

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH**



**GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**

# **NAHTSTELLENMANAGEMENT BEI ARZNEIMITTELN**

**IM AUFTRAG DES  
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN**



Gesundheit Österreich GmbH



Geschäftsbereich ÖBIG

# **NAHTSTELLENMANAGEMENT BEI ARZNEIMITTELN**

Österreich und Niederlande im Vergleich

Danielle Arts  
Claudia Habl  
Eva Schnabel

**Projektsekretariat:**

Silvia Laskaridis

Wien, September 2006

Im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen



Zl.: 4532-06  
ISBN 3-85159-084-8

Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG), A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, E-Mail: [nachname@oebig.at](mailto:nachname@oebig.at)

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne technische Aufheller hergestellt.



## **Kurzfassung**

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden die Arzneimittelsysteme in Österreich und in den Niederlanden dargestellt bzw. gegenübergestellt, wobei insbesondere auf die Finanzierung von Arzneimitteln in Krankenhäusern sowie auf das Nahtstellenmanagement eingegangen wird. Die Studie ist Bestandteil einer Reihe von Untersuchungen im Arzneimittelsektor, die vom ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen), nunmehr ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, durchgeführt wurden.

Nach einer Vorstellung der Situation in den beiden Ländern werden Schwachstellen und entsprechende Maßnahmen präsentiert und vergleichend gegenübergestellt. Abschließend werden Schlussfolgerungen für Österreich gezogen und erste Empfehlungen zu einer Verbesserung des Nahtstellenmanagements im Arzneimittelbereich gegeben.

## **Vergleichende Darstellung Österreich und Niederlande**

### *Gesundheits- und Arzneimittelsysteme*

Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Ländern ist, dass in den Niederlanden Verordnungen primär mit dem generischen Namen, also auf Wirkstoffebene ausgestellt werden, wohingegen dies in Österreich gesetzlich verboten ist. Des Weiteren sind in den Niederlanden im niedergelassenen Bereich keine Fachärzte / -ärztinnen tätig, was dazu führt, dass die meisten Erkrankungen vom Hausarzt oder von der Hausärztin, der/die auch eine ‚Gatekeeper‘ Rolle erfüllt, selbst behandelt werden. Der Anteil der hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzte an allen Arzneimittelabgabestellen ist in den Niederlanden etwa um die Hälfte niedriger als in Österreich (NL: 25%, AT: 45,5%). Darüber hinaus ist das niederländische Gesundheitssystem, insbesondere aufgrund der – seit Januar 2006 – völlig freien Wahl der Krankenversicherung deutlicher marktwirtschaftlich orientiert als das österreichische System.

Hervorzuheben ist auch, dass niederländische Krankenhäuser mit Ambulanz(en) von der öffentlichen Hand ermutigt werden, öffentliche Apotheken innerhalb der Krankenhausmauern zu führen, um Patientinnen und Patienten den Zugang zu Arzneimitteln zu erleichtern. In Österreich ist dies nur in fünf Krankenhäusern – und diesen aus historischen Gründen – erlaubt.

### *Nahtstellenproblematik*

Generell unterscheiden sich die beiden Länder hinsichtlich der Probleme, die im Rahmen der Arzneimittelausgaben und des Nahtstellenmanagements auftreten, nicht wesentlich voneinander. Die Nahtstellenproblematik im Bereich der Arzneimittelversorgung in beiden Ländern ist insbesondere auf Rahmenbedingungen bzw. Probleme aufgrund des dualen Finanzierungssystems und auf einen mangelnden Informationsaustausch zwischen intramuralem und extramuralem Sektor zurückzuführen. Das duale Finanzierungssystem begünstigt unterschiedliches Ordnungsverhalten von niedergelassenen Ärzten und Spitalsärzten und führt unter anderem zu erhöhten Arzneimittelausgaben im niedergelassenen Bereich. Letzteres ist

zu einem großen Teil auf eine kaum vorhandene Abstimmung der Arzneimittellisten in den Krankenhäusern mit dem niedergelassenen Bereich zurückzuführen. In Österreich wurden jedoch mit der Adaptierung des Krankenanstaltengesetzes im Jahr 2004 bereits wichtige Schritte zu einer verbesserten Kooperation in diesem Bereich gesetzt.

Dennoch kann aufgrund mangelhafter Koordination und Kommunikation an den Nahtstellen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich eine reibungs- und lückenlose Arzneimittelversorgung manchmal nicht gewährleistet werden. Fehlende adäquate Information über die prä-stationäre Medikation erschwert die bei der Aufnahme erforderliche Arzneimittel-anamnese erheblich und kann zu potenziell gefährlichen Irrtümern und Verwechslungen führen.

Laut einer Untersuchung waren die Arzneimittelnebenwirkungen und Complianceprobleme eine der häufigsten Ursachen für ungeplante Wiederaufnahmen ins Krankenhaus. Unwissen des Patienten bzw. der Patientin bezüglich seiner / ihrer Medikation ist eine wichtige Ursache von mangelnder Medikamenten-Compliance. Eine Aufnahme in das bzw. die Entlassung aus dem Krankenhaus bringt – vor allem bei multimorbiden Patienten und Patientinnen – oft einen Wechsel der Arzneimittel und damit eine Verunsicherung bezüglich der Medikation mit sich.

### *Initiativen*

In beiden Ländern gibt es Zusammenschlüsse von mehreren Krankenhäusern zu Einkaufsverbänden und strukturierte Diskurse zur Entwicklung von pharmacotherapeutischen Leitlinien.

Im Bereich des Nahtstellenmanagements besteht der Unterschied zwischen beiden Ländern vor allem darin,

- dass in den Niederlanden Krankenhausapotheker / -innen und Krankenhausärzte / -ärztinnen stärker bei der Definierung und bei der Umsetzung der pharmacotherapeutischen Leitlinien eingebunden sind,
- dass es in den Krankenhäusern erfolgreiche Initiativen zur Einrichtung von Stellen für Nahtstellenmanagement im Arzneimittelbereich gibt und
- dass der Austausch von Patientendaten zwischen dem Betreuungspersonal (intra- und extramural) über Netzwerke und regionale elektronische Patientendossiers weiter entwickelt ist.

Eine wichtiges Projekt zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements für Arzneimittel in Österreich ist die Initiative „Arznei und Vernunft“ der Sozialversicherungsträger.

### **Empfehlungen und Schlussfolgerungen**

Die Probleme bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement unterscheiden sich in beiden Ländern nicht wesentlich von einander.



In Österreich wurden die Schwachstellen und Problemfelder zwar bereits erkannt und einige Initiativen, wie die erwähnte „Arznei und Vernunft“, zur Lösung dieser Probleme umgesetzt. Es hat sich aber gezeigt, dass es in den Niederlanden mehr Initiativen gibt und diese weiter fortgeschritten sind. Auf Grund der dargestellten Analyse wurden zur Verbesserung des österreichischen Arzneimittelsystems in Krankenhäusern und des Nahstellenmanagements einige Empfehlungen bezüglich „transmuraler“ Abstimmung und Kooperationsstrukturen, Informationsaustausch sowie Medikationsbegleitung erarbeitet.

Beispielsweise könnte ein nächster Schritt zur Erreichung einer besseren Abstimmung des Verordnungsverhaltens von niedergelassenen und Spitalsärzten / -ärztinnen die verstärkte Einbindung letzterer in die „Arznei und Vernunft“ Initiative der Österreichischen Sozialversicherung, die in Kooperation mit der Pharmawirtschaft, der Österreichischen Ärztekammer sowie der Österreichischen Apothekerkammer ins Leben gerufen wurde, sein. Dazu sind eine bessere Bekanntmachung und Umsetzung der „Arznei und Vernunft“ Leitlinien sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich erforderlich.

Die Abstimmung könnte durch eine konsequente Umsetzung der Bestimmungen des § 24 Abs. 2 KAGuG (z. B. in den entsprechenden Landesgesetzen) erfolgen. Die Wahl der Entlassungsmedikation soll sich immer am Erstattungskodex und den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Richtlinien über ökonomische Verordnung orientieren.



# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Hintergrund .....	1
1.2	Zielsetzung.....	2
1.3	Methodik.....	2
1.4	Aufbau.....	2
2	Kurzbeschreibung der Arzneimittelsysteme.....	4
2.1	Österreich.....	4
2.1.1	Gesetzliche Grundlagen .....	4
2.1.2	Preisfestsetzung .....	5
2.1.3	Finanzierung .....	6
2.1.3.1	Krankenhäuser .....	6
2.1.3.2	Niedergelassener Bereich .....	7
2.1.4	Arzneimittelausgaben .....	8
2.1.4.1	Arzneimittelausgaben der Sozialversicherungsträger.....	10
2.1.4.2	Arzneimittelausgaben der Krankenhäuser .....	11
2.1.5	Arzneimittel in Krankenhäusern.....	11
2.1.5.1	Arzneimittelkommission.....	12
2.1.5.2	Aufgaben von Krankenhausapotheken .....	13
2.2	Niederlande.....	14
2.2.1	Gesundheitssystem .....	14
2.2.2	Finanzierung .....	16
2.2.2.1	Krankenhäuser .....	16
2.2.2.2	Niedergelassener Bereich .....	17
2.2.3	Preisfestsetzung .....	18
2.2.4	Erstattung von Arzneimittelkosten .....	18
2.2.5	Arzneimittelausgaben .....	20
2.2.5.1	Arzneimittelausgaben der Krankenversicherungen .....	20
2.2.5.2	Arzneimittelausgaben der Krankenhäuser .....	21
2.2.6	Arzneimittel in Krankenhäusern.....	21
2.2.6.1	Arzneimittelliste .....	22
2.2.6.2	Aufgaben von Krankenhausapotheken .....	22
3	Nahtstellenproblematik.....	24
3.1	Ist-Analyse Österreich.....	24
3.1.1	Probleme.....	24
3.1.1.1	Duales Finanzierungssystem .....	24
3.1.1.2	Verordnungsverhalten im niedergelassenen und stationären Bereich .....	25
3.1.1.3	Mangelnde Medikamenten-Compliance und Multimedikation .....	26
3.1.1.4	Mangelnder Informationsaustausch und Datentransfer .....	26
3.1.2	Kostendämpfung bei Arzneimitteln in Krankenhäusern .....	27
3.1.2.1	Kosteneffizienter Arzneimitteleinsatz .....	27
3.1.2.2	Arzneimittel-Controlling .....	27
3.1.2.3	Steigerung des Generikaanteils in Krankenhäusern.....	27
3.1.2.4	Optimierung von Einkauf, Lagerhaltung und Organisation .....	27

3.1.2.5	Eigenherstellung.....	28
3.1.2.6	Initiative „Arznei und Vernunft“.....	28
3.1.3	Initiativen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements .....	28
3.1.3.1	Gesundheitsreform 2005.....	29
3.1.3.2	Kooperationsmodell Steiermark .....	30
3.1.3.3	Versorgungskoordination (Steiermark) .....	30
3.1.3.4	Verbesserung der Entlassungsmedikation (Wien, Burgenland) .....	31
3.1.3.5	Sonderregelungen.....	32
3.1.3.6	Dokumentation .....	32
3.1.3.7	Prinzip der generischen Bezeichnung der Präparate .....	33
3.2	Ist-Analyse Niederlande.....	33
3.2.1	Probleme.....	33
3.2.1.1	Duales Finanzierungssystem .....	33
3.2.1.2	Verordnungsverhalten im niedergelassenen und stationären Bereich .....	34
3.2.1.3	Mangelnde Medikamenten-Compliance und Multimedikation .....	34
3.2.1.4	Mangelnder Informationsaustausch und Datentransfer .....	35
3.2.2	Strategien zur Kostendämpfung .....	35
3.2.2.1	Sondererstattungsliste für teure Arzneimittel .....	35
3.2.2.2	Effizienter Einkauf von Arzneimitteln.....	35
3.2.2.3	Arzneimittelkosten inkludiert in Therapieleitlinien .....	36
3.2.2.4	Steigerung des Generikaanteils .....	36
3.2.2.5	Verlautbarung „Effizienter Arzneimitteleinsatz“ .....	38
3.2.3	Initiativen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements .....	39
3.2.3.1	Programm „Entwicklung einer Pharmaco-Versorgungskette“ .....	39
3.2.3.2	„Poliklinische“ Pharmazie .....	41
3.2.3.3	Elektronischer Informationsaustausch .....	43
3.2.3.4	Kontrolle von verschriebenen Arzneimitteln.....	43
4	Vergleichende Darstellung .....	44
4.1	Gesundheits- und Arzneimittelsysteme .....	44
4.2	Probleme .....	47
4.3	Initiativen .....	48
5	Empfehlungen und Schlussfolgerungen .....	50
5.1	Transmurale Abstimmung und Kooperationsstrukturen .....	51
5.2	Transmuraler Informationsaustausch .....	52
5.3	Medikationsbegleitung .....	53
	Literaturverzeichnis .....	55
	Anhang	

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Österreich – Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP (Österreich und EU-Vergleich), 1999 - 2003 .....	9
Abbildung 2.2: Österreich – Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro (Österreich und Euro-Länder Vergleich), 1999 - 2003 .....	10
Abbildung 2.3: Niederlande – Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP (Niederlande und EU-Vergleich), 1999 - 2003 .....	20
Abbildung 2.4: Niederlande – Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro (Niederlande und Euro-Länder Vergleich), 1999 - 2003 .....	21
Abbildung 4.1: Österreich und Niederlande – Entwicklung der Gesundheits- und Arzneimittelausgaben im Vergleich, 2000 - 2003 .....	46

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Niederlande – Anzahl praktizierender Haus- und Fachärzte / -ärztinnen, 2000 - 2004 .....	15
Tabelle 2.2: Niederlande – Anzahl der Krankenhäuser, 2000 - 2004 .....	15
Tabelle 4.1: Österreich und Niederlande – Gemeinsamkeiten im Gesundheits- und Arzneimittelsystem .....	45
Tabelle 4.2: Österreich und Niederlande – Unterschiede im Gesundheits- und Arzneimittelsystem .....	45
Tabelle 4.3: Österreich und Niederlande – Gemeinsamkeiten bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement .....	47
Tabelle 4.4: Österreich und Niederlande – Unterschiede bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement .....	48
Tabelle 4.5: Österreich und Niederlande – Gleiche Initiativen zur Lösung der Probleme bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement .....	49
Tabelle 4.6: Österreich und Niederlande – Unterschiedliche Initiativen zur Lösung der Problemen bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement .....	50

## Abkürzungsverzeichnis

ABO	Apothekerbetriebsordnung
Abs.	Absatz
AM	Arzneimittel
AMG	Arzneimittelgesetz
ApoG	Apothekengesetz
ASP	Apotheek Servicepunt ⇒ Apothekenservicestelle
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AT	Österreich
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg ⇒ Gesetz für Berufe im Gesundheitswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, vormals Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)
BOGIN	Bond van de generieke genesmiddelenindustrie Nederland ⇒ Verband der Generika Hersteller
BOM	Beslissingsondersteunend model ⇒ Modell zur Unterstützung bei Entscheidungen
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
CFH	Commissie Farmaceutische Hulp ⇒ Expertenkommission für Arzneimittelversorgung
CTG-ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg – Zorgautoriteit in oprichting ⇒ Aufsichtsbehörde für Preise im Gesundheitswesen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen ⇒ Kollegium für Gesundheitsversicherungen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie ⇒ Diagnose-Behandlungs-Kombination
DDD	Defined Daily Dose
DGV	Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik ⇒ Niederländisches Institut für verantwortungsbewussten Arzneimitteleinsatz
d. h.	das heißt
EKO	Erstattungskodex
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
EVS	Elektronisch Voorschrift Systeem ⇒ Elektronisches Verschreibungssystem
EW	Einwohnerinnen / Einwohner
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FTTO	Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg ⇒ Pharmacotherapeutische „transmurale“ Diskurse
GH	Gesundheit

X

GTP-z	Good Pharmacotherapy Practice in ziekenhuisapotheken ⇒ Good Pharmacotherapy Practice in Krankenhäusern
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem ⇒ Arzneimittelersstattungssystem
HVB	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
idgF.	In der geltenden Fassung
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
Stmk. KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
Kap.	Kapitel
KAV	Krankenanstaltenverbund
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie ⇒ Königliche Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie
LDF	Leistungsorientierte Diagnosen-Fallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MJA	Meerjarenafspraken ⇒ Mehrjahresvertrag
Mrd.	Milliarden
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg ⇒ Nationales IT Institut im Gesundheitswesen
NL	Niederlande
n. v.	nicht verfügbar
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen ⇒ Niederländische Krankenanstaltenvereinigung
NVZA	Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers ⇒ Niederländische Vereinigung der Krankenhausapotheker
ÖAK	Österreichische Apothekerkammer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PCP	Primär chronische Polyarthrit
PGEU	Pharmaceutical Group of the European Union
RL	Richtlinie
RöV	Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen ⇒ Stiftung für pharmazeutische Kennzahlen

SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
ST.AT	Statistik Austria
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
vgl.	vergleiche
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport ⇒ Öffentliche Gesundheit, Wohlfahrt und Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst ⇒ Gesetz zur Vereinbarung der medizinischen Behandlung zwischen Arzt / Ärztin und Patient / Patientin
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen ⇒ Arzneimittelpreissetz
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening ⇒ Arzneimittelvertriebsgesetz
ZAS	Ziekenhuisapothek Standard ⇒ Standard für Krankenhausapotheken
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil



# 1 Einleitung

Das ÖBIG, nunmehr ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, wurde im Januar 2006 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit der Durchführung des Projektes „Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln – Österreich und Niederlande im Vergleich“ beauftragt. Im Rahmen dieser Studie werden die Arzneimittelsysteme in Österreich und in den Niederlanden dargestellt bzw. gegenübergestellt, wobei insbesondere auf die Finanzierung von Arzneimitteln in Krankenhäusern sowie auf das Nahtstellenmanagement (stationärer Bereich/niedergelassener Bereich) eingegangen wird.

## 1.1 Hintergrund

Im Laufe der letzten zehn Jahre geriet der Arzneimittelbereich immer mehr in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses. Die Ausgaben für Arzneimittel stellen eine große Position im Gesundheitsbudget dar. Im EU-Schnitt entfallen etwa 15 Prozent der Gesundheitsausgaben auf den Arzneimittelbereich. Die gesamten österreichischen Arzneimittelausgaben betragen im Jahr 2003 € 2,9 Milliarden, von denen anteilmäßig etwa 30 Prozent auf Krankenhausapotheken entfielen. Darüber hinaus beeinflussen Art und Umfang des Arzneimitteleinsatzes in den Krankenhäusern – über z. B. Therapieempfehlungen – auch das Ordnungsverhalten der Ärzte und Ärztinnen im niedergelassenen Bereich. Den Krankenhäusern kommt daher eine Schlüsselfunktion im Arzneimittelbereich zu.

Der Erfolg einer Therapie mit Arzneimitteln ist einerseits von der Kontinuität der Behandlung und andererseits von der Compliance der behandelten Person abhängig. An der Nahtstelle zwischen stationärer Versorgung und jener im niedergelassenen Bereich besteht häufig die Gefahr, dass die Arzneimittelbehandlung nicht nahtlos weitergeführt wird. Durch zahlreiche Untersuchungen ist belegt, dass arzneimittelbezogene Probleme aufgrund von beispielsweise mangelnder Medikamenten-Compliance in einem nicht unerheblichen Ausmaß zu einer Hospitalisierung führen. Die von Expertinnen und Experten angeführten Ursachen hierzu sind neben einem Informationsdefizit bei der Aufnahme oder der Entlassung einer Person das mangelnde Verständnis der Behandelten im Falle der Umstellung der Medikation auf ein Generikum.

Infolge des dualen Finanzierungssystems im Arzneimittelbereich beziehen die Krankenhausapotheken die Arzneimittel günstiger als die öffentlichen Apotheken bzw. sind die Arzneimittelisten der Krankenhäuser nicht mit dem Erstattungskodex, der für den niedergelassenen Bereich relevant ist, abgestimmt. Diese Rahmenbedingungen wirken sich nachteilig auf die Arzneimittelversorgung der Kranken an der Nahtstelle zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich aus.

Für eine reibungs- und lückenlose Abwicklung der Versorgung mit Arzneimitteln während und nach dem stationären Aufenthalt sind institutionalisierte transmurale Kooperationsstrukturen, regelmäßiger transmuraler Informationsaustausch sowie eine kontinuierliche Medikationsbegleitung der Kranken wichtige Bedingungen.

## **1.2 Zielsetzung**

Zielsetzung der vorliegenden Studie ist es primär, Initiativen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements in Bezug auf die Arzneimittelversorgung in Österreich und in den Niederlanden aufzuzeigen und zu analysieren. Dazu werden die Arzneimittelsysteme in Österreich und in den Niederlanden vergleichend dargestellt sowie die Nahtstellenproblematik sowie Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede der beiden Systeme diskutiert. Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden Empfehlungen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements erarbeitet.

## **1.3 Methodik**

Die Erhebung der Informationen und Daten in Österreich und in den Niederlanden basiert im Wesentlichen auf drei methodischen Säulen:

- Literatur- und Internetrecherchen (bis einschließlich Juni 2006)
- Ermittlung von Strukturdaten aus nationalen und internationalen Publikationen sowie Datenbanken (z. B. OECD Health Database 2005)
- Eigene Erhebungen mittels persönlicher, qualitativer Interviews (vgl. Gesprächsliste im Anhang) sowie schriftliche und telefonische Nachrecherchen. Die Gespräche fanden hauptsächlich im April und Mai 2006 statt.

## **1.4 Datengrundlage**

Ausführliche Recherchen in den beiden Ländern haben gezeigt, dass sowohl in Österreich, als auch in den Niederlanden kaum öffentlich verfügbare Daten – im erforderlichen Detaillierungsgrad – bezüglich des Volumens der verwendeten Arzneimittel und Arzneimittelausgaben im stationären Bereich vorhanden sind. Aufgrund dieser mangelnden Datengrundlage in den beiden Ländern muss sich die Studie auf einen qualitativen Vergleich und eine qualitative Interpretation beschränken.

## 1.5 Aufbau

Die Studie „Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln – Österreich und Niederlande im Vergleich“ ist in fünf Kapitel gegliedert:

- *Arzneimittelsysteme (Kapitel 2)*

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Arzneimittelsysteme in Österreich und in den Niederlanden gegeben, wobei u. a. die Arzneimittelfinanzierung, die Arzneimittelausgaben und die Aufgaben der Krankenhausapothekere Themen sind.

- *Nahtstellenproblematik (Kapitel 3)*

Hier wird zuerst auf die Rahmenbedingungen und Schwachstellen, die für die Nahtstellenproblematik verantwortlich sind, und anschließend auf die Kostendämpfungsmaßnahmen bei Arzneimitteln in Krankenhäusern und auf Initiativen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements eingegangen.

- *Vergleichende Darstellung (Kapitel 4)*

Im vierten Kapitel werden die Arzneimittelsysteme, die Nahtstellenproblematik und die Initiativen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements der beiden Länder vergleichend diskutiert.

- *Empfehlungen und Schlussfolgerungen (Kapitel 5)*

Aufgrund der identifizierten Problembereiche und der vergleichenden Darstellung werden hier Schlüsse gezogen und Empfehlungen abgegeben.

## **2 Kurzbeschreibung der Arzneimittelsysteme**

### **2.1 Österreich**

#### **2.1.1 Gesetzliche Grundlagen**

In Österreich besteht für das Apothekenwesen und das Arzneimittelwesen eine ausschließliche Bundeskompetenz sowohl bezüglich Gesetzgebung als auch Vollziehung. Dagegen ist im Krankenhauswesen die Bundeskompetenz auf die Grundsatzgesetzgebung beschränkt, während die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung Landesache sind. Die Europäische Union (EU) betrachtet das Arzneimittelrecht als Angelegenheit des Binnenmarktes und hat daher weitgehend europarechtliche Vorgaben erlassen, die einen einheitlichen europäischen Arzneimittelmarkt und die Ausnützung damit verbundener Vorteile bewirken sollen. Österreich hat seine Vorschriften an die EU-Richtlinien (letzte Änderung per RL 2004/27/EG) angepasst (BMGF 2005a).

Im Arzneimittelgesetz (AMG) sind die Herstellung, Zulassung und der Vertrieb von Arzneimitteln generell geregelt. Der Betrieb von öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken, in denen Arzneimittel hergestellt werden, ist in § 62 AMG geregelt (Verordnung über den Betrieb von Apotheken in BGBl. Nr. 429/1986). Arzneimittel dürfen in Österreich – bis auf einige wenige Ausnahmen wie Vitaminpräparate oder Heilmittel – nur in Apotheken verkauft werden.

