

ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN



ÖBIG

ARZNEIMITTEL

Distribution in Skandinavien

**IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN**

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

ARZNEIMITTEL

Distribution in Skandinavien

Sabine Vogler

Claudia Habl

Wien, April 2003

Im Auftrag des
Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

ISBN 3-85159-060-0

Zl. 4406-03

Alle in der Studie verwendeten personenbezogenen Ausdrücke, wie z. B. „Apotheker“, umfassen Frauen und Männer gleichermaßen.

Eigentümer und Herausgeber: ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen - Für den Inhalt verantwortlich: Sebastian Kux - Lektorat: Johannes M. Treytl - Sekretariat: Silvia Laskaridis - Grafische Arbeiten und technische Herstellung: Ferenc Schmauder - Alle: A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, E-Mail: nachname@oebig.at, <http://www.oebig.at>

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

Kurzfassung

In ihren Bemühungen, die Arzneimittelausgaben in den Griff zu bekommen, nehmen die europäischen Staaten immer wieder die Handelsspannen des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheken ins Visier. Auch in Österreich wurden in den letzten Jahren die Großhandels- und die Apothekenspanne mehrmals gesenkt. Nichtsdestotrotz liegen die Spannen in Österreich immer noch im EU-Mittelfeld bzw. im oberen Bereich, dagegen fallen die skandinavischen Mitgliedstaaten durch eher niedrige Handelsspannen auf.

Gegenstand der vorliegenden Studie ist es, die Arzneimitteldistribution in Dänemark, Finnland und Schweden zu durchleuchten und deren Leistungsangebot jenem der Vertriebsakteure in Österreich gegenüberzustellen. Dabei zeigen sich zum Teil sehr spezifische Unterschiede in der Arzneimitteldistribution in Skandinavien im Vergleich zu Österreich, welche als Erklärungsansätze für Differenzen in den Arzneimittelpreisen zwischen den Ländern dienen können.

Neue Abgabestellen

Um die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu gewährleisten, setzen die dünn besiedelten skandinavischen Länder neben den Apotheken weitere Abgabestellen ein, die zwar von Apotheken mitbetreut und beliefert werden, aber in Supermärkten, Postämtern oder an Tankstellen untergebracht sind. Diese verfügen meist nur über eine eingeschränkte Produktpalette, ein Apotheker ist im Allgemeinen nicht vor Ort. Erst 2001 wurden in Dänemark im Zuge der Liberalisierung des Apothekenwesens weitere tausend solcher Verkaufsstellen eröffnet. Eine Vorreiterrolle nehmen Dänemark und Schweden mit legal agierenden Internetapotheken ein, die allerdings von öffentlichen Apotheken betrieben werden.

Einkanalsystem

Die auffälligste Besonderheit stellt das Einkanalsystem im pharmazeutischen Großhandel in Finnland und Schweden dar, bei dem aufgrund von Exklusivdistributionsverträgen zwischen Hersteller und Großhändler jedes Arzneimittel ausschließlich über ein einziges Großhandelsunternehmen vertrieben wird. Diesen Großhändlern kommt eine ungleich stärkere Marktmacht zu als Unternehmen im Mehrkanalsystem, das in der übrigen EU verbreitet ist.

Staatliches Apothekenmonopol

Einzigartig in der EU ist die staatliche Apothekengesellschaft „Apoteket“ in Schweden, in deren Eigentum alle schwedischen Apotheken stehen. Alle Apotheker, einschließlich der Leiter von Apotheken, sind bei der Apoteket angestellt, es gibt in Schweden keine selbstständigen Apotheker.

Diese „Blitzlichter“ auf ein paar ausgewählte Besonderheiten der Arzneimitteldistribution in Skandinavien weisen bereits auf Unterschiede hinsichtlich der Position der Vertriebsakteure sowie deren Leistungsangebot und -qualität hin. Es sei hier nur ein Beispiel herausgegriffen:

In Skandinavien werden die Apotheken einmal täglich vom Großhandel beliefert; die österreichischen Apotheken erhalten standardmäßig pro Tag zwei bis drei Lieferungen des Großhandels. Aufgrund der Wettbewerbssituation im Mehrkanalsystem bieten darüber hinaus österreichische Großhandelsunternehmen zusätzliche „Blitzlieferungen“ an.

Hohe Herstellerpreise, niedrige Spannen

Die Unterschiede, insbesondere in Bezug auf die Leistungen der Vertriebsakteure, zwischen Skandinavien und Österreich sind bei einem Vergleich der Arzneimittelpreise zu berücksichtigen.

Denn Preisdifferenzen bestehen, wie ein exemplarischer Preisvergleich für ausgewählte Arzneimittel - welche hohe Umsatzzahlen aufweisen bzw. mit hohen Ausgaben für die öffentliche Hand verbunden sind - veranschaulichte: Die Arzneimittel in den skandinavischen Mitgliedstaaten sind auf Herstellerebene hochpreisig, während sich die Fabriksabgabepreise in Österreich auf vergleichsweise niedrigem Niveau bewegen. Dafür sind in Österreich die auf die Vertriebsakteure entfallenden Preisanteile höher, was aber durch die system- und leistungsspezifischen Unterschiede im Großhandel und in den Apotheken zwischen Skandinavien und Österreich relativiert wird (Marktmacht der Großhändler im Einkanalsystem, breiteres Sortiment und rasche Verfügbarkeit der Arzneimittel sowie ein besserer Personalstand und höhere Qualifikationen in den österreichischen Apotheken).

Bei Vergleichen von Arzneimittelpreisen zwischen Österreich und den skandinavischen Ländern schlägt das ÖBIG vor, den Apothekeneinkaufspreis (Großhandelspreis) als Referenzgröße heranzuziehen. Darüber hinaus empfiehlt es sich zwecks eines allgemeinen Überblicks, dass bei EU-weiten Preisrecherchen die Arzneimittelpreise - sofern möglich - auf allen Distributionsstufen dargestellt und analysiert werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte man etwaige Systemunterschiede im Auge behalten.

Danksagung

Um aktuelle Informationen und Daten aus erster Hand zu den Distributionssystemen in den skandinavischen EU-Ländern und im Vergleich dazu in Österreich zu erhalten, kontaktierte das ÖBIG eine Reihe von Institutionen und Personen schriftlich und/oder mündlich.

Wir möchten uns bei allen bedanken, die uns Unterlagen sowie Datenmaterial bereitstellten und für telefonische bzw. persönliche Gespräche zur Verfügung standen. Unsere Kontaktpersonen kommen aus folgenden Institutionen und Behörden:

Dänemark

- Danmarks Apotekerforeninger
- KV Tjellesen
- Lægemiddelstyrelsen
- Max Jenne
- Nomeco

Finnland

- Lääketietokeskus (PIC)
- Lääkelaitos
- KD Tukku
- Orion
- Suomen Apteekkariliitto / Tiedotus
- Tamro

Österreich

- ARGE Pharmazeutika
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT)
- Herba-Chemosan
- Österreichische Apothekerkammer (ÖAK)

Schweden

- Apoteket AB
- Konkurrensverket
- Kronans Droghandel AB
- Tamro AB

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Zielsetzung.....	1
1.3 Methodik	2
1.4 Aufbau.....	2
2 Dänemark	7
2.1 Arzneimittelsystem	7
2.2 Vertrieb im Überblick	9
2.3 Pharmazeutische Industrie	11
2.4 Großhandel	11
2.4.1 Versorgung und Zugang	11
2.4.2 Beschäftigte.....	13
2.4.3 Ausstattung	14
2.4.4 Sortiment und Verfügbarkeit	14
2.4.5 Honorierung und Umsätze	15
2.4.6 Versorgungsqualität des Großhandels	15
2.5 Apotheken	16
2.5.1 Versorgung und Zugang	16
2.5.2 Beschäftigte.....	18
2.5.3 Ausstattung	19
2.5.4 Sortiment und Verfügbarkeit	19
2.5.5 Honorierung und Umsätze	20
2.5.6 Versorgungsqualität für Konsumenten	22
3 Finnland	25
3.1 Arzneimittelsystem	25
3.2 Vertrieb im Überblick	27
3.3 Pharmazeutische Industrie	28
3.4 Großhandel	29
3.4.1 Versorgung und Zugang	29
3.4.2 Beschäftigte.....	31
3.4.3 Ausstattung	31
3.4.4 Sortiment und Verfügbarkeit	32
3.4.5 Honorierung und Umsätze	32
3.4.6 Versorgungsqualität des Großhandels	33
3.5 Apotheken	34
3.5.1 Versorgung und Zugang	34
3.5.2 Beschäftigte.....	36
3.5.3 Ausstattung	37
3.5.4 Sortiment und Verfügbarkeit	37

3.5.5	Honorierung und Umsätze	38
3.5.6	Versorgungsqualität für Konsumenten	40
4	Schweden	41
4.1	Arzneimittelsystem	41
4.2	Vertrieb im Überblick	42
4.3	Pharmazeutische Industrie	43
4.4	Großhandel	44
4.4.1	Versorgung und Zugang	44
4.4.2	Beschäftigte.....	46
4.4.3	Ausstattung	47
4.4.4	Sortiment und Verfügbarkeit	47
4.4.5	Honorierung und Umsätze	47
4.4.6	Versorgungsqualität des Großhandels	48
4.5	Apotheken	49
4.5.1	Versorgung und Zugang	49
4.5.2	Beschäftigte.....	50
4.5.3	Ausstattung	51
4.5.4	Sortiment und Verfügbarkeit	52
4.5.5	Honorierung und Umsätze	52
4.5.6	Versorgungsqualität für Konsumenten	54
5	Zusammenschau	59
5.1	Rahmen	59
5.1.1	Gesundheitssysteme	59
5.1.2	Arzneimittelsysteme.....	60
5.2	Markt.....	62
5.2.1	Angebot.....	62
5.2.2	Umsätze	63
5.2.3	Verbrauch.....	64
5.3	Distribution	65
5.3.1	Rechtlicher Rahmen	65
5.3.1.1	Europäische Union	65
5.3.1.2	Mitgliedstaaten.....	67
5.3.2	Vertriebskanäle.....	69
5.3.3	Akteure.....	70
5.4	Versorgung.....	72
5.4.1	Großhandel	72
5.4.2	Apotheken	74
5.5	Honorierung	75
5.5.1	Großhandel	75
5.5.2	Apotheken	77
5.6	Performance und Versorgungsqualität.....	78
5.6.1	Beschäftigte.....	78
5.6.2	Logistik.....	80
5.6.3	Leistungen.....	81

6 Preisvergleich	84
6.1 Auswahl der Arzneyspezialitäten	84
6.2 Preisniveaus.....	86
6.3 Ergebnisse nach Arzneyspezialitäten.....	87
7 Resümee	94
7.1 Analyse	94
7.2 Schlussfolgerungen	99
Literaturverzeichnis	100
Anhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Dänemark - Arzneimittelvertrieb	10
Abbildung 3.1:	Finnland - Arzneimittelvertrieb	27
Abbildung 4.1:	Schweden - Arzneimittelvertrieb	43
Abbildung 5.1:	Zusammenschau - Rezeptpflichtanteile 2000.....	63
Abbildung 5.2:	Zusammenschau - Arzneimittelverbrauch 1998/1999.....	64
Abbildung 5.3:	Zusammenschau - Durchschnittliche Spannen für den Großhandel und für Apotheken sowie Umsatzsteuersätze 2001	76
Abbildung 5.4:	Zusammenschau - Umsatz pro Beschäftigtem im Großhandel und in Apotheken 2000	77
Abbildung 6.1:	Preisvergleich - Norvasc®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP	88
Abbildung 6.2:	Preisvergleich - Seropram® / Cipramil®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP.....	89
Abbildung 6.3:	Preisvergleich - Zocor(d)®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP	90
Abbildung 6.4:	Preisvergleich - Zyprexa®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP	91
Abbildung 6.5:	Preisvergleich - Sortis® / Zarator® / Lipitor®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP	92
Abbildung 7.1:	Resümee - Durchschnittliche Preisstruktur von Arzneimitteln 2001	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Dänemark - Strukturdaten der pharmazeutischen Industrie 1995 - 2000.....	11
Tabelle 2.2:	Dänemark - Strukturdaten der Großhandelsunternehmen 1995 - 2001.....	12
Tabelle 2.3:	Dänemark - Strukturdaten der öffentlichen Apotheken und sonstigen Arzneimittelabgabestellen 1995 - 2001	17
Tabelle 2.4:	Dänemark - Beschäftigte in Apotheken 1995, 1998 - 2001	18
Tabelle 2.5:	Dänemark - Kalkulationsschema für Apothekenhöchstaufschlagssätze, gültig ab 20.8.2001	21
Tabelle 2.6:	Dänemark - Umsätze in Apotheken 1995, 1999 - 2001.....	21
Tabelle 2.7:	Dänemark - Apothekerliche Leistungen.....	22
Tabelle 3.1:	Finnland - Strukturdaten der pharmazeutischen Industrie 1995 - 1999	28
Tabelle 3.2:	Finnland - Strukturdaten der Großhandelsunternehmen 1995 - 2001	29
Tabelle 3.3:	Finnland - Strukturdaten der öffentlichen Apotheken und sonstigen Arzneimittelabgabestellen 1995 - 2001	35
Tabelle 3.4:	Finnland - Beschäftigte in Apotheken 1995 - 2001	36
Tabelle 3.5:	Finnland - Kalkulationsschema der Höchstaufschlagssätze der Apotheken für Arzneimittel per 1.1.2002	38
Tabelle 3.6:	Finnland - Berechnungsschema der Apothekensteuer, gültig ab 1.1.2002.....	39
Tabelle 3.7:	Finnland - Umsätze in Apotheken 1995 - 2000.....	39
Tabelle 3.8:	Finnland - Apothekerliche Leistungen	40
Tabelle 4.1:	Schweden - Strukturdaten der pharmazeutischen Industrie 1995 - 1999	44
Tabelle 4.2:	Schweden - Strukturdaten der Großhandelsunternehmen 1995 - 2000.....	45
Tabelle 4.3:	Schweden - Strukturdaten der öffentlichen Apotheken und sonstigen Arzneimittelabgabestellen 1995 - 2000	49
Tabelle 4.4:	Schweden - Beschäftigte in Apotheken 1998 - 2000.....	51
Tabelle 4.5:	Schweden - Kalkulationsschema der Höchstaufschlagssätze der Apotheken für Arzneimittel, gültig ab 1. November 2001	53
Tabelle 4.6:	Schweden - Umsätze in Apotheken 1995 - 2000.....	53
Tabelle 4.7:	Schweden - Apothekerliche Leistungen	54
Tabelle 5.1:	Zusammenschau - Kennzahlen des Gesundheitswesens 2000	60
Tabelle 5.2:	Zusammenschau - Aktuelle Systeme der Erstattung und Preisbildung bei Arzneimitteln.....	61
Tabelle 5.3:	Zusammenschau - Ausgewählte Regelungsinhalte der Leitlinien für die gute Vertriebspraxis.....	66
Tabelle 5.4:	Zusammenschau - Aktuelle Regelungen zur Niederlassung von Apotheken.....	67

