



Pharmaceutical Health Information System

Krankenhaus-Pharma-Bericht

ÖSTERREICH

**Im Auftrag der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC)
sowie dem Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**

PHIS

Pharmaceutical Health Information System

Krankenhaus-Pharma-Bericht

ÖSTERREICH

Stand der Informationen und Daten: Juli 2009

Übersetzung: Juli 2010

PHIS-Netzwerk Teilnehmerinnen/Teilnehmer

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

Autorinnen

Englisches Original: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG: Nina Zimmermann, Sabine Vogler

Deutsche Fassung: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG: Nina Zimmermann, Simone Morak, Friederike Windisch

Fachliche, sprachliche, inhaltliche und redaktionelle Prüfung

Englisches Original: Staatliches Institut für Arzneimittelkontrolle, SUKL, Slowakei: Jan Mazag, Barbara Bilančíková; Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Österreich: Simone Morak (Chefredakteurin), Claudia Habl, Christine Leopold

Deutsche Fassung: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG: Sabine Vogler, Claudia Habl (inhaltliche Prüfung), Karin Kopp (Lektorat)

Dank

Wir möchten uns bei einer Vielzahl von Expertinnen und Experten bedanken, die uns Informationen und Daten bereitgestellt und damit diesen Bericht ermöglicht haben (in alphabetischer Reihenfolge):

Mag. Marion Alt (LKH Oberwart), Mag. Hermine Binder (LKH St. Pölten), Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Buchberger, MSc. (LKH / Universitätsklinik Innsbruck), SSR Mag. Elfriede Dolinar (AKH Wien, EAHP), Dr. Arnold Gabriel (Amt der Kärntner Landesregierung), MMag. Katrin Gebhart (Orthopädisches Spital Wien Speising, Wien), Dr. Wolfgang Gerold (KAV Wien), Dr. Klaus Kaltenbrunner (LKH Villach), Dr. Klaus Klaushofer (Hanusch Krankenhaus, Wien), Dr. Max Laimböck (FH Gesundheit Innsbruck), Dr. Thomas Langebner (BHS KH Linz), Dr. Arno Melitopoulos (GÖG/ÖBIG), Mag. Petra Paretta (GÖG/ÖBIG), Dr. Siegfried Preindl (TGKK), Mag. Gabriele Schrammel (LKH Wiener Neustadt), Dr. Gerhard Speer (LKH / Universitätsklinik Innsbruck), Dr. Ralph Spagnol (LKH Villach), Mag. Andreas Wachter (LKH Villach).

Die Daten wurden in persönlichen und telefonischen Expertengesprächen erhoben. Diese Informationen und Daten bilden eine wichtige Basis für den vorliegenden Bericht, der die bundesweite Situation des Arzneimittelsystems im stationären Bereich darstellt.

Des Weiteren wollen wir Frau SSR Mag. Elfriede Dolinar (AKH Wien, EAHP) und Herrn Prof. Richard Laing (WHO) danken, dass sie das englische Original des Berichts gelesen und uns wertvolles Feedback gegeben haben.

Kurzfassung

Hintergrund

Der stationäre Bereich ist in Österreich vielfältig und komplex; unterschiedliche Organe des österreichischen Staates wie das Bundesministerium für Gesundheit, verschiedene Abteilungen auf der Ebene der Landesregierungen, Gemeinden und Sozialversicherungsträger sind verantwortlich beteiligt. Öffentliche Krankenanstalten werden hauptsächlich von den Ländern betrieben.

Zu Beginn des Jahres 2009 stehen 266 Krankenanstalten mit 63.790 tatsächlich aufgestellten Betten für die stationäre Versorgung zur Verfügung. 162 davon sind in öffentlichem bzw. gemeinnützigem Eigentum.

Im Jahr 2007 lagen die Gesundheitsausgaben im stationären Sektor bei 10.949 Mio. Euro (Statistik Austria, Stand Februar 2009); 46 Prozent finanzierten die Sozialversicherung und der Bund und 44 Prozent Länder und Gemeinden. Die restlichen zehn Prozent brachten die privaten Haushalte (Privatversicherungen, Selbstbehalte) auf. Durchschnittlich liegen die Ausgaben für Arzneimittel einer Krankenanstalt unter zehn Prozent der Gesamtausgaben.

Stationäre Arzneimittelversorgung

Im stationären Bereich kann die Arzneimittelversorgung unterschiedlich organisiert sein:

1. Anstaltsapotheken für stationäre Patientinnen/Patienten (2008: 46 Anstaltsapotheken)
Hauptaufgaben der Anstaltsapotheke: Einkauf von Arzneimitteln und Diagnose- und Medizinprodukten, Belieferung der Abteilungen, Herstellung spezieller Arzneimittel und Unterstützung in der stationären medikamentösen Therapie und Pflege
2. Anstaltsapotheken für den stationären und niedergelassenen Sektor (2008: fünf der Krankenhausapotheken führen zusätzlich eine öffentliche Apotheke)
3. Arzneimitteldepots in kleinen Krankenanstalten (die von Anstaltsapotheken oder anderen öffentlichen Apotheken beliefert werden)

Arzneimittleinkauf im Krankenhaus

Die österreichischen Krankenanstaltenträger organisieren den Arzneimittleinkauf dezentral. Verantwortlich dafür sind nachstehende Gremien oder Personen:

- Einkaufsabteilungen oder Einkaufsgremien (entweder spezialisiert auf Arzneimittel oder allgemein für alle benötigten Produkte) auf der Ebene der Trägerorganisation;
- Arzneimittleinkaufsverantwortliche/r (Leitung der Anstaltsapotheke oder des Arzneimitteldepots) auf der Ebene der Krankenanstalt;
- Gemeinsamer Einkauf aufgeteilt auf mehrere Krankenhausapothekerinnen/-apotheker in derselben Trägerorganisation und nach Produktpalette (z. B. „Lead Buyer System“ im Bundesland Niederösterreich).

In den meisten Fällen stehen die für den Arzneimitteleinkauf Verantwortlichen in direktem Kontakt mit den Herstellern und verhandeln die Preise. Öffentliche Ausschreibungen werden nur in seltenen Fällen durchgeführt, wobei jedoch ein steigender Trend zu beobachten ist. Großhändler spielen als Lieferanten nur eine geringe Rolle im stationären Sektor.

Arzneimittelpreise

In der Regel beziehen die Krankenanstalten die Produkte direkt von den pharmazeutischen Unternehmen zum Fabriksabgabepreis (FAP) oder zu einem niedrigeren Spezialpreis. Zusätzlich geben Pharmafirmen gewisse Mengen an Gratis-Arzneimitteln an Krankenanstalten ab. Dies betrifft v. a. Arzneimittel zur Behandlung chronischer Erkrankungen. Die Arzneimittelpreise in den Krankenanstalten sind jedoch nicht öffentlich abrufbar.

Erstattung/Finanzierung von Arzneimitteln im stationären Sektor

Patientinnen und Patienten müssen im Krankenhaus keine Zuzahlungen zu Arzneimitteln leisten. Seit Jänner 1997 werden in öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten erbrachte Leistungen über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) abgegolten. Bei der Kalkulation der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wird der durchschnittliche Arzneimittelverbrauch berücksichtigt. Einige Onkologika bilden eine Ausnahme. Darüber hinaus gibt es in zumindest zwei Bundesländern ein eigenes Finanzierungssystem für Onkologika und ausgewählte Arzneimittel (Vereinbarungen mit den Gebietskrankenkassen).

Arzneimittellisten/Arzneimittelkommissionen

Per Gesetz müssen Arzneimittel, die in der Krankenanstalt abgegeben werden, in einer krankenhausinternen Arzneimittelliste aufscheinen. Jedes Krankenhaus verfügt über eine eigene Arzneimittelliste; in manchen Fällen stimmen Trägerorganisationen die Arzneimittellisten ihrer Krankenanstalten aufeinander ab. Zusammenstellung und Aktualisierung der Arzneimittelliste sind Aufgaben der Arzneimittelkommission(en), deren Einrichtung gesetzlich vorgeschrieben ist. Die Arzneimittelkommission setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Anstaltsapothek und der Krankenhausleitung sowie in einigen Fällen aus Fachärztinnen/Fachärzten und Repräsentanten der Sozialversicherung zusammen. Die Arzneimittelkommission entscheidet unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien (therapeutische, medizinische, ökonomische) über die Aufnahme einer Arzneyspezialität in die Arzneimittelliste.

Arzneimittelverbrauch und Monitoring

Der Arzneimittelverbrauch ist im Spitalsbereich in den letzten Jahren stetig gestiegen. Im Jahr 2006 wurden im intra- und extramuralen Bereich 210,2 Mio. Arzneimittelpackungen umgesetzt, davon elf Prozent in Anstaltsapotheken und 89 Prozent in öffentlichen Apotheken. Erythrozyten-Konzentrate, Onkologika und Antibiotika sind die kostenintensivsten Arzneimittel in Krankenanstalten.

Die Arzneimittelkommission in den Krankenanstalten ist befugt, die Arzneimittelausgaben innerhalb der Krankenanstalt / des Krankenanstaltenträgers zu überwachen und gegebenenfalls Maßnahmen einzuleiten.

Nahtstellenmanagement

Das duale (und getrennte) Finanzierungssystem des stationären und niedergelassenen Sektors kann möglicherweise zu Verlagerungen von Kosten in den jeweils anderen Bereich führen. Um die Koordination zwischen den Sektoren zu verbessern, wurden in Österreich bereits einige Projekte gestartet.

Zukünftige Entwicklungen

Der Anstieg der Arzneimittelausgaben ist eine der größten Herausforderungen für das österreichische Arzneimittelsystem. Ende Juni 2009 präsentierte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Kostendämpfungsstrategie für die österreichische Sozialversicherung. In Projekten zur elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und e-card wird an einem Informations- und Datenaustausch zwischen den einzelnen Partnern im Gesundheitssystem gearbeitet. Auch für den stationären Sektor sind weitere Reformen geplant.

Inhaltsverzeichnis

Dank	III
Kurzfassung	V
Inhaltsverzeichnis	IX
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	X
Abkürzungsverzeichnis	XI
Vorwort zur internationalen Kooperation: EU-Projekt PHIS	XV
1 Hintergrund	1
1.1 Definitionen und Strukturmerkmale	1
1.2 Organisation	2
1.3 Finanzierung	12
2 Preisbildung	15
2.1 Organisation	15
2.1.1 Rahmenbedingungen	15
2.1.2 Preise von Arzneimitteln im Krankenhaus	16
2.2 Einkaufsstrategien	18
2.2.1 Ausschreibungen	18
2.2.2 Verhandlungen	19
3 Erstattung und Finanzierung	21
3.1 Relevanz allgemeiner Erstattungsregelungen für den stationären Sektor	21
3.2 Arzneimittellisten im Krankenhaus	22
4 Arzneimitteleinsatz	26
5 Evaluation	28
5.1 Monitoring	28
5.2 Bewertung	32
6 Nahtstellenmanagement	33
7 Ausblick	35
8 Quellenverzeichnis	37
8.1 Literatur	37
8.2 Kontakte	41
8.3 Liste der PHIS Berichte/Ergebnisse	42
8.4 Gesundheit Österreich GmbH - Publikationen Gesundheitsökonomie	43

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1.1:	Österreich – Einteilung der Krankenanstalten, 2009	5
Tabelle 1.2:	Österreich – Anzahl der Krankenanstalten nach Rechtsstatus (Öffentlichkeitsrecht) und nach öffentlicher/privater Trägerschaft, 2008	6
Tabelle 1.3:	Österreich – Kennzahlen im stationären Bereich, 2000 und 2004–2008	7
Tabelle 1.4:	Österreich – Arzneimittel, 2000 und 2005–2008	9
Tabelle 1.5:	Österreich – Gesundheits- und Arzneimittelausgaben, 2000 und 2004–2007	13
Tabelle 4.1:	Österreich – Arzneimittelverbrauch, 2000 und 2004–2008	26
Tabelle 4.2:	Österreich – Top-10-Arzneimittel nach Ausgaben und Verbrauch, 2008	27
Abbildung 1.1:	Österreich – Arzneimittelversorgung im Krankenhaus, 2009	11
Abbildung 1.2:	Österreich – Gesundheitsausgaben nach Versorgungsbereich und Zahlern, 2007	14

Abkürzungsverzeichnis

AA	Arzneimittelausgaben
AAHP	Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker/innen
AAK	Arzneimittelausgaben in der Krankenanstalt
AEP	Apothekeneinkaufspreis
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco / Italienische Arzneimittelbehörde
AKH	Allgemeines Krankenhaus (z. B. in Wien)
AMG	Arzneimittelgesetz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AVP	Apothekenverkaufspreis
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHS	Barmherzige Schwestern
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (Österreich, seit 2009)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Österreich, von 2003 bis 2007)
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Österreich, von 2007 bis 2009)
BVerG	Bundesvergabegesetz
DDD	Tagestherapiedosis
DG SANCO	Health and Consumer Protection Directorate General of the European Commission / Generaldirektion der Europäischen Kommission für Gesundheit und Konsumentenschutz
EAHC	Executive Agency for Health and Consumers / Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher
EAHP	European Association of Hospital Pharmacists / Europäischer Verband der Krankenhausapotheker/innen
EC	European Commission / Europäische Kommission
EG	Europäische Gemeinschaft

EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
EKO	Erstattungskodex
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
FAP	Fabrikabgabepreis
GA	Gesundheitsausgaben
GAK	Stationäre Gesundheitsausgaben
GGA	Gesamtgesundheitsausgaben
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HTA	Health Technology Assessment / Gesundheitstechnologiebewertung
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.F.	in der Folge
IHHII	International Healthcare and Health Insurance Institute (Bulgarien)
ISO	International Standard Organisation / Internationales Normungsinstitut
KAGES	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KDOK	Krankenanstaltenstatistikprogramm des BMG
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
KH	Krankenhaus
KRAGES	Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H.
LDF	Leistungs- und diagnoseorientierte Fallgruppen
LGBI	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MEDSAFE	Projekt zur Patientensicherheit
MEL	Medizinische Einzelleistungen
Nr.	Nummer
n.v.	nicht verfügbar

Mio.	Million
ÖAK	Österreichische Apothekerkammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHIS	Pharmaceutical Health Information System
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PPRI	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Projekt
RöV	Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen
Rx	rezeptpflichtig
SHA	System of Health Accounts / System von Gesundheitskonten
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SUKL	Štátny ústav pre kontrolu liečiv / Staatliches Institut für Arzneimittelkontrolle (Slowakei)
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
Ust.	Umsatzsteuer
VAAOE	Verband Angestellter Apotheker Österreichs

Vorwort zur internationalen Kooperation: EU-Projekt PHIS

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) koordiniert das Forschungsprojekt „Pharmaceutical Health Information System“ (kurz PHIS) im Auftrag der Europäischen Kommission (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Exekutivagentur Gesundheit und Verbraucher) und ko-finanziert vom Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit. Das Projekt läuft seit September 2008 und endet im April 2011. Projektpartner sind ein bulgarisches Forschungsinstitut (International Healthcare and Health Insurance Institute, IHII), die slowakische Arzneimittelbehörde (Štátny ústav pre kontrolu liečiv, SUKL), die italienische Arzneimittelbehörde (Agenzia Italiana del Farmaco, AIFA) sowie SOGETI Luxemburg.

Ziel des Projektes ist, den Informationsaustausch und das Wissen zu Arzneimittelsystemen, insbesondere in den Bereichen Preisbildung und Erstattung, in den EU-Mitgliedstaaten zu verbessern. Dabei wird neben dem niedergelassenen Bereich erstmals auch das Arzneimittelssystem im stationären Sektor europaweit erforscht.

Im Zuge des Projekts wurden/werden folgende Ergebnisse erarbeitet:

- PHIS-Glossar mit Definitionen zu Begriffen des Arzneimittelwesens
- PHIS-Bibliothek mit Länderberichten zu Arzneimittelpreisbildung und -erstattung im stationären sowie im niedergelassenen Bereich in den EU-Mitgliedstaaten und anderen europäischen Ländern
- PHIS-Indikatoren und PHIS-Datenbank mit den entwickelten Indikatoren in den EU-Mitgliedstaaten und anderen europäischen Ländern
- PHIS-Krankenhaus-Pharma-Bericht („PHIS Hospital Pharma Report“), in dem die stationären Arzneimittelssysteme in EU-Mitgliedstaaten und anderen europäischen Ländern vergleichend analysiert werden. Die Darstellung wird um detaillierte Fallstudien, die auch Ergebnisse einer Preiserhebung enthalten, ergänzt.

Eine zusammenfassende Liste der bisherigen Ergebnisse ist am Ende dieses Berichtes zu finden.