Arzneimittel können des Weiteren von Krankenhäusern und sogenannten „Hausapothekenführenden Ärzten / Ärztinnen“ abgegeben werden. Hausapothekenführende Ärzte und Ärztinnen sind dabei kein rein österreichisches Spezifikum, wenngleich es nur noch in den Niederlanden, und in weitaus geringerem Ausmaß in Irland und Dänemark (auf entlegenen Inseln), eine derartige Personalunion von verschreibender und abgebender Person gibt (PGEU 2006).

Das Apothekengesetz (ApoG) reguliert den freien Wettbewerb zwischen den Apotheken und umfasst in erster Linie Bestimmungen zur Konzession einer öffentlichen Apotheke wie auch einer Krankenhausapotheke. § 35 Abs. 1 ApoG beschränkt die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenhausapotheke auf öffentliche und privat gemeinnützige Krankenhäusern. Die Apothekerbetriebsordnung (ABO), welche aufgrund der §§ 7 und 60 des Apothekengesetzes (ApoG) erlassen wurde, regelt den Betrieb von Apotheken im Detail. Diese Verordnung wurde 2005 novelliert, und zwar insbesondere hinsichtlich der Beaufsichtigung bzw. der Betriebsüberprüfung der Apotheken. Die Überprüfung des Bedarfes einer Apotheke erfolgt durch die Bezirksverwaltungsbehörde (vgl. §§ 67 bis 76 ABO).

Mit dem Arzneiwareneinfuhrgesetz 2002 wurde die zolltarifliche und statistische Nomenklatur Österreichs an jene der EU angepasst und die Einfuhr von Arzneimitteln aus einem EWR-Staat vereinfacht („vereinfachtes Meldeverfahren“). Demnach kann das BMSG die Landes-

hauptleute ermächtigen, Einfuhrbewilligungen an die Antragsteller, die ihren Sitz in dem betreffenden Bundesland haben, zu erteilen, wenn dies im Interesse der Zweckmäßigkeit, Raschheit, Einfachheit und Kostenersparnis liegt.

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) enthält u. a. Bestimmungen über die Ausstattung von Krankenhäusern mit Krankenhausapotheken bzw. Regelungen über den erforderlichen Arzneimittelvorrat, der in den Krankenhäusern bereitgehalten werden muss. Gemäß § 2a Abs. 1b und 1c KAKuG sind Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten zur Führung einer eigenen Krankenhausapotheke verpflichtet. Standard- bzw. Sonderkrankenanstalten können entsprechend dem Apothekengesetz um die Bewilligung zum Betrieb einer eigenen Anstaltsapotheke ansuchen. Nach § 20 Abs. 1 KAKuG müssen öffentliche Krankenhäuser, die über keine Anstaltsapotheke verfügen, einen hinlänglichen Vorrat an Arzneimitteln, die nach dem Krankhaustyp regelmäßig erforderlich sind, anlegen. Diese Arzneimittel müssen von öffentlichen Apotheken bezogen werden. Die Möglichkeit, eine Krankenhausapotheke und eine öffentliche Apotheke zu betreiben, besteht nur für Ordensspitäler, da diese von der Personalkonzession ausgenommen sind.

In Österreich gab es per 31. Dezember 2006 1.184 öffentliche Apotheken, 49 Krankenhausapotheken (davon fünf, die gleichzeitig als öffentliche Apotheke fungieren) und 992 ärztliche Hausapotheken (ÖAK 2006).

### **2.1.2 Preisfestsetzung**

Arzneimittelpreise in Österreich werden aufgrund gesetzlicher Vorschriften (z. B. Preisgesetz von 1992 idgF, Österreichische Arzneitaxverordnung, Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises, Verordnung des BMGF über Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel 2004, etc.) festgelegt. Im September 1999 wurde die bis dahin aufgrund des Preisgesetzes 1992 geltende staatliche Festsetzung des Herstellerpreises durch ein Preismeldesystem ersetzt.

Der weitaus wichtigere Aspekt der Preisgestaltung findet jedoch bei der Entscheidung über die Aufnahme von Arzneimitteln in das Erstattungssystem, d. h. in die Österreichische Positivliste (Erstattungskodex EKO, vormals Heilmittelverzeichnis) statt. Alle pharmazeutischen Unternehmen, die einen Antrag auf Erstattung durch die Österreichische Sozialversicherung stellen, unterliegen der sogenannten Europäischen Durchschnittspreisfestlegung durch die sozialpartnerschaftlich besetzte Preiskommission. In der entsprechenden Verordnung (auf Basis von § 351c Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, ASVG) ist festgehalten, dass der Herstellerpreis von Arzneimitteln, die in den EKO aufgenommen werden sollen, den Durchschnittspreis in anderen EU-Mitgliedsstaaten nicht überschreiten darf, andernfalls müssen die pharmazeutischen Unternehmen eine etwaige Preisdifferenz an die Sozialversicherung rückerstatten.

Der Durchschnittspreis ist das arithmetische Mittel des Herstellerpreises in allen EU-Mitgliedsstaaten, in welchen es zum Antragszeitpunkt am Markt ist. Die bisherige Entscheidungspraxis der Preiskommission hat gezeigt, dass Länder, in denen das für die Preisbildung relevante Arzneimittel nur im Krankenhaus verwendet wird, bei der Berechnung des

EU-Durchschnittspreis nicht berücksichtigt werden. Konsequenterweise unterliegen daher Arzneimittel, die ausschließlich im Krankenhaus verwendet werden (sogenannte krankenhausexklusive Arzneyspezialitäten), diesem Preisfestsetzungssystem nicht.

Die von Apotheken, hausapothekenführenden Ärzten / Ärztinnen und von Großhändlern anwendbaren Abgabeaufschläge sind gesetzlich festgelegt (Verordnung des BMGF über Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel 2004, Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die österreichische Arzneytaxe geändert wird (107. Änderung der Arzneytaxe vom 30.12.2003). Die Arzneytaxe sieht unterschiedliche Spannen für sogenannte "bevorzugte Kunden" (Sozialversicherungsträger, Länder und Gemeinden sowie die Träger von nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern) und Privatkunden vor, wobei den bevorzugten Kunden zusätzlich ein Nachlass (als "Kassenrabatt" bezeichnet) gewährt werden kann. Die Arzneytaxe regelt darüber hinaus auch den Arzneimitteleinkauf durch Krankenhäuser bei öffentlichen Apotheken.

Aus Finanzierungssicht ist dabei sowohl problematisch, dass die Preise von krankenhausexklusiven Arzneimitteln nicht dem EU-Durchschnittspreis unterliegen. Ebenso, dass die Beschaffungskosten von erstattungsfähigen Arzneimitteln davon abhängen, ob sie im Krankenhaus abgegeben oder vom niedergelassenen Arzt / Ärztin verordnet werden. Im ersten Fall obliegt die Beschaffung und Finanzierung dem Träger des Krankenhauses und in zweitem Fall den Sozialversicherungsträgern, also der jeweiligen Krankenkasse (vgl. Punkt 2.1.3).

Krankenhausapotheken beziehen ihre Arzneimittel im Unterschied zu öffentlichen Apotheken in der Regel direkt vom Hersteller bzw. Depositeur. Krankenhäuser ohne Anstaltsapotheken dürfen nur von einer öffentlichen Apotheke beliefert werden. Die Apothekerspanne beträgt in diesem Fall acht bis zehn Prozent.

### **2.1.3 Finanzierung**

#### **2.1.3.1 Krankenhäuser**

Die Finanzierung der österreichischen Krankenhäuser erfolgt seit 1997 über die einzelnen Landesgesundheitsfonds, wobei die stationären Krankenhausaufenthalte im Rahmen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) abgerechnet werden. Grundsätzlich wird zwischen zwei Finanzierungsbereichen unterschieden (BMGF 2005):

- Bundesweit einheitlicher LKF-Kernbereich:

Im Rahmen dieses Kernbereiches werden die stationären Krankenhausaufenthalte auf Basis der Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen bepunktet. Aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung wird dieser Bereich kontinuierlich weiterentwickelt und jährlich einer Revision unterzogen.

- Länderweise gestaltbarer LKF-Steuerungsbereich:

Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus dem Landesgesundheitsfonds an die Träger der Krankenhäuser ermöglicht die zusätzliche Berücksichtigung strukturspezifischer Krite-

rien (z. B. Krankenhaustyp, Personalfaktor, apparative Ausstattung, Bausubstanz, Auslastung, Hotelkomponente).

Der Arzneimittelverbrauch in Krankenhäusern wird im Rahmen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung nicht gesondert abgerechnet, sondern ist in der LDF-Pauschale enthalten. Dennoch werden die gesamten Kosten für Arzneimittel im Rahmen der verpflichtenden Kostenrechnung der landesfondsfinanzierten Krankenhäuser ausgewiesen, wobei die einzelnen Krankenhäuser unterschiedlich detaillierte Kostenrechnungsstrukturen aufweisen (vgl. 2.1.4).

Eine Sonderposition nehmen onkologische Arzneimittel ein, da für diese von den Krankenhäusern gesonderte Pauschalen verrechnet werden können. Dennoch werden auch diese Arzneimittel aus den gesamten LKF Mitteln finanziert. Eine Ausnahme davon bildet die Steiermark, in der aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) die Kosten für Zytostatika, auch wenn sie in einem steirischen Krankenhaus abgegeben werden, von der STGKK getragen werden (vgl. Punkt 2.1.4).

### **2.1.3.2 Niedergelassener Bereich**

Im niedergelassenen Bereich müssen nach den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) prinzipiell alle Arzneimittel, soweit sie „für einen ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung erforderlich sind“, von der Sozialversicherung erstattet werden. Jene Arzneimittel, die in der österreichischen Positivliste EKO aufgenommen sind, können unter bestimmten Voraussetzungen von allen Ärzten und Ärztinnen verschrieben werden, wobei aufgrund der „Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen, RöV“ (Verlautbarung des HVB, Nr. 5/2005) immer das ökonomisch günstigste gleichartige Produkt (ist im EKO dunkelgrau unterlegt) gewählt werden muss.

Die RöV ist nicht nur für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, sondern auch für Krankenhausärzte und -ärztinnen (vgl. § 24 Abs. 2 KAKuG) relevant, die Sozialversicherung hat jedoch nur im niedergelassenen Bereich Sanktionsmöglichkeiten, die bis zu einem Kassenvertragsentzug reichen können. Die entsprechenden Bestimmungen des § 24 Abs. 2 KAKuG (*„... Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen.“*) sind eher unbestimmt ausformuliert und wurden auch noch nicht in allen Bundesländern (z.B. Steiermark) in die Landesgesetzgebung integriert. In der Folge entspricht die Entlassungsmedikation in vielen Fällen nicht den Vorgaben des EKO und der RöV, wodurch es bei der Weiterverordnung von in Krankenhäusern verordneten Arzneimitteln durch niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen häufig zu einer Umstellung der Medikation kommen kann.

Mit der Änderung des Erstattungssystems ab 1. Januar 2005 wurde auch der EKO (früher Heilmittelverzeichnis) neu strukturiert und in drei, sogenannte, Boxen unterteilt.

- Die grüne Box enthält jene Arzneimittel, die ohne weitere Bedingungen von allen niedergelassenen Vertragsärzten / -ärztinnen zu Lasten der Sozialversicherung verordnet werden dürfen.
- Die gelbe Box enthält jene Arzneimittel, die als innovativ betrachtet, aber z. B. nur für bestimmte Patientengruppen oder für definierte Erkrankungen als kosteneffektiv eingestuft sind (z. B. jene der früheren sogenannten Heilmittel-Sonderliste).
- Die rote Box ist der „Eintrittsbereich“ in den EKO: Hier werden alle Arzneimittel aufgenommen, die einen Antrag auf Erstattung gestellt haben und über deren weiteren Verbleib im EKO noch nicht entschieden wurde. Ein Arzneimittel kann maximal 24 bzw. 36 Monate in der roten Box verbleiben.

Während alle Arzneimittel der grünen Box ohne jegliche Einschränkung frei verschreibbar sind, gelten für Arzneimittel der gelben und der roten Box zum Teil Abgabebeschränkungen. So ist für die Erstattung von Arzneimitteln der roten Box und aus Teilen der gelben Box („dunkelgelber Bereich“) nach wie vor eine chefärztliche Bewilligung durch einen Arzt oder Ärztin der jeweiligen Krankenkasse erforderlich. Im Gegensatz zu früher sind jedoch der verschreibende Arzt bzw. die Ärztin und nicht mehr der Patient oder die Patientin für die Einholung der Genehmigung zuständig.

Generell definiert der EKO für jede einzelne Arzneyspezialität, ob sie frei verordnet werden darf oder nur von bestimmten Fachärzten bzw. Fachärztinnen, für bestimmte Indikationen, in bestimmten Darreichungsformen oder für bestimmte Patientengruppen. Derartige Bestimmungen gelten vor allem für Arzneimittel in der gelben Box. Die Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherung für jene Arzneimittel, die nicht im Erstattungskodex angeführt sind, bedarf zusätzlich noch einer chefärztlichen Bewilligung.

Die Patienten / Patientinnen erhalten das verschriebene Arzneimittel in der Apotheke gegen Vorlage eines Rezepts und nach Erlag eines Selbstbehalts („Rezeptgebühr“) in der Höhe von € 4,60 (Stand 2006). Die Rezeptgebühr führt die Apotheke an die Sozialversicherung ab.

## **2.1.4      Arzneimittelausgaben**

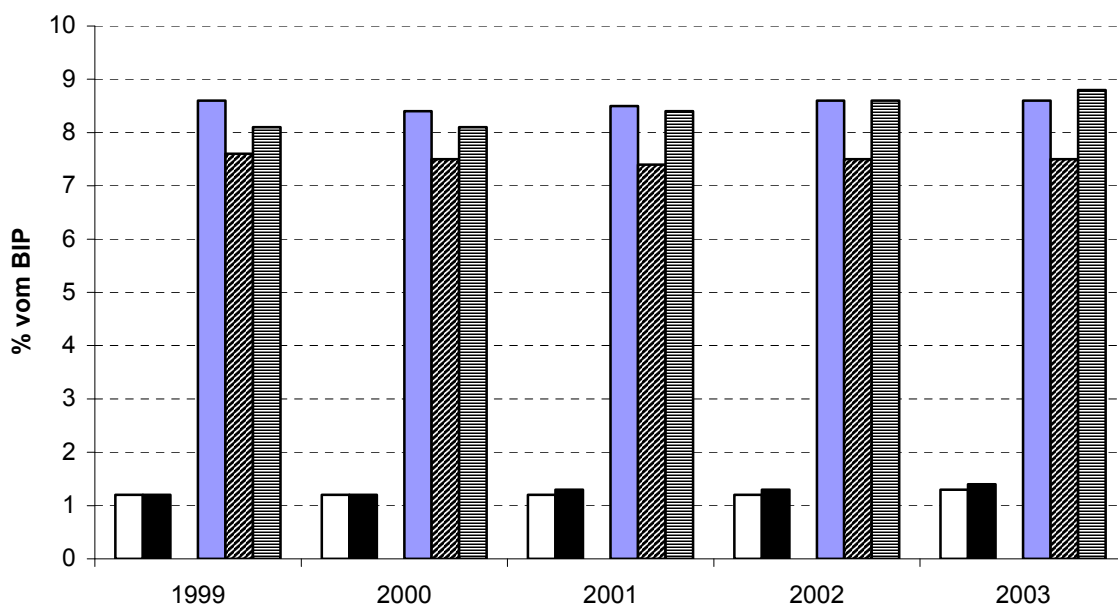
Die gesamten Ausgaben für Gesundheit beliefen sich in Österreich – nach der Neuberechnung der Statistik Austria (ST.AT) im Jahr 2004 unter Verwendung der OECD „Systems of Health Account, SHA“ Methode, auf € 22,7 Mrd. und sind von 1997 bis 2004 im Schnitt um 3,3 Prozent jährlich gestiegen. Der größte Gegensatz zur früheren Berechnungsmethode (dem OECD/Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungs-Konzept nach dem Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen 1995, ESVG 1995) ist, dass Ausgaben für Langzeitpflege inkludiert sind. Der Anteil der Gesundheitsausgaben ohne Berücksichtigung der Langzeitpflege belief sich im Jahr 2004 auf rund € 20,6 Mrd. bzw. 8,7 Prozent des BIP.

Die Arzneimittelausgaben sind im Vergleichszeitraum stärker, und zwar um 4,4 Prozent gestiegen, bis auf € 2,9 Milliarden in 2003 laut der aktuellen OECD Datenbank. Der Anteil des Krankenhausmarktes an den gesamten Arzneimittelausgaben beträgt rund 30 Prozent.



Abbildung 2.1 zeigt die Entwicklung der Gesundheits- und Arzneimittelausgaben in Bezug auf das Österreichische Bruttoinlandsprodukt (BIP) im europäischen Vergleich. Hierbei ist zu beachten, dass aufgrund der oben beschriebenen Änderung der Berechnungsmethode nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit gegeben ist.

Abbildung 2.1: Österreich – Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der Gesundheitsausgaben<sup>1</sup> in Bezug auf das BIP (Österreich und EU-Vergleich), 1999 - 2003



□ AM-Ausgaben/BIP Österreich

■ AM-Ausgaben/BIP ø EU-15

■ GH-Ausgaben (Neue Berechnungsmethode nach SHA)/BIP Österreich

▨ GH-Ausgaben (Alte Berechnungsmethode nach ESGV 1995)/BIP Österreich

■ GH-Ausgaben/BIP ø EU-15

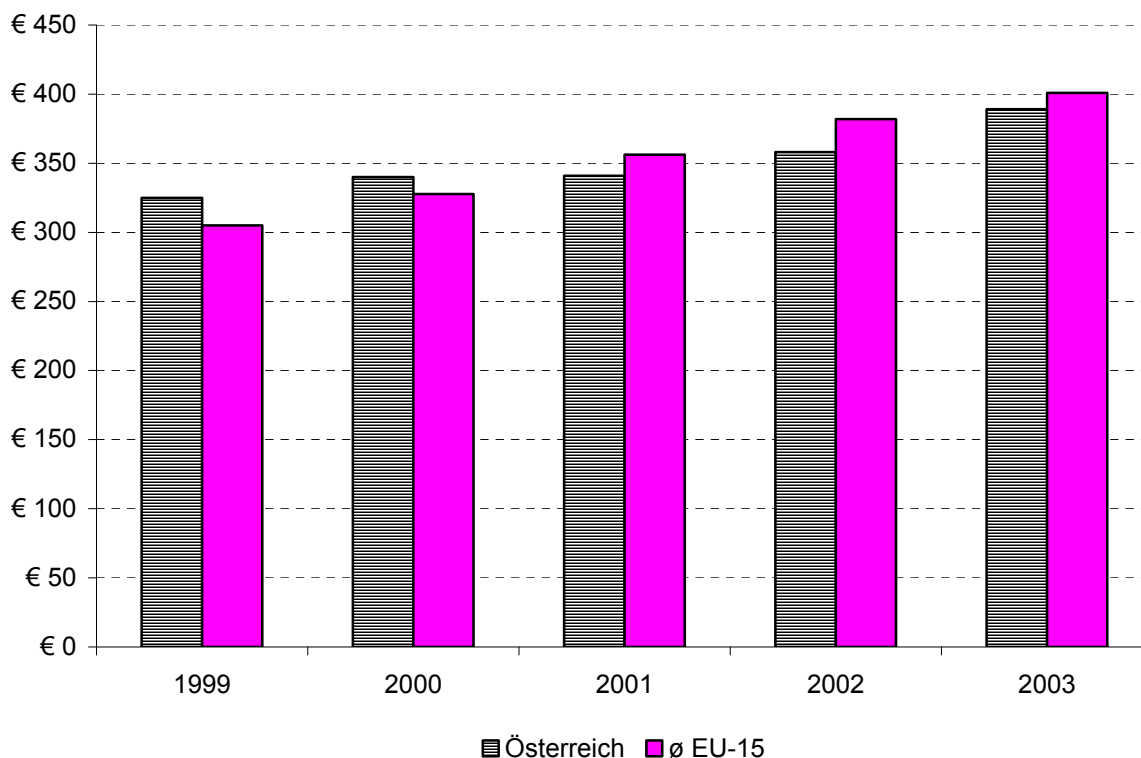
AM = Arzneimittel, GH = Gesundheit, ESGV = Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen, SHA = OECD „Systems of Health Accounts“

<sup>1</sup> Alte und neue Werte, Gesundheitsausgaben jeweils ohne Berücksichtigung von Langzeitpflege

Quellen: OECD 2005, ST.AT 2006; ÖBIG-eigene Berechnungen

In Österreich wurden im Jahr 2003 für jeden Einwohner / jede Einwohnerin € 389,- für die Arzneimittelversorgung aufgewendet, um drei Prozent weniger als im Durchschnitt der anderen Euro-Länder (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2: Österreich – Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro (Österreich und Euro-Länder Vergleich<sup>1</sup>), 1999 - 2003



<sup>1</sup> Ohne Berücksichtigung von Belgien und Portugal

Quelle: OECD 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

#### 2.1.4.1 Arzneimittelausgaben der Sozialversicherungsträger

Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Arzneimittel, die über öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken abgegeben wurden, beliefen sich im Jahr 2005 auf insgesamt rund € 2,473 Mrd. (2004: € 2,423 Mrd.), wobei 75 Prozent den Gebietskrankenkassen zuzurechnen sind (HVB 2006). Im Jahr 2004 wurden 12,7 Prozent der Ausgaben der Krankenversicherungsträger bzw. 3,9 Prozent der Ausgaben der Sozialversicherungsträger insgesamt für Arzneimittel aufgewendet (ÖAK 2006).

In den letzten zehn Jahren (1995-2004) sind die Heilmittelausgaben um durchschnittlich 6,9 Prozent jährlich gestiegen. Im Jahr 2005 betrug der Anstieg hingegen nur 2,0 Prozent, was zu einem hohen Maß auf die Neugestaltung des Erstattungssystems mit Beginn des Jahres zurückzuführen ist (Finanzstatistik des HVB 2006). Erste Abrechnungsdaten des Jahres 2006 zeigen, dass diese, auch im internationalen Vergleich, äußerst geringe Kostenentwicklung im Jahr 2006 nicht mehr wiederholt werden wird. Nach den ersten vier abgerechneten Monaten (Januar - April 2006) belief sich die Ausgabensteigerung auf über acht Prozent (vorläufiger Wert).

#### **2.1.4.2 Arzneimittelausgaben der Krankenhäuser**

Die Kosten für Arzneimittel in Österreichs landesfondsfinanzierten Krankenhäusern beliefen sich im Jahr 2003 auf rund € 453 Millionen und somit auf fünf Prozent der Gesamtkosten dieser Krankenhäuser. Bezogen auf die variablen Kosten eines Krankenhauses beträgt der Anteil der Arzneimittelausgaben durchschnittlich rund 40 Prozent der gesamten Krankenhauskosten.

Nach Angaben der Stmk. KAGes beläuft sich der Aufwand für Arzneimittel in KAGes- Krankenhäusern auf ca. € 60 Million jährlich. Zusätzlich werden ambulant in Krankenhäusern verabreichte onkologische AM (z. B. Zytostatika) seit einigen Jahren von der STGKK erstattet (vgl. Punkt 3.1.3.2).

Die Entwicklung der Arzneimittelkosten lag lange im Trend der allgemeinen Kostenentwicklung der Krankenhäuser, hat sich jedoch in den letzten Jahren deutlich beschleunigt. Im Zeitraum von 1991 bis 2003 sind die Kosten der Arzneimittel in Krankenhäusern um rund 88 Prozent angestiegen (BMGF 2006).

Im Salzburger Landeskrankenhaus (LKH Salzburg) sind zwischen Februar 2005 und 2006 die Ausgaben für die 20 kostenintensivsten Arzneimittel, darunter mehrheitlich onkologische Präparate und Blutprodukte um 21,5 Prozent und damit deutlich stärker als im niedergelassenen Bereich gestiegen.

Spitzenreiter bei den Arzneimittelausgaben in Krankenhäusern sind die Innere Medizin, Chirurgie sowie Anästhesiologie und Intensivmedizin. Nach Angaben der Experten / Expertinnen werden die höchsten Arzneimittelausgaben im Rahmen der Onkologie verzeichnet (ÖBIG 1998). Beispielsweise sind im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz von 1997 bis 2005 die Ausgaben für Zytostatika um das Fünffache angestiegen bzw. erreichten im Jahr 2005 die 50 kostenintensivsten Arzneimittel<sup>1</sup> die Höhe der gesamten Arzneimittelausgaben des Jahres 1997.