Tabelle 5.5:	Zusammenschau - Aktuelle Regelung des Mehr- und Fremdbesitzes im Großhandel und bei Apotheken	68
Tabelle 5.6:	Zusammenschau - Führende Großhandelskonzerne, Daten 2001	71
Tabelle 5.7:	Zusammenschau - Kennzahlen der Arzneimittelversorgung 2000	73
Tabelle 5.8:	Zusammenschau - Aktuelle Regelung der Spannen für Großhandel und Apotheken	75
Tabelle 5.9:	Zusammenschau - Kennzahlen zu den Beschäftigten in der Arzneimittel-distribution 2000	79
Tabelle 5.10:	Zusammenschau - Aktuelle Kennzahlen zur Logistik bei der Arzneimittel-distribution	81
Tabelle 5.11:	Zusammenschau - Apothekerliche Leistungen	82
Tabelle 6.1:	Preisvergleich - Beschreibung der untersuchten Arzneispezialitäten	85

Abkürzungsverzeichnis

A	Österreich
AA	Arzneimittelausgaben
AB	Aktiebolag (Schweden) = Aktiengesellschaft
ADA	Apotekarnes Droghandelsaktiebolag
AESGP	Association Européenne des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public (EU)
AEP	Apothekeneinstandspreis / Apothekeneinkaufspreis
AMG	Arzneimittelgesetz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem der WHO
AVP	Apothekenverkaufspreis
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Österreich)
DK	Dänemark
DKK	Dänische Kronen
€	Euro
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EU)
EG	Europäische Gemeinschaft
EMA	European Medicines' Evaluation Agency (EU)
EU	Europäische Union
EW	Einwohner
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FAP	Fabriksabgabepreis
GDP	Good Distribution Practice
GHA	Gesundheitsausgaben
GIRP	Groupement International de la Répartition Pharmaceutique Européenne (EU)
GMP	Good Manufacturing Practice
GPP	Good Pharmacy Practice
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IMS	Institut für medizinische Statistik
INN	International non-proprietary name
IWI	Industriewissenschaftliches Institut (Österreich)
KD	Kronans Droghandel
KELA	Kansaneläkelaitos (Finnland)
KH	Krankenhaus
KP	Kassenpreis (Österreich)
LIF	Lægemiddelindustriforeningen (Dänemark), Läkemedelsindustriföreningen (Schweden)
LW	Landeswährung

MA	Maßeinheit
MG	Wirkstoffmenge
mg	Milligramm
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
NAM	Lääkelaitos, National Agency for Medicines (Finnland)
n.b.	nicht bekannt
Nr.	Nummer
n.v.	nicht verfügbar
ÖAK	Österreichische Apothekerkammer
ÖAV	Österreichischer Apothekerverlag
ÖAZ	Österreichische Apothekerzeitung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
o.J.	ohne Jahr
OTC	Over-The-Counter
PIC	Lääketietokeskus / Pharmaceutical Information Center (Finnland)
PIF	Lääketeollisuusliitto (Finnland)
Pkg.	Packungsgröße
PPI	Pharma-Preisinformation
PPR	Pharma Pricing Review, seit Mai 1999: Pharma Pricing & Reimbursement
RFV	Riksförsäkringsverket (Schweden)
Rx	Rezeptpflichtiges Arzneimittel
S.	Seite
SEK	Schwedische Kronen
SF	Finnland
SLS	Svensk läkemedelsstandard (Schweden)
Stk.	Stück
STM	Sosiaali- ja Terveysministeriö (Finnland)
SUM	Sundhedsministeriet (Dänemark)
SWE	Schweden
USt.	Umsatzsteuer
Vol.	Volume
VZÄ	Vollzeitäquivalente
z. B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

1 Einleitung

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) beauftragt, eine Studie über die Arzneimitteldistribution in Skandinavien zu erstellen. Projektbeginn war Mitte Jänner 2002, nach einer Laufzeit von sechs Monaten wurde im Juli 2002 der Endbericht vorgelegt. Die Publikation der Studie erfolgt im April 2003.

1.1 Hintergrund

Der Arzneimittelvertrieb in Skandinavien ist anders: In Finnland und in Schweden ist der pharmazeutische Großhandel in Form eines Einkanalsystems organisiert, was in keinem anderen Land der Europäischen Union zu finden ist. Bei der Abgabe von Arzneimitteln setzen die dünn besiedelten skandinavischen Länder neben den Apotheken verschiedenste Typen an Verkaufsstellen ein, um eine Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Auf dem Sektor des Versandhandels mit Arzneimitteln spielt Skandinavien eine Vorreiterrolle, die ersten legalen Internetapotheken nahmen bereits ihre Tätigkeit auf.

Diese Besonderheiten in der Arzneimitteldistribution stellen zum einen einen Erklärungsansatz für etwaige Unterschiede in der Preisstruktur von Arzneimitteln auf den verschiedenen Distributionsstufen dar, zum anderen schlagen sie sich auch im Leistungsangebot und in der Versorgungsqualität für die Konsumenten nieder.

Die Studie „Arzneimittel. Distribution in Skandinavien“ kommt dem Bedarf nach, diese Spezifika und Differenzen zu erheben und zu analysieren.

1.2 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Studie ist eine detaillierte und systematische Untersuchung des Arzneimittelvertriebs in den EU-Mitgliedstaaten Dänemark, Finnland und Schweden. Die Studie konzentriert sich auf den ambulanten Sektor.

Dazu werden für die untersuchten Länder folgende Fragen bearbeitet und deren Ergebnisse der Situation in Österreich gegenüber gestellt:

- Wie ist die Arzneimitteldistribution organisiert?
- Welche Leistungen erbringen die Vertriebsakteure, und wie werden diese abgegolten?
- Welche Besonderheiten haben sich entwickelt, und worin bestehen zentrale Unterschiede?
- Wie ist die Versorgungsqualität für die Konsumenten zu beurteilen?

1.3 Methodik

Die Erhebung der für diese Studie erforderlichen, zum Teil sehr spezifischen Daten und Informationen erfolgte auf Basis von

- Literatur- und Internetrecherchen,
- Ermittlung von Strukturdaten aus nationalen und internationalen Publikationen und Datenbanken (z. B. OECD Health Data 2001, Statistikkbände von Behörden bzw. von Industrie- bzw. Apothekenvereinigungen, Geschäftsberichte von Unternehmen, etc.) und
- eigene Erhebungen (schriftliche Anfragen, zum Teil mittels Fragebögen und -listen, (Telefon-)Interviews, mündliche Nachrecherchen).

In den skandinavischen Ländern wurden jeweils alle Großhandelsunternehmen und die Apothekenvereinigungen mit dem Ersuchen um die Beantwortung eines Fragebogens kontaktiert, darüber hinaus weitere Institutionen wie zum Beispiel Gesundheitsministerien, Arzneimittelagenturen, (Wettbewerbs-)Behörden. In Summe trat das ÖBIG im Rahmen der vorliegenden Studie an 22 Institutionen in Skandinavien und in Österreich heran. Die für den Preisvergleich erforderlichen Daten wurden der Pharma-Preisinformation (PPI) des ÖBIG entnommen.

1.4 Aufbau

Die Studie „Arzneimittel. Distribution in Skandinavien“ gliedert sich in zwei Teile:

Länderportraits (Kapitel 2 - 4)

Die Darstellung der drei skandinavischen EU-Länder folgt einem einheitlichen Konzept: Neben einem Blitzlicht auf das zugrunde liegende Gesundheitssystem und der Skizzierung des Arzneimittelsystems werden die gängigen Vertriebskanäle dargestellt. Es folgt eine Beschreibung der Akteure auf Hersteller- und Vertriebssebene, wobei für den pharmazeutischen Großhandel und die Apotheken (einschließlich sonstiger Abgabestellen) detailliert die Themenbereiche

- Versorgung und Zugang,
- Beschäftigte,
- Ausstattung,
- Sortiment und Verfügbarkeit sowie
- Honorierung und Umsätze

untersucht und mittels Strukturdaten beleuchtet werden. Die Länderportraits schließen jeweils mit einer Diskussion der Versorgungsqualität.

Ländervergleich (Kapitel 5 - 7)

In Kapitel 5 werden die Informationen und Daten zur Arzneimitteldistribution in Dänemark, Finnland und Schweden zusammengefasst und dem Vertriebssystem in Österreich gegenübergestellt.

Kapitel 6 bietet einen exemplarischen Preisvergleich, dazu wurden umsatzstarke bzw. für die öffentliche Hand mit hohen Ausgaben verbundene Arzneimittel ausgewählt.

In Kapitel 7 wird schließlich vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Preisvergleiches und der in der Gegenüberstellung herausgearbeiteten Unterschiede im Arzneimittelvertrieb zwischen Skandinavien und Österreich Bilanz gezogen.

LÄNDERPORTRAITS

2 Dänemark

Das dänische Gesundheitssystem ist in Form eines nationalen Gesundheitsdienstes organisiert, dessen wichtigster Akteur die staatliche Krankenversicherung (Sygesikring) ist. In dieser sind alle Einwohner Dänemarks - unabhängig von ihrem Einkommen - im Sinne einer Pflichtversicherung erfasst. Beinahe alle Gesundheitsdienstleistungen werden durch die öffentliche Hand angeboten und durch Steuern finanziert.

Für die weitgehend dezentralisierte Organisation und Finanzierung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sind - im Rahmen der vom Gesundheitsministerium (Sundhedsministeriet, SUM) vorgegebenen gesetzlichen und politischen Grundsätze - die 14 Provinzen und zwei Stadträte (Kopenhagen und Fredriksberg) Dänemarks zuständig. Ergänzend sorgen die 275 Gemeinden für die zahnärztliche Versorgung von Kindern und sind für die ambulante sowie stationäre Pflege verantwortlich.

Das SUM als höchste Autorität in Gesundheitsfragen ist für das nationale Gesundheitsprogramm verantwortlich und überwacht die Regionen und Gemeinden, die alle vier Jahre einen regionalen Gesundheitsplan erarbeiten. Dabei wird das SUM vom nationalen Gesundheitsrat (Sundhedsstyrelsen) und der Arzneimittelagentur unterstützt.

2.1 Arzneimittelsystem

Die Zulassung von Arzneimitteln ist - auf nationaler Ebene - Aufgabe der Arzneimittelagentur (Lægemiddelstyrelsen) und erfolgt auf Basis der Richtlinie 93/39/EWG, die in dänisches Recht umgesetzt wurde. Neben der Zulassung ist die dem Sundhedsministeriet unterstehende Behörde für die Überwachung der Qualität und die Kontrolle der Arzneimittel verantwortlich. Auf supranationaler Ebene ist die Zulassung in der gesamten EU Aufgabe der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA).

Weiters stuft die Lægemiddelstyrelsen die Arzneimittel auf Basis des Arzneimittelgesetzes Nr. 308/1997 in rezeptpflichtige und rezeptfreie (OTC) ein. OTC-Produkte werden zusätzlich in apothekenpflichtige und „in anderen Verkaufsstellen erhältliche“ Produkte unterteilt. Letzteres trifft ausschließlich auf niedrig dosierte OTC-Produkte, Homöopathika, Vitamine und dergleichen zu.

Ende 2000 waren in Dänemark 6.568 Arzneimittel (gezählt nach Handelspackungen, inklusive Parallelimporte) zugelassen, wovon 5.711 Produkte (87 Prozent) rezeptpflichtig waren. Nichtsdestotrotz ist der Rezeptpflichtanteil in Dänemark der niedrigste in allen skandinavischen Ländern. Seit 1995 ist die Anzahl der zugelassenen Arzneimittel um rund zwei Prozent zurückgegangen, zwischenzeitlich war ihre Zahl jedoch mit knapp 7.000 Produkten höher. Der Anteil der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist in den letzten fünf Jahren um rund zwei Prozent gestiegen.

Voraussetzung für eine „automatische“ Erstattung eines Arzneimittel ist dessen Aufnahme in die Positivliste (sogenannte generelle Erstattung), worüber die Lægemedelstyrelsen entscheidet. Träger der Erstattungskosten sind die einzelnen Provinzen bzw. die Gemeinde. Die Administration der Auszahlung erfolgt im Normalfall durch die Sygesikring.

Arzneimittel, die aus bestimmten Gründen (z. B. Produkt soll nicht als Standardbehandlung eingesetzt werden) nicht auf der Positivliste stehen, können im Rahmen der sogenannten individuellen Erstattung vergütet werden. Die Lægemedelstyrelsen entscheidet im Einzelfall auf Antrag des Arztes, ob sein Patient ein bestimmtes Arzneimittel im Rahmen der Erstattungssysteme erhält. Bei einer positiven Entscheidung sind dieselben Erstattungssätze anzuwenden wie bei genereller Erstattung. OTC-Produkte werden im Normalfall nicht erstattet, es gibt jedoch Ausnahmen. Der Anteil der erstattungsfähigen Arzneimittel ist in den letzten Jahren nach Angaben des SUM relativ konstant geblieben und betrug zwischen 60 und 62 Prozent aller zugelassenen Arzneimittel; im Jahr 2000 waren es 3.967 Produkte.