Ein wichtiges Element des PHIS-Projektes ist das PHIS-Netzwerk. Dieses umfasst über 60 Institutionen im öffentlichen Bereich (Sozialversicherungen, Ministerien und Arzneimittelagenturen), die für die Erstattung und Preisfestsetzung von Arzneimitteln im niedergelassenen und zum Teil auch im stationären Bereich zuständig sind. Derzeit sind alle 27 EU-Mitgliedstaaten sowie Albanien, Island, Kanada, Kroatien, Norwegen, Südafrika und die Türkei Mitglied des Netzwerkes. Darüber hinaus sind im PHIS-Netzwerk weitere relevante Initiativen/Organisationen im Arzneimittelbereich vertreten, wie z. B. HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) und die europäische Vereinigung der Anstaltsapotheker/innen EAHP (European Association of Hospital Pharmacists).

Eine kontinuierliche Evaluierung des PHIS-Projektes wird durch die PHIS-Beratungsgruppe („PHIS Advisory Board“) – bestehend aus europäischen und internationalen Organisationen (WHO, OECD, DG SANCO, DG ENTR, EAHC etc.) – gewährleistet.

PHIS-Arbeitsprache ist Englisch; alle Berichte werden daher (primär) in englischer Sprache verfasst.

Sämtliche Informationen zu dem Projekt (darunter auch publizierte Berichte) sind auf der Website <http://phis.goeg.at> abrufbar.

Arbeitspaket PHIS Hospital Pharma

Das Arbeitspaket PHIS Hospital Pharma wird vom slowakischen Projektpartner SUKL geleitet und bildet einen zentralen Schwerpunkt im PHIS-Projekt.

Dabei wurden Daten zum Arzneimittelmanagement in den Krankenanstalten der einzelnen EU-Mitgliedstaaten erhoben. Diese Erhebung gliederte sich in zwei Teile:

- Teil 1: Europäischer Überblick
Hier wurden Informationen vor allem zu Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln im stationären Bereich erhoben und in Länderberichten aufbereitet.
- Teil 2: Fallstudien
Die Fallstudien bieten detailliertere Informationen zum Arzneimittelmanagement sowie Preise zu zwölf verschiedenen Wirkstoffen in insgesamt 25 Spitälern in fünf EU-Mitgliedstaaten erfasst.

Die Ergebnisse wurden in dem Bericht „PHIS Hospital Pharma Report“ aufbereitet und analysiert. Dieser wurde im Mai 2010 publiziert und auf der PHIS-Webseite (<http://phis.goeg.at>) zur Verfügung gestellt. Im Vorfeld der Publikation wurden die Ergebnisse einem interessierten Publikum in einem Fachseminar („PHIS Hospital Pharma Seminar“) am 26. Februar 2010 in Bratislava vorgestellt und diskutiert.¹

Methodik zu den Länderberichten

Die Erstellung der länderspezifischen PHIS-Krankenhaus-Pharma-Berichte gliederte sich in drei Schritte: In einem ersten Schritt wurde vom slowakischen Projektpartner SUKL in Zusammenarbeit mit der GÖG/ÖBIG eine einheitliche Berichtsvorlage entwickelt, die auf einer Literatur- und Internetrecherche sowie auf Interviews mit Krankenhausexpertinnen/-experten der EU-Mitgliedstaaten basiert. Im zweiten Schritt wurden die länderspezifischen PHIS-Krankenhaus-Pharma-Berichte von Mitgliedern des PHIS-Netzwerks gemeinsam mit nationalen Krankenhausexpertinnen/-experten verfasst. Schritt drei bestand aus der redaktionellen Bearbeitung der Berichte von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der GÖG/ÖBIG und des

¹ Ein detaillierter Seminarbericht ist auf der PHIS-Webseite (<http://phis.goeg.at>) verfügbar.

SUKL. Dabei wurde vor allem auf Klarheit und Konsistenz im Inhalt sowie in Bezug auf Berichtsvorlage und Begriffsdefinitionen (siehe PHIS Glossar, <http://phis.goeg.at>) geachtet.

Österreichischer Länderbericht

Die Originalfassung des österreichischen Länderberichts in englischer Sprache wurde im Juli 2009 publiziert. Um die Ergebnisse über das Arzneimittelsystem im stationären Sektor im deutschsprachigen Raum besser zu verbreiten, beschloss die Projektleitung, eine deutsche Übersetzung des Berichtes über Österreich anzubieten. Die Übersetzung wurde von Mitarbeiterinnen des Pharma-Teams an der GÖG/ÖBIG vorgenommen. Auch ein Pharma-Glossar in deutscher Sprache ist in Arbeit. Seit Erstellung der englischen Version des Berichtes im Juli 2009 sind bereits neuere Zahlen/Daten/Gesetze vorhanden, die in dieser deutschen Übersetzung jedoch nicht berücksichtigt wurden. Eine Aktualisierung des Länderberichtes ist in einer umfassenderen Form (stationärer und niedergelassener Bereich; PHIS Pharma Profile Austria) für Sommer/Herbst 2010 geplant.

Juli 2010

1 Hintergrund

1.1 Definitionen und Strukturmerkmale

Der stationäre Sektor ist in Österreich sehr vielfältig und komplex und wird von folgenden Dimensionen geprägt: Krankenanstaltentyp, Versorgungsbereich, rechtlicher Status, Finanzierung (Fondszugehörigkeit), Träger und Größe der Krankenanstalt (vgl. Tabelle 1.1).

Definition von Krankenanstalten

Gemäß dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sind unter Krankenanstalten („Heil- und Pflegeanstalten“) Einrichtungen zu verstehen, die

- zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung;
- zur Vornahme operativer Eingriffe;
- zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung;
- zur Entbindung;
- für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe sowie ferner
- zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.²

Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung.³

Die Definition von Krankenanstalten ist vor allem im internationalen Vergleich wichtig. Die in Österreich angewandte Definition eines Krankenhauses ist ähnlich der Definition der OECD.⁴ Ein Vergleich der Zahlen aus dem stationären Sektor ist daher auf internationaler Ebene zulässig. Unterschiede zur internationalen Definition sind folgende:

- Krankheitsprävention („Vorbeugung“) ist in der OECD-Definition nicht enthalten.
- In der österreichischen Definition ist keine Mindestgröße für eine Krankenanstalt vorgesehen.

² §1 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

³ §3 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

⁴ Definition einer Krankenanstalt lt. OECD 2000: <http://www.oecd.org/dataoecd/44/44/1894818.pdf> (Zugriff: 21. Juni 2009). Einrichtungen zur Langzeitpflege, insbesondere älterer Menschen, sind nicht Gegenstand des vorliegenden Berichtes.

Spitalsambulanzen

Spitalsambulanzen fungieren an der Nahtstelle zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich und spielen im österreichischen Gesundheitssystem eine wichtige Rolle. In praktisch allen öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenanstalten sind allgemeine und/oder spezialisierte Spitalsambulanzen eingerichtet.

Patientinnen/Patienten können sich mithilfe einer elektronischen Gesundheitskarte („e-card“⁵) ohne vorangehende Zuweisung durch eine Ärztin / einen Arzt für Allgemeinmedizin direkt an die Spitalsambulanzen wenden. Das Leistungsangebot der Spitalsambulanzen umfasst die Notfall- und Akutversorgung, medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie die Nachbehandlung. Laut Gesetz⁶ dienen sie der Notfallversorgung im jeweiligen medizinischen Sonderfach und zur Abklärung von schwierigen, mit höherem apparativem Aufwand verbundenen Diagnosen, zu deren Erstellung die Praxen der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte nicht eingerichtet sind.

Spitalsambulanzen werden von der österreichischen Bevölkerung stark frequentiert, da sie ein vielfältiges Angebot an medizinischen Leistungen an einem Ort bieten.

1.2 Organisation

Österreich ist eine bundesstaatliche, parlamentarische, demokratische Republik und trat im Jahr 1995 der Europäischen Union bei. Die staatliche Verwaltung erfolgt durch den Bund, die neun Bundesländer (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien) und die Gemeinden. Diese Organisationsstruktur legt auch die Rahmenbedingungen für die Organisation und die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems und im Speziellen des Krankenanstaltensektors fest.

Die Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem sind auf verschiedene Institutionen aufgeteilt: Bundesministerium für Gesundheit, verschiedene Abteilungen auf Ebene der Landesregierungen, Gemeinden und Krankenversicherungen als selbstverwaltete öffentlich-rechtliche Körperschaften. Die Kompetenzverteilung ist im Art. 12 des Bundes-Verfassungsgesetzes⁷ geregelt und sieht vor, dass der Bund die Grundsätze gesetzlich festschreibt, während die Länder die Ausführungsgesetze erlassen und die Vollziehung verantworten.

⁵ Die e-card ist für alle Krankenversicherten und deren anspruchsberechtigte Angehörige gültig und enthält dazu administrative Daten wie Name, Geschlecht und Versicherungsdaten der Karteninhaberin / des Karteninhabers. Als Grundlage dient ein elektronisches Online-Verwaltungssystem, das als Informationsdrehscheibe fungiert und die Verwaltungsabläufe zwischen Versicherten, Dienstgebern, Vertragspartnern sowie Sozialversicherungsträgern unterstützt. Die e-card wurde ursprünglich für den niedergelassenen Sektor eingeführt und nun auch auf den stationären Sektor ausgeweitet. (www.chipkarte.at)

⁶ Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

⁷ Art. 12 Bundes-Verfassungsgesetz BGBl 1930/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2003/100

Aufgrund der komplexen Kompetenzverteilung, unterschiedlicher Zahler sowie der Mittelaufbringung aus verschiedenen Quellen (Sozialversicherungsbeiträge und Steuereinnahmen) kommt der Koordination der verschiedenen Entscheidungs- und Finanzierungsträger eine zentrale Rolle zu. Zu diesem Zweck werden verbindliche Vereinbarungen getroffen. Gemäß Art. 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes⁸ können Bund und Länder untereinander die Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches vereinbaren.

Innerhalb des stationären Sektors bedient sich das Bundesministerium für Gesundheit hauptsächlich der Gesundheitsplanung, um Gesundheitsversorgung und -leistungen bereitzustellen. Die Gesundheit Österreich GmbH / Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG/ÖBIG) wirkt dabei unterstützend in der Erfüllung dieser Aufgabe. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz⁹ definiert auch die Qualitätskriterien für Krankenhäuser. Beabsichtigt ein Krankenanstaltenträger, Mittel auf Basis der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben.¹⁰

Seit dem Jahr 2006 ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) die verbindliche Grundlage für eine integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und beinhaltet Vorgaben hinsichtlich stationärer und niedergelassener Versorgung sowie Akut- und Langzeitversorgung inkl. Rehabilitation einschließlich der Implementierung von Obergrenzen für Bettenzahlen in Krankenhäusern und Ländern.

Vorrangige gesetzliche Regelungen¹¹ im stationären Bereich

- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013
- Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sowie neun Landesgesetze
- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG): Im stationären Bereich leisten die österreichischen Sozialversicherungsträger Beiträge auf Basis von Vereinbarungen zwischen dem Bund und den Bundesländern. Diese Beiträge werden jährlich gemäß dem Beitragsaufkommens angepasst. Darüber hinaus regelt das ASVG die Erstattung von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich.
- Bundesgesetz zur Dokumentation im Gesundheitswesen
- Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung für den stationären Sektor
- Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten

⁸ Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz BGBl 1930/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2003/100

⁹ Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

¹⁰ §3 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

¹¹ Vgl. Abschnitt 8.1 für Details zu den angeführten Gesetzen und Verordnungen

Die Herstellung, das Inverkehrbringen, die Preisbildung und der Einsatz von Arzneimitteln unterliegen eigenen bundesgesetzlichen Regelungen:

- Das Arzneimittelgesetz (AMG) regelt die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Produktion, die Zulassung und den Vertrieb von Arzneimitteln.
- Die Klassifikation der Arzneimittel in rezeptpflichtige oder nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel ist im Rezeptpflichtgesetz geregelt.
- Das Apothekengesetz enthält Bestimmungen über die Genehmigung von öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken.
- Das Preisgesetz beinhaltet die gesetzlichen Regelungen zur Preisbildung von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich.
- Die Apothekenbetriebsordnung 2005 regelt u. a. die Organisation und das Management von Anstaltsapotheken.
- Die Arzneimittelbetriebsordnung 2009 regelt die Herstellung von Arzneimitteln.

Ein Überblick zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Preisgestaltung und Erstattung von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich ist in der Studie „PPRI-Pharma-Profil Österreich 2008“ (<http://ppri.goeg.at>) zu finden.

Einteilung der österreichischen Krankenanstalten

Die bereits in Abschnitt 1.1 beschriebenen Dimensionen der österreichischen Krankenanstalten werden in Tabelle 1.1 dargestellt.

Innerhalb der österreichischen Klassifikation ist es auch möglich, die von der OECD definierten Untergruppen (Allgemeine Krankenanstalten, Krankenanstalten für psychische Erkrankungen sowie Substanzmissbrauch u. a.) zu identifizieren. Einige wenige Krankenanstalten haben Abteilungen, die auf psychische Erkrankungen spezialisiert sind. Der Schwerpunkt dieser Krankenanstalten liegt aber meistens nicht in der Behandlung dieser speziellen Krankheitsbilder, daher werden sie als allgemeine Krankenanstalten klassifiziert. Sie haben aber aufgrund der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen zumeist eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer als andere allgemeine Krankenanstalten.

Tabelle 1.1: Österreich – Einteilung der Krankenanstalten, 2009

Dimension: Krankenanstaltentyp¹²
- Allgemeine Krankenanstalten: Krankenanstalten für Patientinnen/Patienten ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Behandlung („Gleichbehandlung“). Diesem Krankenanstaltentyp werden gemeinnützige Krankenanstalten, die Allgemeinversorgung leisten, zugeordnet.
- Sonderkrankenanstalten: Krankenanstalten zur Untersuchung und Behandlung von Patientinnen/Patienten mit bestimmten Krankheiten oder von Patientinnen/Patienten einer bestimmten Altersstufe oder für bestimmte Zwecke (z. B. Unfälle etc.)
- Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen
- Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen
- Gebäranstalten und Entbindungsheime
- Sanatorien: Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen. Sanatorien bieten allgemeine (akute) Pflege sowie spezialisierte akute oder nicht-akute Pflege an. Spezialisierte Sanatorien bezeichnen sich in Einzelfällen selbst als Sonderkrankenanstalt.
- Selbständige Ambulatorien (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen): Organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. ¹³
Dimension: Versorgungsbereich
- Krankenanstalten mit Akutversorgung: Diesem Sektor sind alle durch die Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten sowie alle weiteren Krankenanstalten, die eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 18 Tagen oder weniger aufweisen, zugeordnet.
- Krankenanstalten mit Nicht-Akutversorgung: Dieser Bereich wird von den restlichen Krankenanstalten abgedeckt.
Dimension: Rechtlicher Status
- Öffentlichkeitsrecht: Einer Krankenanstalt kann Öffentlichkeitsrecht verliehen werden, wenn sie gemeinnützig ist und wenn sie den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes entspricht.
- Gemeinnützigkeit: Eine Krankenanstalt ist als gemeinnützig zu betrachten, wenn ihr Betrieb nicht die Erzielung von Gewinn bezweckt sowie jede/r Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird und so lange wie erforderlich in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und versorgt wird. Gemeinnützige Krankenanstalten haben nicht unbedingt Öffentlichkeitsrecht.
Dimension: Träger
- Gebietskörperschaften: - Bund - Länder/Landesgesellschaften - Gemeinden/Gemeindeverbände/Gemeindegemeinschaften
- Sozialversicherungsträger usw.: - Sozialversicherung und (regionale) soziale und Fürsorgeverbände - Unfall- und Pensionsversicherungsanstalten

¹² § 2 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

¹³ Die selbstständigen Ambulatorien sind nicht Gegenstand dieses Berichtes.

- Private Träger: - Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften - Privatpersonen und Privatgesellschaften - Vereine/Stiftungen
Dimension: Finanzierung/Fondszugehörigkeit
- Landesgesundheitsfonds
- Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)
- Sonstige, z. B. Krankenkassen
Dimension: Größe der Krankenanstalt
Gemessen an der Zahl der systematisierten¹⁴ Betten

Quelle: BMGFJ 2008a, GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen 2009

Ob man von einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt spricht, ist zum einen vom öffentlich-rechtlichen Status und zum anderen von der Trägerschaft abhängig. Es gibt sowohl Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht, die in privater Hand sind, als auch Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht, die im Eigentum und/oder unter der Leitung von Landes- oder Gemeindegemeinschaften oder Krankenkassen stehen (vgl. Tabelle 1.2).

