

Arzneimittelkosten im Spital



Prof. Dr. phil. nat.
Christian Surber

Wie klar lässt sich die Entwicklung der Arzneimittelkosten an Spitälern eruieren?

Innerhalb der schweizerischen Gesamtkosten für Gesundheit lassen sich die Kosten für Arzneimittel im Spital nicht direkt eruieren. Diese Arzneimittelkosten sind in der Regel in den Kosten für die stationäre Behandlung im Spital enthalten. Letztere stellen die Hälfte der gesamten Gesundheitskosten dar und wiesen in den letzten Jahren – im Vergleich zu anderen Kosten im Gesundheitswesen – die grössten Steigerungsraten auf.

Wie transparent sind Arzneimittelkosten im Spital?

In der heutigen Betriebsrechnung des Spitals erscheinen Arzneimittel in der Kostenartenverdichtung *Medizinischer Bedarf* im Sachkonto *Heilmittel* und *Chemikalien*. Zum *Medizinischen Bedarf*, der – je nach Ausrichtung des Spitals – rund 15 bis 25% des Betriebsaufwands darstellt, werden u. a. auch *Implantate, Instrumente und Utensilien* sowie *Medizinische Fremdleistungen* gerechnet. Diese Nomenklatur folgt nicht der klaren Definition von Heilmitteln im Sinne des Heilmittelgesetzes (HMG), das Heilmittel als zusammenfassenden Begriff für Arzneimittel und Medizinprodukte versteht. Hier entsteht eine gewisse Unschärfe, denn Heilmittel im Sinne des HMG erscheinen in der Betriebsrechnung des Spitals in zahlreichen Sachkonten des Medizinischen Bedarfs. Die Kontoeinteilungen bzw. die Kontobezeichnungen werden z. Z. nach den Vorgaben von H+ überprüft, und eine entsprechende Bereinigung wird hier in Zukunft sicher mehr Transparenz und Vergleichbarkeit schaffen.

Die aussagekräftigsten Informationen zur Entwicklung der Arzneimittelkosten sind in der Regel in den internen Arzneimittelbezugsstatistiken der Spitäler enthalten. Die Statistiken – die häufig durch die Spitalpharmazie erstellt werden – zeigen, dass der Aufwand für Arzneimittel – wiederum stark abhängig von der Ausrichtung des Spitals – rund 3 bis 7% des Betriebsaufwands beträgt.

Verschiedene **Kennzahlen** können generiert werden, um spital-, klinik- oder stationsspezifisch den Arzneimittelsatz zu charakterisieren. Im Folgenden sollen einige dieser Kennzahlen vorgestellt werden. Als Erstes interessiert natürlich der **Aufwand** für alle Arzneimittel eines Spitals. Dieser Aufwand ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und erfuhr mit dem Inkrafttreten des HMG, Art. 33, und dem Wegfall von Rabatten einen kräftigen Aufwärtstrend. Dieser hat sich unterdessen etwas verlangsamt, wird aber durch neue, teure Arzneimittel über kurz oder lang wieder beschleunigt. Auffällig ist, dass in Zentrumsspitalen markante Anstiege des Kostenaufwands häufig durch wenige schwerkranke Patienten entstehen können. Zur weiteren Charakterisierung des Aufwands berechnen wir einen **Preis- und Mengenindex**. Dieser lässt erkennen, ob Veränderungen durch steigende bzw. fallende Preise und/oder durch Mengenausweitung bzw. -minderung bedingt sind. Um der Aufwandrechnung auch

eine medizinische Aussagekraft zu geben, wird der Aufwand für Arzneimittel nach der international anerkannten Arzneimittelgruppierung der WHO, dem **ATC-Code**, kategorisiert. Dies erlaubt über die Jahre hinweg Trends in der Arzneimittelanwendung zu erkennen, und vor allem ermöglicht sie den Vergleich mit anderen Spitälern. Ökonomisch und medizinisch gleichermaßen interessant ist die Bestimmung der **Sortimentsbreite** und der **Sortimentsmutation**. Eine grosse Sortimentsbreite und -mutation weist auf eine medizinisch wenig geführte Pharmakotherapiepraxis hin und verursacht höhere Logistikkosten. Obwohl sich die oben erwähnten Kenngrössen auch für einzelne Kliniken und Stationen innerhalb eines Spitals bestimmen lassen, sind **Hitlisten** für das Tagesgeschehen von grösserer Bedeutung. Spital-, klinik- oder stationsindividualisierte Hitlisten mit Produkten, deren Umsatz beispielsweise grösser als CHF 1000.– ist, lassen einen möglichen Handlungsbedarf sofort erkennen oder liefern zumindest klare Fakten zur Erklärung von Veränderungen.