Seit 1.3.2000 kommt ein neues Erstattungssystem zur Anwendung, das Änderungen bei der Patientenselbstbeteiligung zur Folge hatte. Es gibt vier Erstattungssätze, die vom Arzneimittelbedarf eines Patienten abhängen. Grundsätzlich übernimmt die öffentliche Hand - in gestaffelter Form - 50, 75, 85 oder 100 Prozent der Kosten eines Arzneimittels, wobei der Kostenerstattungsbetrag geringer als der tatsächliche Arzneimittelpreis sein kann (z. B. bei Arzneimitteln, die unter das Referenzpreissystem fallen). Grundsätzlich müssen Patienten für alle Arzneimittel im ambulanten Bereich eine Zuzahlung leisten, ein generelles oberes Zuzahlungslimit wie in vielen anderen Ländern gibt es - bis auf ein paar wenige Ausnahmen für chronisch Kranke (Limit von € 503,- / DKK 3.735,-) - nicht. Darüber hinaus ist pro Verordnung eine Rezeptgebühr von € 1,04 / DKK 7,70 zu entrichten. Die Selbstbehaltssätze werden jährlich dem Verbraucherpreisindex angepasst, sodass seit 1. Jänner 2002 ein Erwachsener, der Arzneimittel um € 403,46 / DKK 3.000,- bezieht, beispielsweise einen Selbstbehalt von € 176,- / DKK 1.308,- plus der Rezeptgebühr zu tragen hat.

Eine Voraussetzung für die Aufnahme in die Positivliste ist das Vorliegen eines Erstattungspreises. Zur Einstufung in die Erstattungskategorien werden abgesehen vom Preis des Produkts noch der therapeutische Nutzen bzw. die Wirksamkeit des Arzneimittels und in einigen Fällen auch die Ergebnisse pharma-ökonomischer Studien herangezogen.

Prinzipiell können Hersteller die Preise von Arzneimitteln in Dänemark frei festlegen, es gibt aber eine indirekte Preisregulierung im Rahmen der Erstattung (vgl. oben). Nach der Zulassung müssen die Hersteller die Lægemedelstyrelsen über den Preis des Arzneimittels informieren. Auf wirkstoffgleiche Arzneimittel - also jene, für die ein Generikum zur Verfügung steht oder für die Parallelimporte am Markt sind - wird das Referenzpreissystem angewendet. Die Erstattung erfolgt in Form eines fixen Betrags, der 50 Prozent, 75 Prozent, 85 Prozent oder 100 Prozent des Referenzpreises beträgt. Dieser entspricht dem billigsten Arzneimittel der Gruppe, sofern es sich nur um dänische Produkte handelt. Sollten wirkstoffgleiche Produkte aus anderen europäischen Ländern am Markt sein, fungiert jenes mit dem niedrigsten „Europäische Durchschnittspreis“ (vgl. unten) als Referenzbasis.

Die Erstattungspreise von Arzneimitteln, für die keine Generika oder parallelimportierte Arzneimittel zur Verfügung stehen, basieren entweder auf dem „Garantiepreis“ der Industrie

oder - im Fall von neuen Präparaten - auf dem revidierten Europäischen Durchschnittspreis. Dieser seit 25. Juni 2001 geltende Preisfestsetzungsmechanismus folgte einer Phase großer Unstabilität im Preissektor und löste einen Preisstopp der Regierung ab. Das System des Europäischen Durchschnittspreises wurde insoweit reformiert, dass zur Festlegung von Erstattungspreisen nur mehr die Preise in EWR-Ländern ohne Berücksichtigung von Spanien, Griechenland, Portugal und Luxemburg herangezogen werden. Die Pharma-Industrie garantierte daraufhin informell, diese revidierten Preise für ein Jahr einzufrieren.

Generika spielen in Dänemark eine bedeutsame Rolle, der Anteil an allen zugelassenen Arzneimitteln liegt nach Angaben des SUM bei 42 Prozent. Im Herbst 1991 wurde Generikastitution gesetzlich erlaubt, und Ärzte zur Ausstellung generischer Rezepte ermutigt. Seit 1997 wird Generikastitution verstärkt gefördert.

2.2 Vertrieb im Überblick

Der Arzneimittelvertrieb in Dänemark ist nicht besonders stark reglementiert, aber die Abgabe von Arzneimitteln an Letztverbraucher war bis vor kurzem durch das Gesetz („apotekerlov“) Nr. 326 vom Juni 1985 geregelt. Dieses besagte, dass Arzneimittel ausschließlich in Apotheken abgegeben werden dürfen, wobei es im Ermessen des Staates liegt, Apotheken zu eröffnen oder zu schließen. In diesem Gesetz sind auch einige Ausnahmen festgelegt, wobei eine davon die Abgabe von Arzneimitteln durch selbstdispensierende Ärzte - die dafür eine spezielle Lizenz benötigen - ist. In der Realität spielen selbstdispensierende Ärzte keine große Rolle, sondern sind primär auf zu Dänemark gehörenden Inseln oder Grönland lokalisiert. Sie dürfen, ebenso wie private Krankenanstalten, nur von Apotheken beliefert werden. Anstaltsapotheken dürfen keine Arzneimittel an Letztverbraucher abgeben. Einige Krankenanstalten haben keine eigene Apotheke, sondern nur ein kleineres Lager, das von einer Apotheke oder der AMGROS (vgl. Abbildung 2.1) beliefert wird. Häufig sind öffentliche Apotheken am Areal von Krankenanstalten zu finden, sie fungieren aber nicht als Anstaltsapothek.

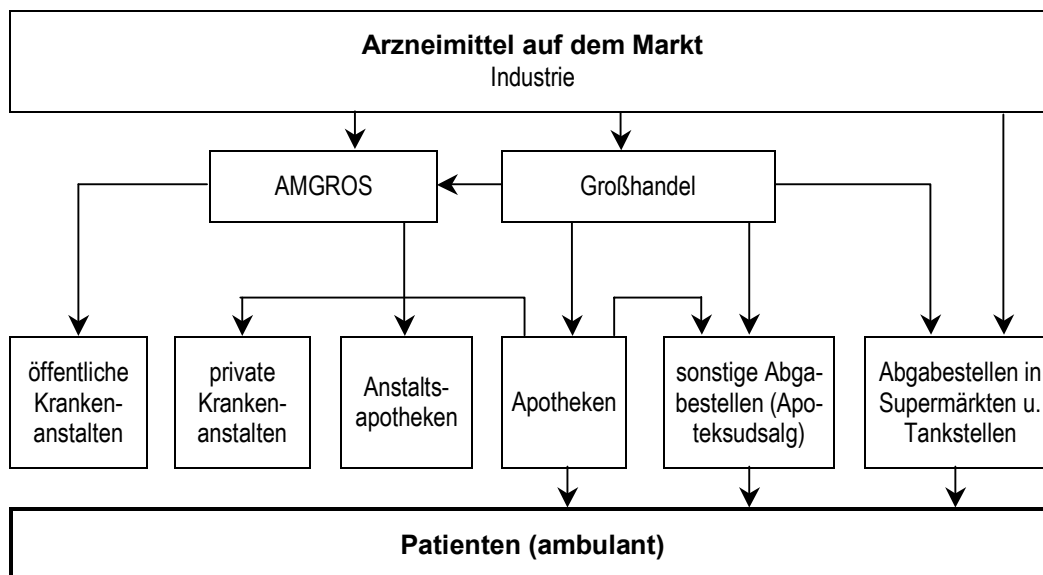
Im Oktober 2001 kam es zu einer Erleichterung der Abgabebestimmungen: Durch eine Novelle des Apothekengesetzes können nun auch Tankstellen oder Supermärkte, die eine spezielle Erlaubnis haben - sogenannte „medicin udsalgstaller“ -, eine eingeschränkte Palette an niedrig dosierten, rezeptfreien Arzneimitteln abgeben. Die Preise dieser Produkte unterliegen dabei nicht dem gesetzlichen Spannschema (vgl. Tabelle 2.5) und sind nicht erstattungsfähig. Die Apotheken, ihre dazugehörigen Filialen und weiteren Abgabestellen (vgl. Punkt 2.5.1) werden fast ausschließlich vom Großhandel beliefert, die Belieferung durch Hersteller ist jedoch nicht verboten. Den Großhandelsmarkt teilen sich die beiden regional tätigen Großhändler KV Tjellesen und Max Jenne sowie der landesweit tätige Nomeco, der zum finnischen Tamro-Konzern gehört.

Explizite gesetzliche Regelungen im Bereich des Großhandels gibt es nicht, aber es bestehen einige Vorschriften im Rahmen des Apothekengesetzes, die indirekt Auswirkungen auf den Großhandel haben. Im Gegensatz zu anderen skandinavischen Ländern sind die dänischen Großhändler vollsortiert und vertreiben ihre Produkte im Mehrkanalsystem. Eine Be-

sonderheit des dänischen Distributionssystems bildet die Einkaufsgesellschaft der öffentlichen Krankenanstalten AMGROS, die alle 17 Anstaltsapotheken und die meisten öffentlichen Krankenanstalten ohne Apotheke mit Arzneimitteln versorgt (vgl. Abbildung 2.1). Die AMGROS deckt ihren Bedarf über Ausschreibungen, die zum Teil europaweit erfolgen, hat aber kein eigenes Lager und liefert auch nicht selbst aus.

Abbildung 2.1 zeigt die typischen Kanäle des Arzneimittelvertriebs in Dänemark. In den folgenden drei Abschnitten werden die Hersteller sowie die Vertriebsakteure Großhandel und Apotheken näher - mit besonderem Augenmerk auf ihre Leistungen und deren Abgeltung - dargestellt. Die Ausführungen betreffen das dänische Festland und die dazugehörigen Inseln, nicht aber die autonomen Regionen Grönland und die Färöer. Die Arzneimittelabgabestellen in Grönland befinden sich in staatlichem Eigentum und werden subventioniert. Die Färöer werden jeden zweiten Tag per Schiff beliefert.

Abbildung 2.1: Dänemark - Arzneimittelvertrieb



Quelle: ÖBIG

Seit Anfang 2000 agieren 49 dänische Apotheken als Internetapotheken in dem Sinn, dass man Arzneimittel per Internet bestellen kann und sie dann von der nächstgelegenen Apotheke zugestellt oder per Postversand geliefert bekommt. Ausgeschlossen ist nur der Bezug von opioidhaltigen Arzneispezialitäten und bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln muss eine Verordnung übermittelt werden. Im Großen und Ganzen handelt sich jedoch um eine erweiterte Form von Hauszustellung, da hinter jeder Internetapotheke eine reale, im EWR befindliche Apotheke stehen muss.

2.3 Pharmazeutische Industrie

Die Pharma-Industrie ist ein nicht unbedeutender Industriezweig mit einer Exportquote von 315 Prozent: Z. B. wird ein Großteil des in Europa benötigten Insulins in Dänemark erzeugt. Ende 1999 waren über 17.700 Personen in 194 Unternehmen beschäftigt (vgl. Tabelle 2.1), wobei die größten AstraZeneca, die dänische Nycomed und GlaxoWellcome sind.

Obwohl es Herstellern, die eine Großhandelslizenz besitzen, erlaubt wäre, öffentliche Apotheken und Anstaltsapotheken mit Arzneimitteln zu beliefern, beschränkt sich ihre Rolle im Wesentlichen auf die Belieferung von Großhändlern und der AMGROS. Gesetzlich verboten ist den Herstellern, Arzneimittel direkt an Patienten abzugeben. Ein junger Geschäftszweig ist die Belieferung der bereits erwähnten neuen Arzneimittelabgabestellen.

Tabelle 2.1: Dänemark - Strukturdaten der pharmazeutischen Industrie 1995 - 2000

Industrie	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	per 31. Dezember					
Anzahl Unternehmen ¹	167	181	190	198	194	196
Anzahl Beschäftigte	14.323	15.171	14.153	16.918	17.754	n.v.
Umsatz in Mio. € ²	698	752	649	692	739	813
Pharma-Produktion ³ in Mio. €	1.951	1.997	2.004	2.447	3.040 ⁴	n.v.

n.v. = nicht verfügbar

¹ Lizenzinhaber

² 25 umsatzstärkste Unternehmen

³ inkl. veterinärmedizinische Produkte

⁴ vorläufiger Wert

Quellen: EFPIA 1997 bis 2001, LIF 2002b, ÖBIG 1998b, ÖBIG-eigene Erhebungen (SUM)

Die Anzahl der Beschäftigten ist in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre um rund ein Viertel gestiegen, während die Anzahl der Unternehmen in etwa konstant blieb. Nach Angaben der Vereinigung der finnischen Pharma-Industrie sind jedoch etwas weniger Unternehmen - rund 110 - tatsächlich tätig. Die Pharma-Produktion betrug im Jahr 1999 über drei Milliarden Euro, was eine Zunahme um über 55 Prozent bedeutet. Im Schnitt verbleiben den Herstellern im Jahr 2001 nach Angaben der Apothekervereinigung in etwa 58 Prozent des Brutto-Apothekenverkaufspreises eines Arzneimittels.

2.4 Großhandel

2.4.1 Versorgung und Zugang

Explizite gesetzliche Regelungen zum Großhandel bestehen nicht, aber es gibt einige Vorschriften im Rahmen des Apotheken- bzw. des Arzneimittelgesetzes, die indirekt Auswirkungen

gen auf den Großhandel haben. Darüber hinaus sind die Bestimmungen der EU-Richtlinien zum Großhandel bzw. die Leitlinien für die gute Vertriebspraxis einzuhalten (vgl. Tabelle 5.3 unter Punkt 5.3.1.1).

Die Lizenzerteilung ist - ebenso wie die anschließende Kontrolle und Überwachung - Aufgabe der Lægemedelstyrelsen. Die Lizenz kostet jährlich rund € 405,- / DKK 3.000,- und wird zeitlich befristet gewährt, wobei die längste Befristung fünf Jahre umfasst. Vor Beginn der Lizenzerteilung und danach mindestens alle drei Jahre erfolgt eine Inspektion aller Räumlichkeiten und die Überprüfung der Dokumentation bzw. der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Voraussetzung zur Lizenzerteilung ist, dass die antragstellende Person kein niedergelassener (Tier-)Arzt oder Apotheker ist und auch nicht in einem Naheverhältnis zu Pharma-Unternehmen steht. Großhändler sollten weiters alle am Markt angebotenen Arzneimittel führen. In der Realität ist dies jedoch nicht der Fall, da von den rund 20 Lizenzinhabern nur drei vollsortiert sind. Die anderen sind zum Teil sehr klein und/oder stark spezialisiert - z. B. auf die Versorgung von Tierärzten.