Tabelle 1.2: Österreich – Anzahl der Krankenanstalten nach Rechtsstatus (Öffentlichkeitsrecht) und nach öffentlicher/privater Trägerschaft, 2008

	Öffentliche Träger/ Zuständigkeit ¹	Private Träger/ Zuständigkeit ²	Gesamt
Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht	106	21	127
Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht	52	87	139
Gesamt	158	108	266

¹ Krankenanstalten von Bund, Ländern, Gemeinden, Krankenkassen

² Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften, Privatpersonen und Privatgesellschaften, Vereine und Stiftungen

Quelle: BMG 2009a; GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen 2009, Stand der Daten: 20. Jänner 2009

Zu Beginn 2009 war die stationäre medizinische Betreuung der österreichischen Bevölkerung durch 266 Krankenanstalten mit 63.790 tatsächlich aufgestellten Betten abgedeckt. Mehr als 70 Prozent der Krankenhausbetten befanden sich in Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht.

Tabelle 1.3 gibt einen Überblick über statistische Kennzahlen der österreichischen Krankenanstalten.

¹⁴ Anzahl der Betten, die von der Sanitätsbehörde bewilligt wurde (<http://www.statistik.at>)

Tabelle 1.3: Österreich – Kennzahlen im stationären Bereich, 2000 und 2004–2008

Stationärer Bereich	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Anzahl der Krankenanstalten¹	268	263	264	264	270	266
<i>Einteilung nach Trägerschaft</i>						
- davon öffentliche KA ²	165	162	163	164	166	162
- davon private KA ³	103	101	101	100	104	104
<i>Einteilung nach Untergruppen¹</i>						
- davon allgemeine KA	102	108	106	103	103	n.v.
- davon KA für psychische Erkrankungen und Substanzmissbrauch	16	19	18	18	17	n.v.
- davon andere KA	150	136	140	143	150	n.v.
Anzahl der Akutbetten⁴	n.v.	54.721	54.778	54.338	54.566	n.v.
- davon im öffentlichen Sektor	n.v.	51.909	51.999	51.618	51.820	n.v.
- davon im privaten Sektor	n.v.	2.812	2.779	2.720	2.746	n.v.
Durchschn. Aufenthaltsdauer in KA⁵	6,31	5,87	5,80	5,71	5,64	n.v.
Anzahl der Anstaltsapotheken	49	49	49	49	46	46
- davon Anzahl der Anstaltsapotheken, die auch als öffentliche Apotheken zugänglich sind	5	5	5	5	5	5

durchschn. = durchschnittlich, k.A. = keine Angabe, KA = Krankenanstalt/en, n.v. = nicht verfügbar

Anmerkung: Stand der Daten: 2000, 2004-2007: 31 Dezember; 2008: 20. Jänner 2009

¹ Gemäß der OECD-Definition und ihrer Untergruppen; Anzahl der Sanatorien und Pflegeanstalten für chronisch Kranke in die Tabelle integriert, aber nicht Gegenstand dieses Berichtes.

² Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht und gemeinnützige Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht

³ Privatkrankenanstalten sind gewinnorientiert und besitzen kein Öffentlichkeitsrecht.

⁴ Systemisierte Betten der Akutkrankenanstalten (landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, Unfallkrankenanstalten und Sanatorien)

⁵ Stationäre Patientinnen/Patienten verweilen zwischen 1 und 28 Tagen (ausgenommen Tagesbetreuung und Langzeitaufenthalte)

Quelle: BMGFJ 2008a, BMG 2009a, BMG 2009b, ÖAK 2008, 2009, Statistik Austria 2002, 2006a, 2007, 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen 2009

Gegen Ende 2008 gab es um vier Krankenanstalten weniger als im Jahr zuvor. 38 Prozent aller Krankenanstalten waren allgemeine Krankenanstalten (2007), die zum Großteil von den Ländern betrieben werden. Von den 66.236 (2007) systemisierten Betten sind 16.376 (25 %) in der Fachrichtung Innere Medizin, 7.836 (12 %) in der allgemeinen Chirurgie, 5.240 (8 %) in der Psychiatrie, 4.212 (6 %) in der Neurologie und 4.032 (6 %) in der Unfallchirurgie zu finden.¹⁵

¹⁵ Statistik Austria 2008

Seit Beginn der 1980er Jahre kann ein sinkender Trend hinsichtlich Bettenanzahl in Krankenanstalten beobachtet werden.¹⁶ Darüber hinaus sinkt auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten seit einigen Jahren.

Im stationären Leistungsbereich sind viele kleinere Krankenanstalten tätig, die auf unterschiedliche Art miteinander kooperieren. Oft schließen sich mehrere Häuser eines Bundeslandes zu Krankenanstaltenverbänden zusammen oder gehören denselben Trägerorganisationen. In den meisten Fällen ist das Bundesland der Haupteigentümer, wobei die Leitung der öffentlichen Krankenanstalten meist an Holdingorganisationen ausgelagert ist. Einige der privaten und mitunter auch gemeinnützige Krankenanstalteneigentümer agieren bundesweit. Mehr als 40 Prozent aller Krankenanstalten in Österreich sind private, nicht gemeinnützige Krankenhäuser, wobei diese nur 16,4 Prozent aller tatsächlich aufgestellten Betten vorhalten. Über 90 Prozent der privaten Spitäler sind kleine Krankenanstalten mit weniger als 200 Betten.

Im Jahr 2006 wurden 2.538.544 stationäre Aufnahmen in österreichischen Akutkrankenanstalten verzeichnet. Die Anzahl der stationären Krankenhausaufnahmen nimmt seit einigen Jahren zu. Im Vergleich zum Jahr 2005 stieg die Anzahl der Krankenhausaufnahmen um 2,6 Prozent.¹⁷

In Österreich gibt es 1.233 öffentliche und 46 Krankenhausapotheken (Stand 31. Dezember 2008). Fünf Anstaltsapotheken agieren hierbei auch als öffentliche Apotheken. Die Anzahl der Krankenhausapotheken blieb während der letzten Jahre etwa gleich. Darüber hinaus gibt es 962 hausapothekenführende Ärztinnen/Ärzte (Stand 31. Dezember 2007).

Die österreichischen stationären Leistungsdaten sind jedoch nur eingeschränkt international vergleichbar (z. B. werden Fälle in Krankenhausambulanzen im stationären Leistungsbereich abgerechnet; stationäre Wiederholungs- bzw. Nachfolgebehandlungen auf Tagesbasis z. B. für Chemotherapie erfordern immer eine Wiederaufnahme und Entlassung der Patientin / des Patienten und werden daher als „neue“ Fälle dokumentiert, was die Gesamtanzahl der stationären Fälle in der Statistik erhöht usw.). Die aktuelle Finanzierung (z. B. Krankenhausambulanzen sind nicht adäquat ins Abrechnungssystem integriert) von Krankenanstalten scheint einen Anreiz zur stationären Aufnahme von möglichst vielen Patientinnen/Patienten zu bieten. Zusätzlich wird durch die „Klassepatientenregelung“ (mit privater Krankenversicherung haben Patientinnen/Patienten Anspruch auf einen höheren Standard im Krankenhaus) ein weiterer Anreiz geschaffen, um die Bettenzahl hochzuhalten. Die erhöhte Produktivität im stationären Sektor in Österreich wurde größtenteils durch leistungsbezogene Anreize erreicht, womit „vermeidbare“ Krankenhausaufenthalte entstehen können.

Arzneimittel im stationären Bereich

In Österreich sind durchschnittlich 13.000 Arzneimittel zugelassen. Beinahe 95 Prozent sind Humanarzneimittel und somit für den Gebrauch am Menschen bestimmt. Schätzungsweise

¹⁶ Statistik Austria 2008

¹⁷ Statistik Austria 2008

rund 20 Prozent der Arzneimittel werden ausschließlich im Krankenanstaltenbereich eingesetzt (vgl. Tabelle 1.4). Krankenhausexklusive Arzneimittel sind nicht explizit in der nationalen Zulassungsliste als solche gekennzeichnet. Sie scheinen aber in der jeweiligen individuellen Arzneimittelliste eines Krankenhauses auf (vgl. Abschnitt 3.2).

Tabelle 1.4: Österreich – Arzneimittel, 2000 und 2005–2008

Anzahl der Arzneimittel	2000	2005	2006	2007	2008
Zugelassene Arzneimittel, gesamt¹	12.394	14.347	15.330	15.644	13.244 ²
- davon krankenhausexklusive Arzneimittel	~ 20 %				

n.v. = nicht verfügbar

Stand 1. Januar

¹ gezählt in unterschiedlichen Arzneimittelformen und Dosierungen, inklusive homöopathischer Mittel, exklusive unterschiedlicher Packungsgrößen

² nur Arzneimittel für den menschlichen Gebrauch

Quelle: AGES Pharmed 2007, HVB 2007, PHARMIG 2005, 2006, 2008; Datensammlung GÖG/ÖBIG 2009

Arzneimittelversorgung im Krankenhaus

In Österreich wird im stationären Bereich die Arzneimittelversorgung wie folgt gewährleistet:

1. Anstaltsapothek für stationäre Patientinnen/Patienten (Ende 2008: 46 Anstaltsapotheken in Österreich)

Nach dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz¹⁸ müssen alle Schwerpunktkrankenanstalten eine Anstaltsapothek führen. Zurzeit verfügen 17 Prozent aller Krankenanstalten über eine eigene Apothek. Zu den Hauptaufgaben der Anstaltsapothek zählen der Einkauf und die Belieferung von Arzneimitteln, Diagnose- und Medizinprodukten, die Herstellung spezieller Arzneimittel und die Unterstützung der medikamentösen Therapie und Pflege („patientenorientierte Apothek“) (vgl. Abschnitt 5.1). Spezialangefertigte Arzneimittel (z. B. magistrale Zubereitungen) sind im stationären Bereich von höherer Relevanz als im niedergelassenen Bereich. Anstaltsapotheken produzieren Arzneimittel sowohl im kleineren Umfang (z. B. Zubereitung von Verschreibungen) als auch in großer Menge.

2. Anstaltsapotheken für den stationären und niedergelassenen Sektor

Fünf Anstaltsapotheken führen zusätzlich eine öffentliche Apothek und versorgen somit auch Patientinnen und Patienten im niedergelassenen Bereich.

¹⁸ Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

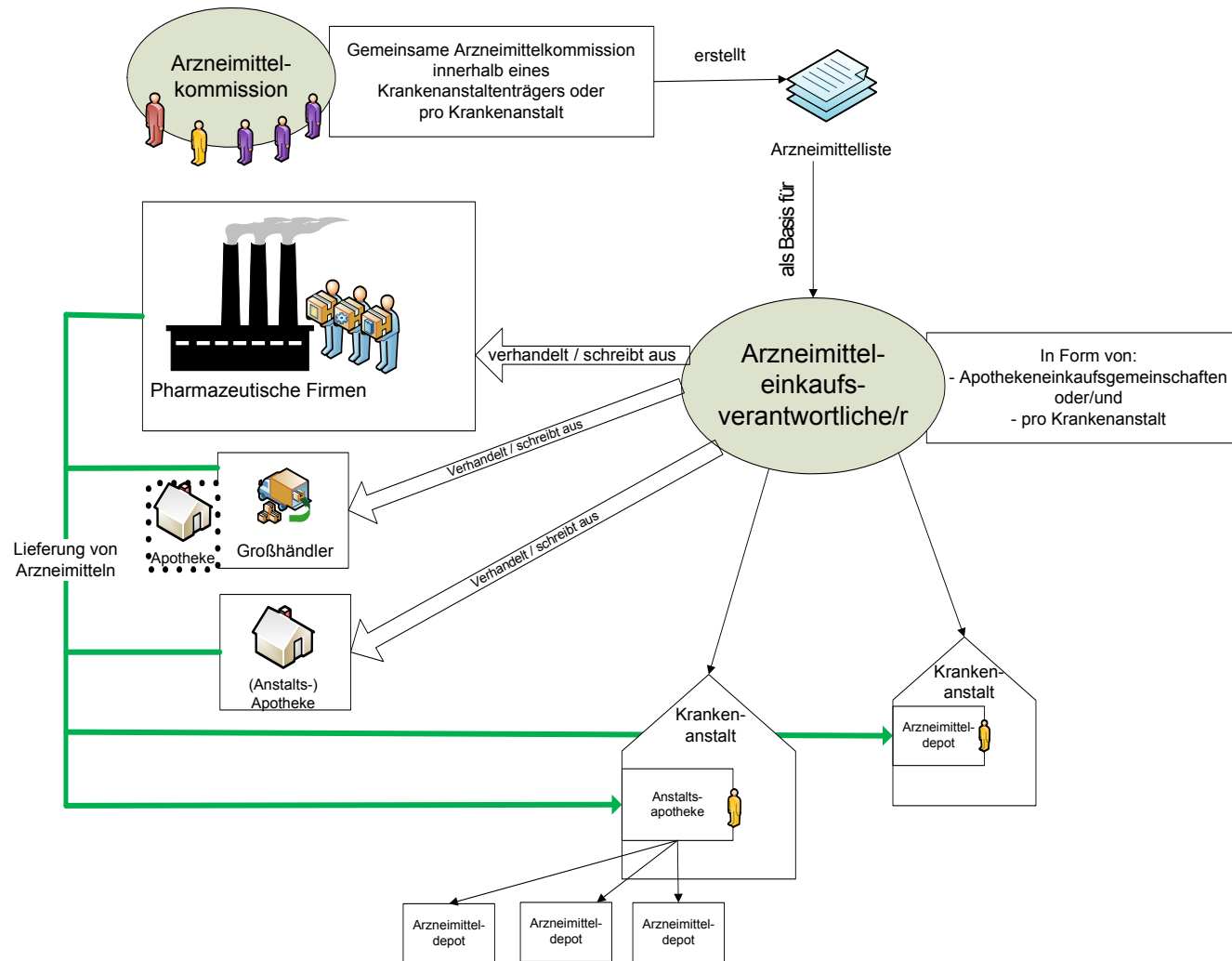
3. Arzneimitteldepots

In Österreich verfügen kleine Krankenanstalten über keine Anstaltsapotheke, sondern über ein Arzneimitteldepot. Arzneimitteldepots in öffentlichen Krankenhäusern dürfen die benötigten Produkte ausschließlich von einer anderen zugelassenen Apotheke im EWR beziehen.¹⁹ In Arzneimitteldepots werden keine Arzneimittel hergestellt. Meist sind es qualifizierte Pflegekräfte, die vor Ort die Verantwortung über Arzneimitteldepots haben. Dem Gesetz nach stehen die Arzneimitteldepots unter Aufsicht einer lizenzierten Apothekerin / eines lizenzierten Apothekers einer naheliegenden öffentlichen Apotheke oder Krankenhausapotheke. Arzneimitteldepots werden oft von Anstaltsapotheken derselben Trägerorganisation beliefert. Sollte dies nicht möglich sein, können Arzneimitteldepots z. B. mit Großhändlern zusammenarbeiten, die über eine angeschlossene Apotheke verfügen. Da private Krankenanstalten keine Anstaltsapotheke führen dürfen, sind dort Arzneimitteldepots zu finden.

Abbildung 1.1 zeigt schematisch die Arzneimittelversorgung in österreichischen Krankenanstalten.

¹⁹ § 20 (3) Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

Abbildung 1.1: Österreich – Arzneimittelversorgung im Krankenhaus, 2009



Quelle: GÖG/ÖBIG 2009

1.3 Finanzierung

Eine Vielzahl von Kostenträgern kennzeichnet die stationäre Leistungserbringung in Österreich. Im Jahr 2007 lagen die Gesundheitsausgaben im stationären Sektor bei 10.949 Mio Euro.²⁰ Die Finanzierung des stationären Bereichs erfolgte zu 46 Prozent aus der Sozialversicherung und dem Bund sowie zu 44 Prozent durch Länder und Gemeinden. Die verbleibenden zehn Prozent wurden privat finanziert (Privatversicherungen, private Haushalte).²¹

Bis Ende 1996 wurden Krankenhaus-Leistungen auf Basis einer fixen Tagespauschale vergütet. Im Jänner 1997 löste die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) die Abgeltung durch Tagespauschalen ab (vgl. Abschnitt 3.1).

