF-Abrechnungssysteme (leistungsorientierte Diagnosefallgruppen) aus den Krankenhausbudgets vergütet. Vermehrt entwickeln europäische Länder spezielle Finanzierungssysteme für kostenintensive Arzneimittel in Krankenanstalten. Dabei werden ausgewählte Arzneimittel (z. B. Onkologika, Arzneimittel für seltene Erkrankungen) in Krankenanstalten individuell mit der Sozialversicherung abgerechnet, die dafür über ein eigenes Budget verfügt. Das niederländische Modell zählt zu den bekanntesten: Arzneimittel für seltene Erkrankungen werden – auch bei ihrem Einsatz in Krankenanstalten – stets zu 100 Prozent von der Sozialversicherung bezahlt, während für bestimmte kostenintensive Arzneimittel, die eigens definiert sind, im Rahmen einer Kostenteilung die Sozialversicherung 80 Prozent und die Krankenanstalt die verbleibenden 20 Prozent trägt. Aus zehn weiteren PHIS-Ländern (z. B. Frankreich, Polen, Slowenien) sind Finanzierungsmodelle der Sozialversicherung für kostenintensive Arzneimittel in Krankenanstalten bekannt. In Österreich wurde in zwei Bundesländern (Kärnten, Steiermark) ein Finanzierungssystem vereinbart, bei dem die jeweiligen Gebietskrankenkassen bei Einsatz ausgewählter Arzneimittel (insbesondere Onkologika) in Krankenanstalten deren Kosten tragen.

Erstattungsfähige Arzneimittel, d. h. Medikamente, die von der öffentlichen Hand finanziert werden, sind in den nationalen Positivlisten (Erstattungslisten) angeführt. In einigen europäischen Ländern (z. B. Dänemark, Estland, Norwegen) gilt diese Positivliste ausschließlich für den niedergelassenen Bereich. In der Mehrzahl der PHIS-Länder hat die Positivliste sowohl im niedergelassenen auch im Spitalsbereich Relevanz. Entweder gilt die gleiche Arzneimittelliste für beide Sektoren (z. B. Belgien, Ungarn), oder sie kommt zumindest in Teilbereichen zur Anwendung. In Bulgarien ist beispielsweise ein Abschnitt der Liste konkret Arzneimitteln gewidmet, die in Krankenanstalten eingesetzt werden.

Ergänzend zu den nationalen Positivlisten werden in der Mehrzahl der europäischen Länder eigene Arzneimittellisten in den Krankenanstalten geführt. Der Gültigkeitsbereich der Arzneimittellisten beschränkt sich im Allgemeinen auf das jeweilige Spital; bei Krankenanstaltenverbänden gilt die Liste für alle darin zugeordneten Krankenhäuser. In Dänemark und Norwegen – Länder mit zentraler Beschaffung seitens einer Einkaufsgesellschaft – werden diese Listen regional geführt. Frankreich, Lettland und Portugal verfügen über national gültige Arzneimittellisten für den intramuralen Sektor; diese sind als Basis bei der Erstellung der individuellen Listen in den Krankenanstalten heranzuziehen.

Welche Produkte in die Arzneimittelliste aufgenommen werden, entscheidet meist die Arzneimittelkommission, die in praktisch allen Krankenanstalten in den EU-Mitgliedstaaten etabliert ist. In den Kommissionen sind die Leiter/innen der Anstaltsapothek und weitere Mitglieder der Spitalsapothek, leitende Ärztinnen/Ärzte und die Verwal-

tung der Krankenanstalten vertreten. In manchen Fällen nehmen auch leitende Pflegepersonen und Vertreter/innen der Sozialversicherung an den Sitzungen der Arzneimittelkommission teil. Eine zentrale Aufgabe der Kommission besteht darin, die Arzneimittelliste anzupassen, indem sie über Anträge, im Allgemeinen von leitenden Ärztinnen/Ärzten gestellt, auf Aufnahme von Arzneimitteln, die für die stationäre Behandlung von Patientinnen/Patienten benötigt werden, entscheidet. Falls ein/e Spitalsarzt/-ärztin ein Arzneimittel, das nicht in der Liste enthalten ist, anwenden will, muss er/sie dies in einem Antrag an die Anstaltsapothekerei begründen. Neben den Entscheidungen im Zusammenhang mit der Arzneimittelliste kommt der Arzneimittelkommission auch eine wichtige Kontrollfunktion zu, da sie für die Beobachtung und Evaluation des Verbrauches und der Ausgaben von Arzneimitteln in der Krankenanstalt zuständig ist.

2.8 Arzneimittelverbrauch

Nur wenige Staaten in Europa können landesweit die Daten zum Arzneimittelverbrauch in den Krankenanstalten bereitstellen. Will man diese Daten zwischen den Ländern vergleichen, stößt man aufgrund unterschiedlicher Messgrößen (z. B. Erhebung des Verbrauchs in Packungen in den einen und in Tagestherapiedosen in den anderen Ländern) rasch an die Grenzen. Insgesamt (basierend auf den verfügbaren Daten für einige europäische Länder) nimmt sich der Verbrauch von Arzneimitteln in Krankenanstalten mit 3 bis 14 Prozent des Gesamtverbrauchs eher gering aus. Zu den Wirkstoffen mit dem höchsten Verbrauch in Krankenanstalten Europas zählen Paracetamol, Elektrolyte, Furosemid, Acetylsalicylsäure, Epoetin beta und Albumin.