#### **2.1.5 Arzneimittel in Krankenhäusern**

Wie in Punkt 2.1.1 ausgeführt, müssen gemäß § 2a Abs. 1 KAKuG in den Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten Anstaltsapotheken geführt werden. Insgesamt führten mit Stichtag 31. Dezember 2005 18 Prozent aller österreichischen Krankenhäuser eine eigene Anstaltsapotheke, welche zur Versorgung der Patienten und Patientinnen des jeweiligen Krankenhauses herangezogen wird. Demnach verzeichnet man gegenwärtig in Österreich 49 Krankenhausapotheken, wovon fünf gleichzeitig als öffentliche Apotheke fungieren (ÖAK 2006). Aufgrund der gesetzlichen Ausnahmeregelung werden von den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder neben den Krankenhausapotheken auch öffentliche Apotheken betrieben (vgl. Punkt 2.1.5). Weiters wird auch vom LKH Salzburg neben der Krankenhausapothe-

---

<sup>1</sup> Diese wurden durch eine ABC-Analyse, d. h. unter Berücksichtigung der Ausgaben und der verbrauchten Menge des jeweiligen Arzneimittels, ermittelt.

ke eine öffentliche Apotheke geführt, da in der erzbischöflichen Stiftung vor 250 Jahren das Öffentlichkeitsrecht des Krankenhauses festgehalten wurde. Mit der Übernahme des Krankenhauses durch das Land Salzburg wurde auch dieses Recht an das Land Salzburg übertragen.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass rund 30 Prozent des jährlichen Arzneimittelumsatzes auf Krankenhausapotheken entfallen, die restlichen 70 Prozent auf öffentliche Apotheken.

### **2.1.5.1 Arzneimittelkommission**

Mit der Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (BGBl. Nr. 35/2004) wird in § 19a die Errichtung einer Arzneimittelkommission in Krankenhäusern verpflichtend vorgeschrieben. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Arzneimittelkommission auch für mehrere Krankenhäuser eingerichtet wird bzw. kann sie nähere Vorschriften über die Arzneimittelkommission wie beispielsweise deren Zusammensetzung und Geschäftsordnung erlassen. In der Praxis sind in der Arzneimittelkommission zumeist die Anstaltsapothekenleitung, ärztliche Leitung, Pflegeleitung, Verwaltungsdirektion und der bzw. die Hygienebeauftragte vertreten. Bei Bedarf werden weitere Auskunftspersonen, wie z. B. Fachärzte / Fachärztinnen der Chirurgie und Inneren Medizin herangezogen. Nach Angaben des Wiener Krankenanstaltenverbandes sollen die Arzneimittelkommissionen der Wiener Krankenhäuser aus maximal acht Personen bestehen.

Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

- Erstellung einer Liste der Arzneimittel, die im Krankenhaus Anwendung finden (Arzneimittelliste)
- Adaptierung der Arzneimittelliste
- Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln

Zentrale Punkte sind, dass die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen dürfen und dass auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen ist. Infolgedessen soll von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt werden.

Im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz wird weiter festgehalten, dass bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln neben dem ökonomisch günstigsten der, soweit medizinisch vertretbar, vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibeweise berücksichtigt werden sollen (§ 24 Abs. 2 KAKuG). Infolgedessen wurden seit den letzten Jahren verstärkt Generika eingesetzt, wobei der generische Wirkstoff im Präparatenamen enthalten sein soll, um Verwirrungen zu vermeiden. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Lagerhaltung der Apotheken wider (ÖAK 2006).

In interdisziplinären Arbeitsgruppen, wie Arzneimittelkommission, Ernährungsteam und Hygieneteam, wird eine bedarfsgerechte Produktauswahl (Arzneimittelliste) vorgenommen. Weiters werden Leitlinien und Empfehlungen, wie beispielsweise für die richtige Anwendung von Arzneimitteln, erarbeitet. In weiterer Folge gibt es auch in den Wiener Krankenhäusern sogenannte „Strategiegruppen“ zum Thema Onkologie und Antibiotika, in welchen u. a. Verbrauchsabweichungen besprochen und diskutiert werden.

### **2.1.5.2 Aufgaben von Krankenhausapotheken**

Die wesentlichsten Aufgaben der Krankenhausapotheken sind (Langebner 2005):

- Die Versorgung mit Arzneimitteln, Diagnostika und Medizinprodukten,
- die Herstellung spezieller Arzneimittel und
- die pharmazeutische Unterstützung der medizinischen und pflegerischen Therapie.

Infolge der ökonomischen Einsparungen kaufen einzelne Schwerpunktkrankenhäuser organisiert als Einkaufsverbände Arzneimittel für die Krankenhausapotheken ein. Beispielsweise wird der Einkauf von Arzneimitteln der Krankenhäuser der Vinzenzgruppe zentral abgewickelt, wobei aber die jeweilige Arzneimittelliste dieser Krankenhäuser etwas unterschiedlich ist. Dagegen hat der „Einkaufsverbund“ der Krankenhäuser Leoben, Judenburg, Knittelfeld, Bruck/Mur und Mürzzuschlag nur eine Arzneimittelliste und eine Arzneimittelkommission.

Weiters gibt es in Wien das „KAV-Einkaufsgremium“, welches für die gesamte Arzneimittelbeschaffung der Wiener Krankenhäuser zuständig ist. In diesem Gremium haben die Krankenhausapotheker / -apothekerinnen eine 2/3 Mehrheit. Bei wirkstoffidenten Präparaten kann der KAV eine Empfehlung für alle Wiener Krankenhäuser abgeben, aber zumeist gibt es krankenspezifische individuelle Regelungen. Grundsätzlich kann es für mehrere Wiener Krankenhäuser auch nur eine gemeinsame Arzneiliste geben.

Das Krankenhaus übermittelt bei Entlassung der kranken Person dem behandelnden Arzt / der Ärztin bzw. dem Patienten / der Patientin selbst mithilfe des Arztbriefes Informationen zum Arzneimitteleinsatz. Laut § 24 Abs. 2 des KAKuG (BGBl. I 2004/179) müssen Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation, sofern medizinisch vertretbar, dem vom HVB herausgegebenen Erstattungskodex und den RöV entsprechen (vgl. 2.1.3.2). Die Apotheke erhält die Information mit einer Verordnung.

Im Arztbrief werden dennoch oft keine konkreten Therapieempfehlungen gegeben, sondern es wird zumeist der Satz angefügt, dass von Seiten des Krankenhauses kein Einwand besteht, auf ein kostengünstigeres Medikament (Generika) umzusteigen.

## **2.2 Niederlande**

### **2.2.1 Gesundheitssystem**

Das niederländische Ministerium für öffentliche Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS) trägt die Verantwortung für die Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen. Alle budgetrelevanten Entscheidungen müssen vom Parlament genehmigt werden.

Der Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes – vor allem Angelegenheiten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Umweltbelange – ist auf lokaler Ebene angesiedelt.

Seit Januar 2006 gibt es in den Niederlanden keine gesetzlichen Krankenkassen mehr. Mitte 2005 trat das neue Krankenversicherungsgesetz („Zorgverzekeringswet“) in Kraft, das die vollständige Privatisierung des Versicherungssystems vorsieht. Mit dem neuen Gesetz ist die Trennung zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung weggefallen. Jetzt gilt für alle Einwohner und Einwohnerinnen der Niederlande eine allgemeine Versicherungspflicht für medizinische Grundleistungen bei freier Wahl der Versicherungsgesellschaft.

Um Risikoselektion zu vermeiden, müssen die Versicherungen jede Antragstellung annehmen, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko. Auch müssen sowohl bereits bestehende Versicherungen als auch die neuen Gesellschaften gleichermaßen den von der Regierung vorgeschriebenen Katalog an Grundleistungen anbieten.

Das neue System soll den Versicherungen mehr Handlungsspielraum und Steuerungsmöglichkeiten einräumen und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Die einzelnen Versicherungen dürfen die Höhe ihrer jeweiligen Prämien völlig frei selbst bestimmen. Damit sowie über private Zusatzleistungen will der Gesetzgeber den Wettbewerb ankurbeln. Den Versicherten bietet das neue System mehr Wahlmöglichkeiten, in dem sie zwischen Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip und zwischen Tarifen mit oder ohne Selbstbehalte wählen können. Im Rahmen des Sachleistungssystems erhalten die Versicherungsgesellschaften die Möglichkeit, in allen Versorgungsbereichen selektiv Verträge mit Leistungsbringern abzuschließen (Spielberg 2005).

Dem niedergelassenen Allgemeinarzt / der niedergelassenen Allgemeinärztin (Hausarzt / Hausärztin) kommt in den Niederlanden eine Schlüsselrolle zu, da er / sie als primäre Anlaufstelle für Patienten und Patientinnen fungiert. Prinzipiell können Patienten und Patientinnen ihren Hausarzt bzw. ihre Hausärztin frei wählen und sich bei ihm / ihr einschreiben. Ein kostenloser Wechsel des Hausarztes bzw. der Hausärztin ist immer möglich.

Etwa die Hälfte der Hausärzte und Hausärztinnen sind in Einzelordinationen tätig, die restlichen in Gemeinschaftspraxen bzw. ein geringer Teil in Gesundheitszentren. Neben Hausärzten bzw. Hausärztinnen sind in den Gesundheitszentren z. B. Sozialarbeiter / Sozialarbeiterinnen und Physiotherapeuten / Physiotherapeutinnen beschäftigt.

**Tabelle 2.1: Niederlande – Anzahl praktizierender Haus- und Fachärzte / -ärztinnen, 2000 - 2004**

	2000 <sup>1</sup>	2001 <sup>1</sup>	2002 <sup>1</sup>	2003 <sup>1</sup>	2004 <sup>1</sup>	2005 <sup>1</sup>
Hausärzte / Hausärztinnen	7.216	7.270	7.328	7.385	7.420	7.515
Hausärzte / Hausärztinnen pro 1.000 Einwohner / Einwohnerinnen	0,45	0,45	0,45	0,46	0,46	0,46
Fachärzte / Fachärztinnen <sup>2</sup>	n.v.	10.910	11.260	11.640	11.720	n.v.
Fachärzte / Fachärztinnen <sup>2</sup> pro 1.000 Einwohner / Einwohnerinnen	n.v.	0,68	0,70	0,72	0,72	n.v.

n.v. = nicht verfügbar

<sup>1</sup> Am 1. Januar des Jahres

<sup>2</sup> Exklusive Hausärzte /Hausärztinnen

Quelle: Nivel 2006

Dem Hausarzt / der Hausärztin kommt die Rolle eines „Gatekeepers“, also eines Torhüters, im System zu. Patienten bzw. Patientinnen in der Krankenversicherung brauchen für die Inanspruchnahme von Fachärzten /Fachärztinnen, die hauptsächlich in den Krankenhäusern tätig sind, eine Überweisung vom / von der niedergelassenen Hausarzt / Hausärztin. Die Bedeutung des „Hausarztes“/ der „Hausärztin“ ist hoch, so werden etwa 90 Prozent aller Erkrankungen vom Hausarzt bzw. von der Hausärztin selbst behandelt.

In den Niederlanden stehen in 104 (2004) Krankenhäusern mit insgesamt 140 Standorten etwa 3,2 (2002) Akut-Betten pro 1.000 EW zur Verfügung. Fast 90 Prozent der Krankenhäuser sind unter privat-gemeinnütziger Trägerschaft, die restlichen zehn Prozent stehen in öffentlichem Eigentum (Universitätskliniken). Fast alle Krankenhäuser verfügen über verschiedene Abteilungen, in denen überwiegend Fachärzte bzw. Fachärztinnen tätig sind. Die Fachärzte / Fachärztinnen entscheiden über eine allfällige Aufnahme eines Patienten / einer Patientin ins Krankenhaus oder ob die Behandlung im Krankenhaus oder in einer Krankenhausambulanz bzw. in einer Tagesklinik zu erfolgen hat. Jedes Krankenhaus verfügt über einen Krankenhausambulanz („Poliklinik“). Zusätzlich gibt es noch 38 (2005) externe Ambulanzen („Buitenpolikliniken“), die zu einem Krankenhaus gehören, aber sich nicht auf dem Gelände des Krankenhauses befinden. Die Aufgaben von „Polikliniken“ und „Buitenpolikliniken“ sind identisch.

**Tabelle 2.2: Niederlande – Anzahl der Krankenhäuser, 2000 - 2004**

	2000	2001	2002	2003	2004
Krankenhäuser	115	112	107	107	104
<i>Davon:</i>					
Allgemeine Krankenhäuser	96	94	89	89	86
Universitätskliniken	8	8	8	8	8
Spezialisierte Krankenhäuser	11	10	10	10	10

Quelle: Ministerium für VWS 2006

Die Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist öffentlichen Apothekern / Apothekerinnen und selbstdispensierenden Ärzten / Ärztinnen vorbehalten. In den Niederlanden bestanden im Jahr 2005 1.732 öffentliche Apotheken, sodass mit einer öffentlichen Apotheke für durchschnittlich 9.368 EW eine im europäischen Vergleich und im Vergleich mit Österreich geringe Apothekendichte gegeben ist. Darüber hinaus gab es 586 selbstdispensierenden Ärzte / Ärztinnen. Unter Berücksichtigung der selbstdispensierenden Ärzte / Ärztinnen ergab sich eine Apothekendichte von 7.000 EW (PGEU 2006).

## **2.2.2 Finanzierung**

### **2.2.2.1 Krankenhäuser**

Im Jahr 1988 wurde im Krankenhausbereich eine sogenannte „funktionsgerichtete Budgetierung“ eingeführt. In diesem System setzte sich das jährliche Budget eines Krankenhauses aus einem fixen Budgetanteil, der die zu vorsorgende Einwohnerzahl und die Infrastrukturkosten berücksichtigte, sowie einem variablen Anteil zusammen. Der variable Anteil war abhängig von der Anzahl der Aufnahmen, der Verpflegstage und der Anzahl der ambulanten Patienten bzw. Patientinnen und wurde jährlich zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenversicherungen verhandelt.

Als Alternative zur Vergütung mittels eines variablen Budgetanteils wurde im Jahr 2003 mit der Erprobung eines leistungsorientierten Vergütungssystems begonnen, das auf so genannten Diagnose-Behandlungs-Kombinationen (Diagnose Behandeling Combinatie, DBC) basiert. Eine DBC beinhaltet alle intramuralen Aktivitäten und Leistungen von Krankenhäusern und von Fachärzten bzw. Fachärztinnen, die für die Behandlung der Erkrankung einer einzelnen Person erforderlich sind, von der ersten Konsultation bis hin zur letzten Kontrolluntersuchung. Die Kosten dieser individuellen Aktivitäten und Leistungen bestimmen die Gesamtkosten eines DBC. Im Prinzip gibt es für jede Diagnose eine DBC.

Seit dem 1. Januar 2005 hat dieses DBC-System die früher vorherrschende funktionsgerichtete Budgetierung endgültig ersetzt. Das Ministerium für VWS bestimmt derzeit für 90 Prozent der DBC (dem so genannten A-Segment) den Verrechnungssatz. Für die restlichen DBC (das B-Segment) wird der Verrechnungssatz zwischen dem Krankenhaus und der Versicherung individuell ausgehandelt. Zum B-Segment gehören Eingriffe, die relativ unkompliziert und einfach zu planen sind, wie zum Beispiel die Behandlung von Nierensteinen und Krampfadern (DBC Onderhoud 2006).

Wegen des ökonomischen Drucks in den Krankenhäusern wurde die Budgetverantwortung verstärkt von der Krankenhausleitung auf die Abteilungsebene verlagert. Auf Abteilungsebene gibt es inzwischen eigene Budgets und die Fachärzte und Fachärztinnen werden in die Entscheidungsprozesse der Krankenhausverwaltung mit eingebunden.

Arzneimittelkosten werden grundsätzlich aus dem Krankenhausbudget bezahlt. Die Kosten der Arzneimittel, die in einem Krankenhaus verwendet werden, sind mittels Diskontierung in den Pflegekosten in den Verrechnungssätzen der DBC inkludiert. Bei der Entwicklung der DBC wurde analysiert, inwieweit eine direkte Verknüpfung der Kosten von (auf jeden Fall



teuren) Arzneimitteln mit den DBC erfolgen kann, und wie die Kosten von Arzneimitteln, die die Ambulanz verschreibt, in den DBC-Verrechnungssatz inkludiert werden können.

Seit dem Jahr 2002 können Krankenhäuser mit der Krankenversicherungen verhandeln, damit die Krankenversicherungen einen Teil der Kosten für einige sehr teure Arzneimittel bezahlen. Bis zum 31. Dezember 2005 konnten die Krankenversicherungen laut Vorschrift nur bis zu 75 Prozent des Netto-Einkaufspreises von diesen Arzneimitteln erstatten. Seit dem 1. Januar 2006 ist dieser maximale Prozentsatz bis auf 80 Prozent gestiegen (CTG-Zaio 2006). Die Liste mit teuren Arzneimitteln, für die diese Sonder-Erstattung in Frage kommt, ist sehr eingeschränkt: Im Jahr 2006 beinhalte sie etwa 15 verschiedene Arzneimittel, meistens onkologische Medikamente. Über die Aufnahme von Arzneimitteln in diese Sonder-Erstattungsliste entscheidet die Aufsichtsbehörde für Preise im Gesundheitswesen (College Tarieven Gezondheidszorg - Zorgautoriteit in oprichting, CTG-ZAio). Laut den Ergebnissen von zwei aktuellen Studien (Uijl-de Groot 2005, Wilking 2005) dauert es in den Niederlanden im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedsstaaten relativ lange, bevor neu zugelassene teure Arzneimittel für Patienten / Patientinnen zur Verfügung stehen.

Arzneimittel, die im Krankenhaus verschrieben, aber dem Patienten bzw. der Patientin in der Apotheke ausgehändigt (und in der Folge zu Hause verwendet) werden, werden nie aus dem Krankenhausbudget finanziert, sondern von der Versicherung oder dem Patienten bzw. der Patientin finanziert.

#### **2.2.2.2 Niedergelassener Bereich**

Im niedergelassenen Bereich werden die Hausärzte bzw. die Hausärztinnen mit einer Kopfpauschale (€ 45,- im Jahr 2006) pro eingeschriebenen Patienten bzw. eingeschriebener Patientin und einer Gebühr pro Konsultation (2006: € 9,-) honoriert. Zusätzlich erhalten Ärzte / Ärztinnen Vergütungen für die Führung der Ordination, Zusatzzahlungen für ihre Patientenspopulation (z. B. wenn überdurchschnittlich viele ältere oder sozial benachteiligte Patienten und Patientinnen bei ihnen eingeschrieben sind) und für die Beteiligung an Innovationsprojekten sowie Investitionsersätze. Die Höhe dieser Vergütung wird regelmäßig zwischen den Ärzten / Ärztinnen und den jeweiligen Krankenversicherungen ausgehandelt. Für die Erstattung dieser Kostengruppen stehen im Jahr 2006 insgesamt € 149 Millionen zur Verfügung.

#### *Apotheken*

Die Abgeltung der Apotheken für erstattungsfähige Arzneimittel ist Verhandlungsgegenstand zwischen der Aufsichtsbehörde für Preise im Gesundheitswesen (CTG-ZAio), den Krankenversicherungen sowie Apothekenvertretern / -vertreterinnen. Ausgangslage für die Verhandlungen bilden die tatsächlichen Kosten der Apotheken, die bei der Abgabe von Arzneimitteln anfallen. Das Ergebnis der Verhandlungen ist eine fixe Gebühr pro abgegebene Verordnung, die jährlich neu verhandelt wird. Im Jahr 2006, ebenso wie in den vorangehenden Jahren 2003-2005, beträgt diese Gebühr € 6,10 (inklusive Umsatzsteuer).

Da die Regierung die vereinbarte Gebühr als ausreichenden Ersatz für die Leistungen der Apotheken erachtet, missbilligt sie Einkaufsrabatte, die den Apotheken auf den offiziellen Einkaufspreis gewährt werden. Deshalb wurde eine Vereinbarung getroffen, dass 6,82 Pro-

zent des offiziellen Verkaufspreises bis zu einem Maximum von € 6,81 an die Kunden bzw. Krankenversicherungen weiterzugeben sind. Der festgestellte Prozentsatz basiert auf einer Untersuchung über das Ausmaß der Einkaufsrabatte, die die Apotheken im Normalfall lukrieren.

### **2.2.3 Preisfestsetzung**

Bis Anfang 1996 bestand in den Niederlanden keine staatliche Regelung hinsichtlich der Arzneimittelpreise auf Hersteller- und Großhandelsebene. Mit 1. Januar 1996 wurde ein Arzneimittelpreisgesetz verabschiedet (Wet Geneesmiddelen Prijzen, WGP). Das Ministerium für VWS kann nach dem WGP für erstattungsfähige Arzneimittel einen maximalen Apothekeneinstandspreis, das ist der Einkaufspreis der Apotheken, festlegen. Zur Bestimmung eines Höchstpreises zieht das Ministerium die durchschnittlichen Apothekeneinstandspreise vergleichbarer Arzneimittel in vier Referenzländern (Belgien, Deutschland, Frankreich und Großbritannien) heran. Die Höchstpreise werden halbjährlich überprüft.

Bei der Höchstpreisfestsetzung wird das Ministerium für VWS von sich aus aktiv, die Pharma-Unternehmen müssen keinen Antrag auf Preisfestsetzung stellen. Die Festlegung eines Höchstpreises ist jedoch nicht Voraussetzung für die Aufnahme eines Arzneimittels in das Erstattungssystem.

Die Beschaffungskosten von erstattungsfähigen Arzneimitteln hängen davon ab, ob sie im Krankenhaus abgegeben oder vom Hausarzt bzw. von der Hausärztin verordnet werden. Im ersten Fall obliegen die Beschaffung und Finanzierung dem Krankenhaus und im zweiten Fall den Versicherungen.

Beim Einkauf von Arzneimitteln bei den Herstellern dürfen die Krankenhäuser die Preise der Arzneimittel verhandeln, wobei oft sehr große Preisnachlässe – bis zu 99 Prozent – lukriert werden. Wegen dieser Rabatte ist eine allgemeingültige Bewertung der Preiskonditionen von Krankenhäusern unmöglich.

Um weitere Rabatte zu erzielen, kaufen viele Krankenhäuser eine Vielzahl von Arzneimitteln gleichzeitig ein und nehmen an (regionalen) Einkaufsgesellschaften teil. Die niederländische Krankenanstaltenvereinigung (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, NVZ) schätzt, dass Krankenhäuser für alle Arzneimittel jährlich im Schnitt 45 Prozent Rabatt auf den Einkaufspreis bekommen. Damit ersparen sich die Krankenhäuser jährlich mehrere hundert Millionen Euro.

### **2.2.4 Erstattung von Arzneimittelkosten**

Eine unabhängige Expertenkommission (Commissie Farmaceutische Hulp, CFH) des Kollegiums für Gesundheitsversicherungen (College voor Zorgverzekeringen, CVZ) berät das Ministerium für VWS bei der Aufnahme von Arzneimitteln in die Positivliste (Geneesmiddelenvergoedingssysteem, GVS). In einem ersten Schritt wird dabei untersucht, ob ein Arzneimittel in eine austauschbare Gruppe und damit unter das im Jahr 1991 eingeführte Referenz-

preissystem fällt – es sich also um ein patentfreies Arzneimittel (Generikum oder Originalprodukt mit abgelaufenem Patentschutz) handelt. Diese Arzneimittel kommen in Liste 1A des GVS-Schemas.

Die Ermittlung des Referenzpreises der jeweiligen Gruppe orientiert sich an den durchschnittlichen Tagestherapiekosten (Kosten pro Defined Daily Dose, DDD) pro Gruppe. Wenn der Verkaufspreis eines Arzneimittels höher ist als der Referenzpreis, muss der Patient oder die Patientin die Differenz privat dazu zahlen.

Wenn ein Arzneimittel nicht unter das Referenzpreissystem fällt, erfolgt durch die Expertenkommission CFH eine therapeutische und ökonomische Evaluierung. Dem Ministerium für VWS obliegt die Letztentscheidung über die Aufnahme solcher Arzneimittel in die Positivliste und damit in das GVS-Vergütungssystem. Diese Arzneimittel kommen in Liste 1B des GVS-Schemas. Die Kosten für Arzneimittel, die auf der Liste 1B stehen, werden immer zur Gänze von der Krankenversicherung übernommen.

Grundsätzlich werden rezeptfreie Arzneimittel, ausgenommen einige wenige für chronische Erkrankungen, nicht erstattet.