Drei Formen der Finanzierung, die hauptsächlich von der Eigentümerstruktur der Krankenanstalt abhängig sind, können im österreichischen stationären Sektor unterschieden werden:

- **Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) durch Landesgesundheitsfonds** betrifft öffentliche Krankenhäuser und gemeinnützige private Allgemein-krankenanstalten. Die neun Landesgesundheitsfonds erhalten Finanzmittel vom Bund, den Ländern, Gemeinden und aus der Sozialversicherung, die dann an die jeweiligen Krankenanstalten weitergegeben werden. Von den 266 österreichischen Krankenhäusern sind 131 (49 %) so genannte „Fonds-Krankenanstalten“, die diese öffentlichen Mittel in Anspruch nehmen können (Stand der Daten: 2008).
- **Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)** betrifft private Krankenanstalten, die gewinnorientiert arbeiten. Diese Krankenhäuser erhalten Mittel aus dem Sozialversicherungssystem. Patientinnen/Patienten tragen zur Finanzierung durch Privatversicherungsbeiträge bei.
- **Sonstige Finanzierung:** betrifft unterschiedliche Institutionen, die spezialisierte Versorgung anbieten, insbesondere Rehabilitationszentren und Institutionen für die Langzeitpflege. Einige dieser Krankenanstalten werden von den Sozialversicherungsträgern finanziert.

In Österreich ist die Finanzierung des stationären Sektors und des niedergelassenen Bereiches unterschiedlich organisiert. Dies führt mitunter zu Problemen im Bereich des Nahtstellenmanagements zwischen den Bereichen (vgl. Kapitel 6).

Gesundheits- und Arzneimittelausgaben im Krankenhaus

Im Jahr 2007 betragen die gesamten Gesundheitsausgaben 27.453 Mio. Euro (vgl. Tabelle 1.5; Stand: Februar 2009). In den Jahren 1990 bis 2007 stiegen die Gesundheitsausgaben stetig von 11.635 Mio. Euro auf 27.453 Mio. Euro, was einem Wachstum von 142 Prozent entspricht (im Vergleich dazu stieg das Bruttoinlandsprodukt in demselben Zeitraum um 98 Prozent).

²⁰ Statistik Austria 2009 (Stand: Februar 2009)

²¹ Statistik Austria 2006b

Tabelle 1.5: Österreich – Gesundheits- und Arzneimittelausgaben, 2000 und 2004–2007

Ausgaben (Mio. €)	2000	2004	2005	2006	2007
Gesamtgesundheitsausgaben (GGA)	20.642	24.230	25.340	26.329	27.453
- davon öffentliche GGA	15.860	18.341	19.294	19.971	20.977
- davon private GGA	4.782	5.889	6.046	6.358	6.476
GA im Krankenhaus (GAK)¹	8.114	9.574	10.034	10.507	10.949
- davon öffentliche GAK	6.811	8.044	8.458	8.899	9.272
- davon private GAK	1.303	1.530	1.576	1.608	1.677
Arzneimittelausgaben (AA)²	3.288	4.114	4.205	4.482	4.691
- davon öffentliche AA	2.091	2.570	2.597	2.726	2.924
- davon private AA	1.197	1.544	1.608	1.756	1.767
AA im Krankenhaus (AAK)³	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1.015
- davon öffentliche AAK ⁴	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0.776
- davon private AAK ³	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0.239

AA = Arzneimittelausgaben, AAK = Arzneimittelausgaben in der Krankenanstalt, GA = Gesundheitsausgaben, GAK = Gesundheitsausgaben in der Krankenanstalt, GGA = Gesamtgesundheitsausgaben, n.v. = nicht verfügbar

Stand: 31. Dezember des jeweiligen Jahres; 2007: Stand Februar 2009

¹ beinhaltet stationäre Langzeitversorgung in Pflegeeinrichtungen; umfasst keine Investitionen für den stationären Bereich

² pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

³ Schätzung (AA im Krankenhaus finanziert durch die Landesgesundheitsfonds und Datenhochrechnung für privatfinanzierte Krankenanstalten) beinhaltet Ausgaben für Arzneimittel, Blut, Reagenzien, Impfungen und Diätika

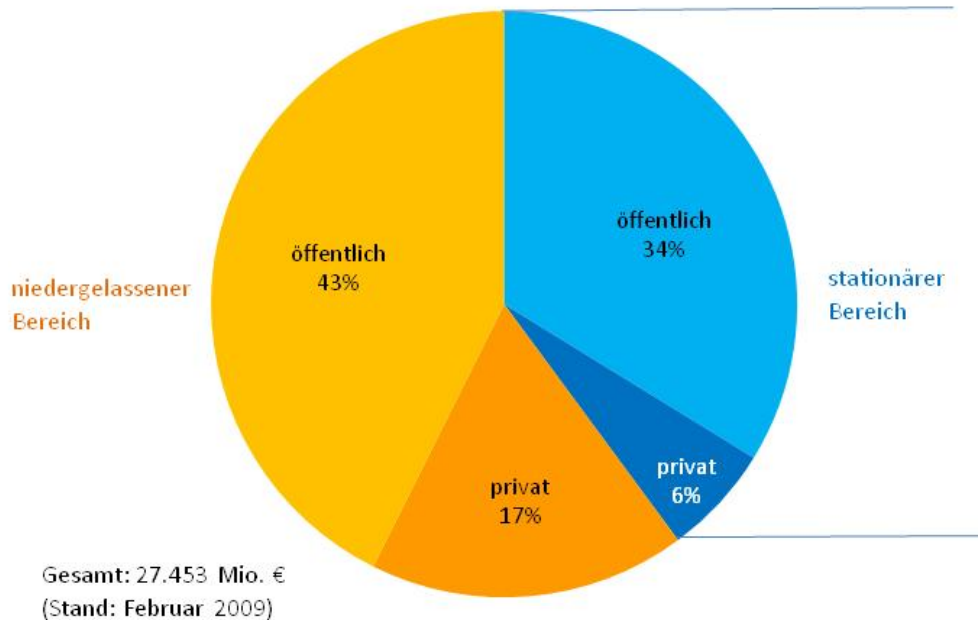
⁴ Nur Krankenhäuser, die durch Landesgesundheitsfonds finanziert werden

Quelle: Statistik Austria 2009, BMGFJ 2008b

Beinahe 40 Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben fallen im stationären Bereich an. In den Jahren 1990 und 2007 wuchsen die öffentlichen Gesundheitsausgaben im stationären Sektor jährlich nominal durchschnittlich um 5,8 Prozent und betragen 9.272 Mio. Euro im Jahr 2007. Arzneimittelausgaben machten dabei 17 Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben aus. Öffentliche Arzneimittelausgaben stiegen in den Jahren 1990 bis 2007 durchschnittlich jährlich nominal um 8,3 Prozent.²² Gründe für diesen bedeutenden Anstiegs sind u. a. die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt.

²² <http://www.statistik.at>

Abbildung 1.2: Österreich – Gesundheitsausgaben nach Versorgungsbereich und Zahlern, 2007



Quelle: Statistik Austria 2009, BMGFJ 2008b

Arzneimittel sind grundsätzlich innerhalb des stationären Sektors von großer Bedeutung für die Therapie, für das Krankenhausmanagement spielen sie jedoch eher eine geringe Rolle. Der Hauptgrund dafür könnte sein, dass Arzneimittel weniger als zehn Prozent der Ausgaben eines Krankenhauses ausmachen.

Patienten-Zuzahlungen im stationären Bereich

Patientinnen/Patienten müssen keine zusätzlichen Zahlungen für Arzneimittel, die sie im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes verabreicht bekommen, leisten, da diese Ausgaben in den Fallpauschalen des LKF-Systems abgedeckt sind. Stationäre Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Gebührenklasse²³ zahlen einen Verpflegungskostenbeitrag von zirka acht bis zehn Euro pro Tag für maximal 28 Tage pro Jahr²⁴, wobei die Höhe der Beiträge in der Gesetzgebung des jeweiligen Bundeslandes geregelt ist.

Aufgrund der steigenden Arzneimittelausgaben in einigen Bereichen (z. B. Onkologie) wächst jedoch der Bedarf an zusätzlichen finanziellen Mitteln zur Bedeckung der Kosten.

²³ Das bedeutet z. B. Unterbringung in einem Mehrbettzimmer, keine freie Arztwahl, jedoch gleichwertige medizinische Behandlung im Vergleich zur Sonderklasse.

²⁴ Nach § 27a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

2 Preisbildung

2.1 Organisation

2.1.1 Rahmenbedingungen

In Österreich ist der Arzneimittelleinkauf dezentral organisiert, wobei je nach Krankenanstaltenträger unterschiedliche Modelle angewandt werden.

Arzneimittelleinkauf im Krankenhaus

In einigen Krankenhausträgerorganisationen wurden Arzneimittelleinkaufsgemeinschaften eingerichtet, die Preise verhandeln oder Ausschreibungen im Namen der Krankenanstalten durchführen. Erste Einkaufsgemeinschaften existieren seit den 1990er Jahren. Diese Krankenhauseinkaufsgremien arbeiten innerhalb eines Bundeslandes oder innerhalb eines Krankenanstaltenträgers, die Krankenhäuser in mehreren Bundesländern betreiben.

Der Arzneimittelleinkauf wird in den österreichischen Krankenanstalten von folgenden Stellen organisiert:

- Einkaufsabteilungen oder Einkaufsgremien (entweder spezialisiert auf Arzneimittel oder auf alle benötigten Produkte) auf der Ebene der Trägerorganisation
- Arzneimittelleinkaufsverantwortliche/r (Leitung der Anstaltsapotheke oder des Arzneimitteldepots) auf der Ebene der Krankenanstalt
- Gemeinsamer Einkauf aufgeteilt auf mehrere Krankenhausapothekerinnen/-apotheker in derselben Trägerorganisation und nach Produktpalette (z. B. „Lead Buyer System“ im Bundesland Niederösterreich).

Das Preisgesetz bildet die Grundlage für die Regelung der Arzneimittelpreise. Grundsätzlich besteht für nicht-erstattungsfähige Arzneimittel freie Preisbildung auf Herstellerebene. Pharmafirmen unterliegen jedoch einer Meldepflicht des Preises an das Bundesministerium für Gesundheit. Es gibt zusätzliche Bestimmungen für Arzneimittelpreise, die in den Erstattungskodex (EKO) aufgenommen werden. Der Fabriksabgabepreis von erstattungsfähigen Arzneimitteln darf nicht über dem EU-Durchschnittspreis liegen.²⁵ Diese somit gesetzlich geregelten oder gemeldeten Fabriksabgabepreise für den niedergelassenen Bereich sind der Ausgangspunkt für Verhandlungen und Ausschreibungen der Preise im stationären Sektor.

Der Preis, den Krankenanstalten für Arzneimittel zahlen, ist das Ergebnis von Ausschreibungen oder Verhandlungen zwischen den für den Arzneimittelleinkauf Verantwortlichen und den

²⁵ Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß § 351c Abs. 6 ASVG;
<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0723&doc=CMS1078931881119>

pharmazeutischen Unternehmen. Meist stehen die Verantwortlichen (Einkaufsabteilungen oder Anstaltsapothekerinnen/-apotheker) in direktem Kontakt mit den Pharmafirmen. Großhändler spielen nur eine geringe Rolle bei der Arzneimittelversorgung im stationären Sektor.

Innerhalb des Krankenanstaltenverbunds (KAV) in Wien, eine der größten Krankenhausträgerorganisationen Österreichs, ist ein eigenes Apothekeneinkaufsgremium auf Geschäftsleitungsebene eingerichtet, das sich aus der Stabsstelle Medizinökonomie und Pharmazie und acht leitenden Anstaltsapothekerinnen und -apothekern zusammensetzt. Dieses Gremium beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Einkauf der kostenintensivsten, mengenmäßig am stärksten vertretenen oder innovativen Arzneimittel.

Wie schon in Abschnitt 1.2 erwähnt, können Arzneimitteldepots öffentlicher Krankenanstalten die benötigten Arzneimittel nur von anderen zugelassenen Apotheken im EWR beziehen. Arzneimitteldepots erhalten oft Arzneimittel von Anstaltsapotheken aus demselben Krankenanstaltenverbund. Krankenanstaltenverbände, die keine eigenen Anstaltsapotheken haben (z. B. KRAGES im Burgenland), kooperieren mit öffentlichen Apotheken (mit einem angeschlossenen Großhandelsunternehmen) oder Krankenhausapotheken in anderen Krankenanstalten.

Eine Voraussetzung für den Erfolg des Einkaufsgremiums liegt in der guten Kooperation der involvierten Personen (Apothekenleitung, ärztliche Leitung und Primaria).

Entscheidungsfindung in Krankenanstalten

Die kollegiale Führung in Krankenhäusern setzt sich aus Vertreterinnen/Vertretern der Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung zusammen, die jeweils über gleiches Stimmrecht verfügen.

Formal gesehen fällt das Thema Arzneimittel in den Verantwortungsbereich der ärztlichen Direktorin / des ärztlichen Direktors einer Krankenanstalt. Unterstützt wird sie/er bei dieser Aufgabe von der/dem Verantwortlichen für den Arzneimittelleinkauf sowie der Leiterin / dem Leiter der Arzneimittelkommission, wobei diese beiden Funktionen oft die leitende Anstaltsapothekerin / der leitende Anstaltsapotheker innehat. Entscheidungen über Arzneimittelpreise werden aber im Regelfall nicht von der Krankenhausführung oder den Krankenhauseigentümern getroffen. In der Praxis werden Preisverhandlungen oder Ausschreibungen von den Arzneimittelleinkaufsverantwortlichen durchgeführt.

2.1.2 Preise von Arzneimitteln im Krankenhaus

In der Regel beziehen Arzneimittelleinkaufsverantwortliche eines Krankenhauses oder eines Krankenanstaltenträgers die Arzneimittel direkt von den pharmazeutischen Unternehmen zum Fabriksabgabepreis (FAP) oder zu einem Spezialpreis, der niedriger als der offizielle FAP ist. Im Falle eines Geschäftsabschlusses mit einem Großhändler wird eine Fakturierungsgebühr auf den FAP oder auf einen diskontierten Preis aufgeschlagen und dem Krankenhaus verrechnet. Diese Großhandelsspanne unterliegt denselben Bedingungen wie die

Großhandelsspanne im niedergelassenen Bereich (z. B. Maximalspanne). Der so erzielte Krankenhauspreis ist jedoch zumeist bedeutend niedriger als der Apothekeneinkaufspreis (AEP).

Arzneimitteldepots, die nicht die Möglichkeit haben, Arzneimittel von einer Anstaltsapotheke derselben Krankenhausträgerorganisation zu beziehen, müssen Arzneimittel von öffentlichen Apotheken erwerben (vgl. Abschnitt 1.2), die dabei einen Aufschlag von durchschnittlich acht bis zehn Prozent verrechnen. Anstaltsapotheken, die Krankenhäuser oder Arzneimitteldepots anderer Trägerorganisationen beliefern, verrechnen in manchen Fällen auch eine Liefergebühr. Die Höhe dieser Gebühr (5 bis 10 % des Einkaufspreises) variiert je nach Geschäftsbeziehung zur Trägerorganisation oder zu der anderen Krankenanstalt.

Preisnachlässe

Österreichische Krankenhausexpertinnen und -experten berichteten über beträchtliche Preisnachlässe, die u. a. aufgrund des hohen Arzneimittelverbrauchs in den Krankenanstalten erreicht werden können und somit auch die Zusammensetzung der Arzneimittelliste (vgl. Abschnitt 3.2) beeinflussen können. Für bis zu 95 Prozent der im Krankenhaus eingesetzten Arzneimittel können Spezialpreise mit pharmazeutischen Unternehmen verhandelt werden, je nach Verhandlungsstärke der Einkaufsverantwortlichen. Diese für das Spital ausverhandelten Preise können durchschnittlich 30 bis 35 Prozent unter den Preisen für den niedergelassenen Bereich liegen. Etwaige Preisnachlässe können bis zu 99 Prozent erreichen.

Zusätzlich geben Pharmafirmen eine gewisse Menge an Arzneimitteln an Krankenanstalten ab, ohne diese zu verrechnen. Hier kann unterschieden werden zwischen Naturalrabatten, die im stationären Sektor ebenfalls üblich sind²⁶, und Gratis-Arzneimitteln.

Für chronische Erkrankungen stellen Pharmafirmen häufig Arzneimittel gratis zur Verfügung wie z. B. Herz-Kreislauf-Arzneimittel. Innerhalb dieser Krankheitsgruppen werden Patientinnen/Patienten auf bestimmte Arzneimittel eingestellt, die sie möglicherweise für die nachfolgenden 10 bis 20 Jahre einnehmen werden (müssen). Um Patientinnen/Patienten mit diesen Arzneimitteln bereits im stationären Bereich zu erreichen, stellen pharmazeutische Unternehmen (teure) Arzneimittel dem Krankenhaus gratis zur Verfügung.