Im Gegensatz zu anderen skandinavischen Ländern vertreiben die Großhändler in Dänemark ihre Produkte im Mehrkanalsystem. Fremd- und Mehrbesitz sind erlaubt, beispielsweise ist der Marktführer Nomeco eine 100prozentige Tochter des finnischen Tamro-Konzerns und der speziell im Großraum Kopenhagen tätige KV Tjellesen befindet sich im mehrheitlichen Besitz von Apothekern. Aufgrund der Besonderheiten des dänischen Aktienrechts liegt aber die Stimmmehrheit nach wie vor innerhalb der Gründerfamilie. Der dritte Großhändler Max Jenne steht ebenfalls in dänischem Privatbesitz und ist nur regional tätig.

Tabelle 2.2: Dänemark - Strukturdaten der Großhandelsunternehmen 1995 - 2001

Großhandel	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	per 31. Dezember						
Anzahl Unternehmen ¹	3	3	3	3	3	3	3
Anzahl Betriebsstätten	10	10	10	10	10	10	10
Anzahl Beschäftigte in VZÄ	653	n.v.	649	675	n.v.	685	489 ²
Umsatz in Mio. DKK ³	4.396	n.v.	7.429	n.v.	8.277 ⁴	8.872 ⁴	8.765 ⁵

n.v. = nicht verfügbar, VZÄ = Vollzeitäquivalente

¹ vollsortierte Großhändler

² nur Nomeco

³ Angaben in DKK zwecks kontinuierlicher Darstellung, Schwankungen in den Wechselkursen DKK/€

⁴ Geschäftsjahr bei Max Jenne 1.7. bis 30.6

⁵ Nomeco und KV Tjellesen

Quellen: Max Jenne o. J., ÖBIG 1998b, Tamro 1999 - 2002, ÖBIG-eigene Erhebungen (Nomeco, KV Tjellesen, Max Jenne)

Der Großhandelskonzern mit dem seit Jahren höchsten Marktanteil (Bandbreite: 69 bis 71 Prozent) ist Nomeco, der 1991 aus einer Fusion der landesweit operierenden Großhändler Mecobenzon und Nordisk Droge & Kemikalie entstanden war. Die neugegründete Nomeco übernahm im folgenden Jahr den ältesten dänischen Großhändler Bang & Tegner, der sich in der Folge zum Produzent von zirka 500 Eigenmarken (Dentalbedarf wie Zahnbürsten und

-seide, Sonnenschutzartikeln und Kontaktlinsenmitteln) entwickelte, die nur über Apotheken und ihre Filialen vertrieben wurden. Am 31.12.2001 wurde Bang & Tegner an die Apothekerforenningen verkauft. Seit Anfang 1998 ist Nomeco im Besitz des größten skandinavischen Großhandelskonzerns Tamro mit Sitz in Finnland (vgl. Punkt 3.4.1). Fünf der in Tabelle 2.1 erwähnten Betriebsstätten gehören Nomeco.

Die beiden anderen Großhändler KV Tjellesen und Max Jenne dürften aufgrund ihrer Lizenz ebenfalls landesweit tätig sein, haben sich den Markt aber regional aufgeteilt. Max Jenne versorgt mittels dreier Betriebsstätten den westlichen Teil Dänemarks inklusive Jütlands und hat einen Marktanteil von 14 bis 15 Prozent, während KV Tjellesen den östlichen Teil Dänemarks und auch Kopenhagen durch nur zwei Betriebsstätten versorgt. Der Marktanteil von KV Tjellesen beläuft sich auf zirka 16 Prozent.

Interessant ist, dass Nomeco und KV Tjellesen neben dem Kerngeschäft - der Belieferung von Apotheken und sonstigen Abgabestellen mit eigenen Fahrzeugen - weitere Geschäftszweige haben, deren wichtigster das „Pre-Wholesaling“ ist. Dies umfasst Aktivitäten wie

- Lagerhaltung von Arzneispezialitäten und anderen Gesundheitsprodukten für die Hersteller einschließlich der Belieferung von anderen Großhändlern oder Pharma-Unternehmen,
- Import, Umpackung und Beschriftung von Arzneispezialitäten sowie
- Angebot von weiteren Logistikdienstleistungen, z. B. dem Austeilen von Infobroschüren und Ärztemustern, der Abwicklung von Rückrufaktionen oder der Unterstützung bei klinischen Prüfungen.

Nomeco übernimmt beispielsweise für über 70 Kunden und KV Tjellesen für rund 30 Produzenten die gesamte Logistikkette.

2.4.2 Beschäftigte

Zuletzt waren im Großhandel in Dänemark über 800 Personen - gerechnet in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) - beschäftigt (vgl. Tabelle 2.2). Nomeco beschäftigte dabei mit 632 Vollzeitäquivalenten doppelt so viele Mitarbeiter wie die beiden anderen Großhändler gemeinsam. Generell ist der Personalstand bei allen Großhändlern leicht rückläufig.

Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der für die Einhaltung der Qualitätskontrolle zuständige Mitarbeiter eine entsprechende Qualifikation aufweist. Diese Person muss jedoch kein Pharmazeut sein, sondern z. B. erfüllen auch Chemiker diese Qualifikation. Diese Person ist auch gemeinsam mit dem Lizenzinhaber für die Einhaltung der Rechtsvorschriften, insbesondere der Dokumentation verantwortlich. An jeder Betriebsstätte muss eine Person in verantwortlicher Position anwesend sein.

Deutlich unter zehn Prozent der Beschäftigten sind Apotheker oder „Farmoconomer“ (vgl. Punkt 2.5.2), die Mehrheit des Personals machen Lagerarbeiter, Kommissionierer, Fahrer und Hilfskräfte aus. Letztere arbeiten zum Teil nur einen Tag pro Woche bzw. wenn eine große Lieferung der Pharma-Unternehmen eintrifft. Ferner sind in den Unternehmen zwischen 20 und 35 Personen in der Verwaltung (Marketing, EDV, Finanzen) beschäftigt.

2.4.3 Ausstattung

Die Beschaffenheit der Betriebsstätten ist im Rahmen der Vorgaben der EU-Leitlinien für die gute Vertriebspraxis geregelt. So müssen ausreichend große, geeignete Räumlichkeiten (Kühlung, Hygiene) vorhanden sein, und Arzneimittel dürfen im Normalfall nur gesondert von anderen Produkten gelagert werden. Stark riechende und gefährliche Produkte sind jedenfalls gesondert zu behandeln. Die Lægemedelstyrelsen ist für die Einhaltung der Bestimmungen verantwortlich und inspiziert die Betriebsstätten regelmäßig.

Nomeco steht mit insgesamt 36.720 m² die größte Lagerfläche (Zentrallager Kopenhagen: 22.300 m², Århus: 4.956 m², Aalborg: 3.846 m², Kolding: 1.618 m², Odense: 4.000 m²) zur Verfügung. Unter Berücksichtigung von Büroflächen u. ä. umfassen die Betriebsstätten insgesamt 43.279 m². Die Betriebsstätten der Mitbewerber sind deutlich kleiner: Max Jenne stehen in Åabenra, Vejle und Åalborg insgesamt 6.000 m² zur Verfügung und die Betriebsstätten von KV Tjellesen befinden sich nahe Kopenhagen. Apotheken werden dabei von der größeren, automatisierten Betriebsstätte in Rødovre (Fläche: 14.000 m²) beliefert, während die Betriebsstätte in Skovlunde das Servicecenter für Lieferungen an Kunden wie Großhändler, Krankenanstalten usw. ist. Im Schnitt misst eine dänische Betriebsstätte 7.030 m².

2.4.4 Sortiment und Verfügbarkeit

In Entsprechung der EU-Leitlinie für die gute Vertriebspraxis haben Großhändler dafür Sorge zu tragen, dass Arzneimittel jederzeit in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen; genaue gesetzliche Vorgaben über Mindestlagermengen gibt es jedoch nicht. Die Großhändler sind aber verpflichtet, auf Nachfrage die Produkte jedes Herstellers zu liefern, wodurch Exklusivdistributionsverträge nicht möglich sind.

Die drei vollsortierten Großhändler haben alle am Markt nachgefragten Arzneyspezialitäten, chemische Vorstoffe sowie diverse Heilpflanzen - insgesamt rund 7.000 verschiedene Artikel - lagernd. Darüber hinaus - je nach Größe des Großhändlers - führen sie zwischen 5.000 und 9.000 weitere Artikel, beispielsweise Parapharmazeutika, Diätprodukte und medizinische Bedarfsartikel wie Pflaster oder Zahnbürsten.

Die Lager werden zirka einmal pro Woche, bei Bedarf auch häufiger, entweder vom Zentrallager oder von den Herstellern aufgestockt. Apotheken werden zwischen ein- und zweimal täglich beliefert, andere Abgabestellen (Apoteksudsalg usw.) einmal pro Tag. Die Bestellung erfolgt auf telefonischem oder elektronischem Weg. Abgabestellen auf kleineren Inseln werden im Normalfall seltener beliefert. Bei Bedarf sind aber jederzeit Zustellungen möglich.

Seit dem Jahr 2000 bietet Nomeco Apotheken mit dem „Vendor Managed Inventory System“ die Möglichkeit, ihr Bestell- und Lagerwesen völlig zu automatisieren. Bei Unterschreitung eines bestimmten Vorratsstands schickt der Computer der Apotheke selbstständig eine Bestellung an Nomeco, die bei der nächsten Zustellungstour geliefert wird.

2.4.5 Honorierung und Umsätze

Die Großhandelsspannen sind seit 1991 nicht mehr gesetzlich geregelt und werden zwischen den Großhändlern und den einzelnen Herstellern individuell vereinbart. Die Spannen werden jedoch durch die Festlegung von „angemessenen“ Großhandelspreisen für erstattungsfähige Arzneimittel beeinflusst. Durchschnittlich beträgt die Spanne 6,8 Prozent des Apothekeneinstandspreises (Stand: 2001).

Im Jahr 2000 betrugen die Gesamtumsätze der drei pharmazeutischen Großhandelsunternehmen € 1.183 Millionen / DKK 8.872 Millionen (vgl. Tabelle 2.2). Diese teilten sich folgendermaßen auf: Nomeco € 852,5 Millionen / DKK 6.351 Millionen, KV Tjellesen € 215 Millionen / DKK 1.612 Millionen, und bei Max Jenne belief sich der Umsatz vom 1.7.2000 bis 30.6.2001 auf € 121 Millionen / DKK 909 Millionen. Nomeco trägt dadurch rund ein Viertel zum Tamro-Konzernumsatz bei.

Nach Angaben von KV Tjellesen macht die Belieferung von Apotheken 60 bis 63 Prozent des Umsatzes aus. Das Pre-Wholesaling-Segment trägt zwischen 25 und 26 Prozent zum Geschäft bei, wobei auch Kunden in Deutschland bedient werden. Bei Nomeco beträgt der Umsatz aus dem Pre-Wholesaling 33 Prozent, der Rest entfällt auf das klassische Grossistengeschäft und die fünf Tochterunternehmen wie Forex und Unikem. Erstere erzeugt Apothekeneinrichtungen und letztere vertreibt Vorstoffe und Chemikalien.

In den letzten fünf Jahren stiegen die Umsätze und die Gewinne analog der Marktentwicklung, aufgrund einer gesetzlichen Änderung gewähren Großhändler seit 1. Juli 2000 Apotheken jedoch Rabatte (vgl. Punkt 2.5.5). Dies reduzierte die Nettoerträge der Großhändler um insgesamt € 8,1 Millionen / DKK 60 Millionen.

2.4.6 Versorgungsqualität des Großhandels

Dänemark ist das einzige skandinavische Land, in dem das Einkanalsystem gesetzlich verboten ist. Neben rund 20 kleinen, teilsortierten bzw. stark spezialisierten Großhändlern sind drei vollsortierte Grossisten, wobei zwei in dänischem Besitz stehen, am Markt tätig. Die Tamro-Tochter Nomeco hat dabei einen doppelt so hohen Marktanteil wie die beiden regional tätigen Unternehmen Max Jenne und KV Tjellesen gemeinsam.

Die Liberalisierung im Apothekenbereich, die zur Etablierung von rund 1.000 neuen Abgabestellen führte, hatte auch Konsequenzen für den Großhandelsbereich, da die Hersteller Interesse an Direktbelieferungen zeigten. Im Zuge der Gesetzesänderung zum Apothekenwesen fiel auch das Rabattverbot für Großhändler, was den Preiswettbewerb verschärfte und die Nettogewinne bei steigenden Umsätzen drückte.

Neben den klassischen Leistungen des Großhandels erbringen zwei der drei Großhändler auch „Pre-Wholesaling“ und andere Logistikleistungen. Diese sind von steigender Bedeutung.

2.5 Apotheken

2.5.1 Versorgung und Zugang

Nach dem Arzneimittelgesetz darf die Abgabe von Arzneimitteln an Letztverbraucher nur in lizenzierten Apotheken erfolgen. Von dieser Regelung ist nur eine Ausnahme bezüglich niedergelassener Ärzte vorgesehen. Durch eine Novelle des Apothekengesetzes sind - unter Einhaltung strenger Kriterien - seit Oktober 2001 auch Supermärkte oder andere lizenzierte Stellen zur Abgabe eines eingeschränkten Arzneimittelsortiments berechtigt (vgl. dazu in der Folge). Die Lizenzerteilung, Errichtung und Schließung von Apotheken oder Abgabestellen obliegt dem SUM, das dabei durch die Lægemedelstyrelsen unterstützt wird. Die Lizenz wird für ein bestimmtes Gebiet erteilt, innerhalb dessen die Apotheke auch andere Abgabestellen eröffnen darf.

Bei der Errichtung einer Apotheke ist das Hauptziel die einfache Erreichbarkeit der Apotheke für die Bevölkerung, es werden daher geographische und demographische Kriterien bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Konkret beachtet die Lægemedelstyrelsen folgende Richtlinien:

- Bei gleichbleibender Bevölkerungszahl soll die Anzahl der Apothekenbewilligungen auf maximal 300 beschränkt bleiben. Die Apothekenverteilung muss regelmäßig an demographische Veränderungen angepasst werden.
- Jeder Däne soll im Umkreis von höchstens 15 Kilometern Zugang zu einer Apotheke haben, wobei es in der Realität Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen gibt.
- Sobald die Bevölkerungszahl einer Gemeinde oder Region 15.000 Personen erreicht, sollte eine Apotheke angesiedelt werden. Neue Apotheken sollen bevorzugt in der Nähe von Wohnsiedlungen und Supermärkten errichtet werden, wobei auf die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln geachtet werden soll.
- Apotheken sollen nach Möglichkeit wirtschaftlich tragfähig sein. In Regionen mit geringer Versorgungsdichte können Apotheken jedoch auch dann angesiedelt werden, wenn sie nicht rentabel sind. In dicht besiedelten Gebieten darf keine Subventionierung erfolgen.