Zur Steuerung des Einsatzes von preisgünstigeren Arzneimitteln wurde in den Niederlanden bereits im Jahr 1988 die Substitution durch Generika eingeführt. Damit wurde der Apotheke ermöglicht, statt des verordneten Originalpräparates ein günstigeres Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff abzugeben. Dies kann ein Generikum oder ein parallelimportiertes Arzneimittel sein. Diese Substitution ist jedoch im Gegensatz zu anderen Ländern nicht verpflichtend.

Bis zum Jahr 2004 wurde die Substitution mit einem finanziellen Anreiz für die Apotheken verknüpft: Die Apotheke durfte ein Drittel des durch die Substitution eingesparten Betrags behalten. Mit dem Vertrag zwischen dem Ministerium für VWS, der Apothekervereinigung (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, KNMP), dem Kollegium für Gesundheitsversicherungen (CVZ) und dem Verband der Generika-Hersteller (Bond van de generieke geneesmidelenindustrie Nederland, BOGIN) im Jahr 2004 wurde dieser Anreiz jedoch abgeschafft. Gleichzeitig wurde in diesem Vertrag festgelegt, dass die Apothekeneinstandspreise für Generika im Durchschnitt um 40 Prozent gesenkt werden mussten. Dieser Vertrag wurde in den Jahren 2005 und 2006 verlängert und gleichzeitig auf patentfreie Originalpräparate, für die Generika am Markt sind, ausgeweitet. Das bedeutet, dass die Apothekeneinstandspreise von Arzneimitteln, für die es generische Alternativen gibt, auch im Durchschnitt um 40 Prozent gesenkt wurden. Die Apotheker haben mit Abschluss der Verträge in den Jahren 2004 bis 2006 garantiert, alle Substitutionsmöglichkeiten optimal auszunutzen.

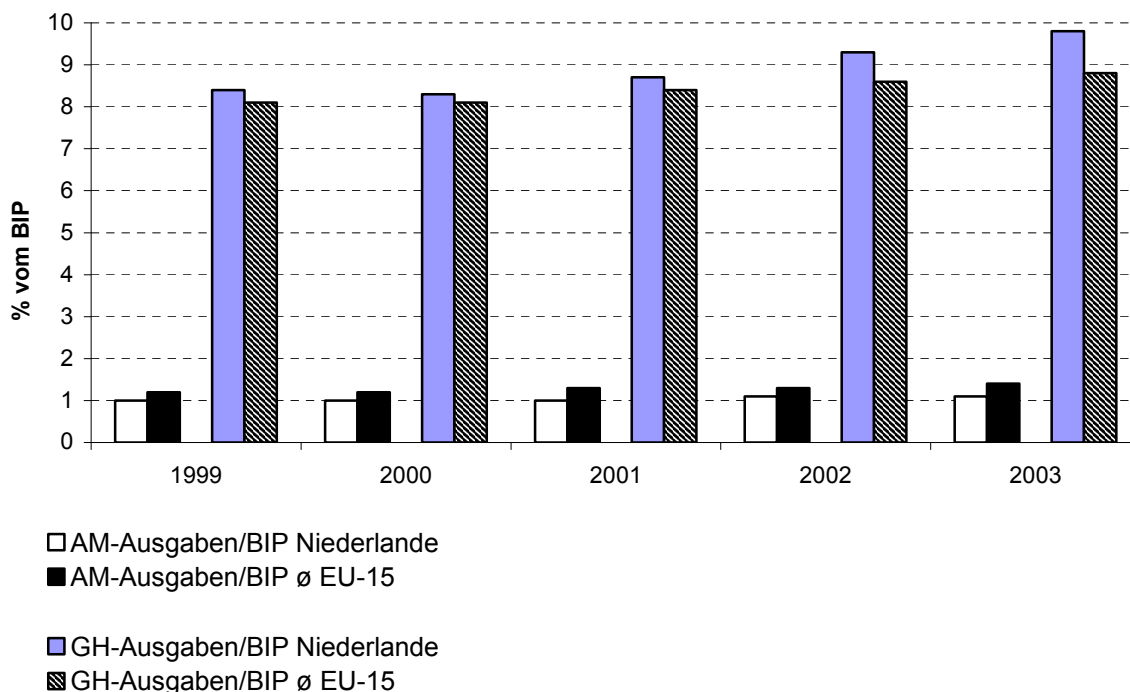
Der Generikaanteil belief sich im Jahr 2004 auf 19,1 Prozent (in Bezug auf die Arzneimittelausgaben) bzw. auf 46,6 Prozent (in Bezug auf die verschriebenen Arzneimittel) (SFK 2005).

## 2.2.5 Arzneimittelausgaben

Im Jahr 2003 belief sich der Anteil der niederländischen Gesundheitsausgaben auf 9,8 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) bzw. rund € 44,6 Milliarden. Von 1999 bis 2003 sind die gesamten Gesundheitsausgaben im Schnitt um 10,3 Prozent jährlich gestiegen. Die Arzneimittelausgaben sind in diesem Zeitraum geringer, und zwar um 9,5 Prozent gestiegen.

Abbildung 2.3 zeigt die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der Arzneimittelausgaben in Bezug auf das Niederländische BIP im Europäischen Vergleich.

Abbildung 2.3: Niederlande – Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP (Niederlande und EU-Vergleich), 1999 - 2003



Quellen: OECD 2005, ÖBIG-eigene Berechnungen

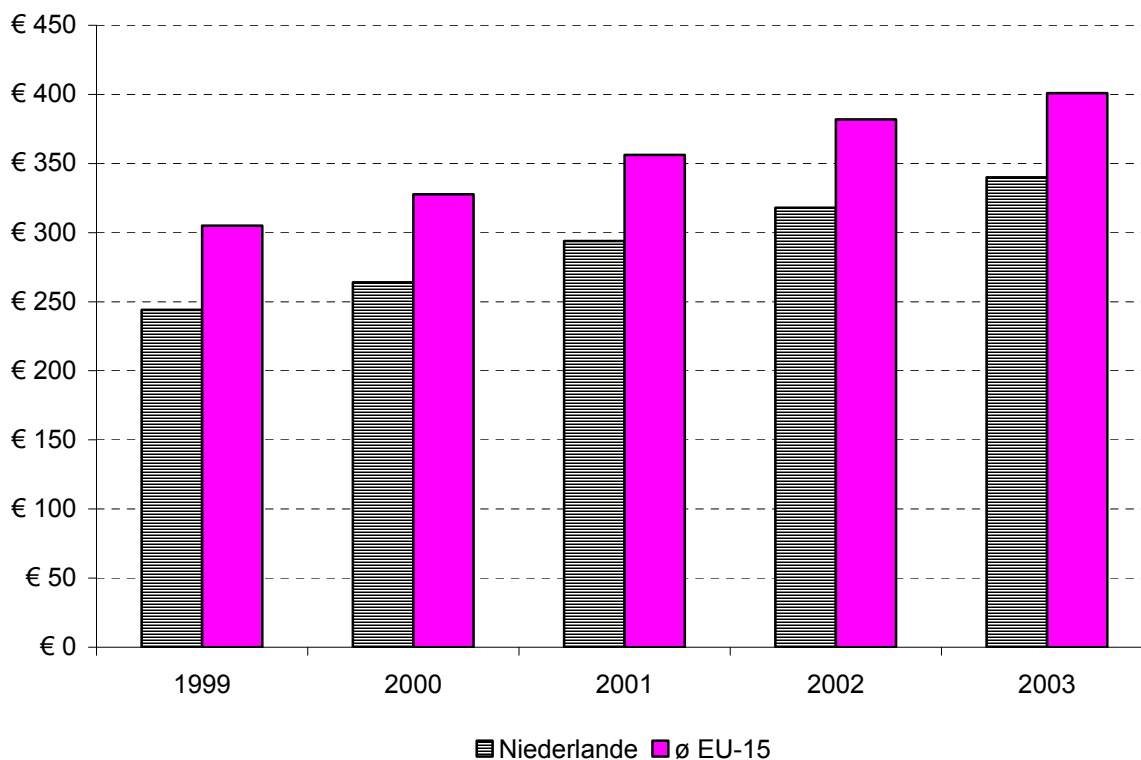
Im Jahr 2003 wurden in den Niederlanden € 340 pro EW für die Arzneimittelversorgung aufgewendet, während dies in den anderen EU-Ländern im Durchschnitt € 401 waren (vgl. Abbildung 2.4). Im europäischen Vergleich verbraucht die niederländische Bevölkerung relativ wenig Arzneimittel. Nur bei 60 Prozent der Hausarztconsultationen werden ein oder mehrere Arzneimittel verordnet. In anderen europäischen Ländern liegt dieser Anteil z. T. über 90 Prozent.

### 2.2.5.1 Arzneimittelausgaben der Krankenversicherungen

Die gesamten Gesundheitsausgaben der Krankenversicherungen sind zwischen 1998 und 2003 um 50 Prozent bzw. auf insgesamt € 37 Milliarden gestiegen. Im Jahr 2003 wurden

€ 3,2 Milliarden (8,6%) dieser Ausgaben für Arzneimittel aufgewendet. Diese Arzneimittelausgaben sind von 1998 bis 2003 jährlich im Durchschnitt um 8,2 Prozent gestiegen (CVZ 2004). Die Kosten pro Verordnung von erstattungsfähigen Arzneimitteln sind von € 18,50 im Jahr 1995 auf bis zu € 24,95 im Jahr 2004 gestiegen (SFK 2005).

Abbildung 2.4: Niederlande – Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro (Niederlande und Euro-Länder Vergleich<sup>1</sup>), 1999 - 2003



<sup>1</sup> Ohne Berücksichtigung von Belgien und Portugal

Quelle: OECD 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

### 2.2.5.2 Arzneimittelausgaben der Krankenhäuser

Es gibt keine Niederlande-weite Sammlung von Verbrauchs- und Kostendaten von Arzneimitteln in Krankenhäusern (diese Daten werden nur auf der Ebene eines Krankenhauses dokumentiert). Dadurch ist keine quantitative Analyse der Arzneimittelausgaben der Krankenhäuser möglich.

### 2.2.6 Arzneimittel in Krankenhäusern

Im Jahr 2004 wurden Arzneimittel für Krankenhäuser von insgesamt 86 Krankenhausapotheken geliefert. Laut dem Arzneimittelvertriebsgesetz (Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, WOG) müssen Krankenhäuser mit über 300 Betten eine Apotheke führen. Rund zwei Drittel aller Krankenhäuser verfügen über eine eigene Apotheke. Seit dem 1. April 2000 ist

es Krankenhäusern auch erlaubt, Apotheken in ihren Krankenhausambulanzen zu führen. Diese „poliklinischen Apotheken“ dürfen Arzneimittel an alle Personen abgeben, also auch an die, die nicht im betreffenden Krankenhaus aufgenommen sind. Im 2006 gab es nach Schätzung der Stiftung für pharmazeutische Kennzahlen (SFK) rund zehn poliklinische Apotheken in den Niederlanden.

#### **2.2.6.1     Arzneimittelliste**

Fachärzte / -ärztinnen und Krankenhausapotheker / -apothekerinnen sind bei der Zusammenstellung der Arzneimittelliste eines Krankenhauses autonom, da Krankenhäuser die Möglichkeit haben, eigene Leitlinien für die Zusammenstellung ihrer Arzneimittellisten zu definieren. Es ist derzeit unklar, wie Krankenhäuser entscheiden, welche Arzneimittel sie einkaufen. Eine im Jahr 2006 vom Niederländischen Institut für verantwortungsbewussten Arzneimitteleinsatz (Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, DGV) durchzuführende Studie wird die Einkaufspraktiken der Krankenhäuser untersuchen.

Jedes Krankenhaus ist aufgefordert, eine Arzneimittelkommission zu gründen, die für die Zusammenstellung der Arzneimittelliste und des „Formularium“ verantwortlich ist. Ein Formularium enthält Empfehlungen bzw. Leitlinien für die Medikation bei bestimmten Erkrankungen oder Indikationen. Es ist aber nirgendwo festgelegt, wie die Arzneimittelkommission konkret ausgestaltet werden soll. Der / die Krankenhausapotheker /-apothekerin erfüllt jedenfalls eine wichtige Rolle bei der Selektion der Arzneimittel, während die Versicherungsgesellschaften keine Rolle bei der Ausgestaltung von Arzneimittellisten in Krankenhäusern spielen.

#### **2.2.6.2     Aufgaben von Krankenhausapotheken**

Bis vor einigen Jahren wurden die Rechte und Pflichten von Apotheken vom Arzneimittelvertriebsgesetz (Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, WOG) und insbesondere von der dazugehörigen Apothekenabgabeordnung (Besluit uitoefening artsenijsbereidkunst) bestimmt. Im WOG ist unter anderem festgelegt, dass der Vertrieb von rezeptpflichtigen Arzneimitteln den Apotheken vorbehalten ist.

Seit Dezember 1997 ist das Gesetz für Berufe im Gesundheitswesen (Beroepen Individuele Gezondheidszorg BIG) auch auf Apotheken anwendbar. Ziel des BIG ist der Schutz der Patienten / der Patientinnen; zu diesem Zweck definiert das Gesetz Vorgaben zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Gesundheitsversorgung. Im BIG wird neben dem öffentlichen Apotheker auch der Krankenhausapotheker als ein eigener Beruf anerkannt.

Zur Ergänzung wurde im Jahr 2004 ein neuer professioneller Standard für Krankenhausapotheken (Ziekenhuisapotheek Standaard, ZAS) von der niederländischen Vereinigung der Krankenhausapotheker (Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers, NVZA) entwickelt und veröffentlicht. Dieser Standard definiert Voraussetzungen, die ein / eine Krankenhausapotheker/in für eine adäquate pharmazeutische Versorgung erfüllen muss (ZAS 2004).

Die Versorgung soll effizient und effektiv sein und muss mit den Bedürfnissen des Patienten bzw. der Patientin abgestimmt werden. Weil man ihn / sie als (Mit-)Behandler / -in der Patienten / Patientinnen sieht, ist das Qualitätssicherungsgesetz „Vereinbarung über Medizini-

sche Behandlung“ (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO) auch für den / die Krankenhausapotheker/-apothekerin anwendbar.

Der ZAS beschreibt Prozesse, für die der / die Krankenhausapotheker/-apothekerin verantwortlich ist und die dazu gehörenden Rahmenbedingungen. Die im ZAS beschriebenen Prozesse sind:

- Eine Arzneimittelstrategie, wozu die Zusammenstellung der Arzneimittelliste und die Teilnahme an der Entwicklung von Leitlinien (vgl. Punkt 3.2.3.1) gehören,
- die Begleitung und Beratung von anderem Gesundheitspersonal und von Patienten bzw. Patientinnen bezüglich Medikation,
- der Einkauf von Arzneimitteln,
- die Verwaltung des Arzneimittelvorrats und die Ausgabe von Arzneimitteln,
- die Zu- und Aufbereitung von Arzneimitteln,
- sowie Forschungs- und sonstige Aufgaben.

Zusätzlich sind im ZAS Aufgaben des / der Krankenhausapothekers/-apothekerin in Bezug auf Qualitätssicherung und Rahmenbedingungen bezüglich Organisation, Räumlichkeiten und Ausstattung festgelegt.

Die Aufgaben der niederländischen Krankenhausapotheken haben sich während den letzten Jahren von einer ausschließlich produktbezogenen Verantwortlichkeit (z. B. für magistrale Zubereitungen, Laborarbeiten und Abgabe) zu einer eher patientenorientierten Versorgung weiterentwickelt.

Im Arbeitsprogramm 2000-2005 der niederländische Vereinigung für Krankenhausapotheker (NVZA) wird die Bedeutung der patientenorientierten Aufgaben, insbesondere die umfassende pharmazeutische Versorgung der Patienten und Patientinnen, stark hervorgehoben. Prioritäten sind dabei die Sicherheit der Medikation, die Dokumentation von Interventionen und Konsultationen und „Good Pharmacotherapy Practice“ in Krankenhausapotheken (Good Pharmacotherapy Practice in ziekenhuisapotheken, GTP-z). Ziel des GTP-z ist, einen Plan für die pharmazeutische Patientenversorgung in den niederländischen Krankenhäusern zu gestalten. Eine Voraussetzung dafür ist die sogenannte "transmurale", also eine über die Mauern der Krankenhäuser hinausgehende, umfassende Versorgung der Patienten / Patientinnen mit Arzneimitteln. Im Konkreten bedeutet dies, dass die pharmazeutische Versorgung der Patienten bzw. der Patientinnen kontinuierlich ist und unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (niedergelassener oder stationärer Bereich) stattfindet (van den Bemt 2004).

Transmurale Pharmazie kann nur durch strukturelle Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsbereiche und eine regelmäßige Kommunikation zwischen Krankenhausapotheken, öffentlichen Apotheken, Hausärzten / -ärztinnen und Fachärzten / -ärztinnen erreicht werden. Diese Zusammenarbeit kann zum Beispiel einen regelmäßigen Datenaustausch oder die Erstellung von gemeinsamen Leitlinien umfassen.

## **3 Nahtstellenproblematik**

### **3.1 Ist-Analyse Österreich**

#### **3.1.1 Probleme**

Aufgrund mangelnder Koordination an den Nahtstellen zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich kann eine lückenlose Therapie einer Person mit Arzneimitteln zumeist nicht gewährleistet werden. Im Detail ist die Nahtstellenproblematik im Bereich des Arzneimitteleinsatzes insbesondere auf folgende Rahmenbedingungen bzw. Probleme zurückzuführen:

##### **3.1.1.1 Duales Finanzierungssystem**

Die duale Finanzierung bestehend aus Beitragsleistungen und Steuermitteln bringt den Anreiz zu Kostenverschiebungen insbesondere im stationären Bereich mit sich und führt dazu, dass Personen, die teure Arzneimittel benötigen, vom stationären Bereich zum niedergelassenen transferiert werden und umgekehrt.

Da der Arzneimitteleinsatz in Krankenhäusern über Therapieempfehlungen auch das Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen beeinflusst, werden gängige Arzneimittel an Krankenhäuser um rund fünf Prozent günstiger als der Fabriksabgabepreis verkauft. Unter Berücksichtigung des Fabriksabgabepreises abzüglich der vom Hersteller bzw. Depositeur gewährten Rabatte beziehen die Krankenhausapotheken diese Arzneimittel zumindest um etwa 15 Prozent günstiger als die öffentlichen Apotheken. Des Weiteren ist das Gewähren von Naturalrabatten<sup>2</sup>, d. h. dass ein Krankenhaus für zehn bestellte Arzneimittel, z. B. ein weiteres kostenlos dazu erhält, weiterhin gebräuchlich. Im Zuge von klinischen Studien oder Evaluationen benötigte Arzneimittel werden den Krankenhäusern im Normalfall von den pharmazeutischen Unternehmen kostenlos zur Verfügung gestellt. Das Ausmaß der Kostenvorteile in den Krankenhäusern kann aber aufgrund der dem ÖBIG zugänglichen Informationen nicht genauer quantifiziert werden.

Dennoch wird aufgrund der beschriebenen Umstände offenkundig, dass Arzneimittel für Krankenhäuser kostengünstiger als im niedergelassenen Bereich sind und infolgedessen teilweise Arzneimittel von den Krankenhäusern verordnet werden, die im niedergelassenen Bereich relativ teuer sind.

Diese generelle Ungleichbehandlung von Arzneimittelabnehmern ist unter Umständen auch dann gegeben, wenn von einem Krankenhaus eine Anstaltsapotheke und eine öffentliche

---

<sup>2</sup> Anmerkung: Obwohl das Gewähren von Naturalrabatten in Österreich seit dem Jahr 2005 grundsätzlich untersagt ist, hat das BMGF per Erlass vom 4.1.2006 klargestellt, dass dies für Krankenanstalten weiterhin nicht zutrifft.



Apothekes betrieben werden, wie beispielsweise im LKH Salzburg. Der Vorteil besteht in diesem Fall nur darin, dass selten verordnete Arzneimittel in der öffentlichen Apotheke der Krankenhäuser lagernd sind, da die Auswahl der Arzneimittel von den beiden Apotheken aufeinander abgestimmt ist.

Eine weitere, generelle Ursache für steigende Gesundheits- und Arzneimittelausgaben ist die demographische Entwicklung in Europa, von der auch Österreich betroffen ist. Immer älter werdende Menschen benötigen immer mehr und immer aufwändigere medizinische Behandlungen, die zwangsläufig mit einer Erhöhung der Ausgaben einhergehen. Es ist hingegen aufgrund der rückläufigen Geburtenraten nicht zu erwarten, dass die Einnahmen in gleichem Ausmaß steigen werden.

Nicht zuletzt sollte auch darauf hingewiesen werden, dass fast alle auf den Markt kommenden Arzneimittel durchwegs teurer sind als jene schon auf dem Markt befindlichen. Etliche davon sind sogenannte Me-too Produkte also Arzneimittel mit Wirksubstanzen, die schon in ähnlicher Form verfügbar sind oder Arzneimittel für Erkrankungen, für die es schon eine Vielzahl von Behandlungsalternativen gibt.

Alle diese Faktoren tragen zu den beschriebenen enormen Ausgabenzuwächsen bei Arzneimitteln (vgl. Punkt 2.1.4) bei.

### **3.1.1.2 Verordnungsverhalten im niedergelassenen und stationären Bereich**

Das im niedergelassenen Bereich aufgrund der RöV und der EKO-Bestimmungen (vgl. Punkt 2.1.3.2) häufig erforderliche Ersetzen eines im Krankenhaus verordneten Arzneimittels durch ein anderes, zumeist kostengünstigeres Produkt (häufig ein Generikum, seltener ein parallel importiertes Arzneimittel) stellt für Patientinnen und Patienten eine Quelle für Verunsicherung dar. De jure haben sich auf Basis von § 24 Abs. 2 KAKuG auch Krankenhausärzte bzw. -ärztinnen bei der Verordnung der Entlassungsmedikation an die RöV zu halten, aber de facto gibt es bei einer Nichtbeachtung keine Sanktionsmöglichkeiten, wie es beispielsweise im niedergelassenen Bereich der Fall ist.

Das Prinzip einer generellen generischen Bezeichnung der Präparate (generischer Wirkstoffname plus Firmenbezeichnung) kann von österreichischen Ärzten und Ärztinnen nicht konsequent angewendet werden, da eine Verordnung nicht auf den generischen Namen („aut idem“) ausgestellt werden darf, sondern immer ein Handelsname angeführt werden muss. Des Weiteren ist dem Apotheker / der Apothekerin in Österreich die generische Substitution, wie sie in vielen anderen europäischen Ländern üblich ist, gesetzlich verboten. Infolgedessen funktioniert die Umstellung auf ein kostengünstigeres Medikament im niedergelassenen Bereich nicht immer reibungsfrei bzw. führt zur Verunsicherung der Patienten und Patientinnen. Im umgekehrten Fall, das heißt bei der Aufnahme ins Krankenhaus, wird häufig auf ein anderes Generikum umgestellt, weil im Krankenhaus nur dieses lagernd ist.

Seit einigen Jahren werden Generika auch verstärkt in den Krankenhäusern angewendet. Neben der großen Anzahl an Generika bei schon länger auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln, wie beispielsweise bei Infusionen, ist zu betonen, dass bei innovativen Arzneimitteln, die primär in den Krankenhäusern verwendet werden, zumeist keine generischen Alternati-

ven zur Verfügung stehen. Folglich existiert zumindest bis zum Ablauf des Patentschutzes eine monopolartige Angebotssituation, welche sich auch in entsprechend hohen Produktpreisen niederschlägt. Das (im Vergleich zu Kassenärzten / -ärztinnen) von ökonomischen Zwängen noch geringer beeinflusste Verordnungsverhalten von Krankenhausärzten und -ärztinnen führt daher zu (vermeidbaren) Folgekosten für die Sozialversicherung.

### **3.1.1.3 Mangelnde Medikamenten-Compliance und Multimedikation**

Mangelnde Medikamenten-Compliance von Patienten und Patientinnen verursacht laut verschiedener Studien zwischen vier und 30 Prozent der stationären Krankenhausaufenthalte. Laut einer Untersuchung im Rahmen des Projektes „Qualität im Krankenhaus“ waren die Arzneimittelnebenwirkungen und Complianceprobleme (25 Prozent) nach einer unzureichenden häuslichen Versorgung (41 Prozent) die häufigsten Ursachen für ungeplante Wiederaufnahmen im Krankenhaus (BMSG 2000).