Arzneimittleinkaufsverantwortliche akzeptieren diese Gratis-Arzneimittel unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. keine Verletzung der therapeutischen Ziele oder keine daraus resultierende verbindliche Vereinbarung). Zirka zehn Prozent der Arzneimittel auf der Arzneimittelliste (vgl. Abschnitt 3.2) eines Krankenhauses können gratis bezogen werden. Schätzungen zeigen, dass diese Gratis-Arzneimittel zwei bis sechs Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben eines Krankenhauses ausmachen würden, wenn Krankenanstalten für diese Produkte bezahlen müssten.

²⁶ Obwohl das Gewähren von Naturalrabatten in Österreich seit 2005 verboten ist, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eine Verordnung im Jahr 2006 erlassen, die den stationären Sektor von dieser Regelung ausnimmt.

Preistransparenz

In Österreich besteht keine rechtliche Verpflichtung, die von Krankenanstalten zu zahlenden Preise für Arzneimittel bekanntzugeben bzw. zu veröffentlichen. Die Preise werden meist nur innerhalb einer Krankenanstalt kommuniziert und sind in das individuelle IT-System integriert, darüber hinaus sind sie nicht zugänglich.

Informationsaustausch zwischen Einkaufsgremien

Informationen über Abläufe und Preise werden nur gelegentlich auf informeller Basis zwischen Arzneimitteleneinkaufsverantwortlichen ausgetauscht. Eine offizielle Plattform zum Austausch wird von den Einkaufsverantwortlichen nicht in Betracht gezogen.

2.2 Einkaufsstrategien

Neben Bestimmungen der internationalen und nationalen Vergabegesetzgebung, die je nach rechtlichem Status eines Krankenhauses und dem Einkaufsvolumen unterschiedlich sein können, bestehen keine weiteren verbindlichen rechtlichen Regelungen im Hinblick auf die Einkaufsstrategie für Arzneimittel in Krankenanstalten.

2.2.1 Ausschreibungen

Öffentliche Ausschreibungen sind in EU-Richtlinien (Allgemeine Richtlinie: Richtlinie 2004/18/EG, Rechtsschutz 2007/66/EG, Vertragsbehörden des Sektors 2004/17/EG, Rechtsschutz in speziellen Sektoren 92/13/EWG) sowie im Bundesvergabegesetz 2006 (BVergG) und in neun Landesgesetzen, die auf Nachprüfung der Vergabe abzielen, geregelt.

Aufgrund des hohen administrativen Aufwandes werden öffentliche Ausschreibungen jedenfalls bei gesetzlicher Verpflichtung angewandt oder wenn alternative Einkaufsstrategien (z. B. bilaterale Verhandlungen) nicht den gewünschten Erfolg bringen. Dennoch ist ein steigender Trend bei Ausschreibungen zu beobachten. Ausschreibungen werden entweder durch Arzneimitteleneinkaufsverantwortliche oder durch zuständige Abteilungen innerhalb der Trägerorganisation oder durch externe Rechtsberaterinnen und -berater abgewickelt. Beispiele für durch Ausschreibung erworbene Produkte sind Röntgenkontrastmittel oder medizinische Gase bei einzelnen Krankenhausträgerorganisationen.

Das einzuhaltende Prozedere bei Ausschreibungen (z. B. Schwellenwerte, Veröffentlichungen usw.) ist im Bundesvergabegesetz geregelt²⁷.

In ungefähr 95 Prozent der Fälle entscheidet der Preis über die Auftragsvergabe. Darüber hinaus sind qualitative Kriterien wie Lagerung, Lieferkonditionen, Verfügbarkeit unterschiedlicher Dosierungsformen (z. B. für Kinder) usw. ausschlaggebend.

²⁷ Bundesvergabegesetz BGBl I 2006/17 zuletzt geändert durch BGBl I 2007/86

Arzneimittleinkaufsverantwortliche betrachten öffentliche Ausschreibungen jedoch nicht als Ideallösungen für den Arzneimittleinkauf in den Krankenanstalten, da

- der Arzneimittleinkauf gegenüber dem Einkauf anderer Produkte (wie z. B. Reinigungsprodukte) komplexer ist und beinahe jedes Arzneimittel einzeln bewertet werden muss;
- Ausschreibungen nicht immer zum gewünschten niedrigen Preis führen;
- die direkte Vergleichbarkeit der Arzneimittel nicht bzw. nur in engem Rahmen möglich ist; mit Ausnahme von Generika, Arzneimitteln mit demselben Wirkstoff und Arzneimitteln mit ähnlicher therapeutischer Wirkung;
- der Ausschreibungstext unter Umständen nur unscharf formuliert werden kann – dies könnte zu einer suboptimalen Lösung führen;
- der administrative Aufwand, eingeschränkte Mittel und die erforderliche Rechtsberatung die Kosten der Arzneimittel und des Ausschreibungsverfahrens in die Höhe treiben können.

Dennoch kaufen österreichische Krankenhausträgerorganisationen vermehrt Arzneimittel mittels öffentlicher Ausschreibungen ein.

2.2.2 Verhandlungen

Arzneimittel für den Einsatz in österreichischen Krankenanstalten werden meist im Rahmen von Verhandlungen eingekauft. Pharmazeutische Unternehmen legen Angebote und konkurrieren untereinander, um den Zuschlag zu bekommen. Im Falle von Arzneimitteln mit gleichem Wirkstoff wählt die/der Arzneimittleinkaufsverantwortliche meist das beste und günstigste Angebot aus. Falls kein direkter Preisvergleich möglich ist, gelten Wirksamkeit, Anwendungsmöglichkeiten, medizinische und therapeutische Kriterien etc. als entscheidend. Je nach Arzneimittel werden unterschiedliche Einkaufskriterien herangezogen.

Sollte es keine alternativen Arzneimittel oder alternative Anbieter (wie dies häufig der Fall bei Originalpräparaten ist) geben, versucht die/der Einkaufsverantwortliche einer Krankenanstalt zumindest einen Preisnachlass für diese Arzneispezialität zu erreichen.

Grundsätzlich werden gekoppelte Angebote („Wenn Sie Arzneimittel A kaufen, bekommen Sie Arzneimittel B gratis“) von Einkaufsverantwortlichen nicht akzeptiert, da Transparenz bezüglich der Einkaufs- und Preisstrategie angestrebt wird.

Krankenhausapotheker/innen beobachten in der Regel kontinuierlich den Arzneimittelmarkt. Sobald sich die Markposition eines Arzneimittels ändert, werden Pharmafirmen gebeten, neue Angebote zu legen. In regelmäßigen Abständen (z. B. zwei Mal pro Jahr) suchen Einkaufsverantwortliche nach neuen Anbietern, versuchen Preise neu zu verhandeln und/oder bessere Preise zu erzielen.

Die Verhandlungsposition und -stärke der Arzneimittleinkaufsverantwortlichen ist unterschiedlich je nach Leistungsangebot der Krankenanstalt und den benötigten Arzneimitteln. Diese ungleichen Voraussetzungen sollten bei direkten Preisvergleichen zwischen Krankenanstalten oder Trägerorganisationen und Interpretationen berücksichtigt werden.

Verhandlungen werden als effiziente Lösung eingestuft, da mit ihnen ausreichend flexibel auf wechselnde Marktsituationen reagiert werden kann.

3 Erstattung und Finanzierung

3.1 Relevanz allgemeiner Erstattungsregelungen für den stationären Sektor

In Österreich werden Spitalsleistungen, inklusive Arzneimittel, in öffentlichen und privaten, gemeinnützigen Krankenanstalten über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) vergütet. Bei dieser Finanzierungsform werden Pauschalen, die auf der Hauptdiagnose und medizinischen Leistungen basieren, errechnet. Darüber hinaus fließen weitere Charakteristika (z. B. Alter der Patientinnen/Patienten bei bestimmten Erkrankungen oder Strukturqualitätskriterien wie z. B. Personalausstattung usw.) in die Berechnung der Pauschalen mit ein.

Das LKF-System wurde im Jahr 1996 eingeführt (Berechnung der Pauschalen auf Basis von 20 Referenzkrankenanstalten) und von einem interdisziplinären Team (Ärztinnen/Ärzte, Statistikerinnen/Statistiker, Ökonominen/Ökonomen usw.) weiterentwickelt. Standardisierte Behandlungen und Qualitätskriterien beeinflussten die Bewertung und Kalkulation der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF). Die LDF werden jährlich evaluiert und angepasst. Kritikerinnen/Kritiker bemängeln die eingeschränkte Flexibilität des Systems, das manchmal den Entwicklungen am Arzneimittelmarkt nicht rasch Rechnung tragen kann.

Information zu aktuellen Regelungen bezüglich LKF-System finden sich auf der Webseite des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit.²⁸

Arzneimittel sind in den Fallpauschalen auf Basis ihres durchschnittlichen Arzneimittelverbrauchs in Krankenanstalten einberechnet.

Einige Onkologika bilden eine Ausnahme, da diese Arzneimittel als eigene diagnoseorientierte Gruppe geführt werden. Es wurden zirka 50 medizinische Einzelleistungen (MEL) definiert, für die die Verabreichung von Onkologika dem Krankenhauseigentümer gesondert erstattet wird.

In zwei Bundesländern (Steiermark, Kärnten) gibt es ein eigenes Finanzierungssystem für Onkologika und einige weitere Arzneimittel. In diesen Bundesländern vereinbarten die größten Krankenhausträgerorganisationen mit den zuständigen Gebietskrankenkassen (Steiermärkische Gebietskrankenkasse, StGKK; Kärntner Gebietskrankenkasse, KGKK), dass der jeweilige Sozialversicherungsträger Ausgaben für bestimmte Arzneimittel übernimmt, selbst wenn diese im stationären Bereich verabreicht werden.

²⁸ <http://www.bmg.gv.at/cms/site/thema.html?channel=CH0719>

3.2 Arzneimittellisten im Krankenhaus

Die Arzneimittelliste, in der alle erstattungsfähigen Arzneimittel enthalten sind, bildet nach österreichischem Gesetz²⁹ die Grundlage für die Erstattung eines Arzneimittels im stationären Bereich. Jede Krankenanstalt oder jede Trägerorganisation verfügt über eine eigene Liste. Auf Bundesebene besteht keine landesweit einheitliche Erstattungsliste für Krankenhäuser. Über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Liste entscheidet die jeweilige Arzneimittelkommission.

Arzneimittelkommission

Krankenanstalten in Österreich müssen eine Arzneimittelkommission einsetzen. Erstellung und Einsatz von Arzneimittellisten sowie die institutionelle, personelle Zusammensetzung und operative Tätigkeit der Arzneimittelkommission sind in Österreich gesetzlich geregelt.³⁰ Gemeinsame Arzneimittelkommissionen innerhalb von Krankenhausverbänden oder Krankenanstaltenträgerorganisationen sind üblich. Manche Eigentümer bevorzugen die Einrichtung von Arzneimittelkommissionen dezentral in jeder Krankenanstalt. Damit wird ein höheres Engagement der beauftragten Personen intendiert.

Aufgaben einer Arzneimittelkommission:

- Zusammenstellung einer Liste von Arzneimitteln, die vom Krankenhaus bezogen und verwendet werden
- Aktualisierung dieser Arzneimittelliste
- Erstellung von Richtlinien hinsichtlich des Einkaufs und der Handhabung von Arzneimitteln.

Bei der Erfüllung dieser Aufgaben muss die Arzneimittelkommission folgende Punkte beachten:

- Für den Arzneimitteleinsatz gilt ausschließlich der Gesundheitszustand / das Krankheitsbild der Patientinnen/Patienten als entscheidendes Kriterium.
- Arzneimittel werden auf Basis medizinischer, wissenschaftlicher, evidenzbasierter und anerkannter Methoden ausgewählt (z. B. muss der Antragssteller für die Aufnahme eines Arzneimittels in die Arzneimittelliste wissenschaftlich evaluierte Dokumente beilegen).
- Das Leistungsspektrum der Krankenanstalt muss bei der Erstellung der Arzneimittelliste berücksichtigt werden, um eine optimale Versorgung der Patientinnen/Patienten mit Arzneimitteln zu gewährleisten.

²⁹ § 19a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

³⁰ § 19a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

- Die Notwendigkeit des Einsatzes des Arzneimittels in der Krankenanstalt muss gegeben sein.

Für die Erstellung von Richtlinien hinsichtlich Einkauf und Handhabung von Arzneimitteln müssen der Patientennutzen und die ökonomische Effizienz berücksichtigt werden:

- Sollten therapeutisch gleichwertige Arzneimittel verfügbar sein, muss das wirtschaftlich günstigere Arzneimittel gewählt werden.
- Sollten andere therapeutisch gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten existieren, die einen höheren Nutzen aufweisen und sich als ökonomischer darstellen, muss auf die Verwendung von Arzneimitteln verzichtet werden.

Folgende Punkte sind in den neun Ländergesetzen geregelt³¹:

- Mitglieder der Arzneimittelkommission: Leitung der Anstaltsapothek, kollegiale Führung (Ärztenschaft, Pflege, Verwaltung) sowie in einigen Fällen Fachärztinnen/Fachärzte und eine Vertreterin / ein Vertreter der Sozialversicherung
- Statuten der Arzneimittelkommission (Organisation und Entscheidungsstrategien)
- Aufgaben der Arzneimittelkommission (z. B. Arzneimittelüberwachung, usw.)

Die leitende Apothekerin / der leitende Apotheker der Krankenhausträgerorganisation ist führende/r Expertin / Experte innerhalb der Arzneimittelkommission. Die Entscheidungen der Kommission werden demokratisch getroffen. Die Verwaltungsdirektorinnen/-direktoren sind formell in den Prozess eingebunden und nehmen eine Controllingfunktion wahr.

Aufnahme von Arzneimitteln in die Arzneimittelliste

Jede Oberärztin / jeder Oberarzt kann Arzneimittel zur Aufnahme in die Arzneimittelliste vorschlagen. Dies geschieht im Regelfall in Form eines offiziellen Antrags über die Krankenhausabteilungsvorstände an den Vorsitz der Arzneimittelkommission. Der Antrag beinhaltet zumeist auch wissenschaftliche Dokumente.

Bei den regelmäßigen Treffen (normalerweise ein Mal im Quartal) der Kommission wird über die Aufnahme neuer Arzneimittel entschieden. Dabei werden

- therapeutische,
- medizinische,
- ökonomische (z. B. kostengünstig, Kosten-Nutzen Bewertungen) und
- sonstige (wie z. B. Arzneimittelsicherheit etc.)

Kriterien berücksichtigt.

³¹ Vgl. Abschnitt 8.1

Ergibt die wissenschaftliche Bewertung der Arzneyspezialität durch die Arzneimittelkommission zusätzlichen Patientennutzen, wird Bedarf für die Regelversorgung der stationären Patientinnen und Patienten festgestellt und steht der Nutzen auch in vernünftiger Relation zu den Kosten, wird die Arzneyspezialität für die Standardversorgung in die Arzneimittelliste aufgenommen und von der Anstaltsapothekende bzw. dem Arzneimitteldepot vorrätig gehalten.

Es gibt keine offiziellen Richtlinien hinsichtlich des Einsatzes von Generika im stationären Bereich. Ob ein Generikum oder auch ein parallelimportiertes Produkt gekauft wird, hängt hauptsächlich von der Entscheidung der Anstaltsapothekenleitung und der Arzneimittelkommission ab.

In einigen Arzneimittelkommissionen bestehen Regelungen betreffend möglicher Interessenkonflikte. Die beantragende Person muss Gründe und Motivation, warum die Arzneyspezialität in die Arzneimittelliste aufgenommen werden soll, ausführen. Zweck dieser Regelung ist es, herauszufinden, ob eine Ärztin / ein Arzt Mittel für den Einsatz bestimmter Arzneimittel erhält (z. B. zur Durchführung von klinischen Studien). Pharmafirmen sind daran interessiert, ihre Produkte in der Arzneimittelliste eines Krankenhauses zu etablieren, da das Verschreiberverhalten von Krankenhausärztinnen/-ärzten einen wichtigen Einfluss auf den Arzneimitteleinsatz im niedergelassenen Bereich hat (vgl. Punkt 2.2.2).

Sobald die Entscheidung getroffen wurde, ein neues Arzneimittel in die Arzneimittelliste aufzunehmen, bereitet die Arzneimittelkommissionsleitung/Anstaltsapothekenleitung Informationen über das neue Arzneimittel zur Verteilung an Krankenhausmitarbeiterinnen/-mitarbeiter vor (z. B. via Intranet, Poster oder E-Mails). Im Schnitt umfasst eine Arzneimittelliste zirka 1.500 bis 2.500 Produkte. Im Regelfall wird die Arzneimittelliste im Krankenhaus zwei bis vier Mal pro Jahr aktualisiert.