Wie lässt sich die Entwicklung der Arzneimittelkosten an Spitälern beeinflussen?

Das Feilschen um Rabatte und Preise ist eine wichtige Massnahme, die Kostenentwicklung zu beeinflussen. Sie soll hier aber nicht weiter erläutert werden.

Unser Augenmerk sollte sich heute vielmehr auf organisatorische und medizinische Handlungsfelder richten. Der Medikationsprozess – beginnend beim Lieferanten (Hersteller, Grossist) und endend bei der Applikation des Arzneimittels – nimmt auf dem Weg zum Patienten in seiner Komplexität ständig zu (**Abbildung 1**). Nach einer vergleichsweise einfachen Beschaffung und Einlagerung von Arzneimitteln wird der Medikationsprozess im Spital durch die Komplexität der Spitalorganisation hochgradig störungsanfällig. Nicht planbare Patientenaufnahmen, notwendige Patientenverlegungen, häufige Umverordnungen,

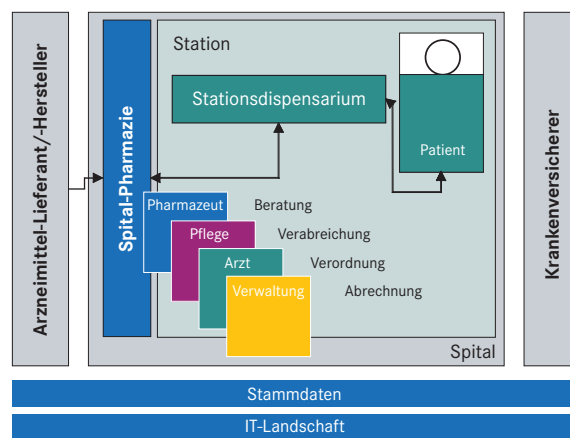


Abbildung 1: Strukturelle Voraussetzungen wie eine medienbruchfreie IT-Landschaft, qualitativ hochwertige Stammdaten, eine geregelte Kosten(stellen)verantwortung und aktualisierte Pharmakotherapie Richtlinien sind Voraussetzung für eine nachhaltige Prozess- und Ergebnisqualität. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pharmazeut, Pflege, Arzt und Verwaltung sowie Arzneimittel-Lieferant/-Hersteller und Krankenversicherer ist der Schlüssel zum Erfolg.

Schichtbetrieb, unterschiedlicher Ausbildungsstand des Personals, knapper Personalbestand, Personalwechsel, Ausbildungsauftrag, Berufsgruppenthemen, unzureichende IT-Anbindung etc. hinterlassen hie und da den Eindruck des organisierten Chaos. Auf dieser letzten Meile des Medikationsprozesses besteht heute das grösste Verbesserungspotenzial. An erster Stelle möchte ich die Kosten(stellen)verantwortung für Arzneimittel erwähnen, die häufig nicht klar geregelt, nicht wahrgenommen oder nicht eingefordert wird. Gerade in grossen Spitälern mit Ausbildungsauftrag verstehen sich Ärzte häufig nicht als Kostenauslöser. Verständlicherweise wird die bestmögliche Therapie für den Patienten in den Vordergrund gestellt. Interessanterweise ist man aber gegenüber Anreizen bei der Budgeteinhaltung oder -unterschreitung nicht abgeneigt. Die Kosten(stellen)verantwortung für Arzneimittel sollte heute definitiv beim ärztlichen Dienst liegen – leider ist dies in vielen Schweizer Spitälern nicht der Fall.

Die Führung und der Organisationsgrad von Stationsdispensarien weist grosse qualitative Unterschiede auf. Häufig sind die baulichen Voraussetzungen für eine übersichtliche und einfache Arzneimittellagerhaltung ungeeignet, und die Thematik wird als «wenig wichtig» wahrgenommen. Ferner ist das mit der Arzneimittelbestellung und -lagerhaltung beauftragte Personal auf der Station selten dafür geschult (Hilfspersonal). Häufig wird die Situation auf der Station durch Patientenverlegungen, Umverordnungen und den Wunsch, dem Patienten auch seine zu Hause verwendeten Arzneimittel weiter geben zu können, erschwert. Unter diesen Voraussetzungen nehmen die Lagerbestände nicht selten ein erschreckendes Ausmass an – mit all seinen negativen Folgen. Im Rahmen eines interdisziplinären Projekts zwischen Spital-Pharmazie, Pflegedienst und ärztlichem Dienst am Universitätsspital Basel konnte gezeigt werden, dass durch beratende und organisatorische Interventionen die Lagerbestände (Anzahl Packungen, Anzahl verschiedener Arzneimittel und gebundenes Kapital) nachhaltig um mehr als 50% reduziert werden konnten. Dieser Erfolg ist in erster Linie auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und auf die bewusste Konzentration auf weniger verschiedene Arzneimittel zurückzuführen. Die verbindliche und engagierte Mitarbeit aller verordnenden Ärzte ist Voraussetzung für diesen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung. In Spitälern mit grossem Personalwechsel (Ausbildungsspital) ist die Aufrechterhaltung einer guten Führung und eines guten Organisationsgrades eines Stationsdispensariums ressourcenintensiv und eine enge Begleitung durch einen erfahrenen Spitalpharmazeuten entscheidend für die Nachhaltigkeit der Kostendämpfung.