Neben der aufgrund der RöV erforderlichen Anpassung der Entlassungsmedikation an ökonomische Vorgaben kommt es in der post-stationären Phase nach der Aussage von Expertinnen und Experten auch zu einem bewussten Austausch der Entlassungsmedikation durch weiterbehandelnde niedergelassene Ärzte / Ärztinnen und noch häufiger zu einem eigenmächtigen Absetzen oder Verändern der Medikation durch den Patienten bzw. die Patientin. Vor allem in der Behandlung von multimorbiden Patienten und Patientinnen, wobei zumeist keine Beschränkung auf die Arzneimittel für die wesentlichsten, das heißt die Lebensqualität am meisten beeinträchtigenden Erkrankungen und Symptome vorgenommen wird, sind diese Handlungen ein Indikator für suboptimale Prozessabläufe.

### **3.1.1.4 Mangelnder Informationsaustausch und Datentransfer**

In der Vergangenheit wurde – auch aufgrund einer fehlenden Datenschnittstelle zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich – der Einfluss der Krankenhäuser auf die Arzneimittelkosten oft unterschätzt (Amler/Bencic 2006).

Das Kommunikationsdefizit besteht dabei in beiden Richtungen, zwischen Krankenhaus und niedergelassenem/r Arzt / Ärztin und vice versa. Aufgrund von Untersuchungsergebnissen im Rahmen des Projektes „Qualität im Krankenhaus“ treten bei etwa der Hälfte der stationären Aufnahmen Probleme mit der Übermittlung von Patientenunterlagen und -informationen auf, d. h. unter anderem fehlt adäquate Information über die prä-stationäre Medikation. Dieses Informationsdefizit erschwert die bei der Aufnahme erforderliche Arzneimittelanamnese erheblich und kann zu potenziell gefährlichen Irrtümern und Verwechslungen führen. Gleichzeitig waren nach den Untersuchungsergebnissen 20 Prozent der Patienten bzw. Patientinnen nicht über die im Krankenhaus neu verordneten Medikamente und die Art ihrer Anwendung sowie 60 Prozent über mögliche unerwünschte Wirkungen nicht informiert (BMSG 2000).

Der Datentransfer in Bezug auf die Arzneitherapie erfolgt in Hinblick auf die Krankenhausaufnahme und -entlassung des Patienten / der Patientin mit dem/r niedergelassenen Arzt / Ärztin über den Arztbrief und mit der Apotheke über die Verordnung. Grundsätzlich fehlen flächendeckende moderne Informations- und Kommunikationstechnologien, um einen

institutionenübergreifenden und somit transmuralen Austausch von Gesundheitsdaten und damit von Daten über die Arzneitherapie, zu ermöglichen. Aufgrund des Gesundheitstelematikgesetzes werden jedoch bereits erste Modellversuche wie die „elektronische Gesundheitsakte (ELGA)“ bzw. „e-Rezept“ umgesetzt (BMGF 2005a).

### **3.1.2 Kostendämpfung bei Arzneimitteln in Krankenhäusern**

Im Folgenden wird ein Überblick über mögliche bzw. teilweise bereits umgesetzte Kostendämpfungsmaßnahmen bei Arzneimitteln in Krankenhäusern gegeben.

#### **3.1.2.1 Kosteneffizienter Arzneimitteleinsatz**

Durch kontinuierliche Marktbeobachtung und Preisverhandlungen wird versucht, gute Einkaufspreise und zwar aufgrund von Rabatten der Hersteller bzw. Depositeure zu erzielen. Wie bereits in Punkt 3.1.1 angeführt beziehen die Krankenhausapotheken die Arzneimittel in der Praxis um bis zu 15 Prozent günstiger als die öffentlichen Apotheken. In diesem Zusammenhang wird auch auf das ökonomische Einsparungspotenzial der „Einkaufsverbände“ von mehreren Krankenhäusern hingewiesen (vgl. Punkt 2.1.5). Auch die Durchführung von Ausschreibungen kann zu besseren Einkaufskonditionen führen.

#### **3.1.2.2 Arzneimittel-Controlling**

Ein entsprechendes Controlling der eingesetzten Arzneimengen in den Krankenhäusern bildet die Grundlage für einen ökonomischen Arzneimitteleinsatz. Arzneimittellisten, Therapie- und Pflegestandards ebenso wie detaillierte Untersuchungen des Arzneimittelverbrauchs bilden eine wichtige Basis für das Arzneimittel-Controlling. Kennzahlen wie z. B. Umschlagshäufigkeit bzw. Verbrauchsmengen, Kapitalbindung und Ablaufdaten ebenso wie Listen auf Basis von ABC-Analysen und Hitlisten, mit deren Einsatz die kosten- und verbrauchsintensivsten Arzneimittel eruiert werden können, sind wichtige Instrumente. An dieser Stelle wird auch auf die erforderliche Forcierung der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluierung von Arzneimittelinnovationen in Hinblick auf die Überprüfung der ökonomischen Effizienz hingewiesen (Langebner 2005).

#### **3.1.2.3 Steigerung des Generikaanteils in Krankenhäusern**

Die Steigerung des Anteils an Generika ist eine weitere Maßnahme zur Einsparung von Kosten in den Krankenhäusern, da der Generikaanteil in Österreich im internationalen Vergleich gering ist (2004: 12,3 %), wobei dies u. a. auch auf das in Österreich relativ niedrige Arzneimittelpreisniveau zurückgeführt wird (BMGF 2005a).

#### **3.1.2.4 Optimierung von Einkauf, Lagerhaltung und Organisation**

Durch den Einsatz von IT in Verbindung mit fundierter praktischer Erfahrung können der Einkauf und die Lagerhaltung von Arzneimitteln in Krankenhäusern optimiert werden. Beispielsweise werden im Rahmen des gegenwärtig laufenden Projektes „Unit Dose System“ im Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital alle verordneten und für die Stationen abzugebenden Arznei-

mittel mit einem elektronisch lesbaren Etikett versehen und den Abteilungen täglich zugestellt („electronic processing“). Zielsetzung dieses Projektes ist es, die Qualität der Medikamentenabgaben zu erhöhen wie beispielsweise Mehrfachgaben zu eliminieren und gleichzeitig die Kosten zu reduzieren. Nach Angaben des Wiener Krankenanstaltsverbands (KAV) werden finanzielle Einsparungen von zehn Prozent erwartet.

#### **3.1.2.5 Eigenherstellung**

Grundsätzlich soll geprüft werden, ob in bestimmten Bereichen die Eigenherstellung bzw. Zusammenmischung von speziell in Krankenhäusern eingesetzten Arzneimitteln (z. B. Zytostatika) durch eine Krankenhausapotheke in einer Region ökonomisch sinnvoller wäre als eine individuelle Mischung (die z. T. an Wochenenden sogar direkt in der einzelnen Station erfolgt).

#### **3.1.2.6 Initiative „Arznei und Vernunft“**

Das Projekt „Arznei und Vernunft“ wurde von der Sozialversicherung und der Pharmawirtschaft initiiert. Seit dem Jahr 2003 sind auch die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) und die Österreichische Apothekerkammer (ÖAK) Projektmitglieder. Zielsetzung dieses ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatzes ist der überlegte und sparsame Umgang mit Arzneimitteln auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, wobei die bestmögliche Behandlung der Patienten / Patientinnen gewährleistet werden soll (HVB 2006a).

Im Rahmen dieses Projektes wurden von Experten / Expertinnen (u. a. auch Krankenhausärzte / -innen) nach festgelegten Qualitäts- und Ökonomiekriterien Leitlinien für Ärzte und Ärztinnen als Entscheidungshilfe sowie Informationsbroschüren für Patienten und Patientinnen entwickelt, und zwar zu Diabetes Typ-2, Osteoporose, Magenkrankheiten, Asthma und COPD, Blutfette und Infektionskrankheiten. Mit der Weiterentwicklung des Konzeptes 2003 wurde dieser Ansatz verstärkt evidenzbasiert ausgerichtet, wodurch ein einheitlicher Ablauf von „Arznei und Vernunft“ Projekten gewährleistet und die Transparenz der Leitlinien erhöht wird. Die Initiative zielt dabei insbesondere auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie auf Patienten und Patientinnen ab, ist aber auch für Krankenhausärztinnen und -ärzte relevant (HVB 2006a).

Ein besonderes Merkmal von „Arznei und Vernunft“ stellt das Ziel dar, immer einen Konsens zu finden. Dies gilt einerseits für die Mitgliederorganisationen, die naturgemäß unterschiedliche Interessen verfolgen, jedoch auch für die Experten / Expertinnen, die ebenfalls konkurrierende Lehransätze vertreten können.

### **3.1.3 Initiativen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements**

Nachfolgend wird eine Auswahl von Initiativen zur (potenziellen) Verbesserung der Arzneimittelversorgung an der Nahtstelle zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich vorgestellt.

### 3.1.3.1 Gesundheitsreform 2005

Eine durch die Gesetzeslage bedingte, getrennte Organisations- und Finanzierungsstruktur im österreichischen Gesundheitswesen in Verbindung mit der steigenden Verfügbarkeit und einem steigenden Bedarf an Leistungen war der Hintergrund für die Gesundheitsreform 2005. Im Rahmen dieser Gesundheitsreform werden durch den Aufbau von dezentralen Kooperationsbereichen und durch das Qualitätsgesetz organisatorische Voraussetzungen für eine Verbesserung der Nahtstelle zwischen niedergelassener und stationärer Versorgung geschaffen. Demnach wird in der zwischen Bund und Ländern für die Jahre 2005 bis 2008 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens als eine wesentliche Zielsetzung die engere Verzahnung des stationären und des niedergelassenen Bereichs genannt. Mit der neu geschaffenen Bundesgesundheitsagentur und den Gesundheitsplattformen auf Länderebene wird die engere Koordinierung von Bund, Ländern und Sozialversicherung institutionalisiert (BMGF 2006a).

Die Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur umfassen die Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens (intra- und extramural). Die Aufgaben der Gesundheitsplattformen umfassen drei Kernbereiche:

- Der Kernbereich intramural setzt sich aus den Aufgaben zusammen, die ausschließlich den stationären Bereich betreffen.
- Der Kernbereich extramural setzt sich aus den Aufgaben zusammen, die ausschließlich den niedergelassenen Bereich betreffen.
- Der Kooperationsbereich umfasst die zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich abzustimmenden Aufgaben. Zwischen dem jeweiligen Land und den jeweiligen Sozialversicherungsträgern ist Einvernehmen herzustellen.

Im Rahmen der Gesundheitsreform werden Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) zur Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich zur Folge haben, vereinbart, wobei sowohl die Länder als auch die Sozialversicherung von diesen Leistungsverschiebungen profitieren müssen. Voraussetzung für diese Maßnahmen ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus darauf inhaltlich einigen. Für den Reformpool werden mindestens ein Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich für die Jahre 2005 und 2006 und mindestens zwei Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich für die Jahre 2007 und 2008 bereitgehalten.

Unter der taxativen Aufzählung von Maßnahmen zur längerfristigen Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens werden auch Maßnahmen zur besseren Abstimmung zwischen einzelnen Krankenhäusern sowie dem niedergelassenen Bereich und zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten genannt.

Nach den Expertenaussagen wird den Gesundheitsplattformen hinsichtlich der Koordinierung der Arzneimittel zwischen den Krankenhäusern und dem niedergelassenen Bereich zukünftig eine zentrale Funktion zugeschrieben. Aufgrund dieser institutionalisierten Koope-

rationsbereiche soll der Nachteil von Budgetverschiebungen, der teilweise bei Kostendämpfungsmaßnahmen auftreten kann, vermieden werden.

### **3.1.3.2 Kooperationsmodell Steiermark**

Aufgrund einer Vereinbarung zwischen der STGKK und der Stmk. KAGes werden seit etwa vier Jahren die Kosten der Arzneimittel in Spezialambulanzen von der STGKK getragen. Unter diese Spezialambulanzen fallen die Ambulanzen für Onkologie und Hämatologie, Zentren für Multiple Sklerose, Zentren für Rheuma und PCP, Dialysezentren sowie Ambulanzen für Hämophilie und Mukoviszidose. Wesentliche Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die STGKK ist die generelle Zulassung dieser Arzneimittel. Werden die Arzneimittel im Rahmen des Boxensystems als nicht erstattungsfähig eingestuft, erfolgt keine Erstattung.

Zielsetzung dieses Kooperationsmodells ist eine qualitative Verbesserung der Arzneimittelversorgung von schwer erkrankten Patienten und Patientinnen, indem bürokratische Hürden vermieden werden, die Behandlung an der Spezialambulanz (z. B. Chemotherapie) möglich ist und keine Notwendigkeit zur stationären Aufnahme aufgrund ökonomischer Überlegungen besteht. Als weitere Vorteile für Patienten bzw. Patientin wurden von den Experten / Expertinnen die kontinuierliche Betreuung sowie der Wegfall der Rezeptgebühr genannt.

Für die STGKK entstehen bei diesem Modell geringere Arzneimittelausgaben, da im niedergelassenen Bereich die Arzneimittelpreise der öffentlichen Apotheken höher sind. Aufgrund der wegfallenden Behandlungskosten durch den niedergelassenen Arzt bzw. der niedergelassenen Ärztin sowie eventueller Laborkosten kommt es zu einer weiteren Ausgabensenkung für die STGKK. Die konkreten finanziellen Einsparungen wurden jedoch bisher noch nicht evaluiert. Für den organisatorischen Mehraufwand der Krankenhäuser wird von Seiten der STGKK eine Administrationsgebühr gezahlt, welche jedoch grundsätzlich nicht kostendeckend ist.

Zukünftig soll in der Landesgesundheitsplattform eine Einigung darüber getroffen werden, wie die finanziellen Einsparungen aufgeteilt werden. Darüberhinaus ist geplant, als weitere Zielgruppen Diabetes-, Schmerz- und chronische Wundpatienten / -patientinnen in dieses Modell aufzunehmen. Aufgrund der Dynamik des Systems bedarf es der laufenden Überprüfung und Evaluierung des Modells insbesondere in Hinblick auf die Relevanz der betroffenen bzw. potenzieller Zielgruppen.

### **3.1.3.3 Versorgungskoordination (Steiermark)**

Mitarbeiter der STGKK, sogenannte Versorgungskordinatoren / -kordinatorinnen, besuchen zweimal pro Woche die steirischen Krankenhäuser und unterstützen die Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige beim Übergang vom Krankenhaus in den häuslichen Bereich, informieren diese über ihre Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung, bieten Hilfestellung bei der Organisation erforderlicher medizinischer, pflegerischer und sozialer Leistungen (z. B. Reha-Maßnahmen, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern) und benachrichtigen im Anlassfall den Hausarzt / die Hausärztin über die bevorstehenden Entlassung. In diesem Zusammenhang liefert der / die Versorgungskordinator /-in auch einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung einer lückenlosen Arzneitherapie (Rohrmoser 2006). Problema-

tisch ist bei diesem Koordinations- und Integrationsmodell die fehlende Unabhängigkeit der Versorgungskoordination von der für die Kosten aufkommenden Sozialversicherung, die sich zum Teil in mangelnder Akzeptanz von Seiten der Leistungserbringer als auch der Patienten bzw. Patientinnen niederschlägt.

#### **3.1.3.4 Verbesserung der Entlassungsmedikation (Wien, Burgenland)**

##### *Einbindung der klinischen Pharmazie in das Aufnahmemanagement*

Im Oktober 2005 wurde auf fünf Stationen des SMZ Ost (Donauspital) in Wien folgendes Projekt gestartet: Mitarbeiter /innen der Krankenhausapotheke mit der speziellen Ausbildung in klinischer Pharmazie überprüfen im Rahmen der Neuaufnahmen, ob die prä-stationäre Medikation mit der Medikation, die bei der Aufnahme festgelegt wird, übereinstimmt und beraten das ärztliche Personal diesbezüglich. Ein ähnliches Pilotprojekt gibt es auch im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt. Beide Pilotprojekte führten neben einer deutlichen Reduktion der einzunehmenden Arzneimittel und einer damit verbundenen besseren Compliance auch zu Kosteneinsparungen im niedergelassenen Bereich.

##### *Einbindung der klinischen Pharmazie in das Entlassungsmanagement*

Seit September 2003 wird von drei Stationen des Donauspitals in Wien ein Projekt hinsichtlich der Einbindung der klinischen Pharmazie in das Entlassungsmanagement durchgeführt. Demnach führten die klinischen Pharmazeuten und Pharmazeutinnen im Rahmen der Entlassung mit jedem Patienten bzw. jeder Patientin, dem bzw. der für die post-stationäre Phase im Arztbrief ein neues Arzneimittel verordnet wurde, ein ausführliches Gespräch. Neben der allgemeinen Information über das Arzneimittel wie beispielsweise mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen, Einnahmemodus und Beschaffung wird im Falle von Multimedikation eine Beschränkung auf die Arzneimittel für die wesentlichsten, das heißt die Lebensqualität am meisten beeinträchtigenden Erkrankungen und Symptome, vorgenommen. Daneben wird gegebenenfalls bei der Entlassung eine Anpassung der verordneten Arzneitherapie an die Ökonomieliste des Hauptverbandes vorgenommen. Dem Patienten bzw. der Patientin wird ein Informationsfolder zum Medikament mitgegeben.

Aufgrund des Aufklärungsgesprächs wird die Verunsicherung des Patienten / der Patientin reduziert, was sich wiederum sehr positiv auf die Medikamenten-Compliance auswirkt. Indem die bisherige Medikation mitberücksichtigt wird, werden Doppelverschreibungen vermieden. Nach bisherigen Erfahrungen wird als besonders vorteilhaft genannt, dass die Kontrolle der Medikation bereits im Rahmen der Entlassung im Krankenhaus stattfindet, weil die Zusammenarbeit zwischen dem / der niedergelassenen Arzt / Ärztin und der öffentlichen Apotheker/in nicht institutionalisiert ist und daher von den persönlichen Beziehungen bzw. vom Engagement des Einzelnen abhängig ist.

##### *Problembereiche*

Bei den beiden oben dargestellten Projekten im Donauspital bedarf es einer hohen Vertrauensbasis zwischen den klinischen Pharmazeuten bzw. Pharmazeutinnen und dem ärztlichen Personal. Weiters werden beide Projekte im Rahmen des Krankenhausbetriebes finanziert,

da keine zusätzlichen finanziellen Mittel vom Finanzierungsträger zur Verfügung gestellt werden. Hinsichtlich der Umsetzung der Projekte im gesamten Krankenhaus wird neben den relativ hohen Kosten auch das mangelnde Fachpersonal an klinischen Pharmazeuten und Pharmazeutinnen als problematisch bezeichnet.

### **3.1.3.5 Sonderregelungen**

Grundsätzlich besteht in Österreich die Möglichkeit, dass Krankenhäuser die Erst- bzw. Akutmedikation auf kassenfähigen Rezepten verschreiben dürfen, wobei sich die verordnenden Krankenhausärztinnen und -ärzte an den Erstattungskodex des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger halten müssen und in erster Linie Arzneyspezialitäten aus dem Grünen Bereich wählen sollen. Der Patient / die Patientin kann diese Arzneimittel direkt bei einer öffentlichen Apotheke – je nach Verordnung und Bundesland innerhalb von einem oder drei Tagen – abholen. In vielen Fällen, z. B. in Niederösterreich muss ein/e Patient/in die von der Krankenanstalt ausgestellte Verordnung von einem niedergelassenen Arzt „umschreiben“ lassen, damit es von der Apotheke zu Lasten der Kasse abgegeben werden kann. Falls erforderlich, muss der / die behandelnde niedergelassene Arzt / Ärztin auch noch eine chefärztliche Bewilligung einholen. Einen Sonderstatus haben dabei das Hanuschkrankenhaus und die Krankenhäuser der AUVA in Wien, da diese grundsätzlich Kassenrezepte ausstellen dürfen.

Weiters übernehmen im Rahmen der Erstmedikation in Wien die Ärzte und Ärztinnen des medizinischen Dienstes des Wiener Krankenanstaltenverbandes sowie einzelne Krankenhäuser in den Bundesländern die „chefärztliche“ Bewilligungsanfrage bei der jeweiligen Krankenkasse.

Von der OÖGKK werden Gespräche mit dem ärztlichen Personal in Krankenhäusern in Hinblick auf die Verordnung von Arzneimitteln für den niedergelassenen Bereich geführt. Zielsetzung ist es, dass Bewusstsein der Krankenhausärzte und -ärztinnen für kostengünstige Generika zu heben, damit diese im Rahmen der post-stationären Therapieempfehlungen berücksichtigt werden.

Daneben gibt es seit einiger Zeit für die Vergütung von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich ein Bonussystem der OÖGKK. Das bedeutet, dass die regionale Ärztekammer einen Bonus erhält (dieser ist für Weiterbildungsmaßnahmen und dgl. zweckgebunden), wenn der / die niedergelassene Arzt / Ärztin im Vergleich zum nationalen Durchschnitt weniger Arzneimittel verschreibt.

### **3.1.3.6 Dokumentation**

Zum Teil werden in den Krankenhäusern Zuweisungsblätter und Patienteninformationsblättern, in denen u. a. die aktuelle Medikation dokumentiert ist, verwendet. Mit Hilfe dieser Maßnahmen sollen Informationsdefizite bei der Aufnahme ins Krankenhaus bzw. bei der Entlassung aus dem Krankenhaus überwunden werden. Im Rahmen der Studie „MedTogether. Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung“ des BMGF wurden Muster für derartige Dokumentationsformulare entwickelt und bereits in den an der Studie beteiligten Krankenhäusern erprobt (BMGF 2004).



### **3.1.3.7 Prinzip der generischen Bezeichnung der Präparate**

Die Anwendung des Prinzips der generischen Bezeichnung der Präparate (generischer Wirkstoffname plus Firmenbezeichnung) in den Arztbriefen wird in einigen Krankenhäusern bereits umgesetzt. Dadurch wird bei der Umstellung auf ein kostengünstigeres Generikum im niedergelassenen Bereich die Orientierung des Patienten bzw. der Patientin erleichtert sowie die Verwechslungsgefahr vermieden.

## **3.2 Ist-Analyse Niederlande**

### **3.2.1 Probleme**

Im Bereich des Arzneimittelsystems in den Niederlanden ist insbesondere die Nahtstellenproblematik auf folgende Punkte zurückzuführen:

#### **3.2.1.1 Duales Finanzierungssystem**

Wie in Österreich ist das duale Finanzierungssystem für den niedergelassenen bzw. den stationären Bereich eine wichtige Ursache für hohe Arzneimittelausgaben im niedergelassenen Bereich. In den Krankenhäusern gilt die Budgetfinanzierung; das Krankenhausbudget umfasst alle im Krankenhaus gelieferten Leistungen, inklusive Arzneitherapie. Um das Budget nicht zu überschreiten, versuchen Krankenhäuser möglichst viele Rabatte von Arzneimittelherstellern zu erhalten: Unter anderem mittels Einschränkung des Arzneimittelsortiments bemühen sich die Krankenhausapotheken die Konkurrenz zwischen den Herstellern anzuregen und damit die Preise der Arzneimittel zu senken. Weiters sind Hersteller oft zu Preisnachlässen bereit, weil das Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen aufgrund der Therapieempfehlungen der Krankenhäuser beeinflusst wird. Das Ausmaß der Kostenvorteile für die Krankenhäuser kann aber anhand der dem ÖBIG zugänglichen Informationen nicht genau beziffert werden.

Aufgrund der signifikanten Naturalrabatte sind die Arzneimittel in den Krankenhäusern kostengünstiger als im niedergelassenen Bereich. Fachärzten / Fachärztinnen ist bei der Verordnung der Entlassungsmedikation dieser Preisunterschied oft nicht bewusst, was in vielen Fällen zu hohen Kosten für die Versicherungen führt.

Das Problem der höheren Kosten von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich wird noch verstärkt durch die Verschiebung der Versorgung in den niedergelassenen Bereich. Patienten und Patientinnen werden schneller nach Hause geschickt, wo die Versorgung auf Kosten der Versicherungen fortgesetzt wird. Die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ist während der letzten zehn Jahre um 20 Prozent gesunken (SFK 2005).

Ein weiteres generelles Problem sind die steigenden Gesundheits- und Arzneimittelausgaben. Ursachen dieser Ausgabenzuwächse sind vor allem die demographische Entwicklung und das auf den Markt Kommen von immer teureren neuen Arzneimitteln. Insbesondere der

letzte Punkt, das In-Verkehr-Bringen von immer mehr neuen innovativen und teuren Arzneimitteln, vor allem Zytostatika, hat einen großen Einfluss auf die Arzneimittelausgaben der Krankenhäuser. In den letzten Jahren wurden Krankenhäuser regelmäßig mit Patienten und Patientinnen konfrontiert, die über einen Gerichtsbeschluss eine Behandlung mit einem bestimmten teuren Arzneimittel erkämpften.