Wenn ein Arzneimittel für die Zeit nach der Krankenhausentlassung verschrieben wird, sollte unter therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomischste von der verschreibenden Ärztin / vom verschreibenden Arzt ausgewählt werden. Darüber hinaus sind der Erstattungskodex (EKO) des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), der die Grundlage für die Arzneimittelerstattung im niedergelassenen Bereich bildet, sowie die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV)³² zu berücksichtigen (außer es gibt medizinische Gründe für eine Abweichung).

Grundsätzlich werden die Anliegen der Krankenkassen für den niedergelassenen Bereich auch von den österreichischen Krankenanstalten beachtet. Krankenanstalten agieren jedoch weitgehend unabhängig und können auch Arzneimittel einkaufen, die nicht im Erstattungskodex (Positivliste im niedergelassenen Bereich) zu finden sind. Die Kooperation zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor ist je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet. Da die stationäre Arzneimitteltherapie (langfristig) Auswirkungen auf die weitere Behandlung im niedergelassenen Bereich hat, versuchen Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung die Sichtweise des ambulanten Sektors in die Arzneimittelkommissionen einzubringen (vgl. Kapitel 6).

³² www.avsv.at

Einsatz von Arzneimitteln, die nicht in der Arzneimittelliste sind

Wird ein Arzneimittel benötigt, das nicht in der Arzneimittelliste einer Krankenanstalt enthalten ist, muss die verordnende Ärztin / der verordnende Arzt einen offiziellen, standardisierten (Einkaufs-)Antrag an die verantwortliche Apothekerin / den verantwortlichen Apotheker stellen. Diese/r trifft dann in Absprache mit der ärztlichen Leitung die Entscheidung, ob dem Antrag, der u. a. den Grund und die Notwendigkeit für die Verwendung einer bestimmten Arzneispezialität enthält, entsprochen wird.

IT-System

Arzneimittellisten sind in jedem Krankenhaus-IT-System elektronisch verfügbar. Sie sind oft Teil des Intranet und die meisten Krankenhausangestellten haben Zugang dazu.

Informationen über Arzneimittel variieren von Krankenhaus zu Krankenhaus. Häufig wird eine standardisierte Software benutzt, die Informationen zum Produkt, Wirkstoff, zu alternativen Produkten und auch Preisinformationen sowie Erstattungsstatus im niedergelassenen Bereich enthält. Darüber hinaus kann in manchen Fällen der Einsatz der Arzneimittel mit Hilfe eines IT-Systems innerhalb einer Krankenanstalt nachverfolgt werden. Die Controlling-Abteilung eines Krankenhauses weiß somit genau, wie viele Packungen eines bestimmten Arzneimittels an eine Abteilung abgegeben wurden. Die direkte Nachverfolgung zur Patientin bzw. zum Patienten ist aber nur eingeschränkt möglich.

4 Arzneimittelersatz

Arzneimittelverbrauch

Die Träger der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten haben der Landeshauptfrau / dem Landeshauptmann einmal pro Jahr einen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Diagnosen- und Leistungsbericht über das vorangegangene Jahr gemeinsam mit der Krankenanstalten-Statistik und der Krankenanstalten-Kostenrechnung vorzulegen.³³ Üblicherweise wird der Arzneimittelverbrauch in den Krankenanstalten anhand der ausgegebenen Arzneimittelpackungen gemessen. Einzig der Antibiotikaverbrauch wird im Nachhinein in DDD (Tagestherapiedosen) berechnet.

Tabelle 4.1: Österreich – Arzneimittelverbrauch, 2000 und 2004–2008

Arzneimittelverbrauch	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Jährlicher Arzneimittelverbrauch, gesamt						
In Packungen (in tausend)	186.539	201.937	211.635	210.170	n.v.	n.v.
In DDD	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Jährlicher Arzneimittelverbrauch in Krankenanstalten						
In Packungen (in tausend)	20.167	22.533	22.579	23.166	n.v.	n.v.
In DDD	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

DDD = Defined Daily Doses (Tagestherapiedosen), n.v. = nicht verfügbar

Quelle: PHARMIG 2008

Der Arzneimittelverbrauch im Allgemeinen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Wie in Tabelle 4.1 dargestellt, wurden im Jahr 2006 210,2 Mio. Arzneimittelpackungen umgesetzt, davon elf Prozent in Krankenanstalten und 89 Prozent in öffentlichen Apotheken.

Hinsichtlich der Kosten stehen Erythrozyten-Konzentrate, Onkologika und Antibiotika an der Spitze des Arzneimittelverbrauchs in Krankenanstalten. Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über die zehn ausgabenintensivsten Wirkstoffe.

³³ § 2 Diagnosen- und Leistungsdocumentationsverordnung BGBl II 2003/589

Tabelle 4.2: Österreich – Top-10-Arzneimittel nach Ausgaben und Verbrauch, 2008

Position	Verbrauchintensivste Wirkstoffe im Krankenhaus	Position	Ausgabenintensivste Wirkstoffe im Krankenhaus
1	n.v.	1	Erythrozyten-Konzentrate
2	n.v.	2	Bevacicumab
3	n.v.	3	Pemetrexed
4	n.v.	4	Rituximab
5	n.v.	5	Trastuzumab
6	n.v.	6	Immunglobulin
7	n.v.	7	Thrombozythen-Konzentrate
8	n.v.	8	Cetuximab
9	n.v.	9	Paclitaxel
10	n.v.	10	Linezolid

n.v. = nicht verfügbar

Quelle: Datensammlung der GÖG/ÖBIG auf Basis der Daten, die von einem Krankenanstaltenverband zur Verfügung gestellt wurden.

IMS Health³⁴ betreibt Marktforschung zum Arzneimittelverbrauch in Krankenanstalten und bietet diese Daten ihren Kundinnen und Kunden, vor allem pharmazeutische Unternehmen, an. In Österreich ist üblich, dass Krankenanstalten, die dafür Daten bereitstellen, im Gegenzug Zugang zu den Verbrauchsdaten anderer Spitäler erhalten und ihre Angaben mittels Benchmarking mit dem Verbrauch anderer Krankenanstalten vergleichen können. Diese Daten sind jedoch nicht öffentlich zugänglich.

Einsatz von Arzneimitteln

Angeforderte Arzneimittel werden gewöhnlich in Packungen an die Abteilungen der Krankenanstalt geliefert und vom Krankenpflegepersonal den Patientinnen und Patienten verabreicht. Einzelne Krankenanstalten oder Abteilungen (z. B. Kaiser-Franz-Josef Spital in Wien, LKH Villach) führen Pilot-Projekte, bei denen computergestützt „Unit Doses“ (Abgabe einzelner Einheiten z. B. Tabletten, Kapseln etc.) abgegeben werden, durch. Innerhalb dieser Pilot-Projekte ordern Ärztinnen und Ärzte die benötigten Arzneimittel online im Intranet und bekommen sämtliche Informationen zu den Arzneimitteln mitgeliefert. Dies zielt auf die Verbesserung der Arzneimittel- und der Patientensicherheit ab, da z. B. potenzielle Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln überprüft werden und klinische Pharmazeutinnen/Pharmazeuten automatisch per Onlinekonsultation in den Prozess integriert sind. Darüber hinaus laufen Pilot-Projekte zu „Bar Code Scanning“ (Scannen des Strichcodes auf der Arzneimittelpackung, am Bett der Patientin / des Patienten).

³⁴ <http://www.imshealth.com/>

5 Evaluation

5.1 Monitoring

Arzneimittel in Krankenanstalten sind ein sensibles und vielschichtiges Thema, da eine Steuerung, aber bereits auch ein Monitoring des Arzneimitteleinsatzes als Eingriff in die medizinische Behandlung gesehen werden können.

Standardisierte Dokumentation ist im stationären Sektor seit Jahren umgesetzt. Als Basis für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung liefern öffentliche Krankenanstalten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen monatlich Berichte an Landesregierungen und/oder an den Landesfonds.

Die Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission³⁵ sowie einer Hygienekommission in den österreichischen Krankenanstalten ist gesetzlich geregelt. In diesen Kommissionen werden anlassbezogen auch Arzneimittel thematisiert, jedoch unter anderen Gesichtspunkten als Einkauf und Finanzierung. Zumindest Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen Dienstes sowie der Krankenhausverwaltung müssen in der Kommission vertreten sein. Die Hauptaufgabe der Qualitätssicherungskommission besteht darin die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initialisieren, zu koordinieren, zu unterstützen und zu fördern. Darüber hinaus ist die Kommission befugt, dem Spitalseigentümer sowie -management hinsichtlich notwendiger Qualitätssicherungsmaßnahmen beratend zur Seite zu stehen.

Auf Basis der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten³⁶ sind Krankenanstalten angehalten, die Ausgaben zu überwachen. Je nach Ausgestaltung des Kostenrechnungssystems ist es einzelnen Krankenanstalten möglich (mittels Kostenträgerrechnung), sowohl die Ausgaben pro Patientin/Patient als auch den Arzneimittelverbrauch pro Patientin/Patient zu berechnen. Die Daten werden aus dem IT-System der Krankenanstalt ermittelt und sind nur innerhalb der Krankenhausverwaltung verfügbar und werden nicht veröffentlicht. Nur die Gesamtausgaben (z. B. pro Abteilung/Kostenstelle oder pro Kostenkategorie z. B. medizinische Ge- und Verbrauchsgüter) werden an die Behörden gemeldet.

Krankenanstalteneigentümer und -verwaltung treffen strategische Entscheidungen zur Angebotspalette der Krankenanstalten, wobei die angefallenen Kosten pro behandelte Patientin / pro behandelten Patienten und die erwirtschafteten Einnahmen auf Basis der LKF-Punkte wichtige Entscheidungsgrundlagen darstellen.

Zusätzlich sind Krankenanstalten stark an Möglichkeiten zur Eindämmung der Ausgabenentwicklung interessiert. Wie bereits erwähnt, wird jedoch der Arzneimittelbereich in vielen

³⁵ § 5b Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

³⁶ Kostenrechnungsverordnung BGBl II 2003/638

Fällen nur marginal berücksichtigt, da die Arzneimittelausgaben in den Krankenanstalten im Vergleich mit anderen Ausgaben (z. B. für Implantate oder Personal) als weniger bedeutend gesehen werden.

Monitoring der Ausgaben, des Verbrauchs und der Preise von Arzneimitteln

Jede Krankenanstalt verfügt über ein jährliches Budget für Arzneimittel. Ausgehend von diesem Budget und Arzneimittelkonsumstatistiken können mögliche Entwicklungen des darauffolgenden Jahres geschätzt und im nächsten Jahr berücksichtigt werden. Arzneimittelteleinkaufsverantwortliche müssen mit dem vorgegebenen Budget haushalten. Wie bereits in Abschnitt 3.2 angeführt, ist die Arzneimittelkommission befugt, die Arzneimittelausgaben innerhalb der Krankenanstalt / des Krankenanstaltenträgers zu überwachen und gegebenenfalls Maßnahmen einzuleiten. In der Praxis ist diese Aufgabe vom persönlichen Engagement der beteiligten Personen sowie von Organisationszielen (z. B. effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen) abhängig.

Im Allgemeinen werden Arzneimittelverbrauch und -ausgaben anhand von Statistiken durch die leitende Apothekerin / den leitenden Apotheker einer Trägerorganisation in regelmäßigen Abständen (im Schnitt zwei bis vier Mal pro Jahr) analysiert. Auch die Arzneimittelverantwortlichen in den jeweiligen zum Verbund gehörigen Krankenanstalten werden angehalten, regelmäßig Berichte zu den Arzneimittelausgaben zu liefern. Diese Statistiken werden allen Mitgliedern der Arzneimittelkommission sowie der Krankenhausverwaltung und anderen wichtigen Gremien und/oder Personen zur Verfügung gestellt. Mit Hilfe dieser Controllingberichte versucht die Arzneimittelkommission in weiterer Folge die Gründe für z. B. Abweichungen zwischen den budgetierten Arzneimittelausgaben und den tatsächlich anfallenden Kosten oder für „Ausreißer“ (unverhältnismäßige Ausgaben für bestimmte Arzneimittel) zu analysieren und zu hinterfragen. Des Weiteren werden Maßnahmen gesetzt, um solche Entwicklungen einzudämmen (z. B. durch persönliche Gespräche in Abteilungen oder mit involvierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern). Oft werden Verbrauchsdaten, Umsatzzahlen und auch ABC-Analysen (zur Identifikation von Produkten, die erheblichen Anteil an den Gesamtausgaben haben) als typische Benchmarking-Instrumente verwendet.

Zum Beispiel: Von einer Abteilung einer Krankenanstalt wird über einen hohen Verbrauch von Antimykotika berichtet. Es wird vermutet, dass diese Arzneimittel undifferenziert zur Anwendung kommen. Nach Gesprächen mit dem verantwortlichen Primar kommen diese Arzneimittel wesentlich weniger häufig zum Einsatz.

Die Durchsetzungskraft, Kompetenz und Genauigkeit der verantwortlichen Anstaltsapothekerinnen und -apotheker gelten als Erfolgsfaktoren für eine kontrollierte Ausgabenentwicklung. Weiters sind die Unterstützung sowie das Verständnis der Spitalsärztinnen und -ärzte wichtig. Vor allem der persönliche Kontakt und die Gespräche zwischen den involvierten Personen hat sich als sehr nützlich erwiesen, um Verständnis für die Kostenkomponente zu wecken. Spitalsärztinnen und -ärzte werden von Anstaltsapothekerinnen und -apothekern beraten, um mögliche „Übermedikation“ zu vermeiden (z. B. die nicht indikationsgemäße Verschreibung von Protonenpumpenhemmern).

Darüber hinaus werden Fortbildungen und Trainings zum Einsatz von Arzneimitteln und zu weiteren komplexen Themen für das medizinische Personal einer Krankenanstalt organisiert. Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherung führen z. B. Präsentationen zum Erstattungskodex, der die Basis für die Erstattung von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich darstellt, durch, um dieses Wissen und Kostenbewusstsein auch Spitalsärztinnen und -ärzten näherzubringen. Darüber hinaus ist es konstantes Bemühen der Krankenanstalten, das medizinische Personal über die Eckpunkte des Arzneimittelsystems (z. B. Marktmechanismen und Strategien von pharmazeutischen Unternehmen) zu informieren, weiterzubilden und in Entscheidungen zu Arzneimitteln mit einzubeziehen.

Wichtige Themen für das Arzneimittelmonitoring in Krankenanstalten

Rolle der Anstaltsapothekerinnen und -apotheker

Die Aufgaben einer Anstaltsapotheke können in drei Hauptkategorien unterteilt werden:

- Bereitstellung und Auseinzelung von Arzneimitteln
- Produktion von Arzneimitteln (sterile und nicht-sterile)
- Pharmazeutische Dienstleistungen (sicherer und effizienter Umgang mit Arzneimitteln, Aufbereitung und Bereitstellung von Informationen zu Arzneimitteln, Lehr- und Weiterbildungstätigkeiten etc.)

Die Rolle der Anstaltsapothekerin / des Anstaltsapothekers wird im Rahmen einer Partnerschaft mit dem weiteren medizinischen Fachpersonal gesehen und umfasst gelegentlich auch persönliche Kontakte mit Patientinnen/Patienten. Anstaltsapothekerinnen/-apotheker entwerfen Richtlinien und Empfehlungen zu wichtigen pharmazeutischen Themen wie z. B. zur richtigen Anwendung von Arzneimitteln.

In Österreich wirkten im Jahr 2008 46 Leiterinnen und Leiter von Anstaltsapotheken, was als „überschaubare“ Anzahl gesehen wird. Informelle Kontakte und Austausch innerhalb dieser homogenen Gruppe funktionieren sehr gut. Die Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker (AAHP)³⁷ ist die fachliche und gewerkschaftliche Interessenvertretung der Krankenhausapothekerinnen und -apotheker in Österreich, die ein Zweigverband des Verbands Angestellter Apotheker Österreichs (VAAÖ) ist. Die AAHP ist Mitglied des Europäischen Verbandes der Krankenhausapothekerinnen und -apotheker (EAHP)³⁸.

Im Allgemeinen arbeiten in Krankenanstalten relativ wenige Apothekerinnen und Apotheker im Vergleich zum übrigen Personal in Krankenanstalten. Sie sind kaum in die direkte Arbeit in den Stationen einer Krankenanstalt eingebunden.