Fremd- und Mehrbesitz von Apotheken ist zwar gesetzlich verboten, aber wie aus Tabelle 2.3 hervorgeht, ist das Führen von Filialapotheken und weiteren Abgabestellen erlaubt. Im Schnitt umfasst jede Apotheke fünf weitere Verkaufs- und Abgabestellen. Anstaltsapotheken sind in Tabelle 2.3 nicht enthalten, da sie keine Arzneimittel an Letztverbraucher verkaufen dürfen.

Tabelle 2.3: Dänemark - Strukturdaten der öffentlichen Apotheken und sonstigen Arzneimittelabgabestellen 1995 - 2001

Abgabestellen	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	per 31. Dezember						
Apoteker / Apotheken	294	291	289	288	288	287	284
Apoteksfilialer / Filialapotheken	43	44	46	46	43	43	45
Apoteksudsalg / Apothekenläden	142	145	145	144	144	145	145
Håndkøbsudsalg / Verkaufsstellen	835	815	803	799	741	737	734
Medicinudleveringssteder / Arzneimittelauslieferungsstätten	445	420	403	399	340	324	282
Medicin udsalgstæller / Medikamentenabgabestellen ¹	0	0	0	0	0	0	~1.000
Summe Abgabestellen	1.759	1.715	1.686	1.676	1.556	1.536	1.490²

¹ seit 10/2001 erlaubte Abgabestellen mit eingeschränkter Produktpalette in Supermärkten, Tankstellen usw.

² ohne Berücksichtigung der neuen Abgabestellen

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebungen (Apotekerforeningen)

Im Jahr 2001 gab es in Dänemark 284 öffentliche Apotheken, wodurch die Apothekendichte 18.792 Einwohner pro Apotheke betrug. Dies bedeutet einen leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr, wo eine Apotheke im Schnitt 18.596 Einwohner zu versorgen hatte. Diese im europäischen Vergleich scheinbar niedrige Versorgungsdichte relativiert sich jedoch, wenn man die 45 Filialapotheken, 145 Apothekenläden („apoteksudsalg“), 734 Verkaufsstellen („håndkøbsudsalg“) und 282 Arzneimittelauslieferungsstätten („medicinudleveringssteder“) (Stand 2001) mit ins Kalkül zieht. Unter Berücksichtigung dieser Abgabestellen betrug die Versorgungsdichte 2001 3.582 Einwohner pro Abgabestelle, was einem Rückgang von drei Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

Diese Abgabestellen weisen ein eingeschränktes Sortiment und eine geringere Personalausstattung (vgl. Punkt 2.5.4) als Apotheken auf. Filialapotheken unterscheiden sich nur insofern von Apotheken, als dass sie in kleineren Orten anzutreffen sind, in denen sich der Betrieb einer großen Apotheke wirtschaftlich nicht lohnt.

Darüber hinaus gibt es - speziell auf Inseln - einige selbstdispensierende Ärzte und seit Oktober 2001 auch rund 1.000 sogenannte Medikamentenabgabestellen („medicin udsalgstæller“). Diese Abgabestellen sind in Supermärkten, Tankstellen usw. angesiedelt und führen eine eingeschränkte Produktpalette. Zum Betrieb ist eine spezielle Lizenz der Lægemedelstyrelsen, die auch die Aufsicht über diese Verkaufsstellen hat, erforderlich. Die Lizenzgebühr beträgt jährlich € 337,22 / DKK 2.500,-. Weiters sind bei der Abgabe bestimmte Vorschriften einzuhalten, z. B. dürfen Arzneimittel nur an Personen über 15 Jahre abgegeben werden und Selbstbedienung ist nicht erlaubt.

Die Belieferung von Apotheken ist nicht explizit gesetzlich geregelt, erfolgt aber in der Realität durch Großhändler und nicht durch Hersteller. Neben der Abgabe an Patienten agieren einige Apotheken auch als Zwischenhändler: Sie beliefern - primär private - Krankenanstalten ohne eigene Apotheke und selbstdispensierende Ärzte. Bei den medicin udsalgstæller

scheint sich neben der Belieferung über Großhändler auch jene über die Hersteller zu etablieren.

Die Öffnungszeiten sollten einen angemessenen und vernünftigen Zugang zur Apotheke gewährleisten und sind gesetzlich geregelt. Jede Apotheke muss wöchentlich 48 Stunden, davon ein paar Stunden am Samstag offen halten. Nächtliche Bereitschafts- und Wochenenddienste sind zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung mit Arzneimitteln vorgeschrieben und werden von der Lægemedelstyrelsen organisiert. Nacht- und Wochenenddienste unterscheiden sich insofern von Tagdiensten, dass weniger Personal anwesend ist und die Patienten eine zusätzlichen Gebühr in der Höhe von € 2,01 / DKK 15,- zu entrichten haben. An Feiertagen haben nur Apotheken mit Bereitschaftsdienst geöffnet.

2.5.2 Beschäftigte

In dänischen Arzneimittelabgabestellen waren im Jahr 2001 neben den 287 Apothekenleitern 4.074 Personen (gezählt nach Vollzeitäquivalenten) beschäftigt. Im Schnitt hat eine Apotheke 14,3 Mitarbeiter (nach Köpfen: 19,5 Personen), wobei der Personalstand abhängig von der Anzahl der betreuten Abgabestellen sehr unterschiedlich ist.

Der Apothekenleiter ist gleichzeitig Inhaber der von der Lægemedelstyrelsen ausgestellten Apothekenlizenz. Antragsteller für eine Lizenz müssen folgende Bedingungen erfüllen:

- Der Bewerber muss Pharmazeut sein und einen akademischen Studienabschluss aus dem EWR-Raum nachweisen,
- einen Praxisnachweis erbringen,
- darf nicht älter als 50 Jahre und
- noch nie in Konkurs gegangen sein.

Mit Erreichen des 70. Lebensjahrs muss die Lizenz an das Ministerium zurückgegeben werden; im Falle eines plötzlichen Ablebens kann die Apotheke sechs Monate lang bzw. bis zur Wiedervergabe der Lizenz durch das SUM vom Erben fortgeführt werden. Der Verkauf einer Lizenz - und damit einer Apotheke - ist nicht möglich.

Tabelle 2.4: Dänemark - Beschäftigte in Apotheken 1995, 1998 - 2001

Beschäftigte	1995	1998	1999	2000	2001
	per 31. Dezember				
Apotheker (Farmaceuter)	934	904	910	899	895
davon: Apothekeninhaber (Apotekere)	294	288	288	287	284
Pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten (Farmakonomer)	2.464	2.455	2.471	2.485	2.495
Pharmazeut.-kaufmänn. Assistenten in Ausbildung (Farmakonomelever)	263	294	317	330	376
Sonstige (Hilfskräfte,...)	597	572	572	585	592
Beschäftigte, gesamt	4.258	4.225	4.270	4.299	4.358

Quellen: Pharmakon 2001; ÖBIG-eigene Erhebungen (Apotekerforeningen, Lægemedelstyrelsen)

Die Anzahl aller Beschäftigten im Apothekenwesen ist - wie Tabelle 2.4 zeigt - in den letzten Jahren leicht gestiegen, wobei es jedoch einen Rückgang bei den Apothekern gegeben hat. Die Zahl der Hilfskräfte ist konstant geblieben. Die Apotheker bilden auch - nach einer Stagnation zu Beginn der 90er-Jahre - wieder vermehrt pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten (Farmakonome) aus.

Farmakonome, die neben dem Besuch einer Fachschule auch eine praktische Berufsausbildung in einer Apotheke absolvieren müssen, dürfen beinahe alle Tätigkeiten eines Apothekers ausführen, das heißt, auch rezeptpflichtige Arzneimittel abgeben bzw. substituieren und Patienten beraten. Sie dürfen keine magistralen Zubereitungen herstellen und können auch keine Apothekenlizenzen beantragen. Des Weiteren dürfen sie ein Apoteksudvalg leiten, nicht aber eine Filialapotheke oder Apotheke. Die Ausbildung der Farmakonome in der Apotheke ist Aufgabe des Apothekeinhabers. Insgesamt dauert die Ausbildung drei Jahre.

2.5.3 Ausstattung

Bezüglich der Ausstattung und Beschaffenheit von Apotheken gibt es in Dänemark kaum gesetzliche Bestimmungen, außer dass ein angemessener Zugang möglich sein muss. Vorgeschriebene Mindestgrößen oder detaillierte Bestimmungen zur Einrichtung bestehen nicht. Die durchschnittliche Größe einer Apotheke bzw. ihrer Lager- und Kundenräumlichkeiten ist nach Auskunft der Apothekerforenien nicht bekannt, dänische Apotheken sind jedoch eher groß. Alle Apotheken sind mit einem vernetzten EDV-System sowie einer Kühlmöglichkeit ausgestattet.

2.5.4 Sortiment und Verfügbarkeit

Apotheken vertreiben in Dänemark neben Arzneimitteln auch ausgewählte Kosmetika, Diät- und Säuglingsnahrung, Vitamine, Mineralstoffe und Verbandsmaterialien. Heilkräuter und -tees werden ebenso wie homöopathischen Präparate im Normalfall nicht offeriert.

Wie viele Produkte (allgemein und bezogen auf Arzneimittel) eine Apotheke im Schnitt vorrätig hat, konnte trotz der Recherche bei der Vereinigung der dänischen Apotheker und der Lægemedelstyrelsen nicht in Erfahrung gebracht werden. Wie die folgende Auflistung zeigt, gibt es jedoch Unterschiede zwischen dem rechtlichen Status und der Produktpalette einer Apotheke und den weiteren Abgabestellen:

- Apotheken und Filialapotheken: Filialapotheken stehen im Eigentum der Apotheke und führen ebenso wie diese das volle Sortiment. Mindestens ein Apotheker muss neben anderem qualifizierten Personal ständig anwesend sein.

- **Apoteksudsalg:** Diese Apothekenläden werden ebenfalls von einer Apotheke geführt und vom Großhandel beliefert. Meist sind sie in dünn besiedelten Regionen zu finden. Ihr Sortiment umfasst jenes einer Apotheke mit Ausnahme von rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Es muss zwar qualifiziertes Personal (z. B. pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten) anwesend sein, jedoch kein Apotheker.
- **Håndkøbsudsalg:** Diese Verkaufsstellen, die nicht einem Apotheker gehören, sind anderen Geschäften angeschlossen. Der Inhaber des Geschäftes, der kein Apotheker sein muss, schließt einen Vertrag mit einer Apotheke ab und wird auch von dieser beliefert. Das Sortiment umfasst rund zehn Prozent der freiverkäuflichen Produktpalette (OTC-Produkte und Parapharmazeutika) einer Apotheke. Darüber hinaus fungieren die Håndkøbsudsalg als Abholstelle für rezeptpflichtige Arzneimittel, die von der Apotheke für einen bestimmten Patienten zusammengestellt wurde.
- **Medicinudleveringssteder:** Diese Arzneimittelauslieferungsstätten verkaufen und lagern keine Arzneimittel, sondern fungieren nur als Zwischenstelle bei Hauszustellungen bzw. bei Internetbestellungen.
- **Medicin udsalgstaller:** Das Sortiment dieser neuen Abgabestellen, das von der Lægemedelstyrelsen festgelegt wird, ist noch geringer als jenes der Håndkøbsudsalg. Derzeit umfasst es rund 400 Artikel, ausschließlich niedrig dosierte OTC-Produkte.

Apotheken werden im Normalfall einmal, höchstens zweimal, täglich mit Produkten beliefert, manchmal aber auch nur jeden zweiten Tag. Alle anderen Stellen werden entweder direkt von der Apotheke versorgt oder maximal einmal täglich vom Großhändler beliefert. Magistrale Zubereitungen werden nur in zwei Apotheken hergestellt.

2.5.5 Honorierung und Umsätze

Die Bruttogewinne und damit die Handelsspannen von Apotheken werden zweijährlich zwischen dem SUM und der Vereinigung der dänischen Apotheker (Danmarks Apotekerforening) auf einem Niveau, das auf Vorjahrsumsätzen und auf erwarteten Umsätzen basiert, fixiert. Dabei gibt es ein Ausgleichssystem zwischen Apotheken in dünn und in dicht besiedelten Regionen.

Der Apothekenverkaufspreis wird in Folge anhand eines degressiv ausgestalteten Kalkulationsschemas (vgl. Tabelle 2.5), das regelmäßig an den Verbraucherpreisindex angepasst wird, errechnet. Der AVP setzt sich dabei aus dem empfohlenen Apothekeneinstandspreis plus einem fixen Betrag und einem prozentuellen Gewinnzuschlag, der zuletzt im August 2001 angepasst wurde, zusammen.

Zur Preisberechnung von Arzneimitteln, die an Krankenanstalten vertrieben werden, ist ein ähnliches Schema, das auf dem Vorjahreseinkaufsvolumen der Krankenanstalt basiert, anzuwenden. Die Umsatzsteuer beträgt für alle Produkte, darunter auch Arzneimittel, 25 Prozent.

Tabelle 2.5: Dänemark - Kalkulationsschema für Apothekenhöchstaufschlagssätze, gültig ab 20.8.2001

AEP von ... bis ... in DKK	Apothekenaufschlag
unter 30,-	$(0,60 \times \text{AEP} + \text{DKK } 1,80) \times 0,697$
30,- bis 60,-	$(0,40 \times \text{AEP} + \text{DKK } 7,80) \times 0,697$
über 60,-	$(0,20 \times \text{AEP} + \text{DKK } 19,80) \times 0,697$

AEP = Apothekeneinstandspreis

Quellen: ÖBIG-eigene Erhebungen (SUM, Apothekerforeningen)

Durch eine Gesetzesänderung dürfen Großhändler Rabatte an Apotheken gewähren. Im Jahr 2000 konnten die Apotheker im Schnitt rund 0,36 Prozent und im Jahr 2001 bereits 0,95 Prozent Nachlässe lukrieren. Dennoch betrug die durchschnittliche Apothekenspanne im Jahr 2001 nach Angaben der Apothekerforeningen 21,6 Prozent des Apothekenverkaufspreises exklusive Umsatzsteuer, während sie im Vorjahr noch 23,1 Prozent und 1999 23,4 Prozent betragen hatte.