### **3.2.1.2 Verordnungsverhalten im niedergelassenen und stationären Bereich**

Laut einer Studie aus dem Jahr 2003 kamen über 80 Prozent der Verordnungen von einem Hausarzt / einer Hausärztin, 16 Prozent von einem Facharzt bzw. Fachärztin und vier Prozent von sonstigen Arzneimittelverschreibern. Fachärzte / Fachärztinnen verschrieben öfter kürzlich entwickelte Arzneimittel: 9,7 Prozent der von den Fachärzten und Fachärztinnen verordneten Arzneimittel und 6,5 Prozent der von den Hausärzten und Hausärztinnen verordneten Arzneimittel waren erst seit fünf oder weniger Jahren auf dem Markt verfügbar. Neuere Arzneimittel sind gewöhnlich teurer, weil diese noch dem Patentschutz unterliegen und weil es deshalb noch keine (billigeren) generische Alternativen gibt (SFK 2003).

Wenn möglich wird nach der Entlassung einer Person aus dem Krankenhaus das im Krankenhaus verordnete Arzneimittel durch ein anderes, zumeist kostengünstigeres Produkt (Generikum oder ein parallel importiertes Arzneimittel) ersetzt. Dieser Wechsel stellt allerdings eine Quelle für Verunsicherung für Patienten und Patientinnen dar. Im umgekehrten Fall, das heißt bei der Aufnahme ins Krankenhaus, muss aufgrund der großen Auswahl an Generika häufig auf ein bisher nicht verwendetes Generikum umgestellt werden, weil nur dieses im Krankenhaus lagernd ist.

### **3.2.1.3 Mangelnde Medikamenten-Compliance und Multimedikation**

Aktuelle Studien haben gezeigt, dass 50 bis 70 Prozent der Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Erkrankung die Arzneitherapie vorzeitig beenden. In einem Teil der Fälle kann mangelnde Medikamenten-Compliance sogar zu einer (Wieder-)Aufnahme im Krankenhaus führen. Die Gesamtkosten dieses vorzeitigen Abbruches von Behandlungen liegt etwa zwischen € 600 Million und € 800 Million pro Jahr. Weiters halten 25 Prozent aller Patienten und Patientinnen, die Arzneimittel einnehmen (müssen), nicht die vorgeschriebene Dosierung ein (Nefarma 2006).

Unwissen des Patienten bzw. der Patientin bezüglich seiner / ihrer Medikation ist eine wichtige Ursache von mangelnder Medikamenten-Compliance. Vor allem bei multimorbiden Patienten und Patientinnen, die viele verschiedene Arzneimittel erhalten, ist dies der Fall. Zusätzlich verursachen die Aufnahme im bzw. die darauf folgende Entlassung aus dem Krankenhaus einen Wechsel der Arzneimittel und damit weitere Verwirrungen bezüglich der Medikation (van den Brink 2004).

### **3.2.1.4 Mangelnder Informationsaustausch und Datentransfer**

Information bezüglich der prä-stationären Medikation eines Patienten / einer Patientin, der / die im Krankenhaus aufgenommen wird, ist für die Krankenhausapotheke und den behandelnden Facharzt bzw. die behandelnde Fachärztin sehr wichtig. In der Praxis passiert es oft, dass der Patient oder die Patientin dem Arzt bzw. der Ärztin und der Krankenhausapotheke nicht ausreichende Informationen geben kann, und diese bei der öffentlichen Apotheke nachgefragt werden muss. Die Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und der öffentlichen Apotheke bezüglich der Medikation eines Patienten bzw. einer Patientin findet noch immer meistens mittels Telefon und Fax statt und ist oft mühsam, zeitintensiv und nur während der Öffnungszeiten der öffentlichen Apotheken möglich. Im Falle eines Informationsdefizits, z. B. wenn die öffentliche Apotheke geschlossen ist, wird die bei der Aufnahme erforderliche Arzneimittelanamnese erschwert und es können potenziell gefährliche Irrtümer passieren.

Auf der anderen Seite ist der Informationsaustausch zwischen der Krankenhausapotheke, der öffentlichen Apotheke und dem Hausarzt bzw. der Hausärztin bei der Entlassung eines Patienten bzw. einer Patientin ebenso wichtig.

Forschungen haben gezeigt, dass in den Niederlanden jährlich bei 800.000 Patienten und Patientinnen Fehler an den Nahtstellen (Aufnahme im Krankenhaus oder Entlassung aus dem Krankenhaus) gemacht werden. 250.000 dieser Fälle bringen tatsächlich Schaden für Patient bzw. Patientin. Ein Großteil der Fehler bezieht sich auf die Medikation und häufige Ursachen dieser Fehler sind mangelnde und unvollständige Information.

## **3.2.2 Strategien zur Kostendämpfung**

### **3.2.2.1 Sondererstattungsliste für teure Arzneimittel**

In Punkt 2.2.2.1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Arzneimittelkosten der Krankenhäuser aus dem Krankenhausbudget finanziert werden müssen. Mit der zunehmenden Anzahl teurer Arzneimittel wurde es für die Krankenhäuser immer schwieriger, dieses Budget nicht zu überschreiten. Seit dem Jahr 2002 gibt es eine Sondererstattungsliste in der einige von den (etwa 15) teuren Arzneimitteln, meist Zytostatika, aufgenommen sind. Die Arzneimittel auf dieser Liste werden bei Anwendung im Krankenhaus teilweise von den Versicherungen erstattet. Bis vor kurzem konnten die Versicherungen bis zu 75 Prozent der Arzneimittel der Sonderliste vergüten. Die Krankenhäuser mussten diese Erstattung mit den Versicherungen ausverhandeln. Seit dem 1. Januar 2006 gilt eine fixe Erstattung von 80 Prozent der Nettoeinkaufspreise der Arzneimittel der Sondererstattungsliste.

### **3.2.2.2 Effizienter Einkauf von Arzneimitteln**

Durch Preisverhandlungen mit den Herstellern versuchen Krankenhäuser, günstige Einkaufspreise für Arzneimittel zu erzielen. Wie bereits erwähnt beziehen Krankenhausapotheken beim Einkauf von Arzneimitteln Rabatte von bis zu 99 Prozent.

Verhandlungen mit Herstellern finden oft in regionalen Einkaufsverbänden mehrerer Krankenhäuser statt. Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen besteht für Krankenhäuser die Möglichkeit, gemeinsam mit beispielsweise Pflegeheimen, Arzneimittel zu beziehen. Zusätzlich dürfen Krankenhäuser die Arzneimittel an Pflegeheime liefern.

### **3.2.2.3 Arzneimittelkosten inkludiert in Therapieleitlinien**

Zur Dämpfung der Arzneimittelkosten im Bereich der Pflege und Versorgung sowie zur Verbesserung der Qualität der pharmazeutischen Versorgung hat das Ministerium für VWS im Jahr 1999 einige „transmurale“ (regionale oder lokale) Versuchsprojekte, sogenannte „Proeftuinen Farmacie“, finanziert. Die Finanzierung dieser Projekte ist Teil eines „Mehrjahresvertrags“ (Meerjarenaafspraken, MJA) (NVZ/NVZA 2005). Der Großteil davon hatte zum Ziel, das Verschreibungsverhalten der Ärzte / Ärztinnen mittels Leitlinien, die in einem regionalen „Formularium“ festgelegt werden, abzustimmen.

Nach Einstellung der Finanzierung im Jahr 2001 sind die meisten dieser „Proeftuinen Farmacie“ nicht weitergeführt worden. Der „Proeftuin Farmacie“ in der Region von Groningen wurde aber fortgesetzt und mit eigenen Mitteln finanziert. Mittlerweile ist der „Proeftuin Farmacie“ in Groningen eine Stiftung geworden, welche derzeit wieder vom Ministerium für VWS finanziert wird. Darüber hinaus sind einige andere Initiativen zur Entwicklung von regionalen pharmazeutischen Leitlinien entstanden.

Zum „Proeftuin Farmacie Groningen“ gehören insgesamt 19 Arbeitsgruppen, wobei sich jede mit einem eigenen Indikationsbereich beschäftigt. In diesen Arbeitsgruppen sind Hausärzte / -ärztinnen, Fachärzte / -ärztinnen, öffentliche Apotheker / -innen, Krankenhausapotheker / -innen und bei Bedarf weitere Fachexperten / -expertinnen wie z. B. Pflegeheim-Hausärzte / -ärztinnen vertreten.

Die meisten Arbeitsgruppen haben die Erstellung und Aktualisierung von pharmazeutischen Leitlinien nach einem Modell zum Ziel (Beslissingsondersteunend model, BOM). Seit einigen Jahren gibt es auch eine Arbeitsgruppe zu dem Thema „Preise“. Nachdem eine Leitlinie entwickelt worden ist und die klinische Gleichwertigkeit (gleiche klinische Auswirkung und gleiche Dosierung) mehrerer Arzneimittel festgestellt worden ist, gibt die Arbeitsgruppe „Preise“ eine Empfehlung zur Verwendung der drei kosteneffizientesten Arzneimittel. Nach den Recherchen werden die Arzneimittelkosten nur in den Leitlinien von „Proeftuin Farmacie Groningen“ berücksichtigt (KNMP 2004, PFG 2005).

### **3.2.2.4 Steigerung des Generikaanteils**

Bis zum Jahr 2004 gab es einen finanziellen Anreiz für Apotheker / -innen zur Abgabe von Generika. Apotheker / -innen konnten ein Drittel des eingesparten Betrages zu ihren Gunsten einbehalten.

2004 wurde in einem Vertrag (Convenant) zwischen dem Ministerium für VWS, der Königliche Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP), dem Kollegium für Gesundheitsversicherungen (CVZ) und dem Verband der Generika Hersteller (BOGIN) festgelegt, dass öffentliche Apotheker / -innen möglichst viele Generika abgeben. Dieser Vertrag

wurde zuerst bis 2005 und dann bis 2006 und Ende 2007 verlängert. Mittlerweile hat der Generikaanteil schon 50 Prozent (in Bezug auf die verschriebenen Arzneimittel) erreicht. Initiativen zum vermehrten Einsatz von Generika sind folgende:

### *Regionales Bonussystem*

Mit dem Leitspruch „Teuer wenn es muss, billig wenn es geht“ hat einer der Versicherungsträger namens Menzis Mitte 2005 das Modell „Rational verschreiben“ eingeführt. Dieses Modell enthält eine Art Bonussystem für Ärzte und Ärztinnen in der Region von Groningen, die billigere markenlose Arzneimittel verschreiben.

Nach dem Modell erhalten Hausärzte und -ärztinnen eine Vergütung, wenn sie beim ersten Verschreiben das kostengünstigste Arzneimittel wählen. Wenn ein Patient oder eine Patientin bereits ein relativ teures Arzneimittel verwendet, wird der Hausarzt / die Hausärztin gefragt, ob er bzw. sie in Abstimmung mit dem Patient / der Patientin auf eine billigere Variante des Arzneimittels umsteigen. Das Mehr an Zeit, das der Arzt bzw. die Ärztin benötigen, z. B. um sich das Patientendossier anzuschauen und um sich mit dem Patienten bzw. der Patientin zusammzusetzen, dürfen er bzw. sie bei den Versicherungen in Rechnung stellen.

Im Oktober 2005 haben vier Hersteller Menzis beschuldigt, die Ärzte und Ärztinnen beim Verschreiben von Arzneimitteln zu beeinflussen und damit der Beziehung zwischen Arzt / Ärztin und Patient / Patientin zu schaden. Die Hersteller forderten das Verbot der Belohnung von Ärzten und Ärztinnen, wenn sie markenlose Arzneimittel verschreiben. Laut gerichtlichem Urteil vom 20. Mai 2006 kann das Modell „Rational verschreiben“ weitergeführt werden.

Bisher haben sich etwa 150 Hausärzte und Hausärztinnen für die Teilnahme am Modell „Rational verschreiben“ bei Menzis angemeldet. Das Modell hat sich bis jetzt nur auf cholesterinsenkende Arzneimittel und Arzneimittel zur Magensäurehemmung beschränkt.

Die Versicherung plant derzeit, derartige Verträge auch mit Krankenhäusern in der Region von Groningen abzuschließen. Wie bereits erwähnt werden die Arzneimittellisten in Krankenhäusern teilweise durch Rabatte, die von den Herstellern beim Einkauf von Arzneimitteln gegeben werden, bestimmt. Dies sorgt dafür, dass die Fachärzte und -ärztinnen nicht immer die Leitlinien, die in regionalen Formularia festgelegt wurden (vgl. Punkt 3.2.3.1), genau befolgen können, wenn das Krankenhaus das in einer Leitlinie vorgeschlagene Medikament nicht in das Sortiment aufgenommen hat, weil ein anderes wegen Preisnachlässen der Hersteller kostengünstiger war. Menzis plant jetzt in einer Vereinbarung mit den Krankenhäusern in der Region von Groningen festzulegen, dass die wegen der Einhaltung der Leitlinien entgangenen Rabatte von Menzis vergütet werden.

### *Versicherungen erstatten nur eine beschränkte Auswahl von Arzneimitteln*

Seit Mitte 2005 können die Versicherungen aus dem Generika-Angebot das billigste auswählen und erstatten und forcieren damit die Konkurrenz der Hersteller. Derzeit wird diese Möglichkeit von den fünf größten Versicherern in den Niederlanden für drei Arzneimittel (omeprazole, simvastatin and prevastatin) genutzt. Die von den Versicherungen für diese Sonderer-

stattung ausgewählten Arzneispezialitäten dürfen nicht mehr als fünf Prozent teurer als das billigste Generikum sein. In Zukunft erwartet man, dass außer den drei genannten Arzneimittelgruppen noch mehrere Arzneimittel, wahrscheinlich Arzneimittel, die schon längst nicht mehr patentamtlich geschützt sind und die zu einem relativen großen Cluster gehören, in dieser Sondererstattungs-Regelung aufgenommen werden (NMA 2005, ANP 2005).

#### *Elektronisches Verschreibungssystem*

Mit der Entwicklung von einem Software Programm (Elektronisch Voorschrijf Systeem, EVS) für Ärzte / Ärztinnen im Jahr 1998 wurde die Verschreibung von Generika vereinfacht und damit weiter angeregt. Im Rahmen dieses EVS Programms enthält die gedruckte Verschreibung des Arztes / der Ärztin ein Generikum (Wirkstoff) auch wenn der Arzt bzw. die Ärztin im System ein originales Arzneimittel eingegeben hat. Das EVS Programm wird bereits von den meisten Hausärzten / Hausärztinnen und in den meisten Universitätskrankenhäusern verwendet. Bisher konnte eine Senkung der Arzneimittelkosten mit dem EVS Programm nicht nachgewiesen werden.

#### **3.2.2.5 Verlautbarung „Effizienter Arzneimitteleinsatz“**

Ziel des Ministeriums für VWS ist eine effiziente pharmazeutische Versorgung (VWS 2005). Im April 2005 wurde dieses Ziel in einer Verlautbarung „Effizienter Arzneimitteleinsatz“ publiziert. An Hand dieser Verlautbarung wurde im Dezember 2005 ein Forschungsprogramm für die Jahre 2005 bis 2007 entwickelt. Mit den finanziellen Mitteln, die für dieses Programm zur Verfügung stehen, werden Projekte zur Verbesserung der Effizienz des Arzneimitteleinsatzes und der Zusammenarbeit finanziert.

Zum effizienten Arzneimitteleinsatz gehören:

- Effiziente Verschreibung
- Effiziente Abgabe
- Effizienter Gebrauch (= optimaler therapeutischer Effekt)

Die Aktivitäten im Programm beziehen sich nicht auf Preisfeststellung oder Erstattung von Arzneimitteln. Grundlage ist die bereits bestehende Struktur. Die Aktivitäten in diesem Programm wurden in einem interaktiven Prozess festgelegt, wobei verschiedene Akteure (Ministerium für VWS, Hersteller, Krankenversicherungen, Ärzte / Ärztinnen und Patienten / Patientinnen) in das Arzneimittelsystem einbezogen wurden. Im Prinzip sind die verschiedenen Akteure für die Ausführung der Aktivitäten verantwortlich.

Die Aktivitäten zielen vor allem auf:

1. Mehr Transparenz im Arzneimittelsektor
2. Verbesserung der Information der Patienten / Patientinnen
3. Sicherheit für die Patienten / Patientinnen
4. Informationsaustausch und Kommunikation der Politik des Ministeriums für VWS

Zum ersten Punkt „mehr Transparenz im Arzneimittelsektor“ gehören Aktivitäten wie zum Beispiel eine Studie zu den Praxiskosten und den Einkaufsvorteilen von Apotheken und eine Studie zu den Finanzierungsströmen zwischen Arzneimittelherstellern und Fachärzten / Fachärztinnen. Unter diesen Punkt gehört auch eine geplante Studie zur Einkaufspolitik von Krankenhausapotheken. Mit dieser Studie, welche für die zweite Jahreshälfte 2006 geplant ist, wird untersucht, wie der stationäre Bereich das Verschreibungsverhalten im niedergelassenen Bereich beeinflusst. In einer Pilotstudie für 2008 werden in fünf Krankenhäusern Arzneimittel, die in einer Krankenhausambulanz verschrieben werden, auch in der DBC-Pauschale enthalten sein. Dies wird zur Transparenz der Verschreibung von Arzneimitteln in Krankenhausambulanzen beitragen.

Zum dritten Punkt, Sicherheit für die Patienten / Patientinnen, wird die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Betreuungspersonen angestrebt. Zu diesem Zweck finanziert das Ministerium für VWS im Jahr 2006 das Programm „Pharmaco-Ketenontwikkeling“ (Entwicklung einer Pharmaco-Versorgungskette), in dem Zusammenarbeitsprojekte im Arzneimittelbereich ausgeführt werden (vgl. Punkt 3.2.3.1).

### **3.2.3 Initiativen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements**

#### **3.2.3.1 Programm „Entwicklung einer Pharmaco-Versorgungskette“**

Das Ministerium für VWS hat im Programm „Entwicklung einer Pharmaco-Versorgungskette“ für die Jahre 2006 und 2007 finanzielle Mittel für einige Zusammenarbeitsprojekte im Arzneimittelbereich zur Verfügung gestellt, um die lückenlose transmurale Versorgung mit Arzneimitteln aufzubauen. Zentral in diesem Programm sind die Verbesserung der Qualität, der Effizienz und die Sicherheit der (Arzneimittel-)Versorgung. Ziel des Programms ist es zu überprüfen, ob und inwiefern die Entwicklung einer Pharmaco-Versorgungskette zu einem effizienten Arzneimitteleinsatz beiträgt.

Aktivitäten in diesem Programm sind zum Beispiel die Errichtung von Apothekenservicestellen (Apotheek Servicepunten, ASP) in Krankenhäusern und die Initiierung von Pharmacotheapeutischen transmuralen Diskursen (Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg, FTTO).

#### *Apothekenservicestellen*

Seit Mitte der 1990er Jahre wurden schon mehr als 45 Apothekenservicestellen (ASP) innerhalb von Krankenhäusern in den Niederlanden eingerichtet. Diese ASP führen Kontrollen und verschiedenste Aktivitäten zur Medikationssicherheit an der Nahtstelle zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor aus. Bisher sind die einzelnen Aktivitäten dieser ASP sehr unterschiedlich. Gemeinsam ist in allen ASP die Unterstützung der Patientenbetreuung innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, vom Besuch beim Hausarzt bzw. bei der Hausärztin, über die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus bis zur Entlassung und weiter während der nachfolgenden Behandlung zu Hause (van Eijk 2005, van der Aalst 2005).

Die ASP unterstützt zu verschiedenen Zeitpunkten und auf verschiedene Weise den Informationsaustausch innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, damit alle Beteiligten (i.e. Pati-

ent / Patientin, Arzt / Ärztin, Apotheker / Apothekerin, Pflegepersonal, etc.) wissen, welche Arzneimittel der Patient / die Patientin braucht.

Zusätzliche Tätigkeiten der ASP sind:

- Prüfung der Medikation, damit z. B. Doppelmedikation und unerwünschte Wechselwirkungen vermieden werden
- Verarbeitung und Start von Arzneimittelprotokollen
- Prüfung der abgegebenen Arzneimittelmenge
- Information weiterer Gesundheitsbetreuungspersonen über die Medikation des Patienten bzw. der Patientin
- Vorantreiben der transmuralem Zusammenarbeit
- Information und Begleitung des Patienten / der Patientin

Die von den Krankenhausorganisationen genannten Gründe, eine ASP zu öffnen, sind die Minimierung der Medikationsfehler, eine bessere Dienstleistung für den Patienten bzw. die Patientin und die schnellere Medikamentenversorgung des entlassenen Patienten und der Patientinnen. Zusätzlich hat man durch die ASP einen schnelleren Einblick in die prästationäre Medikation und einen besseren Kontakt zwischen dem niedergelassenen und stationären Sektor.

Laut wissenschaftlichen Untersuchungen sind 36 Prozent der Rezepte undeutlich verfasst oder enthalten unvollständige Informationen, weshalb das Eingreifen der ASP notwendig ist. Laut denselben wissenschaftlichen Untersuchungen können die Versicherungen Einsparungen bis zu € 100 pro Patient / Patientin erzielen. Zeitlich erspart sich die öffentliche Apotheke dank der ASP etwa zehn Minuten pro Patient / Patientin, und der Facharzt / die Fachärztin erspart sich im Schnitt 19 Minuten pro Patient / Patientin (DGV 2006).

Im Durchschnitt sind pro ASP zwei Vollzeitkräfte, meistens Apothekerassistenten / -assistentinnen, angestellt. Pro Vollzeitkraft und Jahr werden im Durchschnitt 5.000 Patiententransfers unterstützt. Das Personal, die Räume und die Ausstattung einer ASP werden vom Krankenhaus, in dem die ASP eingerichtet wurde, finanziert. Zusätzlich müssen öffentliche Apotheken der Region die Teilnahme an einer ASP bezahlen.

ASP werden als sehr vielversprechend gesehen und es entstehen immer mehr. Das Ministerium für VWS finanziert im Jahr 2006 verschiedene Forschungsprojekte im Bereich der Entwicklung einer Pharmaco-Versorgungskette (vgl. Punkt 3.2.3.1). Zu diesem Bereich gehören alle Aktivitäten, die in Bezug auf die Medikation einen reibungslosen Transfer von einer Person im Versorgungsprozess (von Aufnahme bis zur Entlassung) bewirken. Viele diese Forschungsprojekte betreffen die Evaluierung oder Weiterentwicklung der ASP.

Zur Unterstützung der ASP, z. B. mittels Einrichtung einer nationalen ASP-Plattform oder mittels Training für Aufnahme- und Entlassungsgespräche, hat das Ministerium für VWS das Niederländische Institut für verantwortungsbewussten Arzneimitteleinsatz (DGV) mit finanziellen Mitteln ausgestattet.



### *FTTO und transmurale Formularia*

1999 hat das Ministerium für VWS Projekte zur Erstellung von transmuralen Leitlinien finanziert. In dieser „proeftuinen pharmacie“ wurden pharmacotheapeutische transmurale Diskurse (FTTO) geführt, in denen Hausärzte / -ärztinnen, Fachärzten / -ärztinnen, öffentliche Apotheken, Krankenhausapotheken, regionale Dependenz von der Königlichen Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie (KNMP) und, wenn nötig, andere Fachexperte / -expertinnen aus einer Region gemeinsam pharmazeutische Leitlinien laufend entwickeln. Im Wesentlichen war dies eine Fortsetzung der bereits länger bestehenden pharmacotheapeutischen Diskurse im niedergelassenen Bereich, in die die Krankenhäuser noch nicht eingebunden waren.

Diese Leitlinien wurden in „Formularia“ zusammengefasst. Ein Formularium kann man definieren als „eine Zusammenfassung von pharmazeutischen Empfehlungen, mit denen alle relevanten Betreuungspersonen einverstanden sind“. Ein Formularium bietet dem (Haus-) Arzt / der (Haus-)Ärztin Unterstützung beim Verschreiben von Arzneimitteln für bestimmte Indikationen. Formularia werden auf Krankensebene entwickelt, und seit der Initiative des Ministeriums für VWS im Jahr 1999 auch immer mehr auf regionaler Ebene. Alle regionalen Formularia werden elektronisch (im Internet<sup>3</sup>) und/oder im Papierformat publiziert und oft in die Softwareprogramme der Ärzte und Ärztinnen integriert. Derzeit bestehen etwa zehn regionale Initiativen zur Entwicklung von transmuralen Leitlinien. Aber nicht alle Formularia werden kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert.