Ebenfalls von grossem Nutzen für die tägliche Arbeit sind spezifische Untersuchungen des Arzneimittelverbrauchs. Im Rahmen eines interdisziplinären Projekts zwischen der Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene sowie dem Institut für Spital-Pharmazie werden in Basel speziell Verbräuche (daily defined dose, DDD) von Antibiotika monitorisiert. Die Ergebnisse werden den Verbrauchern direkt mit spezifischen Empfehlungen zur optimierten Anwendung weitergeleitet.

Trotz Publikation von Therapie- oder Pharmakotherapieleitlinien (z. B. Weissbücher) gibt es grosse Defizite bei der Umsetzung. Internationale und nationale Untersuchungen zeigen, dass nur ein Teil der Patienten nach Leitlinien behandelt wird – und zwar unabhängig von der Bettenzahl und der akademischen Ausrichtung eines Spitals. Ausserdem ist die Selbsteinschätzung bezüglich Einhaltung einer Leitlinie deutlich diskrepant zur tatsächlichen Verwirklichung der Leitlinien. Als Folge der Arbeitszeitbeschränkung für Assistenz- und Oberärzte sowie die geringe akademische Attraktivität der redaktionellen Bearbeitung von Weissbüchern ist die Aktualität dieser Richtlinien häufig unzureichend. Ohne ausreichende Priorisierung der redaktionellen Bearbeitung und Umsetzung der Inhalte von Weissbüchern wird das zweifellos bestehende Kostendämpfungspotenzial nicht genutzt.

Was werden uns nun die kommenden Jahre bescheren – eine unkontrollierte Zunahme der Arzneimittelkosten?

Das Generika-Angebot wird sich in den kommenden Jahren mit Sicherheit stark erweitern. Da die Kosten für Originalprodukte im Spital mit den Kosten für Generika häufig vergleichbar sind, werden Generika – obwohl den Originalen qualitativ ebenbürtig – langsamer in den Spitalmarkt eindringen. Die kürzliche Einigung zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und der Pharmaindustrie auf Preissenkungen wird mit Sicherheit zu einer vorübergehenden Kostendämpfung beitragen (14.9.2005). Dennoch werden sich die pharmakotherapeutischen Möglichkeiten mit neuen Arzneimitteln in den kommenden Jahren weiter verbessern und – da diese weit weniger von der oben erwähnten Regelung betroffen sind – mit Sicherheit zur Aufwandvermehrung im Arzneimittelsektor im Spital beitragen. Die Arzneimittelkosten sind nicht ausser Kontrolle, sie werden uns aber weiterhin beschäftigen.

Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, dass der Medikationsprozess mit allen dazugehörigen, unterstützenden Prozessen optimiert wird. Voraussetzung ist die Schaffung einer ausreichenden Strukturqualität (**Abbildung 2**), um die nachgeordnete Prozess- und Ergebnisqualität langfristig zu sichern. Nur so werden wir uns die neuen Errungenschaften leisten können.

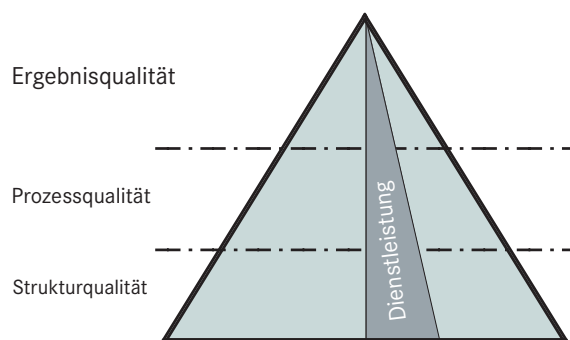


Abbildung 2: Heute werden relativ viele Ressourcen in die Bestimmung der Ergebnisqualität («Outcome»-Messung) investiert. Sie sind bequem, schnell, sicher und kostengünstig. In der Realität haben die Ergebnisse häufig relativ wenig Wirkung auf Prozesse und Strukturen. Bei Investitionen in Verbesserungen der Prozess- und Strukturqualität ist man nach wie vor zurückhaltend.