Einer der Gründe für den Rückgang ist, dass der vereinbarte Jahresgewinn der Apotheken vom SUM für das Jahr 2000 um € 1,09 Millionen / DKK 8,1 Millionen und für 2001 um € 4,49 Millionen / DKK 33,4 Millionen gekürzt wurde. Diese Summe entspricht der Hälfte der zu erwartenden Großhandelsrabatte. Schon bisher mussten die Apotheken der Sygesikring einen Kassenrabatt gewähren.

Im Apothekenwesen wurden im Jahr 2001 Umsätze in der Höhe von € 1.249,- Millionen / DKK 9.258,- Millionen erwirtschaftet (vgl. Tabelle 2.6). Das bedeutet einen durchschnittlichen Umsatz von rund € 4,4 Millionen / DKK 32,6 Millionen pro Apotheke, was einem Plus von 6,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Die Apothekenumsätze sind in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen.

Tabelle 2.6: Dänemark - Umsätze in Apotheken 1995, 1999 - 2001

Umsatz pro Apotheke	1995	1999	2000	2001
in Mio. DKK (zu AVP exkl. USt.) ¹	per 31. Dezember			
Umsatz gesamt ²	6.886	8.158	8.782	9.258
Arzneimittelumsatz	n.v.	n.v.	7.974	8.323
davon: OTC-Umsatz in %	n.v.	n.v.	20,1 %	17,8 %
Umsatz mit Nicht-Arzneimitteln in Prozent des Gesamtumsatzes	12,1 %	9,2 %	9,2 %	10,1 %
Umsatz mit dem Nationalen Gesundheitsdienst in % des Gesamtumsatzes	n.v.	50 %	50 %	50 %

AM-Umsatz = Arzneimittelumsatz, AVP = Apothekenverkaufspreis, n.v. = nicht verfügbar, OTC = Over-The-Counter, USt. = Umsatzsteuer

¹ Angaben in DKK zwecks kontinuierlicher Darstellung, Schwankungen in den Wechselkursen DKK/€

² Umsätze in "Handkøbsudsalg" werden nicht gemessen und sind daher nicht enthalten

Quellen: Apothekerforeningen 2002, LIF 2002b, ÖBIG-eigene Erhebungen (Apothekerforeningen)

Der Anteil des Arzneimittelumsatzes (inklusive Verkäufe an Krankenanstalten und Veterinärprodukte) am Gesamtumsatz beläuft sich auf rund 90 Prozent (2001: 89,9 Prozent). Der Großteil davon wird mit apothekenpflichtigen Präparaten erwirtschaftet. Die Bandbreite der Umsätze ist enorm: Während die kleinste Apotheke einen Umsatz von € 1,44 Millionen / DKK 10,7 Millionen erwirtschaftete, belief er sich bei der größten auf € 18,61 Millionen / DKK 138 Millionen.

Der Anteil von OTC-Produkten am Arzneimittelumsatz betrug seit Mitte der 90er-Jahre rund ein Fünftel, ist aber - zum Teil aufgrund der Konkurrenz durch neue Abgabestellen - rückläufig. Der aktuellste durchschnittliche Wert aus dem Jahr 2001 beträgt 17,8 Prozent. Die Abrechnung mit dem nationalen Gesundheitsdienst macht rund 50 Prozent des Umsatzes aus. Im Schnitt beträgt der Gewinn vor Steuern einer dänischen Apotheke etwa € 960.000 / DKK 7,1 Millionen.

2.5.6 Versorgungsqualität für Konsumenten

Neben der Abgabe von Arzneimitteln an Patienten und Krankenanstalten ohne eigene Apotheke hinaus erbringen die dänischen Apotheken und ihre untergeordneten Abgabestellen auch die in Tabelle 2.7 dargestellten Serviceleistungen.

Tabelle 2.7: Dänemark - Apothekerliche Leistungen

Versorgungsqualität	Leistungen	Beschreibung
Beratung & Information	<ul style="list-style-type: none"> Kontrolle der Rezepte, Beratung bei Selbstmedikation Individuelle Beratung Gesundheitsinformation (bzgl. Impfungen, Rauchen, Ernährung) Elektronisches Erstattungssystem 	<p>In allen Apotheken werden bei der Abgabe von Arzneimitteln Beratungsleistungen erbracht, Anwendungshinweise erteilt und die Verordnungen auf mögliche unerwünschte Nebenwirkungen überprüft.</p> <p>Individuelle Beratungsgespräche sind eher unüblich.</p> <p>Generelle Gesundheitsinformationen, z. B. bezüglich Impfungen oder Diätfragen, sind ebenfalls eine Standardleistung von Apotheken. Es werden Raucherentwöhnungs- und Diätprogramme angeboten.</p> <p>Apotheken sind für die Abrechnung von Verordnungen mit der Sygesikring und für die Berechnung der verbrauchsabhängigen Zuzahlbeträge der Patienten verantwortlich, was bei der Einführung zu enormem technischen und personellen Aufwand, auch bezüglich der Patienteninformation im Rahmen der neuen Zuzahlungsregelungen führte.</p>
Screening und Tests	<ul style="list-style-type: none"> Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle, Blutzuckertests,... 	<p>Das Durchführen von Blutdruckmessungen und Gewichtskontrollen sowie Blutzuckerspiegelmessungen sind in vielen Apotheken möglich.</p>

Tabelle 2.7/Fortsetzung

Versorgungsqualität	Leistungen	Beschreibung
Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> • Generikasubstitution • Auseinzelung • Hauszustellung • Internetapotheken 	<p>Seit Einführung des „umgekehrten G-Schemas“ 1997 darf der Apotheker immer das kostengünstigste verfügbare Arzneimittel - egal ob Generikum oder parallelimportiert - abgeben, außer der Arzt hat auf der Verordnung vermerkt, dass ein Originalpräparat zu dispensieren ist. Ein Patient kann anstelle des kostengünstigeren Generikums ein Originalprodukt verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen muss der Apotheker das Original substituieren.</p> <p>Die Auseinzelung von Arzneimitteln ist nur in seltenen Ausnahmen gestattet. Mit dem neuen Apothekegesetz wurden jedoch zehn Apotheken beauftragt, Arzneimittel für ältere Personen mit hohem Verbrauch maschinell in Medikamentenspender abzapfen zu lassen.</p> <p>Hauszustellung von Arzneimitteln ist ausschließlich den Apotheken erlaubt. Die Zustellung darf aber nur direkt an den Patienten erfolgen und nicht an/über Dritte.</p> <p>Derzeit bieten 49 Apotheken ein umfassendes Bestell- und Informationsservice über das gesamte Sortiment (außer suchtmittelhaltige Arzneispezialitäten) per Internet an. Ärzte können Verordnungen mittels eines speziellen Systems per Internet übermitteln.</p>
Herstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Magistrale Zubereitungen 	<p>Magistrale Zubereitungen sind unüblich und werden nur in zwei Apotheken hergestellt.</p>
Projekte & Programme	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmaceutical Care • Firmenprogramme • Prävention 	<p>Pharmaceutical Care Projekte werden z. B. zum Thema Diabetes durchgeführt. Darüber hinaus gibt es immer wieder Schwerpunktthemen, z. B. wurde für heuer das "Gichtjahr" ausgerufen, wodurch in den Apotheken die Harnsäurekonzentration gemessen werden kann. Im Jahr 2000 standen Allergien im Mittelpunkt. Alle Projekte werden durch Werbekampagnen unterstützt. Rund 70 Prozent der Apotheken nehmen an derartigen Programmen teil.</p> <p>Einige Apotheken haben Verträge mit Firmen abgeschlossen, die ihre Mitarbeiter regelmäßig zur Gesundheitsberatung in Apotheken schicken.</p> <p>Durch das neue Apothekengesetz wurde die Rolle der Apotheken in der Gesundheitsförderung gestärkt, so kommt ihnen in Zukunft eine stärkere Rolle bei nationalen Gesundheitsprogrammen zu.</p>

Quellen: ÖBIG 1998b, ÖBIG-eigene Erhebungen (Apothekerforeningen)

Zusätzlich sind Apotheken gesetzlich zur Rücknahme von abgelaufenen Arzneispezialitäten und zur Teilnahme an statistischen Erhebungen der öffentlichen Hand verpflichtet.

3 Finnland

Das finnische Gesundheitssystem ist in Form eines nationalen Gesundheitsdienstes organisiert und beruht im Wesentlichen auf einem staatlich garantierten und überwiegend aus Steuermitteln finanzierten Angebot von ambulanten, stationären und pflegerischen Leistungen, das von den 448 Städten bzw. Gemeinden verwaltet und organisiert wird. Seit 1993 können die Gemeinden entscheiden, ob sie Gesundheitsleistungen selbst produzieren oder bei externen Anbietern zukaufen.

Ein wichtiger Akteur auf nationaler Ebene ist neben der finnischen Sozialversicherungsanstalt (Kansaneläkelaitos, KELA) das Ministerium für Soziales und Gesundheit (Sosiaali- ja Terveysministeriö, STM), das - unterstützt durch Forschungseinrichtungen wie dem STAKES - Rahmenbedingungen und Mindeststandards für das Angebot an Gesundheitsleistungen vorgibt und hauptverantwortlich für die Mittelverteilung ist.

Ambulante Gesundheitsleistungen werden primär in 265 gemeindeeigenen Gesundheitszentren, im Normalfall durch angestellte Ärzte bzw. sonstiges Gesundheitspersonal angeboten. Stationäre Versorgung ist ebenfalls Aufgabe der Gemeinden, die sich dazu in 20 Krankenhausbezirke (Stand 2002) zusammengeschlossen haben. Jeder Krankenhausbezirk verfügt über eine Zentralkrankenanstalt, fünf davon mit dem Status einer Universitätsklinik.

3.1 Arzneimittelsystem

Die Zulassung von Arzneimitteln ist - neben dem zentralisierten Verfahren, das unter die Kompetenz der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) fällt - auf nationaler Ebene Aufgabe der finnischen Arzneimittelagentur (Lääkelaitos, NAM) und erfolgt anhand der Verordnung über die Marktzulassung 2/98. Die Lääkelaitos ist eine untergeordnete Dienststelle des STM.

Im Jahr 2000 waren in Finnland 4.757 Arzneimittel zugelassen, wovon 4.182 Produkte (rund 88 Prozent) rezeptpflichtig waren. Etwa 93 Prozent dieser Produkte sind auch am Markt verfügbar. Seit 1995 hat die Anzahl der zugelassenen Arzneimittel um rund 39 Prozent zugenommen. Der Anteil der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist im gleichen Zeitraum noch stärker - und zwar um über 48 Prozent - gestiegen.

Seit 1994 können Hersteller die Preise von rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln frei festlegen, eine Aufnahme in das Erstattungssystem ist jedoch nur nach Vorliegen eines „angemessenen“ Großhandelspreises möglich. Dieser wird auf Antrag des Herstellers von einer untergeordneten Stelle des STM, dem Nationalen Amt für Preisfestsetzung und Erstattung (Lääkkeiden hintalautakunta) fixiert. Bei der Festlegung wird der Preis von vergleichbaren Präparaten in anderen europäischen Ländern mit dem Schwerpunkt auf Skandinavien, Therapiealternativen, die Entwicklungskosten, der Wirkungsgrad und therapeutische Nutzen des Produkts sowie die erwartete Auswirkung auf die Ausgaben der öffentlichen Hand be-

rücksichtigt. Bei innovativen Arzneyspezialitäten wird die Entscheidung anhand einer gesundheits-ökonomischen Beurteilung, die auf Richtlinien des STM basiert, getroffen.

Träger der Erstattungskosten ist die bereits erwähnte Sozialversicherungsanstalt KELA. Die Erstattungskategorie einer Arzneyspezialität und damit das Ausmaß der Kostenübernahme durch die KELA bzw. die Patientenselbstbeteiligung wird vom Lääkkeiden hintalautakunta bestimmt:

- Normal-Erstattung: Patienten erhalten 50 Prozent der Kosten eines Arzneimittels, die € 8,41 überschreiten, erstattet. In diese Kategorie fallen die Mehrzahl der rezeptpflichtigen Arzneimittel und alle erstattungsfähigen OTC-Produkte.
- Untere Spezial-Erstattung: Patienten erhalten 75 Prozent der Kosten eines Arzneimittels, die € 4,20 überschreiten, erstattet. In diese Kategorie fallen Arzneimittel für neun chronische Erkrankungen, darunter Asthmamittel und blutdrucksenkende Produkte.
- Obere Spezial-Erstattung: Patienten erhalten 100 Prozent der Kosten eines Arzneimittels, die € 4,20 überschreiten, erstattet. In diese Kategorie fallen Arzneimittel für 34 besonders schwere bzw. chronische Erkrankungen wie Leukämie, Epilepsie oder Diabetes (1995 waren es 40 Krankheitsbilder).

Die Einstufung der Arzneyspezialitäten und die Zuordnung von Krankheitsbildern zu den Kategorien basiert auf einer indikationsbezogenen Liste, die per Dekret vom Staatsrat erstellt und von der KELA quartalsweise aktualisiert wird. Zur Entscheidung können neben therapeutischen auch ökonomische Kriterien herangezogen werden. Die Aufnahme eines Arzneimittels ins Erstattungssystem erfolgt grundsätzlich in die Normal-Erstattungskategorie. Anfang 1999 wurde diese um eine Subkategorie für teure, aber bedeutsame Arzneimittel wie Interferon beta erweitert, die nicht mehr automatisch, sondern nur unter bestimmten Bedingungen erstattet werden. Die KELA definiert dabei im Rahmen von Regierungsvorgaben, welche Arzneimittel und welche Indikationen in diese Subkategorie aufzunehmen sind. Ein Entscheidungskriterium dafür ist beispielsweise, dass ein Arzneimittel jährliche Kosten von über € 1.682,- verursachen würde. Zur Erstattung eines derartigen Arzneimittels ist es notwendig, dass der Patient einen besonderen Bedarf - bestätigt durch ein spezielles fachärztliches Attest - nachweist.