2.9 Evaluation

Das Monitoring des Arzneimittelverbrauches und der Ausgaben wird meist für die Spitäler eines Trägers durchgeführt. Verantwortlich ist dafür üblicherweise die Krankenanstaltenapothekerin bzw. der Krankenanstaltenapotheker.

Einige Länder beobachten allerdings auch auf nationaler Ebene den Arzneimittelverbrauch bzw. die Ausgaben in Krankenanstalten; jedoch sind die Ergebnisse meist nicht bundesländerweit bzw. international vergleichbar.

Arzneimittel, die in Spitälern eingesetzt werden, unterliegen Evaluationen z. B. mittels HTAs (Health Technology Assessments), allerdings wählen die Länder unterschiedliche Ansätze. Evaluationen werden vor allem bei kostenintensiven Arzneimitteln durchgeführt.

2.10 Nahtstellenmanagement

Die Ersteinstellung auf ein Arzneimittel im Spital ist folgenschwer, da die Patientin / der Patient die Behandlung damit fortgesetzt sehen will. Der Therapiestart mit einem teuren Produkt in der stationären Behandlung zieht bedeutende kostenrelevante Konsequenzen nach. Da Arzneimittel je nach Einsatz (niedergelassen/stationär) unterschiedlich vergütet und z. T. von unterschiedlichen Trägern finanziert werden, bestehen Anreize, die Finanzierung von kostenintensiven Arzneimitteln zwischen dem extra- und dem intramuralen Bereich hin und her zu schieben.

Als eines der zentralen Ergebnisse der PHIS-Studie zu „Hospital Pharma“ zeigte sich, dass in allen europäischen Ländern dringender Bedarf an Auf- und Ausbau des Nahtstellenmanagements zwischen dem extra- und dem intramuralen Sektor gesehen wird. In der vorliegenden Erhebung wurden in einigen Ländern Beispiele für Maßnahmen zur Stärkung der Kooperation identifiziert. So werden etwa in Schweden die Arzneimittel-listen der Krankenanstalten mit den Positivlisten im niedergelassenen Bereich abgestimmt. Der Ansatz, dass mit Umsetzung der entsprechenden Bestimmung in den Krankenanstaltenlandesgesetzen Österreichs die Sozialversicherung in den Arzneimittelkommissionen der Spitäler vertreten ist, dient ebenfalls einer Verbesserung des Nahtstellenmanagements.

In den meisten europäischen Ländern wurden – wie die Erhebung bestätigte – bislang kaum Maßnahmen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements gesetzt.

3 Fallstudien

3.1 Methodik

Ergänzend zu dem europäischen Überblick wurden Fallstudien zu Krankenanstalten von fünf Ländern erstellt (Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal und Slowakei), um einerseits bessere Kenntnis über das Arzneimittelmanagement in den Krankenanstalten zu erlangen und um andererseits die dortigen Preise von Arzneimitteln zu erfassen. Wir führten diese Erhebung in insgesamt 25 Krankenhäusern durch, die in vielen Punkten exemplarisch für die Spitäler dieser Länder stehen (vgl. Tabelle 3.1). Interviewpartner/innen waren die Leiter/innen der Anstaltsapotheken; die Befragung und Preiserhebung leisteten Mitarbeiter/innen des GÖG/ÖBIG-Teams sowie der slowakischen Arzneimittelagentur (SUKL) in Kooperation mit den PHIS-Netzwerkmitgliedern der jeweiligen Länder (meist Arzneimittelagentur oder Gesundheitsministerium).

Tabelle 3.1:
Krankenanstalten der Fallstudien, 2009

Beschreibung	AT	NL	NO	PT	SK
Anzahl	5 <i>(266¹)</i>	3 <i>(206)</i>	2 <i>(87)</i>	4 <i>(189)</i>	10 <i>(122)</i>
Allgemeine KA	5 <i>(38 %)</i>	3 <i>(50 %)</i>	2 <i>(100 %)</i>	4 <i>(50 %)</i>	9 <i>(80)</i>
Öffentliche KA	5 <i>(60 %)</i>	3 <i>(100 %)</i>	2 <i>(90 %)</i>	4 <i>(50 %)</i>	10 <i>(87)</i>
Große KA mit über 400 Akutbetten	5 <i>(~14 %)</i>	2 <i>n.b.</i>	2 <i>(20 %)</i>	4 <i>n.b.</i>	7 <i>(9)</i>
KA-Apotheke	4 KA-Apotheken <i>(17 %)</i>	3 <i>(alle KA)</i>	2 <i>(in 32 KA)</i>	4 <i>(fast alle KA)</i>	10 <i>(fast alle KA)</i>

AT = Österreich, NL = Niederlande, NO = Norwegen, PT = Portugal, SK = Slowakei

KA = Krankenanstalten, n. b. = nicht bekannt

Kursiv ausgezeichnete Information gibt den landesweiten Vergleich an. Lesehilfe: Beispiel Österreich: In Summe gibt es 266 Krankenanstalten (Stand: Dez. 2008), 30 % sind allgemeine Krankenanstalten und 60 % öffentliche

¹ Stand der Daten: Dez. 2008

Quelle: PHIS Hospital Pharma Report 2010

Wir erhoben die Preise der Arzneyspezialitäten (Originale und Generika) von insgesamt zwölf Wirkstoffen für verschiedene Indikationen (Onkologika, Immunmodulation, Herz-Kreislauf-Arzneimittel, Thrombozyten-Inhibitoren, Kontrastmittel, Neurologika speziell für multiple Sklerose, Elektrolyten, Medikamente für Transfusion), darunter auch

Arzneimittel für seltene Erkrankungen. Dabei erfassten wir sowohl die offiziellen Listenpreise als auch die von den Krankenanstalten bezahlten Echtpreise.