Aus praktischer Sicht hat das Konzept der FTTO einige Nachteile. Die kontinuierliche Aktualisierung der Leitlinien ist sehr arbeitsintensiv und einige der FTTO-Initiativen sind infolgedessen gescheitert, obwohl man in der Entwicklung von Leitlinien sehr erfolgreich war. Zu dem fehlt eine Kontrolle der Einhaltung von Leitlinien und es gibt keine Konsequenzen, wenn Ärzte und Ärztinnen den Leitlinien nicht folgen.

#### **3.2.3.2 „Poliklinische“ Pharmazie**

In etwa zehn niederländischen Krankenhäusern gibt es mittlerweile auch eine „poliklinische Pharmazeutische Versorgung“ durch sogenannte „poliklinische Apotheken“. Eine „poliklinische Apotheke“ befindet sich innerhalb eines Krankenhauses oder auf dessen Grundstück, und darf an jeden, also auch an nicht im Krankenhaus aufgenommene Personen, Arzneimittel verkaufen. Die Organisation und die administrative Verantwortlichkeit einer „poliklinischen Apotheke“ liegen beim Krankenhaus.

Der Patient bzw. die Patientin können sofort nach der Entlassung die benötigten Arzneimittel abholen und werden direkt über die (neue) Medikation informiert. Der Patient bzw. die Patientin können angeben, ob er / sie in Zukunft auch zu der „poliklinische Apotheke“ kommen will. In diesem Fall wird darauf geachtet, wann der Patient / die Patientin wegen eines Arzttermins wieder im Krankenhaus sein muss, und welche Menge von den verordneten Arzneimitteln dem Patienten oder der Patientin mitzugeben ist, damit die Arznei genau bis zum

---

<sup>3</sup> <http://www.artsenapotheker.nl/formularium>, <http://www.formularium.nl>

nächsten Termin reicht. Die „poliklinische Apotheke“ kontrolliert die nach der Entlassung verschriebenen Arzneimittel, damit Fehler in der Medikation und Doppelmedikation möglichst vermieden werden.

Die „poliklinische Apotheke“ funktioniert wie eine Brücke zwischen dem Patient / der Patientin, dem Hausarzt / der Hausärztin und dem Facharzt / der Fachärztin. Die Arzneimittelstrategie und das Arzneimittelangebot einer „poliklinischen Apotheke“ werden mit den Fachärzten / Fachärztinnen des Krankenhauses abgestimmt. Weil sich das Krankenhaus und die „poliklinische Apotheke“ auf dem selben Gelände oder sogar im selben Gebäude befinden, können die Fachärzte / -ärztinnen des Krankenhauses im Falle eines Problems sofort verständigt werden. Die Fachärzte und Fachärztinnen sind für sachkundige Beratung der „poliklinischen Apotheken“ leicht erreichbar.

Diese Entwicklungen der Errichtung von „poliklinischen Apotheken“ läuft parallel mit anderen Entwicklungen in den Niederlanden wie zum Beispiel folgenden:

- Die fachärztliche Versorgung findet immer häufiger nicht nur im stationären, sondern auch im niedergelassenen Bereich (d. h. wenn der Patient / die Patientin schon zu Hause ist) statt.
- Die Zunahme der Einrichtung von Gemeinschaftspraxen und „Dienstapotheken“ (spezialisierte Apotheken z. B. für Rheuma Patienten / Patientinnen oder Apotheken, die abends und am Wochenende offen sind) auf dem Gelände des Krankenhauses.
- Die Arzneitherapie als Teil der Gesamttherapie wird immer wichtiger.
- Die Krankenhäuser entwickeln sich immer mehr in Richtung eines Zentrums mit sehr spezialisiertem Wissen (z. B. Rheumaklinik, Klinik für Patienten und Patientinnen mit Herzversagen oder Dialysezentrum).

Insgesamt sind die Vorteile einer „poliklinischen Apotheke“ folgende:

- Die Verfügbarkeit von Wissen und Erfahrungen der Fachärzte / Fachärztinnen im Krankenhaus
- Eine kürzere Zeit zwischen der Verschreibung und der Abgabe eines Arzneimittels
- Die benötigten Arzneimittel sind immer lagernd und sofort lieferbar
- Gute Abstimmung des Verfahrens und kurze Wege zwischen Fachärzten / Fachärztinnen im Krankenhaus und dem / der (Krankenhaus-)Apotheker / -in (und Apothekenassistenten / -assistentinnen)
- Die Möglichkeit zentral zu steuern z. B. im Falle neuer Therapien oder zum Ansporn von sinnvoller und sparsamer Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln

Mit der Errichtung von „poliklinischen Apotheken“ geht ein Einkommensverlust von öffentlichen Apotheken einher, was sich nachteilig auf die Kooperationsbereitschaft der öffentlichen Apotheken auswirken kann.

Die niederländische Krankenanstaltenvereinigung (NVZ) und die niederländische Vereinigung der Krankenhausapotheker (NVZA) unterstützen die Weiterentwicklung der „poliklinischen pharmazeutischen Versorgung“ (NVZ/NVZA 2005a).

### **3.2.3.3 Elektronischer Informationsaustausch**

Der Informationsaustausch bezüglich der Medikation von Patienten und Patientinnen zwischen Krankenhäusern und öffentlichen Apotheken findet zumeist telefonisch, per Fax oder per E-Mail statt. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser nur während der Öffnungszeiten der Apotheken informiert werden können. In einigen Regionen hat man in den letzten Jahren damit begonnen, elektronische Netzwerke zu entwickeln. Diese Netzwerke ermöglichen Krankenhäusern jederzeit in die Patientendaten der öffentlichen Apotheken Einsicht zu nehmen, um die aktuelle Arzneimittelverschreibung abzufragen und somit etwaige Kontraindikationen zu vermeiden.

Laut Gesetz (WGBO) dürfen alle im Register des Gesundheitspersonals (BIG) aufgenommenen Personen, die in die Behandlung eines Patienten bzw. einer Patientin involviert sind, die elektronisch dokumentierten Daten des Patienten / der Patientin einsehen.

Zum Beispiel können in einer Region in den Niederlanden die Krankenhausapotheke, öffentliche Apotheke, Hausärzte / -ärztinnen, Pflegepersonal und Fachärzte / -ärztinnen, die im regionalen elektronischen Patientendossier ‚Eridanos‘ festgelegten Daten bezüglich der Medikation eines Patienten bzw. einer Patientin anfordern. Das Patientendossier ‚Eridanos‘ wird in dieser Region derzeit von über 2.000 Betreuungspersonen verwendet, wovon 140 Hausärzte / Hausärztinnen sind (Zorgkrant 2006a).

Anforderungskriterien für elektronischen Patientendossiers und den Informationsaustausch werden vom nationalen IT Institut im Gesundheitswesen (Nationaal ICT Instituut in de Zorg, NICTIZ) definiert.

### **3.2.3.4 Kontrolle von verschriebenen Arzneimitteln**

In einem Pilotprojekt im Jahr 2005, an dem sechs Apotheken in Nijmegen teilnahmen, wurden nach der Entlassung eines Patienten bzw. einer Patientin die verschriebenen Arzneimittel von einer öffentlichen Apotheke kontrolliert.

Im Projekt sind über 100 Patienten und Patientinnen, die nach ihrer Entlassung mehr als vier verschiedene Arzneimittel einnehmen mussten, von einem/r öffentlichen Apotheker/in besucht worden. Nach den Untersuchungsergebnissen dieses Projektes mussten die Apotheker/innen in 86 Prozent der Fälle wegen Kontraindikationen oder Doppelmedikation einschreiten. Nach den Aussagen der Projektverantwortlichen wird das Projekt weitergeführt werden. Finanziert wird dieses Projekt von den Krankenversicherungen, wobei eine Bedingung für die Finanzierung der möglichst hohe Generikaanteil bei der Abgabe durch die öffentliche Apotheke ist (MedNet 2005).

## 4 Vergleichende Darstellung

Basierend auf den vorangehenden Kapiteln werden die Gesundheits- und Arzneimittelsysteme, die Probleme bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement sowie die Initiativen zur Lösung dieser Probleme in Österreich und in den Niederlanden vergleichend diskutiert und dargestellt, wobei das Augenmerk auf die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede gelegt wird.

### 4.1 Gesundheits- und Arzneimittelsysteme

Sowohl in Österreich als auch in den Niederlanden werden die Arzneimittel primär über öffentliche Apotheken vertrieben, wobei in weniger bevölkerten Regionen die Abgabe von Arzneimitteln von einem/r hausapothekenführenden Arzt bzw. Ärztin übernommen wird. Während in Österreich rund 45,5% aller Arzneimittelabgabestellen Ärztinnen und Ärzte sind, ist der entsprechende Anteil in den Niederlanden nur rund 25% (Stand 2005).

Zusätzlich gibt es in beiden Ländern öffentliche Apotheken, die von Krankenanstalten betrieben werden. Der Unterschied liegt aber darin, dass in Österreich der Betrieb dieser öffentlichen Krankenanstaltsapotheken historisch bedingt ist und auf einer Ausnahmeregelung beruht, weshalb es nur fünf derartige Apotheken gibt. In den Niederlanden dürfen alle Krankenhäuser mit einer Ambulanz eine öffentliche „Poliklinische Apotheke“ betreiben. Dies wird darüber hinaus von der öffentlichen Hand forciert.

Eine weitere Gemeinsamkeit der beiden Länder ist, dass die Finanzierung von Arzneimitteln in den Krankenhäusern aus den jeweiligen Krankenhausbudgets erfolgen muss. In den Niederlanden existiert aber eine Sonderregelung laut der die Versicherungen für eine bestimmte Gruppe von Arzneimitteln 80 Prozent der Kosten übernehmen, auch wenn die Behandlung im Krankenhaus erfolgt. Eine ähnliche Regelung gibt es in der Steiermark, wo die Kosten für Zytostatika, auch wenn sie in einem Krankenhaus abgegeben werden, von der Krankenkasse getragen werden.

In beiden Ländern unterliegen Arzneimittel, die ausschließlich im Krankenhaus verwendet werden, nicht dem ansonsten geltenden Preisfestsetzungssystem, und es wird von den Krankenhäusern versucht, möglichst viele und hohe Einkaufsrabatte von den Herstellern zu erhalten. Sowohl in Österreich als auch in den Niederlanden obliegen die Beschaffung und Finanzierung der erstattungsfähigen Arzneimittel im niedergelassenen Bereich den Versicherungen / Krankenkassen.

Mit dem neuen Versicherungssystem, das im Jahr 2006 eingeführt wurde, erhielten die Versicherungen in den Niederlanden ein stärkeres Gewicht. Das niederländische Gesundheitssystem ist damit deutlicher marktwirtschaftlich orientiert als jenes in Österreich: So können Versicherungen seit dem Jahr 2005 aus dem Generika-Angebot das billigste Generikum auswählen und erstatten, um so die Konkurrenz der Anbieter zu fördern.

*Tabelle 4.1: Österreich und Niederlande – Gemeinsamkeiten im Gesundheits- und Arzneimittelsystem*

<b>Gemeinsamkeiten im Gesundheits- und Arzneimittelsystem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung von Krankenhausambulanzen (vgl. 2.2.1)</li> <li>• Distributionswege von Arzneimitteln (vgl. 2.1.1 und 2.2.1)</li> <li>• Krankenhausesklusive Arzneyspezialitäten unterliegen nicht dem ansonsten geltenden Preisfestsetzungssystem (vgl. 2.1.2 und 2.2.3)</li> <li>• Finanzierung von Leistungen in Krankenhäusern mittels Fallpauschalen (vgl. 2.1.3.1 und 2.2.2.1)</li> <li>• Arzneimittelausgaben der Krankenhäuser in den Fallpauschalen enthalten (vgl. 2.1.3.1 und 2.2.2.1)</li> <li>• Im niedergelassenen Bereich obliegen die Beschaffung und Finanzierung der erstattungsfähigen Arzneimittel den Versicherungen / Krankenkassen (vgl. 2.1.3.1, 2.1.3.2, 2.2.2.1 und 2.2.2.2)</li> <li>• Arzneimittelhersteller gewähren den Krankenhäusern Preisnachlässe und Naturalrabatte (vgl. 2.2.2.1, 3.1.1.1 und 3.2.1.1)</li> <li>• Keine bzw. kaum Einschränkung der (Haus-)Ärzte / Ärztinnen bei der Verordnung von Arzneimitteln auf einzelne Krankheitsbilder oder Patientengruppen</li> </ul>

Quelle: ÖBIG

*Tabelle 4.2: Österreich und Niederlande – Unterschiede im Gesundheits- und Arzneimittelsystem*

<b>Unterschiede im Gesundheits- und Arzneimittelsystem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Krankenhausambulanzen in den NL dürfen öffentliche Apotheken führen (vgl. 2.2.6 und 3.2.3.2)</li> <li>• Privatisierung der Krankenversicherungen in den NL – freie Wahl der Versicherung und stärkere marktwirtschaftliche Orientierung (vgl. 2.2.1)</li> <li>• Für eine bestimmte Gruppe von teuren Arzneimitteln in Krankenhäusern werden in den NL 80% der Kosten von den Versicherungen erstattet (vgl. 2.2.2.1 und 3.2.2.1) – in AT gibt es eine derartige Regelung (nur) im Bundesland Steiermark (vgl. 2.1.3.1)</li> <li>• Rolle des Hausarztes / der Hausärztin als „Gatekeeper“ in den NL; Überweisung in Krankenhäuser - Ambulanz - ist erforderlich (vgl. 2.2.1)</li> <li>• Keine niedergelassenen Fachärzte / -ärztinnen in den NL (vgl. 2.2.1)</li> <li>• Bereits bestehende gesetzliche Basis für elektronischen Datenaustausch zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhäusern in den NL (vgl. 3.2.3.3)</li> <li>• In den NL dürfen Krankenhäuser Arzneimittel direkt an, z. B. Pflegeheime, liefern (vgl. 3.2.2.2)</li> </ul>

AT = Österreich, NL = Niederlande

Quelle: ÖBIG

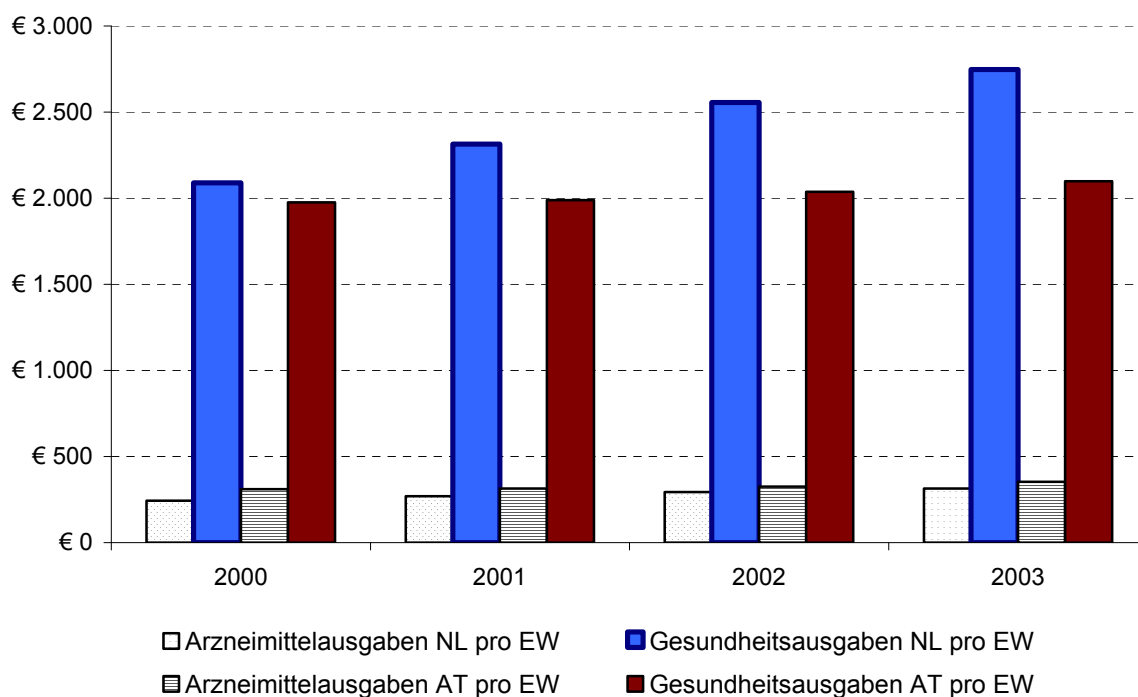
Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen beiden Ländern besteht in der Rolle des Hausarztes / der Hausärztin. In den Niederlanden sind im niedergelassenen Bereich keine Fachärzte / -ärztinnen tätig und infolgedessen werden etwa 90 Prozent aller Erkrankungen

vom Hausarzt / -ärztin selbst behandelt. Falls eine Behandlung in einem Krankenhaus erfolgen muss, ist ein sogenannter „Verweisungsbrief“ des Hausarztes / -ärztin erforderlich.

In beiden Ländern übermittelt das Krankenhaus bei der Entlassung einer kranken Person dem Arzt / der Ärztin mithilfe des Arztbriefes Informationen zum Arzneimitteleinsatz. Die Apotheke erhält die Informationen mit einer Verordnung. Zusätzlich dürfen in den Niederlanden laut Gesetz (WGBO) alle im Register des Gesundheitspersonals (BIG) aufgenommenen Personen, die in die Behandlung eines Patienten bzw. einer Patientin involviert sind, die elektronisch dokumentierten Daten des Patienten / der Patientin einsehen. Dies ermöglicht einen elektronischen Datenaustausch zwischen dem Betreuungspersonal im niedergelassenen und im stationären Bereich.

Nachstehende Abbildung 4.1 zeigt, dass – obwohl die Gesundheitsausgaben pro Einwohner / -in in den Niederlanden mit rund € 2.100,- (Stand 2003) höher als in Österreich sind – die Arzneimittelausgaben pro Kopf in Österreich höher liegen.

*Abbildung 4.1: Österreich und Niederlande – Entwicklung der Gesundheits<sup>1</sup>- und Arzneimittelausgaben im Vergleich, 2000 - 2003*



<sup>1</sup> Die angegebenen Gesundheitsausgaben wurden nach der „alten“ OECD Health Systems Account Berechnungsmethode errechnet (vgl. Punkt 2.2.5)

AT = Österreich, EW = Einwohner / -in, NL = Niederlande,

Quelle: OECD 2005

## 4.2 Probleme

Ein in beiden Staaten den Arzneimitteleinsatz stark beeinflussender Faktor ist das duale Finanzierungssystem, welches in beiden Ländern zu hohen Arzneimittelausgaben im niedergelassenen Bereich führt (vgl. Punkte 3.1.1 und 3.2.1). Das duale Finanzierungssystem bedingt das unterschiedliche Verordnungsverhalten der Krankenhausärzte und -ärztinnen und der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, insbesondere der Hausärzte. Außerdem sind die Arzneimittellisten der Krankenhäuser nicht oder zu wenig mit jenen im niedergelassenen Bereich abgestimmt. Beispielsweise können Medikamente der Arzneimittelliste eines Krankenhauses in der öffentlichen Apotheke nicht verfügbar sein bzw. prä-stationäre Arzneimittel eines Patienten bzw. einer Patientin nicht im Krankenhaus vorhanden sein. Die Medikation der Patienten und Patientinnen wird dadurch ständig geändert, was wiederum Verwirrungen und Verunsicherungen auslösen kann.

Zusätzlich stellt die in Österreich im niedergelassenen Bereich aufgrund der RÖV (vgl. Punkt 2.1.3.2) oft erforderliche Ersetzung eines im Krankenhaus verordneten Arzneimittels durch ein anderes, zumeist kostengünstigeres Produkt (häufig ein Generikum), eine Quelle der Verunsicherung dar. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in Österreich eine Verordnung nicht auf den generischen Namen ausgestellt werden darf. Des Weiteren ist generische Substitution durch den Apotheker / die Apothekerin, die in den Niederlanden üblich ist, in Österreich verboten.

In nachstehenden Tabellen werden alle in den vorgehenden Kapiteln im Detail angeführten gemeinsamen (Tabelle 4.3) und unterschiedlichen (Tabelle 4.4) Probleme bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement in Österreich und in den Niederlanden zusammengefasst.

*Tabelle 4.3: Österreich und Niederlande – Gemeinsamkeiten bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement*

<b>Gemeinsamkeiten bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Generelle Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich (vgl. 3.1.1.1 und 3.2.1.1)</li><li>• Duales Finanzierungssystem führt zu hohen Kosten vor allem im niedergelassenen Bereich (vgl. 3.1.1.1 und 3.2.1.1)</li><li>• Unterschiedliches Verordnungsverhalten von niedergelassenen Ärzten / Ärztinnen und Krankenhausärzten / -ärztinnen (vgl. 3.1.1.2 und 3.2.1.2)</li><li>• Mangelnde Abstimmung der Arzneimittellisten in Krankenhäusern mit dem niedergelassenen Bereich (vgl. 3.1.1.1 und 3.2.1.1)</li><li>• Informationsdefizit bezüglich Medikation bei Aufnahme und Entlassung (vgl. 3.1.1.4 und 3.2.1.4)</li><li>• Mangelnde Medikamenten-Compliance der Patienten / Patientinnen (vgl. 3.1.1.3 und 3.2.1.3)</li></ul>

AT = Österreich, NL = Niederlande

Quelle: ÖBIG

*Tabelle 4.4: Österreich und Niederlande – Unterschiede bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement*

<b>Unterschiede bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzneimittelausgaben 2005 in den NL gesunken, in AT um 2,1% gestiegen (vgl. 2.1.4 und 2.2.5)</li> <li>• Verordnungen werden in den NL primär auf den generischen Produktnamen (=Wirkstoff) ausgestellt, in AT ist dies verboten (vgl. 3.2.2.4)</li> <li>• Generikasubstitution durch den Apotheker ist in AT verboten, in den NL erlaubt</li> </ul>

AT = Österreich, NL = Niederlande

Quelle: ÖBIG

Der mangelnde Informationsaustausch zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich hinsichtlich Information zur Medikation eines Patienten bzw. einer Patientin bei Aufnahme und Entlassung stellt ein weiteres gemeinsames Problem der beiden Systeme dar (vgl. Punkte 3.1.1.4 und 3.2.1.4).

Es scheint auch, dass die in den Niederlanden eingesetzten Kostendämpfungsmaßnahmen erfolgreicher als die Maßnahmen in Österreich sind, da die Arzneimittelausgaben nicht nur nicht gestiegen, sondern sogar reduziert werden konnten. In Österreich sind die Arzneimittelausgaben im Jahr 2005 um 2,1% gestiegen.

### **4.3 Initiativen**

In beiden Ländern gibt es Zusammenschlüsse von mehreren Krankenhäusern zu Einkaufsverbänden, um günstige Einkaufspreise bzw. Einkaufsrabatte zu erzielen. Gleichzeitig bedingt der gemeinsame Einkauf von Arzneimitteln die Abstimmung der Arzneimittellisten. Einkaufsgemeinschaften zwischen Krankenanstalten und Krankenkassen / Versicherungen bestehen hingegen in beiden Ländern nicht.

Sowohl in den Niederlanden als auch in Österreich gibt es bereits strukturierte Diskurse, in denen unter anderem pharmacotherapeutische Leitlinien für ausgewählte Indikationen wie z. B. Asthma oder Diabetes Typ-2 entwickelt werden. Der Unterschied zwischen beiden Ländern besteht darin, dass in den Niederlanden Krankenhausapotheker / -apothekerinnen und Krankenhausärzte / -ärztinnen stärker bei der Definition und bei der Umsetzung der Leitlinien eingebunden sind. In beiden Ländern ist die Nichteinhaltung der Leitlinien jedoch mit keinen Sanktionen für die Ärzte bzw. Abteilungen verbunden.

Sowohl in Österreich als auch in den Niederlanden gibt es Krankenhäuser, die eine öffentlichen Apotheke führen. In Österreich betrifft dies jedoch nur fünf Krankenhäuser, wobei diese Ausnahmeregelung historisch begründet ist. In den Niederlanden dürfen prinzipiell alle Krankenhausambulanzen eine öffentliche Apotheke betreiben. Derzeit gibt es erst etwa zehn derartige „poliklinische Apotheken“, aber ihre Gründung wird von der niederländische Kranken-



anstaltenvereinigung forciert, weil sie eine wichtige Rolle im Nahtstellenmanagement erfüllen.