Das Etablieren der klinischen Pharmazie wurde in Österreich bisher vernachlässigt. Obwohl der Einsatz von klinischen Pharmazeuten wesentlich zur Patientensicherheit beitragen kann, wurde dieser Profession bisher wenig Beachtung geschenkt. Mit zunehmender Bedeutung von Patienten- und Arzneimittelsicherheit in den Krankenanstalten wird sich diese Situation

³⁷ <http://www.aahp.at>

³⁸ <http://www.eahp.eu>

möglicherweise ändern. Darüber hinaus wird im Allgemeinen angestrebt, Informationen über Arzneimittel und das Arzneimittelsystem in die Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu integrieren.

Einsatz von Antibiotika

In vielen österreichischen Spitälern werden Arbeitsgruppen eingesetzt oder Richtlinien ausgegeben, die sich mit dem richtigen Umgang mit Antibiotika beschäftigen, um einen übermäßigen Gebrauch und mögliche Resistenzbildung zu vermeiden. So wird z. B. von Ärztinnen und Ärzten innerhalb der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) verlangt, einen Ausdruck dieser Richtlinien stets (in der Manteltasche) mitzuführen.

Arzneimittelsicherheit

Die Arzneimittelsicherheit (z. B. Verwechslungsgefahr, Umgang mit dem Produkt, Information, die auf der Packung zu finden ist) spielt in Krankenanstalten eine wichtige Rolle. In vielen österreichischen Spitälern wird eine verantwortliche Person nominiert, die sich mit Arzneimittelsicherheit befasst. Themen wie Pharmakovigilanz oder Polypragmasie werden von dieser Person bearbeitet. Einige Pilotprojekte wurden bzw. werden in einzelnen Krankenanstalten durchgeführt, um die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Als Beispiel ist hier das Projekt MEDSAFE³⁹ zu nennen, in dem Krankenanstalten anhand eines Fragebogens eine Selbstevaluation durchführen und ihre Daten in der Form von Benchmarks mit anderen teilnehmenden Häusern vergleichen können.

Qualitätsmanagementsysteme

Die Qualität von Arzneimitteln wird durch strenge Auflagen bei der Herstellung und Zulassung sichergestellt. Obwohl Arzneimittel einen integralen Bestandteil der wichtigsten Abläufe im Leistungsprozess von Krankenanstalten darstellen, spielen sie in krankenhausinternen Qualitätsmanagementsystemen nur eine geringe Rolle. Unterschiedliche Qualitätsmanagementsysteme finden in österreichischen Krankenanstalten Anwendung. Diese umfassen entweder einzelne Abteilungen (z. B. ISO 9000) oder die gesamte Krankenanstalt. Standardisierte klinische Pfade und Richtlinien werden für einzelne Spitäler oder für alle Häuser desselben Trägers erarbeitet (z. B. Qualitätsmanagementsystem „Joint Commission“).

Externe Audits

Die finanzielle Gebarung des Staates und die der öffentlichen Einrichtungen werden durch den österreichischen Rechnungshof geprüft.⁴⁰ Dieser überprüft auch die landesfondsfinanzierten Krankenanstalten. Die Endberichte der Audits werden auf der Website des österreichischen Rechnungshofes veröffentlicht. Externe Audits der gesamten Krankenanstalt oder einzelner Bereiche werden fallweise durchgeführt.

³⁹ http://www.ipg.uni-linz.ac.at/fr_medsafe.htm

⁴⁰ www.rechnungshof.at

Ausgaben bei onkologischen Arzneimitteln

Onkologische Präparate verursachen in Krankenanstalten hohe Ausgaben. Diese Arzneimittel verzeichnen die höchsten Wachstumsraten (zirka 25 % im Schnitt). Laut einer Studie des schwedischen Karolinska-Institutes⁴¹ werden in Österreich moderne und daher teure (Anti-körper-)Therapien bereits bald nach Zulassung eingesetzt. Andere Länder warten meist zu, bevor sie diese Therapien anbieten. Die Entscheidung über den Einsatz onkologischer Arzneimittel ist oft komplex und wegen der damit verbundenen ethischen Implikationen in manchen Fällen durchaus kritisch (z. B. die Anwendung eines Onkologikums, das pro wöchentlicher Anwendung 4.000 Euro kostet, um das Leben einer Krebspatientin / Krebspatienten um zwei Monate zu verlängern).

5.2 Bewertung

Unabhängige wissenschaftliche Berichte und Analysen auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (z. B. aus internationaler Fachliteratur) werden an den österreichischen Krankenanstalten standardmäßig in die Entscheidungen über den Einsatz und Kauf von Arzneimitteln mit einbezogen. Eine adäquate Berücksichtigung und Interpretation der Forschungsberichte ist für eine erfolgreiche Entscheidungsfindung notwendig. Anstaltsapothekerinnen und -apotheker empfehlen daher, entsprechende Trainingsmöglichkeiten zur Suche und Interpretation von wissenschaftlichen Informationen in die Aus- und Fortbildung von Apothekerinnen und Apothekern zu integrieren.

Health Technology Assessments (HTA) / Gesundheitstechnologiebewertung

HTA-Berichte zu Arzneimitteln werden nur in seltenen Fällen bei Einkaufsentscheidungen berücksichtigt. Diese Berichte werden von verschiedenen Instituten in Österreich erstellt. Ein Online-Ratgeber zu HTA⁴² gibt einen Überblick über einschlägige Institute, Ergebnisse und Quellen in Österreich, in ausgewählten Ländern und in länderübergreifenden Projekten. Für Spitalträgerorganisation besteht auch die Möglichkeit, Themen für Gesundheitstechnologiebewertungen auf der Webseite des österreichischen Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) online vorzuschlagen.⁴³ Unabhängige Evaluationen der Effektivität des Einsatzes von ausgabenintensiven Arzneimitteln sind für Krankenanstaltenträgerorganisationen von hohem Nutzen. Aus Sicht der Krankenhausexpertinnen und -experten wären darüber hinaus Richtlinien zur Kosten-Nutzen-Bewertung des Einsatzes teurer Präparate und ihrer Vergleichsprodukte hilfreich.

⁴¹ http://ki.se/content/1/c4/33/16/Cancer_Report.pdf

⁴² <http://hta-guide.biqq.at/HTA/>

⁴³ <http://www.goeg.at/de/HTA-Anmeldung.html>

6 Nahtstellenmanagement

Der Einsatz von Arzneimitteln (oft Originale) in den Krankenanstalten beeinflusst das Verschreibungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich, die die Patientin / den Patienten in der Folgetherapie nicht auf andere Arzneimittel umstellen wollen/können. Arzneimittellisten in Krankenanstalten stimmen zum Teil nicht mit dem Erstattungskodex (EKO) im niedergelassenen Bereich überein. Eine Umstellung vom im Krankenhaus verschriebenen Arzneimittel auf ein anderes (z. B. Generikum) im niedergelassenen Bereich – und umgekehrt – kann zur Verunsicherung auf Seiten der Patientin / des Patienten führen.

Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungsträger sind oft Mitglieder der Arzneimittelkommissionen in den Krankenanstalten. Die Einbindung variiert jedoch sehr stark zwischen den Bundesländern. Eine verbesserte Abstimmung der stationären Arzneimittellisten mit dem Erstattungskodex könnte zu Kosteneinsparungen im niedergelassenen Bereich führen. Zusätzlich könnte eine höhere Therapietreue (Compliance) erzielt werden, da die Betroffenheit der Patientinnen und Patienten ebenfalls berücksichtigt wird.

Informationsaustausch zwischen dem stationären und niedergelassenen Sektor

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus erhält die Patientin / der Patient oder die niedergelassene Ärztin / der niedergelassene Arzt einen Entlassungsbrief, der Informationen zur Arzneimitteltherapie enthält.

Die Arzneimitteltherapie sollte im Einklang mit dem Erstattungskodex (EKO) und den Richtlinien zur ökonomischen Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV)⁴⁴ erfolgen. In der Praxis jedoch zieht eine Nichteinhaltung der Richtlinien in der Regel keine Konsequenzen nach sich.

Eine verbesserte Kommunikation zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich würde sich auch positiv auf die Sicherheit und Qualität der Arzneimitteltherapie auswirken. Als Ansatz dafür werden die zentrale und koordinierte Sammlung von Informationen zum individuellen Arzneimittelkonsum gesehen. Diese Aufgabe könnte von klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten wahrgenommen werden, wozu Expertinnen und Experten noch Entwicklungsbedarf für diese Profession in Österreich sehen.

Verschiedene Projekte, die sich mit der verbesserten Koordination des stationären und niedergelassenen Sektors beschäftigen, werden in Österreich bereits durchgeführt (Beispiele siehe unten).

⁴⁴ § 24 (2) Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl I/1957 zuletzt geändert durch BGBl I 65/2002

Medizinischer Dienst in Krankenanstalten

Medizinisches Personal der Sozialversicherungsträger ist direkt in den Krankenanstalten vor Ort und hilft bei der Organisation der Arzneimitteltherapie im niedergelassenen Bereich. Das medizinische Personal wird von den Anstaltsapothekerinnen und -apothekern sowie gegebenenfalls von klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten unterstützt. Dieses Service dient vor allem dazu, eine friktionsfreie Fortsetzung der Arzneimitteltherapie im niedergelassenen Bereich zu gewährleisten.

Automatisches Arzneimittelbewilligungsservice zum Zeitpunkt der Entlassung

Eine Vereinbarung zwischen der Sozialversicherung und den Krankenanstaltenträgern schreibt fest, dass Arzneimittel, die im niedergelassenen Bereich frei verschreibbar sind (Arzneimittel im Grünen Bereich des EKO), auch in der Krankenanstalt frei verschrieben werden können. Sobald Arzneimittel zum Zeitpunkt der Entlassung eine gesonderte Genehmigung (im gelben und roten Bereich des EKO) benötigen, beurteilen sogenannte Chefärztinnen und -ärzte den Einsatz dieser Arzneimittel pro Patientin/Patient. Derzeit laufen einige Pilotprojekte zur elektronischen Chefarztbewilligung im niedergelassenen Bereich, wobei die e-card der/des Versicherten als Kommunikationsmedium verwendet wird. Dieses Service beinhaltet zusätzlich ein Modul, das den verschreibenden Ärztinnen und Ärzten das ökonomisch günstigste Arzneimittel im niedergelassenen Bereich anzeigt.

Verlagerungen der kostenintensiven Behandlungen zwischen dem stationären und niedergelassenen Sektor

Aufgrund der Koordinationsprobleme zwischen dem niedergelassenen und stationären Bereich kann eine durchgängige Arzneimitteltherapie in manchen Fällen nicht gewährleistet werden. Das duale (und getrennte) Finanzierungssystem kann eine Verlagerung der Kosten in den jeweils anderen Sektor verursachen. Bei manchen Arzneimitteln erfolgt die Ersteinahme in der Krankenanstalt, da eine umfassende medizinische Beobachtung und Betreuung vorhanden sein muss, die nur in Spitälern gegeben ist. Über die weitere Medikation entscheiden die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus erlaubt das derzeitige Finanzierungs- und Erstattungssystem keine angemessene Finanzierung von bestimmten Leistungen der Spitalsambulanzen.

In Tirol wurde zur Berichtslegung ein von der Tiroler Gebietskrankenkasse initiiertes Pilotprojekt „Heilmittel an der Schnittstelle“, durchgeführt, in dem Verlagerungen von kostenintensiven Behandlungen (z. B. onkologische oder rheumatologische Arzneimittel) zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich thematisiert werden. Es wird versucht, einen angemessenen Finanzierungsansatz für die Erstattung dieser Arzneimittel in dem Sektor, in dem sie eingesetzt werden, zu finden.

Nahtstellenmanagement wird auch durch Überleitungspflege und sogenannte „Case Managerinnen“ / „Case Manager“ wahrgenommen.

7 Ausblick

Reform des österreichischen Gesundheitssystems

Das laufende Ansteigen der Arzneimittelausgaben ist eine der größten Herausforderungen für das österreichische Arzneimittelsystem. Die Hauptgründe für diese Entwicklung sind u. a. eine alternde Bevölkerung und die Einführung von neuen innovativen und kostenintensiven Arzneimitteln (z. B. onkologische Arzneimittel).

Trotz der Senkung des Umsatzsteuersatzes für Arzneimittel seit 1. 1. 2009 von 20 auf 10 Prozent sieht sich die österreichische Sozialversicherung mit zunehmenden Defiziten aufgrund steigender Kosten innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems konfrontiert. Ende Juni 2009 präsentierte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Kostendämpfungsstrategie für die Sozialversicherung. Dieses Reformkonzept beinhaltet Maßnahmen zur ausgeglichenen Bilanzierung der Sozialversicherungsträger bis 2015 und wird mit allen Systempartnern (z. B. Ärztinnen und Ärzte) abgestimmt. Die folgenden Themen werden in Bezug auf Arzneimittel angedacht:

- Differenzierte Rezeptgebühr, bei der eine niedrigere Gebühr bei Patientinnen und Patienten verlangt wird, die ein kostengünstigeres Präparat mit derselben therapeutischen Wirkung bevorzugen.
- Die Verschreibung von anderen Arzneimittelpackungsgrößen
- Einsatz des „Arzneimitteldialoges“: Bei der Verschreibung sieht die Ärztin / der Arzt im elektronischen System alle vergleichbaren und austauschbaren Arzneimittel nach Preisen geordnet. Die verschreibende Ärztin / der verschreibende Arzt kennt somit zumindest das günstigste und das teuerste Produkt. Sollte die Ärztin oder der Arzt kontinuierlich hochpreisige Produkte verschreiben, so wird sie/er gebeten, in einen Dialogprozess mit dem Sozialversicherungsträger zu treten.

Folgende Ideen werden für den stationären Sektor angedacht (noch nicht in das Reformkonzept integriert):

- Verbindliche Berücksichtigung des Erstattungskodex (EKO) in allen öffentlichen Krankenhäusern (z. B. bei der Erstellung der Arzneimittelliste)
- Finanzierung aus einer Hand: Um die Verlagerung von kostenintensiven Behandlungen zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich zu reduzieren, wird der Ansatz der Finanzierung aus einem Topf / durch einen Zahler diskutiert. Das derzeitige duale Finanzierungssystem könnte durch einschneidende Reformpläne umstrukturiert werden.
- Die Sozialversicherungsträger sollen eine aktive Mitbestimmungsmöglichkeit im stationären Bereich erhalten (die es im Moment noch nicht gibt, obwohl die österreichische Sozialversicherung mehr als 45 Prozent der Mittel für die Finanzierung des stationären Sektors aufbringt).

Nahtstellenmanagement

In Projekten zur elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und rund um die e-card wird am Informations- und Datenaustausch zwischen den einzelnen Partnern im Gesundheitssystem gearbeitet. Informationen zu Arzneimitteln werden in diesen Projekten ebenfalls erfasst, was wiederum den Informationsfluss zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich erleichtern und das Monitoring verbessern könnte. Auch die Bewilligung von im Krankenhaus verschriebenen Arzneimitteln für den niedergelassenen Bereich sollte auf elektronischer Basis erfolgen.

Die Einführung von medizinischen Beraterinnen/Beratern oder Chefärztinnen/Chefärzten in den österreichischen Krankenanstalten und die verstärkte Teilnahme von Vertreterinnen/Vertretern der Sozialversicherungsträger in den Arzneimittelkommissionen der Spitäler werden als mögliche zukünftige Pläne für die Verbesserung des Systems genannt.

Projekte, die sich mit der Arzneimittelsicherheit im niedergelassenen Bereich beschäftigen, könnten auch auf den stationären Bereich ausgeweitet werden.

IT-basierte Automatisierung der Arzneimittelversorgung im stationären Bereich

Die Arzneimittelversorgung auf Basis IT-gestützter Automatisierung hat in Österreich Entwicklungspotenzial. Zukünftige Trends lassen eine zunehmende Automatisierung erkennen (z. B. automatisiertes Arzneimittelmanagementsystem).

Auch eine Verschreibungssoftware, die (noch) nicht in allen österreichischen Krankenanstalten implementiert ist, würde das Arzneimittelmanagement, z. B. in Bezug auf Nachverfolgbarkeit, erleichtern.