3.2 Arzneimittelmanagement

Die Interviews zum Arzneimittelmanagement in den Krankenanstalten bestätigten die im Rahmen des europäischen Überblicks gewonnenen Ergebnisse. Sie unterstrichen die Bedeutung der Anstaltsapotheker/innen sowohl in ökonomischer als auch qualitativer Hinsicht. Die Krankenhausapotheker/innen spielen eine wichtige Rolle als (leitende) Mitglieder der Arzneimittelkommissionen, beim Monitoring des Arzneimittelverbrauches und der Ausgaben sowie bei der Qualitätssicherung. Immer wieder setzen Anstaltsapotheker/innen Initiativen zur Verbesserung des Arzneimittelmanagements in Krankenanstalten.

Wenngleich sie die Preise der Arzneyspezialitäten in den anderen Krankenanstalten nicht kennen, scheinen die Anstaltsapotheker/innen im Allgemeinen gut vernetzt zu sein und wissen über die Herausforderungen ihrer Kollegen und Kolleginnen in anderen Spitälern Bescheid.

Ein eindeutiger Trend zeigte sich bei den Aussagen zum Nahtstellenmanagement: Einhellig begrüßten die Interviewpartner/innen eine Verbesserung der Kooperation zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor, die als ausbaufähig eingeschätzt wurde.

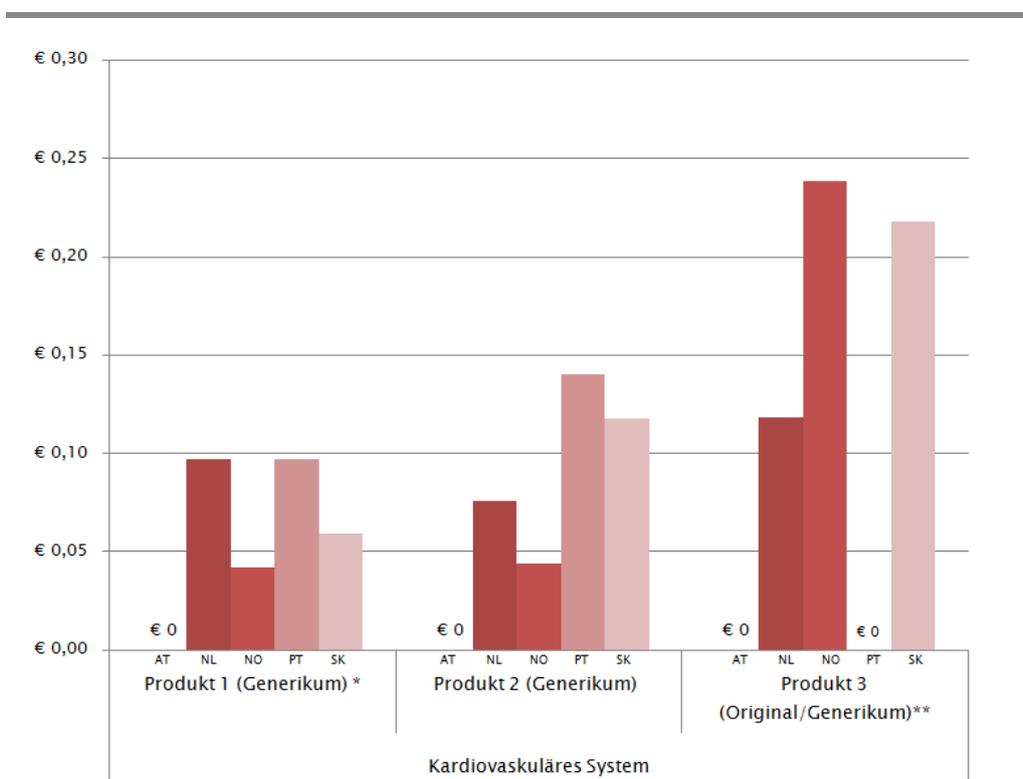
3.3 Preisnachlässe und Gratisware

Im Fokus der Erhebung standen die „Echtpreise“ für Arzneimittel, die im Beschaffungsprozess erzielt werden konnten. Bei einer Reihe von ausgewählten Produkten wichen in allen Ländern die Echtpreise nicht von den offiziellen Krankenhauspreisen (Listenpreisen) ab, wobei Letztere dem Fabriksabgabepreis (Österreich, Portugal, Slowakei) bzw. dem Großhandelspreis (Niederlande, Norwegen – freie Preisregelung auf Herstellerpreisebene) entsprachen.

Bei einigen Arzneimitteln lagen aber die Echtpreise unter dem offiziellen Listenpreis, da die pharmazeutischen Unternehmen Preisnachlässe anbieten. In Österreich und Portugal werden den Krankenanstalten rückwirkend, z. B. am Ende des Jahres, Rabatte gewährt (bezogen auf den Umsatz aller Produkte eines pharmazeutischen Unternehmens).