Nahtstellenmanagement in Bezug auf die Medikation der aufgenommenen und entlassenen Patienten und Patientinnen findet in den Niederlanden auch immer mehr in den sogenannten Apothekenservicestellen innerhalb von Krankenhäusern statt. Wichtige Aufgaben dieser Apothekenservicestellen sind die Kommunikation mit dem niedergelassenen Bereich (vor allem mit den öffentlichen Apotheken und Hausärzten / -ärztinnen) und die Medikationsbegleitung der Patienten und Patientinnen bei der Entlassung. In Österreich gibt es mit Ausnahme eines Modellprojekts der Wiener Krankenanstalten und dem KH der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt hingegen noch keine derartigen Initiativen.

Das niederländische Gesetz erlaubt einen versicherungs- und fachübergreifenden Austausch von Patientendaten zwischen dem Betreuungspersonal (intra- und extramural) über regionale elektronische Patientendossiers, jedoch unter der Voraussetzung, dass die Betreuungsperson bei der Behandlung des Patienten bzw. der Patientin eingebunden ist und diese Daten für die Behandlung notwendig sind. In einigen Regionen in den Niederlanden findet bereits einregelmäßiger elektronischer Austausch von Patientendaten statt. In mehreren Regionen und auch auf nationaler Ebene wurden bereits entsprechend gesicherte Netzwerke und elektronische Patientendossiers entwickelt.

Tabellen 4.5 und 4.6 bieten einen zusammenfassende Übersicht über gleiche und unterschiedliche Initiativen zur Lösung der Probleme bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement in Österreich und in den Niederlanden.

*Tabelle 4.5: Österreich und Niederlande – Gleiche Initiativen zur Lösung der Probleme bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement*

<b>Gleiche Initiativen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Arzneimittelkommissionen erstellen Arzneimittellisten in Krankenhäusern (vgl. 2.1.5.1 und 2.2.6.1)</li><li>• Einkauf von Arzneimitteln erfolgt oft durch Einkaufsgemeinschaften von Krankenhäusern (vgl. 2.1.5.2, 2.2.3, 3.1.2.1 und 3.2.2.2)</li><li>• Es gibt keine gemeinsamen Einkaufspools von Krankenhäusern und Versicherungen</li><li>• Es finden generelle Arzneimitteldiskurse statt (vgl. 3.1.2.6 und 3.2.3.1)</li><li>• Medikationsleitlinien werden für ausgewählte Indikationen entwickelt (vgl. 3.1.2.6 und 3.2.3.1)</li></ul>

Quelle: ÖBIG

*Tabelle 4.6: Österreich und Niederlande – Unterschiedliche Initiativen zur Lösung der Problemen bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement*

<b>Unterschiedliche Initiativen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhäuser in den NL werden bei der Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien stärker eingebunden (vgl. 3.2.3.1)</li> <li>• Einrichtung von öffentlichen Apotheken in Krankenhäusern wird in den NL gefördert (vgl. 3.2.3.2)</li> <li>• Einrichtung von öffentlichen Apotheken in Krankenhäusern ist in AT ein Auslaufmodell (2.1.5)</li> <li>• Einrichtung von Apothekenservicestellen in Krankenhäusern wird in den NL vom Ministerium gefördert (vgl. 3.2.3.1)</li> <li>• Finanzielle Anreize für individuelle Hausärzte / -ärztinnen in den NL, wenn diese Arzneimittelkosten sparen (3.2.2.4)</li> <li>• Entwicklung von Netzwerken für elektronischen Datenaustausch intra- und extramural ist in den NL weiter fortgeschritten (3.2.3.3)</li> </ul>

AT = Österreich, NL = Niederlande

Quelle: ÖBIG

## 5 Empfehlungen und Schlussfolgerungen

Probleme bezüglich Arzneimittelausgaben und Nahtstellenmanagement unterscheiden sich in Österreich und in den Niederlanden nicht wesentlich voneinander. In Österreich wurden die Schwachstellen und Problemfelder zwar bereits erkannt und einige Initiativen zur Lösung dieser Probleme umgesetzt, es hat sich aber gezeigt, dass in den Niederlanden die Problemanalyse und Initiativen weiter fortgeschritten sind.

Dem ÖBIG standen weder in Österreich noch in den Niederlanden Daten – im erforderlichen Detaillierungsgrad – zum Volumen der verbrauchten Arzneimittel bzw. zu Arzneimittelausgaben im gesamten stationären Bereich zur Verfügung. Aufgrund dieser mangelnden Datengrundlage sind Schlussfolgerungen z. B. bezüglich der (ökonomischen) Auswirkung der Initiativen nur eingeschränkt und ausschließlich mit qualitativen Methoden möglich.

In den Abschnitten 5.1 bis 5.3 werden die Empfehlungen bezüglich „transmuraler“ Abstimmung und Kooperationsstrukturen, Informationsaustausch sowie Medikationsbegleitung dargestellt. Einige der niederländischen Strategien wären auch in Österreich umsetzbar, wobei natürlich die Unterschiede in den Gesundheitssystemen der beiden Länder zu beachten sind.

### 5.1 Transmurale Abstimmung und Kooperationsstrukturen

Die im Rahmen der Umstrukturierung des Österreichischen Gesundheitswesens neu geschaffenen Gesundheitsplattformen sollen im Bereich der Koordinierung der Arzneimittelversorgung eine zentrale Funktion erhalten. Zum Beispiel wäre die Gründung eines gemeinsamen Einkaufspools zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenhäusern – zumindest auf Landesebene – ein Schritt zur Verbesserung der transmuralen Abstimmung und in weiterer Folge zur Kostendämpfung.

Eine bessere Abstimmung von Krankenhaus-Arzneimittellisten mit dem Erstattungskodex würde eine Kostendämpfung im niedergelassenen Bereich erreichen und gleichzeitig den Bedürfnissen der Patienten / Patientinnen entgegenkommen, wodurch eine bessere Medikamenten-Compliance (vgl. Abschnitt 5.3) bewirkt werden könnte. Ende der 1990er Jahre scheinen im niedergelassenen Bereich Hinweise auf Generika als kostengünstigere Alternative nur in etwa einem Fünftel der Arzneimittellisten auf (ÖBIG 1998). Durch die Abstimmung der Arzneimittellisten mit dem Erstattungskodex könnte unter Umständen der Anteil der Generika in Krankenhäusern erhöht werden.

Die Einrichtung öffentlicher Apotheken in Krankenhäusern könnte in Österreich zu einer besseren Abstimmung beitragen, z. B. wenn Krankenhausärzte bzw. -ärztinnen dazu verpflichtet<sup>4</sup> werden, die Entlassungsmedikation erstattungskonform zu verschreiben oder wenn die am Krankenhaus angesiedelten öffentlichen Apotheken beim Einkauf von Arzneimitteln an den von den Anstaltsapotheken lukrierten Rabatten partizipieren könnten. Andererseits kann ein Krankenhaus von der Führung einer öffentlichen Apotheke profitieren, weil dies eine Quelle von zusätzlichen Einnahmen darstellt. Für die Patienten und Patientinnen des Krankenhauses würde das Vorhandensein einer öffentlichen Apotheke im Krankenhaus einen kürzeren Weg und damit einen besseren Zugang zu den benötigten Arzneimitteln bedeuten. Eine Evaluation der möglichen Auswirkungen einer Anpassung des zur Einrichtung von öffentlichen Apotheken in Krankenhäusern wäre empfehlenswert.

Weiters sollte zur Erreichung einer besseren Abstimmung des Ordnungsverhaltens von niedergelassenen Ärzten / Ärztinnen und Krankenhausärzten / -ärztinnen die bessere Bekanntmachung und Umsetzung der Initiative „Arznei und Vernunft“ sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich angestrebt werden (vgl. Punkt 3.1.2.6).

Eine wichtige Rolle spielt auch eine konsequente Orientierung des Ordnungsverhaltens – auch seitens der Krankenhausärzte / -ärztinnen – an der grünen Box des EKO, sofern medizinisch möglich. Ein erwünschter Nebeneffekt ist, dass in den Krankenanstalten die Produkt- und Preisunterschiede im intra- und extramuralen Sektor bewusster als bisher wahrgenommen werden und in der Folge der Generikaanteil bzw. der Anteil von Arzneimitteln aus dem grünen Bereich des EKO in den Arzneimittellisten der Krankenhäuser gegebenenfalls gesteigert werden könnte.

Konkret könnten diese Initiativen bzw. deren Evaluation im Rahmen des Reformpools der im Zuge der Gesundheitsreform 2005 eingerichtet wurde, finanziert werden. Ein Erfolgsfaktor ist dabei neben der Einbindung der Sozialversicherung und der Krankenanstaltenträger eine verstärkte Einbindung der Österreichischen Ärztekammer.

## **5.2 Transmuraler Informationsaustausch**

Um eine lückenlose Arzneimittelversorgung während und nach dem stationären Aufenthalt zu gewährleisten, wäre eine Verbesserung der Kommunikation im stationären und niedergelassenen Bereich (transmurale Kommunikation) erforderlich, wobei die Information zum Arzneimitteleinsatz zentral gebündelt werden sollte.

Im Krankenhaus könnte diese Aufgabe von klinischen Pharmazeuten / -innen übernommen werden. In den meisten Krankenhäusern fehlen aber klinische Pharmazeuten / -innen. Empfehlenswert ist der Einsatz von Personen oder die Einrichtung eigener zentraler Stellen (vgl. ASP in den Niederlanden, Punkt 3.2.3.1) in Krankenhäusern, die regelmäßig mit dem nie-

---

<sup>4</sup> § 24 Abs 2. KAKuG sieht derzeit nur eine Empfehlung, aber keine Sanktionsmöglichkeiten vor und ist auch noch nicht in allen Bundesländern umgesetzt.

dergelassenen Bereich kommunizieren, um Informationsdefizite bei der Aufnahme ins Krankenhaus bzw. bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu verhindern. Derzeit läuft die Kommunikation zwischen Krankenhausärzten und -ärztinnen und öffentlichen Apotheken bzw. zwischen Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten / -ärztinnen vor allem mittels Rezepten und Arztbriefen. Eine zentrale Stelle mit qualifiziertem Personal oder eine zentrale qualifizierte Person würde den Informationsaustausch vereinfachen, vereinheitlichen und befördern. Falls ein Krankenhaus über eine öffentliche Apotheke verfügt, wäre es denkbar diese zentrale Stelle in dieser Apotheke einzurichten.

Zusätzlich könnten die Möglichkeiten des elektronischen Datentransfers weiter genutzt werden. Zu diesem Zweck müsste man zuerst die gesetzlichen Regelungen in Bezug auf den Austausch von vertraulichen Patientendaten und mögliche erforderliche Änderungen in diesen Regelungen untersuchen. Des Weiteren wird eine finanzielle Unterstützung zur Einrichtung von Initiativ-Projekten für den elektronischen Datenaustausch zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich erforderlich sein.

### **5.3 Medikationsbegleitung**

Zur Steigerung der Medikamenten-Compliance ist eine Verbesserung der Information und Begleitung der Patienten und Patientinnen bei der Entlassung erforderlich. In den Niederlanden wird diese Rolle immer mehr von den vom Ministerium für VWS geförderten Apothekenservicestellen (ASP, vgl. Punkt 3.2.3.1) übernommen. In Österreich sind bereits einige Maßnahmen und Akteure, wie z. B. Überleitungspflege und Versorgungskordinator / -in (vgl. Punkt 3.1.3.3), zur Gewährleistung einer reibungs- und lückenlosen Abwicklung der Versorgung vor, während und nach dem stationären Aufenthalt definiert.

Die von der Versicherung / Krankenkasse unabhängige Koordination und ihr Einsatz in den Krankenhäusern verringern die Verunsicherung und das Unwissen der entlassenen Patienten / -innen bezüglich Medikation und erhöhen damit die Medikamenten-Compliance.

Zusätzlich wäre in manchen Fällen, z. B. bei Multimedikation, eine Einbindung der klinischen Pharmazeuten und Pharmazeutinnen in das Entlassungsmanagement sehr wünschenswert, wobei dies den Einsatz von weiteren personellen und finanziellen Ressourcen erfordert. Grundsätzlich ist jedoch nicht bei allen Patienten und Patientinnen eine Einbeziehung der klinischen Pharmazeuten / -innen erforderlich und auch sinnvoll (Langebner 2005).

Eine wichtige Rolle in der Begleitung und Information der entlassenen Patienten / -innen könnten die öffentlichen Apotheken, die von einem Krankenhaus betrieben werden, übernehmen. Patienten könnten sofort nach der Entlassung die benötigten Arzneimittel abholen und werden direkt über die (neue) Medikation informiert. Zusätzlich sind die Fachärzte und -ärztinnen für sachkundige Beratung der Apotheke relativ leicht erreichbar. Eine Ausweitung dieser Apothekenform soll jedoch nur in Abstimmung mit der Österreichischen Apothekerkammer und der Sozialversicherung erfolgen, erscheint nach Maßgabe der vorliegenden Informationen jedoch vielversprechend.



## Literatuurverzeichnis

Amler, M. / Bencic, W. 2006

Ökonomie und Gesundheit. Lösbare Herausforderung oder dauernder Widerspruch. Tagungsband. Linz 2006

ANP 2005

verzekeraars mogen goedkope pillen voortekken. 23. Juni 2005. In online:  
<http://www.zibb.nl/gezondheidszorg/nieuwsbericht.asp?artnr=976625&versie=1>

BMGF 2004

MedTogether. Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wien 2004

BMGF 2005

Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (LKF). Modell 2006. Wien, September 2005

BMGF 2005a

Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien, Dezember 2005

BMGF 2006

Krankenanstalten-Kostenrechnung (landesfondsfinanzierte Krankenhäuser). In online:  
[http://www.kaz.bmgf.gv.at/ka\\_kost6.htm](http://www.kaz.bmgf.gv.at/ka_kost6.htm)

BMGF 2006a

Gesundheitsreform 2005. In online:  
<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0329&doc=CMS1104313005110>

BMSG 2000

Aufnahme- und Entlassungsmanagement. In online: <http://www.univie.ac.at/gik/mp1/mp1.pdf>

CTG-Zaio 2006

CTG/Zaio past beleidsregel dure geneesmiddelen aan. In online:  
[http://www.nvmo.org/upload/35372/ctg-beleidsregel\\_dure\\_geneesmiddelen.pdf](http://www.nvmo.org/upload/35372/ctg-beleidsregel_dure_geneesmiddelen.pdf)

CVZ 2004

CVZorgcijfers 1998 – 2003. Diemen 2004

DBC Onderhoud 2006

Aanpassingen DBC Systeem 2006 - Specificaties en toelichting bij de registratie, validatie en declaratie. Versie 1.4.3.1. Utrecht 2006

DGV 2006

Apotheekservicepunten (ASP's). In online:  
[http://www.medicijngebruik.nl/content/17\\_vind\\_op\\_thema/17-6.htm](http://www.medicijngebruik.nl/content/17_vind_op_thema/17-6.htm)

HVB 2006

Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2005. Wien 2006

HVB 2006a

Arznei und Vernunft. In Online:

[http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p\\_pageid=110&p\\_id=3&p\\_menuid=2988](http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_id=3&p_menuid=2988)

KNMP 2004

Richtlijn gedragen door alle partijen – Formularium Proeftuin Groningen. Den Haag 2004

Langebner, Th. 2005

Arzneimittelbezogene Probleme. Schnittstelle intramural - extramural. In Österreichischer Apotheker-Zeitung, Wien 2005

MedNet 2005

Controle apotheker na ziekenhuisontslag effectief. 28. Oktober 2005. In Online:

<http://www.zibb.nl/gezondheidszorg/nieuwsbericht/asp/portaalnaam/gezondheidszorg/artnr/1052159/artnr/738/knooppunt/150/index.html>

Nefarma 2006

<http://www.therapietrouw.nl/feiten>

NMa 2005

Nma staat preferentiebeleid zorgverzekeraars toe. 22. Juni 2005. In online:

[http://www.nmanet.nl/nederlands/home/Actueel/Nieuws\\_Persberichten/NMa\\_Persberichten/2005/0521.asp](http://www.nmanet.nl/nederlands/home/Actueel/Nieuws_Persberichten/NMa_Persberichten/2005/0521.asp)

NVZ / NVZA 2005

Evaluatie Meerjarenafspraken Farmacie 2000-2004. Utrecht 2005

NVZ / NVZA 2005a

Poliklinische farmacie heeft de toekomst: Kwaliteits- en efficiencywinst voor de farmaceutische zorg. De visie van NVZ en NVZA op poliklinische farmacie. Utrecht 2005

ÖAK 2006

Die Österreichische Apotheke in Zahlen. Österreichische Apothekerkammer, Wien 2006

ÖBIG 1998

Arzneimittleinsatz in den österreichischen Krankenanstalten. Wien 1998

PFG 2005

Jaarverslag 2005 - Stichting De Proeftuin Farmacie Groningen (PFG). Groningen 2005

PGEU 2006

Community Pharmacy in Europe. Lessons from deregulation – case studies. Vienna, 2006



Rohrmoser, L. 2006

Management im großen Spinnennetz. In: Ärztwoche vom 13.4.2006, S. 2

SFK 2003

Specialisten schrijven specifiek voor. Pharmaceutisch weekblad nr. 17. Utrecht 2003

SFK 2005

Data en Feiten 2005. Den Haag 2005

Spielberg, P. 2005

Niederlande – Reform mit Fallstricken. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 102, Heft 38, 2005

Uijl de Groot 2005

Ongelijkheid in het gebruik van dure kankergeneesmiddelen in Nederland ten opzichte van Europa. Erasmus MC, Institute for Medical Technology Assessment. Rotterdam 2005

Van den Bemt, P. / van Roon, E. 2001

Good pharmacotherapy practice voor ziekenhuisapotheken (GTP-z). Pharmaceutisch Weekblad Nr. 11. Utrecht 2001

Van den Brink-Muinen, A. / van Dulmen, A. 2004

Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken - Resultaten van studies uitgevoerd in Nederland sinds 1990. Nivel. Utrecht 2004

Van der Aalst, A. 2005

Prestatie-indicatoren zetten Apotheek Service Punten op de kaart - Leer en groei. Pharmaceutisch Weekblad nr. 50. Utrecht 2005

Van Eijk, M. / van Woerkom, M. 2005

Prestaties Apotheek Service Punten in beeld gebracht - Turven loont. Pharmaceutisch weekblad nr. 38. Utrecht 2005

VWS 2005

Een doelmatiger gebruik van geneesmiddelen. Den Haag 2005

Wilking, N / Jönsson B 2005

A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institute in collaboration with Stockholm School of Economics Stockholm, Sweden 2005

ZAS 2004

Ziekenhuisapotheekstandaard 2004

Zorgkrant 2006a

Veilig medicijnen voorschrijven in de Zwolse regio. Zwolle 2006. In online:  
<http://www.zorgkrant.nl/read.html?id=102>

## Weiterführende Literatur

Canadian Pharmacists Association 2003

Seamless Care. A Pharmacist's Guide to Continuous Care Programs. Ottawa 2003

DGV 2006a

Voorschrijven op stofnaam - vooronderzoek onder beroepsgroepen en patiënten. Utrecht 2006

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2005

Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Kopenhagen 2005

Fijn, R. 2001

Managing Rational Pharmacotherapy in hospitals: what about drug formularies and pharmaceutical guidelines? Dissertation Reichsuniversität Groningen 2001

HVB 2005

Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2004. Wien 2005

Luyendijk, W. / Stokmans, D. 2005

Merkmedicijnen of goedkope pil – Rechtszaak farmaceutien en zorgverzekeraars over voorschrijfgedrag. In NRC handelsblad, Rotterdam 4. Oktober 2005

Luyendijk, W. 2005

Ziekenhuis verbied dure medicijnen. In NRC handelsblad, Rotterdam 12. Februar 2005

Novum 2005

Duurdere medicijnen na ziekenhuisopname. 3. Oktober 2005. In online:

[http://www.zorgplanet.nl/index.php?action=DisplayPage.Nieuws&period=200510&nieuws\\_id=1107203919](http://www.zorgplanet.nl/index.php?action=DisplayPage.Nieuws&period=200510&nieuws_id=1107203919)

NVZA 2005

Ziekenhuisapothekers kopen doelmatig geneesmiddelen in. 5. Oktober 2005. In Online:

[http://www.nvza.nl//kr\\_nvza/artikelen/raadplegen.asp?display=2&Atoom=6545&Actie=2&AtoomSrt=2](http://www.nvza.nl//kr_nvza/artikelen/raadplegen.asp?display=2&Atoom=6545&Actie=2&AtoomSrt=2)

ÖBIG 2001

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. Wien 2001

ÖBIG 2001a

Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union. Wien 2001

Rosian, I. 2000

Arzneimittelökonomie im Krankenhaus. In: ManageMed. April 2000

Rutten, Fh. / Steenhoek, A. 2005

Financieel kan niet alles in ziekenhuizen. In NRC handelsblad, Rotterdam 16. Augustus 2005

Schneider, K. 2002

Kostendämpfung bei Arzneimittelausgaben - helfen „Sparpakete“ wirklich sparen? In online:

[http://www.agmb.de/mbi/2002\\_2/59-60schneiderwien.pdf](http://www.agmb.de/mbi/2002_2/59-60schneiderwien.pdf)

Spits 2005

Ruzie met zorgverzekeraar over beïnvloeding artsen. 4. Oktober 2005. In online:

[http://www.zorgplanet.nl/index.php?action=DisplayPage.Nieuws&period=200510&nieuws\\_id=1107203925](http://www.zorgplanet.nl/index.php?action=DisplayPage.Nieuws&period=200510&nieuws_id=1107203925)

Taxis, K. 2002

Seamless Care. Arzneimittelversorgung ohne Lücken. In online:

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2002-37/titel.htm>

Trouw 2005

Dure pil noodzaak voor Ziekenhuis. In Trouw 7. Oktober 2005. In online:

[http://www.zorgplanet.nl/index.php?action=DisplayPage.Nieuws&period=200510&nieuws\\_id=1107203940](http://www.zorgplanet.nl/index.php?action=DisplayPage.Nieuws&period=200510&nieuws_id=1107203940)

Trouw 2005a

Ziekenhuizen geven te dure medicijnen in ruil voor hoge kortingen farmaceuten. In Trouw 3. oktober 2005. In online:

<http://www.trouw.nl/hetnieuws/nederland/article23315.ece/Ziekenhuizen+geven++te+dure+medicijnen>

Zorgkrant 2006

Ziekenhuis aangesloten op groot regionaal apothekersnetwerk. Amersfoort 2006. In online:

<http://www.zorgkrant.nl/read.html?id=251>



## **Gesetze**

### *Österreich:*

Arzneimittelgesetz (AMG), BGBl. Nr. 185/1983, zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 153/2005

Apothekengesetz (ApoG), BGBl. Nr. 5/1907, zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 41/2006

Krankenanstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl. I 179/2004

Apothekenbetriebsordnung (ABO), BGBl. Nr. 171/1934, zuletzt geändert durch Verordnung 65/2005

Verordnung betreffend die Betriebe bestimmter öffentlicher Apotheken und Anstaltsapotheken, BGBl. Nr. 429/1986, zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 43/2005

### *Niederlande:*

Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) / Arzneimittelerstattungssystem

Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) / Gesetz für Berufe im Gesundheitswesen

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) / Gesetz zur Vereinbarung der Medizinischen Behandlung

Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) / Arzneimittelpreissetz,

Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) / Arzneimittelvertrieb-Gesetz

Zorgverzekeringswet / Krankenversicherungsgesetz



# **ANHANG**





## **Gesprächspartner**

Mit nachfolgenden Expertinnen und Experten wurden Interviews geführt, wir danken herzlich für ihre Gesprächsbereitschaft.

### **Österreich**

- Mag. M. Anditsch, Donauspital Wien
- Dr. W. Gerold, Dr. C. Cebulla, Wiener Krankenanstaltenverbund
- Mag. G. Fellhofer, Landeskrankenhaus Salzburg (telefonisches Interview)
- DI F. Laback, Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
- Mag. T. Langebner, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
- Dr. M. Pogantsch, Dr. H. Klier, Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- Dr. C. Rothmayer, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

### **Niederlande**

- Drs. M. van Woerkom, Niederländischen Institut für Verantwortlichen Arzneimittelverbrauch
- Drs. M. van der Westerlaken, Niederländische Vereinigung der Krankenhausapotheker
- Dr. J. Erkens, Pharmo Institut
- Drs. P. Jansen, Drs. C. van Bohemen, Drs. R. Jansen, A. van Exel, Ministerium für öffentliche Gesundheit, Wohlfahrt und Sport