8 Quellenverzeichnis

8.1 Literatur

Österreichische Gesetze

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl 1957/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2002/65

Neun Krankenanstaltenlandesgesetze:

- Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 LGBl 2000/52 zuletzt geändert durch LGBl 2001/45
- Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO LGBl 1999/26
- NÖ Krankenanstaltengesetz 2008 LGBl 9440, 25. Novelle vom 22. 02. 2008
- OÖ Krankenanstaltengesetz 1997 LGBl 1997/132 zuletzt geändert durch LGBl 2006/122
- Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 LGBl 2000/24 zuletzt geändert durch LGBl 2007/55
- Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG LGBl 1999/66 (WV) 4. Novelle LGBl 2006/145 (XV. GPSStLT RV EZ 612/1 AB EZ 612/5)
- Tiroler Krankenanstaltengesetz Tir KAG, LGBl 1958/5 zuletzt geändert durch LGBl 2008/77
- Gesetz über Krankenanstalten Vorarlberg LGBl 2005/54, 2006/7, 2008/67
- Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 Wr. KAG, 24. 03. 1987 LGBl 1987/23 zuletzt geändert durch LGBl 2009/13

Vereinbarung gemäß Artikel 15a BV-G [Bundes-Verfassungsgesetz BGBl 1930/1 zuletzt geändert durch BGBl I 2003/100] über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens BGBl I 2008/105

Arzneimittelgesetz 2005; i.d.F. Bundesgesetz, mit dem das Arzneimittelgesetz, das Rezeptpflichtgesetz, das Medizinproduktegesetz, das Tierarzneimittelkontrollgesetz, das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz und das Arzneiwareneinfuhrgesetz 2002 geändert werden, BGBl 2005/153

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz BGBl 1955/189 zuletzt geändert durch BGBl I 2009/124

Apothekengesetz RGrBl 1907/5 zuletzt geändert durch BGBl I 2004/5

Preisgesetz 1992 BGBl 1992/145 zuletzt geändert durch BGBl I 2008/2

Rezeptpflichtgesetz BGBl 1972/413 zuletzt geändert durch BGBl I 2008/36

Suchtmittelgesetz 1997 BGBl I 1997/112 zuletzt geändert durch BGBl I 2008/143

Apothekenbetriebsordnung 2005 BGBl II 2005/65

Arzneimittelbetriebsordnung 2009 BGBl II 2008/324

Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung BGBl II 2003/589

Dokumentation im Gesundheitswesen BGBl 1996/745 zuletzt geändert durch BGBl I 2001/5

Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten BGBl II 2003/638

Suchtgiftverordnung 1997 BGBl II 1997/374 zuletzt geändert durch BGBl II 2008/480

Publikationen

AGES PharMed (2007): Arzneimittel in Österreich sind sicher. Presseaussendung vom 23. Juli 2007. AGES. Wien

<http://www.ages.at/>

BMGF (2004): Die Funktionsweise des österreichischen LKF-Systems. BMGF. Wien

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/4/8/CH0718/CMS1098272734729/lkf-broschuere_internet.pdf

BMGF (2005): Das Gesundheitswesen in Österreich. 4., aktualisierte Auflage. BMGF. Wien

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/6/6/CH0713/CMS1051011595227/gesundheitswesen_in_oesterreich_2005_internet.pdf

BMGFJ (2008a): Krankenanstalten in Österreich; Hospitals in Austria. 7. Auflage. BMGFJ. Wien

http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/9/9/CH0786/CMS1039007503101/ka-verzeichnis_2008_gesamt_internet2.pdf

BMG (2009a): Liste der Krankenanstalten in Österreich, Stand: 20. 1. 2009. BMG. Wien

<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0786&doc=CMS1039007503101>

BMG (2009b): Krankenanstalten in Zahlen. Stationäre Krankenhausaufenthalte. BMG. Wien

<http://www.kaz.bmgf.gv.at/>

Hofmarcher, M. M.; Rack, H-M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Kopenhagen

HVB (2005): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2005. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

HVB (2006a): Sozialversicherung in Zahlen 2006. 17. Ausgabe: August 2006. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/114072.PDF>

HVB (2006b): Heilmittelstatistik für 2005. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

- HVB (2007): Heilmittelstatistik für 2006. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien
- Langebner, T. (2004): Hospital Pharmacy in Austria. In: European Journal Hospital Pharmacy Practice Nr. 5; 53 – 53. EAHP. Mol
- ÖAK (2008): Apotheke in Zahlen / Pharmacy in Figures 2007. ÖAK. Wien
http://www.apotheker.or.at/internet/oeak/ZDF_1_0_0a.nsf/fsStartHome!OpenFrameset
- ÖAK (2009): Apotheke in Zahlen / Pharmacy in Figures 2008. ÖAK. Wien
http://www.apotheker.or.at/internet/oeak/ZDF_1_0_0a.nsf/fsStartHome!OpenFrameset
- ÖBIG (2006): Analyse des Nahtstellenmanagements bei Arzneimitteln. Vergleich zwischen Österreich und den Niederlanden. ÖBIG. Wien
- ÖBIG FP (2008): Tendering of Pharmaceuticals in EU Member States and EEA countries. Results from the country survey. ÖBIG FP. Wien
- PHARMIG (2005): Daten und Fakten 2003. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs. Wien
- PHARMIG (2006): Daten und Fakten 2004. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs. Wien
- PHARMIG (2008): Daten und Fakten 2006. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs. Wien
- PPRI (2008a): Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. PPRI-Pharma-Profil Österreich 2008. ÖBIG. Wien
<http://ppri.goeg.at/>
- PPRI (2008b): Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. PPRI Report. GÖG/ÖBIG. Wien
<http://ppri.goeg.at/>
- Statistik Austria (2002): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000. Statistik Austria. Wien
- Statistik Austria (2006a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005. Statistik Austria. Wien
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/4/publdetail?id=4&listid=4&detail=294
- Statistik Austria (2006b): Gesundheitsausgaben in Österreich 2007. Statistik Austria. Wien
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html
- Statistik Austria (2007): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006. Statistik Austria. Wien
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/4/publdetail?id=4&listid=4&detail=439
- Statistik Austria (2008): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007. Statistik Austria. Wien
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=495

Statistik Austria (2009): Health Expenditure in Austria according to OECD System of Health Accounts. Statistik Austria. Wien

http://www.statistik.at/web_en/statistics/health/health_expenditure/index.html

Wilking, N.; Jönssen, B. (2005): A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institutet in Zusammenarbeit mit der Stockholm School of Economics. Stockholm

Webseiten

Amtliche Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherung: <http://www.avsv.at>

Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapothekerinnen und -apotheker: <http://www.aahp.at>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): <http://www.bmg.gv.at>

Elektronische Gesundheitsakte: <http://www.arge-elga.at/>

Europäischer Verband der Krankenhausapothekerinnen und -apotheker: <http://www.eahp.eu/>

Gesundheit Österreich GmbH: <http://www.goeg.at>

Informationen zum österreichischen e-card System: <http://www.chipkarte.at>

Informationen zu österreichischen Gesetzen und Verordnungen: <http://ris.bka.gv.at/auswahl/>

Krankenanstalten in Zahlen: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/>

Österreichische Apothekerkammer: <http://www.apotheker.or.at/>

Österreichische Sozialversicherung: <http://www.sozialversicherung.at>

Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI): <http://ppri.goeg.at/>

PHARMIG (Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs): <http://www.pharmig.at>

Pharmaceutical Health Information System (PHIS): <http://phis.goeg.at>

Statistik Österreich: <http://www.statistik.at>

Andere

BMGFJ (2008b): KDOK. Programm zur Dokumentation in Krankenanstalten. Wien (eingeschränkter Zugang; nicht öffentlich zugänglich)

8.2 Kontakte

Die Autorinnen dieses Berichtes besuchten die Anstaltsapothekende der größten Krankenanstalt Österreichs (AKH Wien).

Die folgenden nationalen Expertinnen und Experten haben zur Erstellung des Berichtes beigetragen:

Mag. Marion Alt (LKH Oberwart), Mag. Hermine Binder (LKH St. Pölten), Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Buchberger, MSc, (LKH / Universitätsklinik Innsbruck), SSR Mag. Elfriede Dolinar (AKH Wien, EAHP), Dr. Arnold Gabriel (Amt der Kärntner Landesregierung), MMag. Katrin Gebhart (Orthopädisches Spital Wien Speising, Wien), Dr. Wolfgang Gerold (KAV Wien), Dr. Klaus Kaltenbrunner (LKH Villach), Dr. Klaus Klaushofer (Hanusch Krankenhaus, Wien), Dr. Max Laimböck (FH Gesundheit Innsbruck), Dr. Thomas Langebner (BHS KH Linz), Dr. Arno Melitopoulos (GÖG/ÖBIG), Mag. Petra Paretta (GÖG/ÖBIG), Dr. Siegfried Preindl (TGKK), Mag. Gabriele Schrammel (LKH Wiener Neustadt), Dr. Gerhard Speer (LKH / Universitätsklinik Innsbruck), Dr. Ralph Sperol (LKH Villach), Mag. Andreas Wachter (LKH Villach).

8.3 Liste der PHIS Berichte/Ergebnisse (Stand Juli 2010)

PHIS-Glossar (Glossar zu den verwendeten Arzneimittelbegriffen innerhalb des PHIS-Projektes, aktualisierte Version Stand Mai 2010): http://phis.goeg.at/index.aspx?_nav0019

PHIS-Indikatoren (Indikatoren und Taxonomie zur vergleichenden Analyse von Arzneimittelsystemen): http://phis.goeg.at/index.aspx?_nav0031

Weitere publizierte **Länderberichte** zu Arzneimittelmanagement im stationären Sektor: http://phis.goeg.at/index.aspx?_nav0035

- PHIS Hospital Pharma Report Bulgaria
- PHIS Hospital Pharma Report Cyprus
- PHIS Hospital Pharma Report Denmark
- PHIS Hospital Pharma Report Finland
- PHIS Hospital Pharma Report Latvia
- PHIS Hospital Pharma Report Malta
- PHIS Hospital Pharma Report Norway
- PHIS Hospital Pharma Report Slovakia
- PHIS Hospital Pharma Report The Netherlands
- PHIS Hospital Pharma Report Turkey
- PHIS Hospital Pharma Report United Kingdom

PHIS-Krankenhaus-Pharma-Bericht („PHIS Hospital Pharma Report“: Vergleichende Analyse der stationären Arzneimittelsysteme in EU-Mitgliedstaaten und anderen europäischen Ländern sowie detaillierte Fallstudien und Preisvergleiche): http://phis.goeg.at/index.aspx?_nav0035

8.4 Gesundheit Österreich GmbH - Publikationen Gesundheitsökonomie

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

Gesundheitsökonomie oder <http://ppri.goeg.at> → Publications → GOEG reports

PHIS Hospital Pharma Report (eng.)

Benchmarkingbericht über EU Länder sowie fünf Fallbeispiele

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

GÖG/ÖBIG, Wien 2010

Download unter: <http://phis.goeg.at/>

Rationale Arzneimitteltherapie in Europa (dt. & engl.)

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

ca. 35 S. – deutsche Fassung, 9 S. engl. Kurzfassung

GÖG/ÖBIG, Wien 2010

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

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Europarat

ca. 22 S., 2 Tab.

GÖG/ÖBIG, Wien 2009

PHIS Hospital Pharma Reports (eng.)

Länderberichte in englischer Sprache zu 12 EU-Mitgliedstaaten (Stand Juli 2010)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

GÖG/ÖBIG, Wien 2009/2010

Download unter: <http://phis.goeg.at/>

Arzneimittelsystem Kroatien - Factsheet (dt.)

Im Auftrag des BMG

8 S.

GÖG/ÖBIG, Wien 2009

Access to essential medicines in Poland (eng.)

Im Auftrag von Health Action International Europe

ca. 30 S., 1 Abb., 5 Tab.

ÖBIG FP, Wien 2009

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

Im Auftrag von Health Action International Europe

ca. 30 S., 5 Tab.

ÖBIG FP, Wien 2009

Steuerung des Arzneimittelverbrauchs am Beispiel Dänemark (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ)

ca. 50 S., 10 Abb., 5 Tab.

GÖG/ÖBIG, Wien 2008

Druckfassung: Kostenersatz: € 30,-

Leistungsfähigkeit des Österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich (dt.)

Im Auftrag des BMGFJ
ca. 35 S., 21 Abb., 2 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008

PPRI Report (eng.)

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

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

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

Arzneimittelsysteme in Bulgarien und Rumänien (dt.)

Im Auftrag des BMGFJ
80 S., 2 Abb., 24 Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2008

Referenzpreissysteme in Europa (dt.)

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

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

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

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

ca. 30 S., Abb., Tab.
GÖG/ÖBIG, Wien 2006
Druckfassung: Kostenersatz: € 45,-

Kombinationsangebot:

Pharmaceutical systems in the European Union 2006. Band 1 und 2, € 80,- Kostenersatz

Community Pharmacy in Europe (engl.)

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

Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln (dt.)

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

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

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

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

Im Auftrag des BMGF und des Hauptverbandes der österreichischen
Sozialversicherungsträger
ca. 175 S. (dt.); ca. 100 S. (eng.)
zahlreiche Abb. und Tab.
ÖBIG, Wien 2005
Druckfassung: € 45 (dt.); € 30 (eng.) Kostenersatz
Kombinationsangebot:
(dt. und engl. Fassung) € 70,- Kostenersatz

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

Expertenfassung. Im Auftrag des BMGF
ca. 110 S.
ÖBIG, Wien 2005
Druckfassung: € 45,- Kostenersatz

Internationale Arzneimittelpreisvergleiche – Meta-Analyse (dt.)

Im Auftrag der Pharmig
35 S., 5 Tab., 27 Abb.
ÖBIG, Wien 2004
Druckfassung: € 25,- Kostenersatz

Screening aus ökonomischer Perspektive – Dickdarmkarzinom (dt.)

Im Auftrag von Siemens Österreich
ca. 25 S., 5 Tab., 1 Abb.
ÖBIG, Wien 2004
Druckfassung: € 20,- Kostenersatz

Impfungen. Ökonomische Evaluation (dt.)

Im Auftrag des BMGF
ca. 100 S. inkl. Anhang, 9 Tab., 9 Abb.
ÖBIG, Wien 2003
Druckfassung: € 29,- Kostenersatz

Arzneimittel. Distribution in Skandinavien (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen
132 S. inkl. Anhang, 34 Tab., 13 Abb.
ÖBIG, Wien 2003
Druckfassung: € 45,- Kostenersatz

Kostenfaktoren in der tierärztlichen Hausapotheke (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen
50 S. inkl. Anhang, 11 Tab.
ÖBIG, Wien 2003
Druckfassung: € 28,- Kostenersatz

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

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen
ca. 200 S. inkl. Anhang, 52 Tab., 73 Abb.
ÖBIG, Wien 2003
Druckfassung: € 30,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben – Strategien zur Kostendämpfung – Länderportraits (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen
Das ÖBIG bietet Länderportraits, die auch einzeln bezogen werden können, zu allen 15 EU-Mitgliedstaaten an.
Pro Länderportrait ca. 30 S., 6–8 Tab., 4–6 Abb.
ÖBIG, Wien 2001
Druckfassung: € 18,- Kostenersatz/Länderportrait

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

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen
ca. 100 S. 17 Tab., 8 Abb.
ÖBIG, Wien 2001
Druckfassung: € 65,- Kostenersatz

Generika Modell Burgenland (dt.)

Im Auftrag des Österreichischen Generikaverbandes
43 S., 7 Tab., 12 Abb.
ÖBIG, Wien 2001
Druckfassung: € 24,- Kostenersatz

Medikamente aus dem Internet (dt.)

ÖBIG-Information für Konsumenten
16 S., Illustrationen
Druckfassung: ÖBIG, Wien 2001

Apothekenleistungen im europäischen Vergleich – Kurzzusammenfassung (dt.)

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

E-Pharma. Arzneimittelvertrieb im Internet (dt.)

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

Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa (dt.)

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

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

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Brochüre

30 S., 20 Tab., 4 Abb.

ÖBIG, Wien 1999

Druckfassung: € 5,-

Kombinationsangebot: Studie (in Deutsch) und Broschüre (in Englisch): € 38,- Kostenersatz

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

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

154 S., Anhang, zahlreiche Tab. und Abb.

ÖBIG, Wien 1998

Druckfassung: € 28,- Kostenersatz

Arzneimittel. Vertrieb in Europa (dt.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Ca. 400 S., 76 Tab., 31 Abb.

ÖBIG, Wien 1998

Druckfassung: € 47,- Kostenersatz

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

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Ca. 280 S., 84 Tab., 40 Abb.

ÖBIG, Wien 1998

Druckfassung: € 36,- Kostenersatz

Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich (dt. & eng.)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit Unterstützung der Bundesarbeiterkammer und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

ca.130 S., 32 Tab., 22 Abb.

ÖBIG, Wien 1993

Druckfassung: € 20,- Kostenersatz

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

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

Bestellungen richten Sie bitte an die

Gesundheit Österreich GmbH

1010 Wien, Stubenring 6.

Der schnellste Bestellweg:

Tel.: (01) 515 61-152 DW

Fax: (01) 513 84 72

E-Mail: gertraud.misar@goeg.at