Die Rabatte bewegten sich in einer Größenordnung von 0 bis 100 Prozent (Österreich) bzw. von 25 bis 30 Prozent (Niederlande, Norwegen) bzw. waren unter 10 Prozent (Slowakei). In Portugal lagen bei einzelnen Arzneispezialitäten die Preise pro Stück bei wenigen Cents bzw. infolge von Ex-post-Rabatten bei 0,00 Euro. Einen Preis von 0,00 Euro wiesen auch einige Produkte (vor allem für Herz-Kreislauf-Erkrankungen) in Österreich auf (vgl. Abbildung 3.1). Österreich zählt zu den Ländern, in denen die Abgabe von Gratisware in den Krankenanstalten erlaubt ist (siehe Abschnitt 2.6).

Abbildung 3.1:
Kardiovaskuläre Arzneispezialitäten, Echtpreise in Krankenanstalten pro Stück in den fünf Ländern der Fallstudie, 2009



€ 0 = KA erhalten die Produkte kostenfrei (AT) oder zu einem Preis, der unter Berücksichtigung der Ex-post-Abzüge nahezu € 0,0 ist (PT).

* NL: Arzneispezialität desselben Wirkstoffes, aber unterschiedliche Packungsgrößen

** Originalprodukt außer NO und SK (Generika)

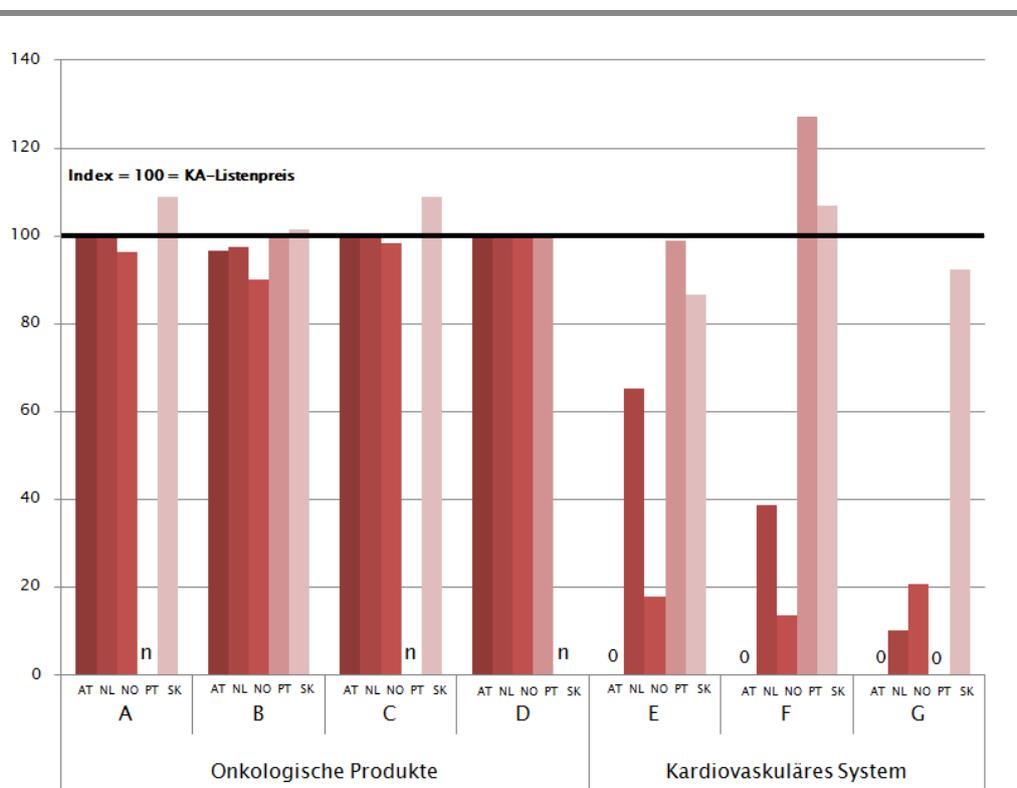
Quelle: PHIS Hospital Pharma Report 2010

Sind Generika auf dem Markt, können die Krankenanstalten mit höherer Wahrscheinlichkeit Preisnachlässe erzielen. Noch relevanter als der Patentstatus des Produktes scheint die Indikation zu sein, für die das Arzneimittel eingesetzt wird. Höhere Preisnachlässe bzw. Gratisprodukte wurden insbesondere bei Arzneimitteln mit strategi-

scher Relevanz gewährt, also bei solchen Medikamenten, welche die Patientin / der Patient auch nach der Entlassung aus der Krankenanstalt verordnet bekommt. Zu diesen zählen kardiovaskuläre Arzneispezialitäten.

Hingegen besteht bei Onkologika, für die keine (generischen) Alternativen verfügbar sind, kaum Spielraum. Hier entsprechen die Echtpreise den offiziellen Listenpreisen. Abbildung 3.2 zeigt diese Diskrepanzen bei den Preisen von Arzneimitteln für unterschiedliche Indikationen.