Die maximale jährliche Selbstbeteiligung beträgt € 594,02. Alle Arzneimittelausgaben über dieser Schwelle werden - sofern es sich um erstattungsfähige Produkte handelt - unabhängig von der Erstattungskategorie zur Gänze von der KELA getragen.

Rezeptfreie Arzneimittel werden - mit Ausnahme von 70 Markenprodukten, die bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung erstattungsfähig sind - nicht erstattet, während fast alle rezeptpflichtigen Arzneimittel erstattungsfähig sind. Tendenziell ist der Anteil der erstattungsfähigen Arzneimittel in den letzten Jahren - wenngleich auf hohem Niveau - rückläufig und umfasste im Jahr 2000 rund 3.733 Arzneyspezialitäten. Der durchschnittliche jährliche Arzneimittelverbrauch liegt deutlich unter dem europäischen Schnitt und betrug 1999 16,2 Packungen.

3.2 Vertrieb im Überblick

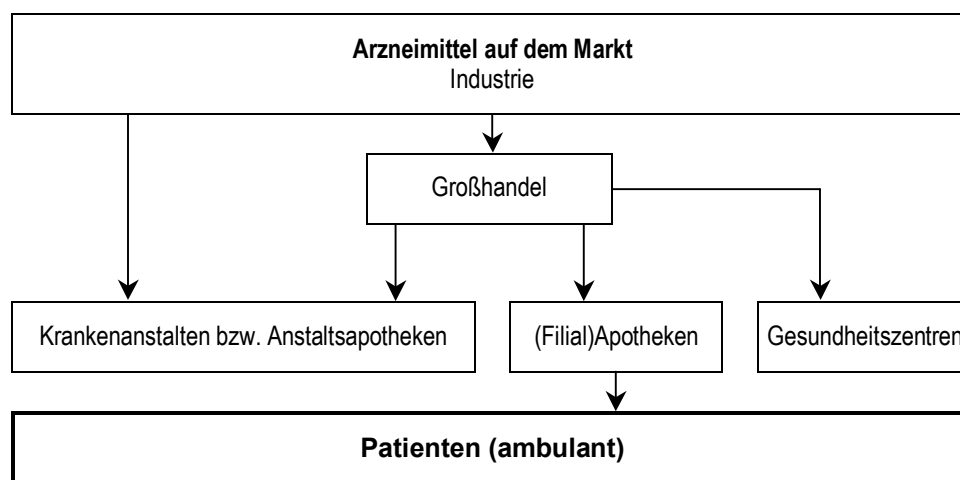
Der Arzneimittelvertrieb in Finnland ist eher gering reguliert, die Abgabe von Humanarzneimitteln an Letztverbraucher ist aber Herstellern, Großhändlern und Ärzten aufgrund des Arzneimittelgesetzes von 1996 nicht gestattet. Die Versorgung mit Arzneimitteln im ambulanten Bereich erfolgt daher zum Großteil über öffentliche Apotheken sowie in geringem Ausmaß durch Krankenanstalten bzw. Anstaltsapotheken, wobei diese nur „Startdosen“ abgeben dürfen. Ärzte dürfen mit Ausnahme von Notfällen ebenfalls keine Arzneimittel abgeben. Supermärkte und Drogerien dürfen nur einige aus Kräutern oder Vitaminmischungen bestehende Produkte vertreiben, die aber nicht als Arzneimittel klassifiziert sind.

Auf Antrag einer Gemeinde und nach Zustimmung der Lääkelaitos dürfen auch Gesundheitszentren in beschränktem Ausmaß Arzneimittel abgeben (Startdosen, nur an eigene Patienten). Zusätzlich kann die Abgabe von rezeptfreien Arzneimitteln in dünn besiedelten Regionen via Medizindepots, die von Apotheken betreut werden, erfolgen. Einen Sonderstatus haben die beiden Universitätsapotheken (vgl. dazu weiter unten).

Apotheken werden zu beinahe 100 Prozent von Großhändlern beliefert, obwohl eine Belieferung durch Hersteller mit einer Großhandelslizenz möglich wäre. Krankenanstalten werden im Normalfall von Großhändlern bzw. in steigendem Ausmaß auch von der Industrie beliefert, wobei die Preise im Einzelfall ausgehandelt werden. In seltenen Fällen werden die Krankenanstalten von öffentlichen Apotheken mitversorgt.

Abbildung 3.1 zeigt die gebräuchlichsten Vertriebskanäle in Finnland. In den folgenden drei Abschnitten werden die Hersteller sowie die beiden Vertriebsakteure Großhandel und Apotheken näher - mit besonderem Augenmerk auf ihre Leistungen und deren Abgeltung - dargestellt.

Abbildung 3.1: Finnland - Arzneimittelvertrieb



Quelle: ÖBIG

Versandhandel ist grundsätzlich verboten, es gibt aber Diskussionen, ihn in beschränktem Ausmaß, z. B. für bestimmte rezeptfreie Produkte, zu erlauben.

3.3 Pharmazeutische Industrie

Die Pharma-Industrie spielt in Finnland keine besonders wichtige Rolle, wobei der finnische Orion Konzern mit 14,9 Prozent den höchsten Marktanteil, gefolgt von GlaxoSmithKline mit 7,1 Prozent und AstraZeneca mit 6,4 Prozent, aufweist. Tabelle 3.1 zeigt die Anzahl der Unternehmen, die selbst Arzneimittel erzeugen oder bearbeiten, sowie weitere Strukturdaten der pharmazeutischen Industrie.

Obwohl es Herstellern, die eine Großhandelslizenz besitzen, erlaubt ist, sowohl öffentliche Apotheken und Anstaltsapotheken als auch Gesundheitszentren mit Arzneimitteln zu beliefern, beschränkt sich ihre Rolle im Wesentlichen auf die Belieferung von Großhändlern. Gesetzlich verboten ist den Herstellern, Krankenanstalten ohne eigene Apotheken zu beliefern. Direkter Vertrieb an die Patienten ist in Finnland ebenfalls nicht erlaubt.

Tabelle 3.1: Finnland - Strukturdaten der pharmazeutischen Industrie 1995 - 1999

Industrie	1995	1996	1997	1998	1999
	per 31. Dezember				
Anzahl Unternehmen ¹	19 ²	n.b.	20	n.b.	21
Anzahl Beschäftigte	3.897 ²	5.393	5.606	5.805	6.016
Pharma-Produktion ³ in Mio. €	541	537	566	575	610

n. b. = nicht bekannt

¹ erzeugende Unternehmen

² 1994

³ inkl. veterinärmedizinische Produkte

Quellen: EFPIA 1997 - 2001, PIC 1997 - 2001

Die Anzahl der Beschäftigten ist in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre um rund 20 Prozent gestiegen, während die Anzahl der erzeugenden Unternehmen in etwa konstant geblieben ist. Zusätzlich zu den in Tabelle 3.1 angeführten 21 Unternehmen gibt es noch zirka 50 Firmenrepräsentanzen in Finnland. Die Pharma-Produktion betrug im Jahr 1998 € 610 Millionen, was einer Zunahme um 13 Prozent gegenüber 1995 entsprach. Der Exportanteil ist mit zirka 36 Prozent gering; 1999 wurden Arzneimittel im Wert von € 667 Millionen importiert.

Im Schnitt verbleiben den Herstellern im Jahr 2001 in etwa 61 Prozent des Bruttoapothekenverkaufspreises eines Arzneimittels, 1996 betrug dieser Wert nur 48 Prozent.

3.4 Großhandel

3.4.1 Versorgung und Zugang

Die größte Änderung im Distributionssystem war - wie Tabelle 3.2 zeigt - der Eintritt eines dritten Großhändlers in das finnische Arzneimittelsystem. Das schwedische Unternehmen KD Tukku nahm mit der Etablierung einer Betriebsstätte im September 1999 seine Tätigkeit auf und drang damit in den seit mehr als einem Jahrzehnt von Tamro und Oriola allein beherrschten Markt ein. Das Einkanalssystem ist nach wie vor in Kraft, sodass mittlerweile drei Großhändler um befristete oder unbefristete Exklusivdistributionsverträge mit den Herstellern konkurrieren. Auffällig ist dabei, dass die Großhändler stark herstellerorientiert sind.

Nach einem Konzentrationsprozess in den 70er Jahren waren von über 60 Großhändlern nur mehr drei tätig: Tamro, Oriola und Lääketukku. Letzterer wurde 1989 von Tamro übernommen, der mittlerweile nicht nur der größte finnische, sondern auch der größte Großhändler Skandinaviens und des baltischen Raums ist (vgl. Punkt 5.3.3). Tamro ist außer in Finnland und Schweden, wo es 1995 den größten Großhändler ADA übernommen hat, in Norwegen, Russland, Lettland, Estland und Litauen und seit 1998 durch eine Beteiligung am größten dänischen Großhändler Nomeco auch in Dänemark tätig. Zumindest im skandinavischen Raum scheint die Marktherrschaft Tamros unangreifbar zu sein, und auch in Russland, wo erst kürzlich ein neues Auslieferungslager eröffnet wurde, schreitet der Expansionsprozess voran. Der Marktanteil von Tamro-Distribution in Finnland belief sich 2000 auf 49 Prozent. Erwähnenswert ist darüber hinaus, dass der deutsche Großhändler Phoenix rund 40 Prozent der Tamro-Aktien hält.

Tabelle 3.2: Finnland - Strukturdaten der Großhandelsunternehmen 1995 - 2001

Großhandel	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	per 31. Dezember						
Anzahl Unternehmen	2	2	2	2	3 ¹	3	3
Anzahl Betriebsstätten	9	9	9	9	9	9	8
Anzahl Beschäftigte	771	775	755	803	832	854	n.v.
Umsatz in Mio. €	752	1.046	1.106	1.115 ²	1.084 ^{2,3}	1.273	1.317 ²

n.v. = nicht verfügbar

¹ ab September 1999

² Schätzung

³ ohne KD Tukku

Quellen: ÖBIG 1998, Orion 2002, PIC 1997 - 2001, Tamro 2002, ÖBIG-eigene Erhebungen (Tamro, KD Tukku)

Fremdbesitz im Großhandel ist in Finnland erlaubt: Oriola ist eine 100prozentige Tochter des größten finnischen Pharma-Konzerns Orion und besteht aus mehreren Unternehmen, die unter anderem auch Dental- bzw. Reformhausprodukte herstellen. Der Marktanteil von Oriola, die auch im baltischen Raum tätig ist, betrug im Jahr 2001 32 Prozent. Der Markteintritt in

Schweden ist geplant, besonders da Orion seit April 2002 auch Mehrheitseigentümer der schwedischen Kronans Droghandel-Gruppe ist (vgl. Punkt 4.4.1).

Im September 1999 ist die im Besitz des schwedischen Großhändlers Kronans Droghandel stehende KD Tukku in den finnischen Markt eingetreten und hält inzwischen bei einem Marktanteil von über 22 Prozent (Stand Sommer 2002). Vor dem Eintritt von KD Tukku teilten sich Tamro und Oriola den Markt im Verhältnis 2:1, wobei Tamro beispielsweise Produkte von GlaxoSmithKline, Bayer oder Abbot vertrieb und Oriola neben Orionprodukten auch Arzneimittel von insgesamt 60 Herstellern wie Novo Nordisk oder Janssen-Cilag.

Alle drei Großhändler sind landesweit tätig und führen neben der gesamten Produktpalette ihrer „Principals“, also der Hersteller, mit denen sie einen Distributionsvertrag haben, zum Teil auch eine durchaus beträchtliche Anzahl von anderen Gesundheitsprodukten. Die Belieferung von Apotheken, Krankenanstalten, Anstaltsapotheken, Gesundheitszentren, Tierärzten und Reformhäusern - das klassische Grossistengeschäft - ist aber im Normalfall nur einer der Geschäftszweige der Großhändler. Tamro wickelt 79 Prozent des Grossistengeschäfts mit Apotheken und 20 Prozent mit Krankenanstalten ab, bei Oriola ist es ähnlich, und KD Tukku erwirtschaftet 85 Prozent des Umsatzes mit Apotheken, zehn mit Krankenanstalten und fünf mit Gesundheitszentren. Der Rest verteilt sich auf Tierärzte, Universitäten und Labors.

Zusätzlich bieten die Großhändler ihren „Principals“ ein umfangreiches Lieferantenservice an. Diese reicht von

- „Pre-Wholesaling“-Aktivitäten, das heißt, der Lagerhaltung für die Hersteller einschließlich einer etwaigen Lieferung in andere Ländern oder an Zwischenhändler, wobei andere Großhändler jedoch nicht beliefert werden, dem
- (Re-)Import von Arzneispezialitäten über
- Marketingaktivitäten wie der Abgabe von Gratispackungen an Ärzte und Krankenanstalten (Ärztmuster“) und der Lieferung von Arzneimitteln für klinische Prüfungen bis hin zum
- Umpacken und anderen Logistikleistungen.

Tamro und Oriola haben demzufolge eine Betriebsstätte, die nicht nur als Zentrallager, sondern auch als Logistikzentrum fungiert.

In Finnland wird der Arzneimittelvertrieb de facto zu 100 Prozent über den Großhandel abgewickelt, obwohl die meisten Hersteller eine Großhandelslizenz haben und damit selbst Apotheken beliefern könnten. Insgesamt sind über 80 Lizenzen vergeben, aber bis auf die drei Genannten importieren diese Unternehmen nur Arzneimittel, distribuieren sie aber nicht. Voraussetzung, um als Großhändler seine Tätigkeit aufnehmen zu können, ist die Erteilung einer Lizenz durch die Lääkelaitos. Dabei müssen die Bestimmungen des Großhändlergesetzes zum Arzneimittelgesetz (Lääkelaki, AMG) eingehalten werden. Darin ist z. B. festgelegt, dass der Geschäftsführer eines Großhandelsunternehmens ein pharmazeutisches Langstudium absolviert haben muss und nicht gleichzeitig in einer Apotheke oder in einem Pharma-Unternehmen tätig sein darf. Darüber hinaus müssen bei Lagern bestimmte Qualitätskriterien (z. B. Temperaturkontrollen) eingehalten werden, und es sind exakte Aufzeichnungen über

die gelagerten Produkte zu führen. Weiters ist vorgeschrieben, dass der Händler landesweit tätig sein muss.