Abbildung 3.2:
Onkologika und kardiovaskuläre Arzneispezialitäten, Differenz zwischen offiziellen Listenpreisen und Echtpreisen, 2009



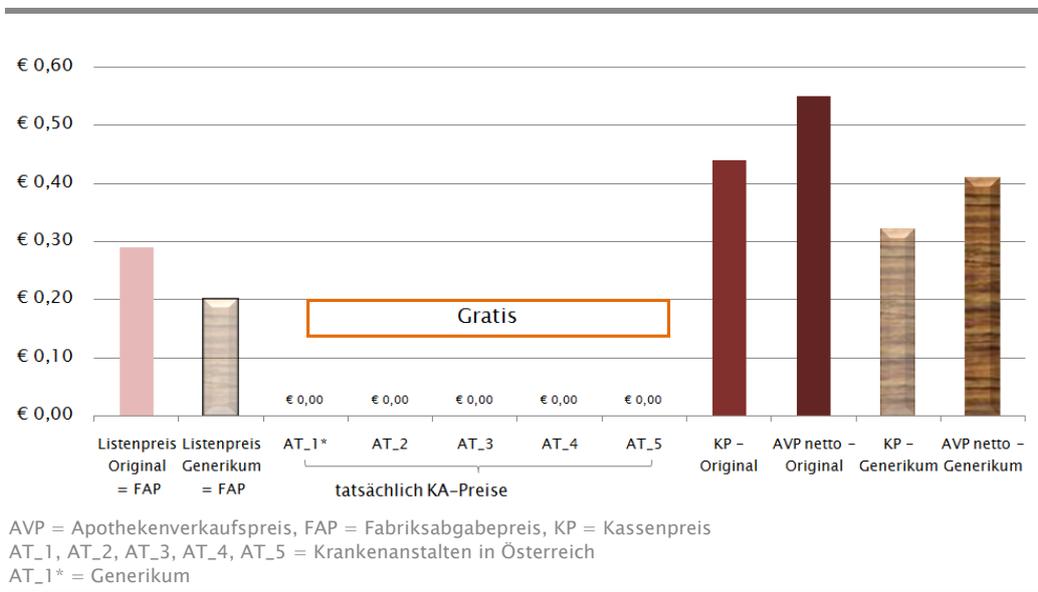
KA = Krankenanstalt, n = Preis nicht verfügbar

Quelle: PHIS Hospital Pharma Report 2010

3.4 Unterschiede zum niedergelassenen Sektor

In der Folge wurden die Echtpreise in Krankenanstalten den Preisen, die im niedergelassenen Bereich gültig sind, gegenübergestellt. Bei dieser Analyse zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie bei dem Vergleich zwischen den offiziellen Listen- und den tatsächlichen Spitalspreisen. Bei Arzneimitteln, bei denen Wettbewerb mittels generischer Alternativen herrschte, sowie bei Arzneimitteln von strategischer Bedeutung lagen die Krankenhauspreise unter den Preisen im niedergelassenen Sektor, und zwar im Allgemeinen im Ausmaß von 30 bis 50 Prozent (im Extremfall um 100 % bei Gratisware; siehe Abbildung 3.3). Bei den Onkologika bestehen häufig keine Unterschiede.

Abbildung 3.3:
Fallstudie Österreich: Kardiovaskuläre Arzneispezialität (Original und Generikum),
Echtpreise pro Stück, 2009



Quelle: PHIS Hospital Pharma 2010

3.5 Länder im Vergleich

Bei der Mehrheit der untersuchten Arzneispezialitäten wies Norwegen das niedrigste Preisniveau im Krankenhaussektor auf. Hinsichtlich der höchsten Preise war kein klarer Trend ablesbar.

Die Ansprechpersonen in Norwegen, denen das Ergebnis vorgelegt wurde, führten das niedrige Preisniveau auf den transparenten Beschaffungsprozess durch die Einkaufsgesellschaft LIS zurück, die seit 15 Jahren Arzneimittel via Ausschreibungen für alle

öffentlichen Krankenanstalten einkauft. Ergänzend wurden bestehende Kooperationen unter den Krankenanstalten sowie innerhalb der Häuser unter den Expertinnen und Experten aus verschiedenen Disziplinen (Medizin, Pharmazie, Beschaffungswesen) als wichtiger Grundstein für ein gemeinsames Verständnis für rationaleren Einsatz von Arzneimitteln gesehen, wodurch die Akteure koordiniert bei Verordnung und Einkauf von Arzneimitteln vorgehen. Dies schlägt sich letztlich in einem geringeren Preisniveau nieder.

4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Studien über Arzneimittelsysteme beschränken sich üblicherweise auf den niedergelassenen Sektor. Die Bedeutung des Arzneimitteleinsatzes in Krankenanstalten – sowohl hinsichtlich seiner ökonomischen Relevanz als auch für die Patientinnen und Patienten – wurde erst in den letzten Jahren verstärkt erkannt.

Mit der PHIS-Untersuchung über das Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten wurde eine wichtige Lücke geschlossen. Erstmals liegen umfassende Länderberichte über den stationären Arzneimittelsektor vor, und mit der Erhebung vor Ort in den Krankenanstalten wurde Transparenz über die Preise im stationären Sektor geschaffen. Mit der Studie konnten Vermutungen und „anekdotisches Wissen“ durch Evidenz belegt werden.

Die Ergebnisse der Erhebung über das Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten wurden bei einer eintägigen Fachtagung vor über hundert interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Bratislava am 26. Februar 2010 vorgestellt und diskutiert.

Neben den neuen Erkenntnissen, welche die Studie brachte, liegt der Mehrwert von „PHIS Hospital Pharma“ insbesondere darin, dass damit ein Prozess in Gang gesetzt wurde: Den Arzneimitteln in Krankenanstalten wird nun in ihren verschiedenen Facetten von den Entscheidungsträgerinnen/-trägern ein wenig mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht – von der Frage der Ausgaben und Preise bis hin zur qualitätssichernden Funktion der Anstaltsapotheker/innen. In diesem Zusammenhang wurde auch der Ruf nach verbessertem Nahtstellenmanagement laut: Einige Expertinnen und Experten sehen die in der Studie herausgearbeitete Dringlichkeit, das Arzneimittelmanagement an der Schnittstelle von intramuralem zu niedergelassenem Sektor zu verbessern, als ihr wichtigstes Ergebnis.

Was konnte das PHIS-Projekt in Hinblick auf das Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten leisten – und wo liegen seine Grenzen? Fakten und Daten wurden erhoben und bereitgestellt (per März 2011 lagen 20 Länderberichte – darunter 16 publizierte – über das Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten vor). Die Mitglieder des Projektmanagementteams und des PHIS-Netzwerks kommunizierten die Ergebnisse Entscheidungsträgerinnen/-trägern und Akteuren, und Anstaltsapotheker/innen konnten in ein Netzwerk von Behörden, deren Vertreter/innen zuvor meist nur den niedergelassenen Sektor im Blick hatten, eingebunden werden.

Auch wenn das PHIS-Projekt, im Rahmen dessen die Untersuchung über den stationären Arzneimittelsektor erfolgte, im April 2011 enden wird, werden die Mitglieder des Projektmanagementteams, aber auch des Beratungsgremiums und des Netzwerkes die Themen weiter vorantreiben. Beispielsweise werden im PHIS-Projekt gewonnene

Kenntnisse über das Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten und das Nahtstellenmanagement als zentrale Themen auf einer Konferenz des WHO-Kooperationszentrums für Arzneimittelpreisbildung und -erstattung in Wien im September 2011 bearbeitet werden.

Unabhängig davon bedarf es einer Reihe weiterer Maßnahmen, die außerhalb des PHIS-Projektes liegen und von anderen Akteuren als den PHIS-Projektmitarbeiterinnen/-mitarbeitern gesetzt werden müssen. Die PHIS-Expertinnen und Experten empfehlen weiterführende Erhebungen und Analysen (z. B. Untersuchung der Preise auf Basis der entwickelten Methodik in mehr Krankenanstalten und Ländern fortzusetzen). Parallel dazu raten wir, nationale Statistiksysteme weiterzuentwickeln, um die Ausgaben und den Verbrauch von Arzneimitteln im stationären Sektor landesweit erfassen zu können.

Die Ergebnisse der Studie legen Maßnahmen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements nahe. Dies kann Vernetzungsprojekte von Akteuren im niedergelassenen und stationären Sektor sowie Initiativen für einen integrierten Zugang (z. B. gemeinsame Erstattungslisten für beide Bereiche) beinhalten. Voraussetzung dafür wäre in den meisten europäischen Ländern eine Änderung der gesetzlich festgelegten organisatorischen Rahmenbedingungen.

Ein verbessertes Nahtstellenmanagement im Arzneimittelbereich würde zu mehr Transparenz beitragen, könnte kostendämpfend wirken und wäre damit zum Nutzen der Patientinnen und Patienten wie auch der öffentlichen Hand.

Literaturverzeichnis

COWI Report 2009

Analysis of hospital pharmaceuticals. Commissioned by the Danish Ministry of Health and Prevention. Kopenhagen

EAHP 2005

Pan European survey on the state of the art and development of hospital pharmacy;
<http://www.eahp.eu/EAHP-survey>

GÖG/ÖBIG 2006

Analyse des Nahtstellenmanagements bei Arzneimitteln. Gesundheit Österreich /
Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008

PPRI Report. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien;
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/PPRI-Report.html>

GÖG/ÖBIG 2010

PHIS Hospital Pharma Report. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien;
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/PHIS-Hospital-Pharma-Report-2010.html>

GÖG/ÖBIG 2010

Pharma-Glossar. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien;
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Pharma-Glossar-2010.html>

HOPE 2006

DRG as a financing tool. Brussels;
http://hope.be/05eventsandpublications/publications_chronologicallist.html

HOPE 2009

Hospitals in the 27 Member States of the European Union. La Défense cedex 2009;
http://hope.be/05eventsandpublications/publications_chronologicallist.html

HOPE 2010

Country profiles, several years; <http://www.hope.be/>

ÖBIG FP 2008

Tendering of Pharmaceuticals in EU Member States and EEA countries. Results from the
country survey. June 2008; <http://ppri.goeg.at> → Publications/GÖG reports

OECD 2000

A System of Health Accounts. Version 1.0. Paris. 2000

OECD 2008–2009

Survey on health system characteristics 2008–2009. Paris

PHIS 2009

PHIS Glossary. June 2009. Latest update May 2010; <http://phis.goeg.at> → Glossary

PHIS 2009/2010/2011

PHIS Hospital Pharma Reports. National country reports; <http://phis.goeg.at> → Hospital Pharma

WHO 2002a

Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham u.a.

WHO 2002b

Practical Guidelines on Pharmaceutical Procurement for Countries with Small Procurement Agencies. Genf

Anhang

Gesundheit Österreich GmbH

Publikationen Gesundheitsökonomie

Downloads: <http://www.goeg.at/de/BerichteListing/berichtev/oebig.html>

2010

PHIS Hospital Pharma Country Reports (eng.)

Länderberichte in englischer Sprache zu 16 EU-Mitgliedstaaten
Im Auftrag der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
GÖG/ÖBIG, Wien 2009/2010
Download unter: <http://phis.goeg.at/>

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
Ca. 82 S.
GÖG/ÖBIG, Wien 2010

Pharma Glossar

Arbeit im Rahmen des WHO-Kooperationszentrums für Arzneimittelpreisbildung und –erstattung
GÖG/ÖBIG, Wien 2010
Download: <http://www.goeg.at/>

WHO Pharmaceutical Country Profile – Austria (eng.)

Im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
GÖG/ÖBIG, Wien 2010
http://www.who.int/medicines/areas/coordination/coordination_assessment/en/index1.html

Rationale Arzneimitteltherapie in Europa (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
Ca. 35 S.
GÖG/ÖBIG, Wien 2010

PHIS Hospital Pharma Report (eng.)

Benchmarkingbericht über EU Länder sowie fünf Fallbeispiele
Im Auftrag der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
GÖG/ÖBIG, Wien 2010
Download unter: <http://phis.goeg.at/>

Broschüre »Das Österreichische Gesundheitssystem: Zahlen – Daten – Fakten« (dt. & eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
GÖG/ÖBIG, Wien 2010

PHIS Glossar (eng.)

Im Auftrag der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
GÖG/ÖBIG, Wien, erstellt 2009, aktualisiert 2010
Download: <http://www.goeg.at/>

Access to essential medicines in Romania (eng.)

Im Auftrag von Health Action International Europe
Ca. 38 S., 5 Tab.
ÖBIG FP, Wien 2010

Rational Use of Medicines in Europe (eng. Zusammenfassung)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
GÖG/ÖBIG, Wien 2010

2009

Arzneimittelsystem Kroatien – Factsheet (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
8 S.
GÖG/ÖBIG, Wien 2009

Access to essential medicines in Portugal (eng. & port.)

Im Auftrag von Health Action International Europe
Ca. 30 S., 5 Tab.
ÖBIG FP, Wien 2009

Health Systems: Policy aspects – Understanding the pharmaceutical care concept and applying it in practice“ (eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und dem Europarat
Ca. 22 S., 2 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2009

Access to essential medicines in Poland (eng. & poln.)

Im Auftrag von Health Action International Europe
Ca. 30 S., 1 Abb., 5 Tab.
ÖBIG FP, Wien 2009

2008

Steuerung des Arzneimittelverbrauchs am Beispiel Dänemark (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGF)
Ca. 50 S., 10 Abb., 5 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008
Druckfassung: € 30,- Kostenersatz

PPRI Report (eng.)

Im Auftrag von Europäischen Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz und Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGF)
Ca. 180 S., 23 Abb., 28 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008
Download unter: <http://ppri.goeg.at/>
Druckfassung: € 50,- Kostenersatz
Executive Summary in Deutsch (ca. 15 S.) erhältlich

Arzneimittelsysteme in Bulgarien und Rumänien (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGF)
80 S., 2 Abb., 24 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008

Leistungsfähigkeit des Österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGF)
Ca. 35 S., 21 Abb., 2 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008

PPRI-Pharma-Profil Österreich 2008 (dt. & eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGF)
95 S., 6 Abb., 24 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008
Download unter: <http://ppri.goeg.at/>
Druckfassung: € 35,- (dt. oder eng.) Kostenersatz
Weitere Pharma-Profile (in englischer Sprache) zu über 20 EU-Mitgliedstaaten können unter oben genannten Link heruntergeladen werden

Referenzpreissysteme in Europa (dt.)

Im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger
190 S., 23 Abb., 23 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008
Druckfassung: € 30,- Kostenersatz

2006

Pharmaceutical systems in the European Union 2006. Band 1: Fact sheets (eng.)

55 S., Abb. Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2006
Druckfassung: € 55,- Kostenersatz

Community Pharmacy in Europe (engl.)

Im Auftrag der Pharmaceutical Group of the EU
Ca. 150 S., 47 Tab., 28 Abb.
ÖBIG, Wien 2006
Download unter:
<http://www.pgeu.eu/Portals/6/documents/2006/Position%20and%20policy%20papers/OBIG%20Report%20-%20final.pdf>

Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States (eng.)

Im Auftrag der Europäischen Kommission, Generaldirektion Wettbewerb
770 S., 31 Abb., 110 Tab.
ÖBIG, Wien 2006

Pharmaceutical systems in the European Union 2006. Band 2: Comparative analysis (eng.)

Ca. 30 S., Abb., Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2006
Druckfassung: € 45,- Kostenersatz
Kombinationsangebot:
Pharmaceutical systems in the European Union 2006. Band 1 und 2, € 80,- Kostenersatz

Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF)
Ca. 80 S., 5 Abb., 8 Tab.
ÖBIG, Wien 2006
Druckfassung: € 25,- Kostenersatz

2005

Arzneimittel in den neuen EU-Mitgliedstaaten (dt. & eng.)

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger
Ca. 175 S. (dt.); ca. 100 S. (eng.)
zahlreiche Abb. und Tab.
ÖBIG, Wien 2005

Druckfassung: € 45 (dt.); € 30 (eng.) Kostenersatz

Kombinationsangebot:

(dt. und engl. Fassung) € 70,- Kostenersatz

Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001 (dt.)

Expertenfassung. Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)
Ca. 110 S.

ÖBIG, Wien 2005

Druckfassung: € 45,- Kostenersatz

2004

Internationale Arzneimittelpreisvergleiche – Meta-Analyse (dt.)

Im Auftrag der Pharmig

35 S., 5 Tab., 27 Abb.

ÖBIG, Wien 2004

Druckfassung: € 25,- Kostenersatz

Screening aus ökonomischer Perspektive – Dickdarmkarzinom (dt.)

Im Auftrag von Siemens Österreich

Ca. 25 S., 5 Tab., 1 Abb.

ÖBIG, Wien 2004

Druckfassung: € 20,- Kostenersatz

2003

Impfungen. Ökonomische Evaluation (dt.)

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Ca. 100 S. inkl. Anhang, 9 Tab., 9 Abb.

ÖBIG, Wien 2003

Druckfassung: € 29,- Kostenersatz

Arzneimittel. Distribution in Skandinavien (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)

132 S. inkl. Anhang, 34 Tab., 13 Abb.

ÖBIG, Wien 2003

Druckfassung: € 45,- Kostenersatz

Kostenfaktoren in der tierärztlichen Hausapotheke (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)

50 S. inkl. Anhang, 11 Tab.

ÖBIG, Wien 2003

Druckfassung: € 28,- Kostenersatz

Selbstbeteiligung – Internationaler Vergleich und Implikation für Österreich (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)

Ca. 200 S. inkl. Anhang, 52 Tab., 73 Abb.

ÖBIG, Wien 2003

Druckfassung: € 30,- Kostenersatz

2001

Arzneimittelausgaben – Strategien zur Kostendämpfung – Länderportraits (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)

Das ÖBIG bietet Länderportraits, die auch einzeln bezogen werden können, zu allen 15 EU-Mitgliedstaaten an.

Pro Länderportrait ca. 30 S., 6–8 Tab., 4–6 Abb.

ÖBIG, Wien 2001

Druckfassung: € 18,- Kostenersatz/Länderportrait

Benchmarking Arzneimittelausgaben – Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union (dt. & eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)

Ca. 100 S. 17 Tab., 8 Abb.

ÖBIG, Wien 2001

Druckfassung: € 65,- Kostenersatz

Generika Modell Burgenland (dt.)

Im Auftrag des Österreichischen Generikaverbandes

43 S., 7 Tab., 12 Abb.

ÖBIG, Wien 2001

Druckfassung: € 24,- Kostenersatz

Medikamente aus dem Internet (dt.)

ÖBIG-Information für Konsumenten

16 S., Illustrationen

Druckfassung: ÖBIG, Wien 2001

2000

Apothekenleistungen im europäischen Vergleich – Kurzzusammenfassung (dt.)

9 S.
ÖBIG, Wien 2000
Druckfassung: € 5,- Kostenersatz

Generika (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)
115 S., 31 Tab., 11 Abb.
ÖBIG, Wien 2000
Druckfassung: € 40,- Kostenersatz

E-Pharma. Arzneimittelvertrieb im Internet (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen
Ca. 120 S., Anhang, zahlreiche Tab. und Abb.,
ÖBIG, Wien 2000
Druckfassung: € 50,- Kostenersatz

1999

Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS)
220 S., 47 Tab., 4 Abb.
ÖBIG, Wien 1999
Druckfassung: € 35,- Kostenersatz

Health Care System in Central and Eastern Europe (eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS), Broschüre
30 S., 20 Tab., 4 Abb.
ÖBIG, Wien 1999
Druckfassung: € 5,-
Kombinationsangebot: Studie (in Deutsch) und Broschüre
(in Englisch): € 38,- Kostenersatz

1998

Biotechnologie – Pharmazeutische Industrie und Forschung in Österreich (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS)
154 S., Anhang, zahlreiche Tab. und Abb.
ÖBIG, Wien 1998
Druckfassung: € 28,- Kostenersatz

Arzneimittel. Vertrieb in Europa (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS)
Ca. 400 S., 76 Tab., 31 Abb.
ÖBIG, Wien 1998
Druckfassung: € 47,- Kostenersatz

Arzneimittel. Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern (dt. & eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS)
Ca. 280 S., 84 Tab., 40 Abb.
ÖBIG, Wien 1998
Druckfassung: € 36,- Kostenersatz

1993

Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich (dt. & eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (BMGSK) mit Unterstützung der Bundesarbeiterkammer und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger
Ca. 130 S., 32 Tab., 22 Abb.
ÖBIG, Wien 1993
Druckfassung: € 20,- Kostenersatz

Für Bestellungen aus dem Inland sind die Versandkosten in den angeführten Kostenersätzen inkludiert.

Bei Bestellungen aus dem Ausland werden die Versandkosten extra in Rechnung gestellt.

Bestellungen richten Sie bitte an die

Gesundheit Österreich GmbH

1010 Wien, Stubenring 6.

Der schnellste Bestellweg:

Tel.: (01) 515 61-152 DW

Fax: (01) 513 84 72

E-Mail: gertraud.misar@goeg.at