Die Belieferung erfolgt zur Zeit (Juni 2002) bei Tamro über drei Servicezentren (Vantaa, Tampere, Oulu), bei Oriola über vier Servicezentren (Espoo, Kuopio, Oulu, Seinäjoki) und bei KD Tukku über eine Betriebsstätte in Vantaa in der Nähe von Helsinki. Nicht in dieser Aufzählung enthalten sind Betriebsstätten für medizinische Gase, von denen es fünf gibt. Bei den angeführten Betriebsstätten handelt es um Servicezentren mit einem Lager, von denen aus die Belieferung der Apotheken erfolgt. Tamro schloss seine Betriebsstätte in Turku mit Ende 2000, und Oriola eine 1999. Ansonsten ist die Anzahl der Betriebsstätten seit Beginn der 90er-Jahre in etwa konstant geblieben (vgl. Tabelle 3.2). Damals schloss Tamro die von Lääketukku übernommenen Depots in Vaasa und Jyväskylä.

3.4.2 Beschäftigte

Im pharmazeutischen Großhandel waren im Jahr 2000 854 Personen beschäftigt (vgl. Tabelle 3.2). Die meisten von ihnen, nämlich 440, sind bei Tamro beschäftigt, 384 bei Oriola und 30 bei KD Tukku. Tamro hat dabei in den letzten Jahren Personal reduziert - was auch auf die Fertigstellung des neuen, vollautomatisierten und computergesteuerten Lagers in Tampere zurückzuführen ist. Im Jahr 2001 wurde der Personalstand beispielsweise um 34 Mitarbeiter reduziert.

Wie bereits erwähnt, ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der Inhaber der Großhandelslizenz ein Apotheker ist. Dieser ist auch für die Einhaltung der finnischen Rechtsvorschriften, insbesondere der Qualitätskontrolle und des Umgangs mit Vigilanzproblemen (z. B. Rückrufaktionen), verantwortlich.

In der Realität sind aber mehr als ein Apotheker bei den Großhändlern beschäftigt, nach Angaben von KD Tukku sind bis zu 25 Prozent der Beschäftigten Apotheker, wobei es sich auch um Farmaseutti (vgl. Punkt 3.5.2) handeln kann. Die Mehrheit des Personals setzt sich aus Apothekenhelfern, angelernten Kräften, Lagerarbeitern und Fahrern zusammen. Weitere Berufsgruppen sind Marketing-, Verwaltungs- und EDV-Spezialisten.

3.4.3 Ausstattung

Der Großhandelserlass enthält einige Regelungen zur Ausstattung, die auf der EU-Leitlinie „Good Distribution Practice“ basieren: So müssen geeignete Räumlichkeiten (Kühlung, Hygiene) vorhanden sein, und Arzneimittel dürfen nur gesondert von anderen Produkten gelagert werden.

Im Schnitt sind die Betriebsstätten in Finnland eher hoch dimensioniert - die Tamrozentrale in Vantaa ist 20.000 m² groß, wobei die Lagerfläche 18.400 m² beträgt. Von diesem Zentral-lager aus wird das neue Servicecenter in Tampere (Gesamtfläche: 6.520 m², davon 88 Prozent Lagerfläche) und das 2.600 m² große Lager in Oulu bedient. Die Servicezentren von

Oriola sind im Schnitt 13.100 m² groß, wobei das Logistikzentrum in Espoo mit 31.000 m² das größte ist.

3.4.4 Sortiment und Verfügbarkeit

Neben den Regelungen der Großhandelserlasses, nach der - basierend auf der EU-Leitlinie zur guten Vertriebspraxis - Arzneimittel jederzeit in ausreichendem Maß zur Verfügung gestellt werden müssen, und neben relativ strengen Lagerungsvorschriften, gibt es in Finnland keine speziellen Vorgaben zu Mindestlagermengen oder zum Sortiment.

Tatsächlich schwanken die Lagerstände der Großhändler - die an den Produktpaletten und nicht nach einzelnen Arzneimitteln gemessen werden - beträchtlich. Ein Grund dafür ist, dass die Großhändler die Lagerhaltung der Hersteller übernehmen. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Oriola, die für die gesamte Lagerhaltung bei Orion verantwortlich ist. Alle Großhändler garantieren, jedes Produkt ihrer „Principals“ innerhalb von 24 Stunden an jeden Ort in Finnland zu liefern. Im Vergleich zu Österreich, wo die Großhändler die Produkte größtenteils zu ihren Lasten vom Hersteller geliefert bekommen oder sie von den Depots abholen müssen, ist die Situation in Finnland anders: Dort liefert der Hersteller zwischen einmal wöchentlich bis einmal pro Monat die Arzneimittel zum Zentrallager des Großhändlers, die Waren bleiben aber zum Teil - je nach Vertragsform - nach wie vor im Eigentum der Hersteller.

In der Realität werden alle Apotheken (auch Anstaltsapotheken) im Schnitt ein bis zweimal täglich an fünf bis sechs Tagen pro Woche beliefert. Der Bestellvorgang erfolgt in über 90 Prozent der Apotheken über ein elektronisches Bestellsystem, das die Bestellung eines Arzneimittels automatisch an den dafür zuständigen Großhändler weiterleitet. Falls der Apotheker ein Produkt versehentlich beim „falschen“ Großhändler bestellt, wird die Bestellung mit der Bemerkung „unbekannte Artikelnummer“ abgelehnt.

3.4.5 Honorierung und Umsätze

Die Großhandelsspanne sind nicht gesetzlich geregelt, aber durch die für die Erstattung festgelegten Großhandelspreise vorbestimmt. Die Spannen sind relativ einheitlich, da diese nicht im Rahmen der Exklusivverträge mit den einzelnen Unternehmen festgelegt, sondern zwischen den Vereinigungen der Großhändler und der Pharma-Industrie verbindlich vereinbart werden. Im Schnitt beträgt die Handelspanne nach Angaben der Großhändler etwa vier Prozent des Apothekeneinstandspreises. Rabatte an Apotheken spielen aufgrund der spezifischen Struktur im Arzneimittelmarkt keine Rolle, sie sind aber nicht explizit verboten.

Im Jahr 2000 betragen die Gesamtumsätze der drei pharmazeutischen Großhandelsunternehmen € 1.273 Millionen (vgl. Tabelle 3.2). Diese teilten sich folgendermaßen auf: Tamro € 681,8 Millionen, Oriola € 343,9 Millionen und KD Tukku € 247 Millionen. Oriola trägt dadurch zu rund einem Drittel zum Umsatz des Orionkonzerns bei.

Im Allgemeinen entwickelten sich die Gesamtumsätze analog zum Wachstum des gesamten Arzneimittelmarktes, durch den Eintritt von KD Tukku kam es jedoch zu Marktanteilsverlusten und in Folge zu Umsatzrückgängen der beiden etablierten Großhändler. Besonders Tamro hatte unter dem neuen Mitbewerber zu leiden, da Novartis und Aventis ihre Produkte nun über KD Tukku vertrieben. Bedingt durch Verzögerungen bei der Inbetriebnahme des neuen Logistikzentrums in Tampere und dem Verlust des AstraZeneca-Vertrags, der einem Marktanteilsverlust von sieben Prozent entsprach, ging der Umsatz von Tamro zwischen 1999 und 2001 um 1,7 Prozent zurück und der Nettogewinn sank von € 8,9 Millionen auf eine schwarze Null. Eine erste Maßnahme war die Reduktion von Personal (vgl. Punkt 3.4.2). Der Umsatz von Oriola sank zwischen 2000 und 2001 um 7,5 Prozent.

Der Großteil des Umsatzes - weit über 90 Prozent - wird mit Arzneimitteln erwirtschaftet, der Rest sind parapharmazeutische Präparate und andere Gesundheitsprodukte.

3.4.6 Versorgungsqualität des Großhandels

Die wichtigste Besonderheit des pharmazeutischen Großhandels in Finnland ist, dass das Einkanalssystem auf individuellen Verträgen zwischen Herstellern und Großhändlern und nicht wie in Schweden auf einer Entscheidung der öffentlichen Hand basiert. Das heißt, es stünde den Herstellern frei, ihre Produkte über verschiedene Großhändler zu vertreiben. Diese Möglichkeit wird aber nach Einschätzung der Großhändler nicht genutzt, weil das Einkanalssystem kostengünstiger ist. Dazu stehen nicht wie beispielweise in Österreich die Apotheken im Mittelpunkt des Service, sondern die Hersteller, die als „Principals“ bezeichnet werden. Alle Großhändler haben daher mindestens zwei Geschäftszweige - den klassischen Grossistenbereich und einen Logistikbereich. So konkurrieren die Großhändler um Exklusivdistributionsverträge mit möglichst vielen Unternehmen. Der Abschluss von derartigen Verträgen ist besonders wichtig, da die meisten Hersteller selten den Großhändler wechseln, besonders weil dies einen hohen physischen Transportaufwand bedingen würde. Dennoch ist es seit dem Markteintritt von KD Tukku zu einigen beträchtlichen Änderungen gekommen (vgl. die Punkte 3.4.1 und 3.4.5).

Nachdem die Handelsspannen für alle Unternehmen gleich sind und Rabattgewährung an Apotheke keine Rolle spielen, müssen die Großhändler danach trachten, ihr Leistungsangebot attraktiv für den jeweiligen Hersteller zu machen. Daher übernehmen Tamro, Oriola und KD Tukku nicht nur die klassischen Leistungen des Großhandels, sondern erbringen beispielsweise zusätzlich „Pre-Wholesaling“-Leistungen, indem sie die Lagerung von Arzneimitteln übernehmen oder im Fall von Oriola auch Dentalprodukte herstellen. Demgemäß sehen sich die Großhändler auch mehr als Logistikpartner der Hersteller denn als Grossisten im klassischen Sinn. Wie bereits ausgeführt, verfügen die in Finnland tätigen Pharma-Firmen meist über keine eigenen Lagerräumlichkeiten und kaufen Raum sowie in der Folge auch Leistungen beim Großhandel ein.

Einen Sonderstatus nimmt Tamro mit Niederlassungen im gesamten skandinavischen und baltischen Raum ein, z. B. werden im baltischen Raum auch Apotheken betrieben.

3.5 Apotheken

3.5.1 Versorgung und Zugang

Finnische Apotheken befinden sich ausnahmslos im Privatbesitz und haben aufgrund des Arzneimittelgesetzes - gemeinsam mit ihren Filialen - das alleinige Recht, Arzneyspezialitäten an Privatpersonen abzugeben. Freiverkäufliche Arzneimittel dürfen laut § 52 AMG in Ausnahmefällen auch von Medizindepots (siehe unten) abgegeben werden. Krankenanstalten bzw. Anstaltsapotheken dürfen keine Arzneimittel verkaufen, sondern nur an eigene Patienten abgeben, im ambulanten Bereich dabei nur „Startdosen“. Mehrbesitz von Apotheken ist zwar grundsätzlich verboten, es gibt aber - wie aus Tabelle 3.3 hervorgeht - Filialapotheken.

Die Lizenz zur Eröffnung bzw. zur Führung einer Apotheke wird von der dem STM unterstellten Lääkelaitos auf Basis der §§ 40, 43 und 52 der 895. Novelle des AMG ausgestellt. Die Erlaubnis gilt dabei für ein bestimmtes Gebiet, meist eine Gemeinde, wobei große Gemeinden oder Städte in mehrere Gebiete unterteilt sein können. Das Ministerium bzw. die Lääkelaitos versuchen die Zahl der Apotheken möglichst konstant zu halten, daher werden neue Lizenzen nur bei Überschreiten bestimmter demographischer Kriterien (z. B. Einwohnerzahl) vergeben. In großen Gemeinden kann es durchaus mehrere Apotheken geben.

Die Weitergabe, Verpachtung oder der Verkauf einer Apothekenlizenz ist nicht möglich, sie erlischt außerdem automatisch, wenn der Lizenznehmer das Alter von 67 Jahren erreicht. Die Erben einer Apotheke sind verpflichtet, sie der Person, welche die freigewordene Konzession erhält, zu verkaufen. Im Falle der Rückgabe oder des Freiwerdens einer Lizenz obliegt es allein der Lääkelaitos die Lizenz wieder zu vergeben bzw. einen geeigneten Bewerber auszuwählen (zur Qualifikation vgl. Punkt 3.5.2). Die finnische Staatsbürgerschaft ist keine Voraussetzung für die Lizenzerteilung, der Betreffende muss jedoch EWR-Bürger sein.

Die Einrichtung einer Filialapotheke kann auf Antrag eines Apothekers erfolgen und bedarf der Zustimmung der Lääkelaitos. Die Zustimmung erfolgt anhand der Vorgaben des AMG, wobei die Errichtung von Filialapotheken im Allgemeinen nur in dünn besiedelten Gebieten genehmigt wird. Zur Führung einer Filialapotheke muss vom Apothekeninhaber ein weiterer Apotheker eingestellt werden.

Die Angaben in Tabelle 3.3 weisen alle Apotheken bzw. Arzneimittelabgabestellen aus, die Arzneimittel an die Öffentlichkeit abgeben dürfen. Anstaltsapotheken, die nur der Versorgung der jeweiligen Krankenanstalt - sowohl im stationären als auch im poliklinischen Bereich - dienen, sind nicht angeführt, weil sie keine Arzneimittel verkaufen dürfen.

Tabelle 3.3: Finnland - Strukturdaten der öffentlichen Apotheken und sonstigen Arzneimittelabgabestellen 1995 - 2001

Abgabestellen	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	per 31. Dezember						
Öffentliche Apotheken	584	587	587	590	596	595	597
davon: Universitätsapotheken	1	1	1	1	2	2	2
Filialapotheken	204	208	208	205	199	201	200
davon: Universitätsapotheken	16	16	16	16	15	15	16
Medizindepots ¹	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	216	221
Summe Abgabestellen	788²	795²	795²	795²	795²	1.012	1.018
Apothekenumsatz ³	1.189	1.257	1.328	1.331	1.450	1.569	n.b.

n.b. = nicht bekannt, n.v. = nicht verfügbar

¹ von Apotheken betriebene OTC Abgabestellen in dünn besiedelten Regionen

² ohne Berücksichtigung der Medizindepots

³ in Millionen Euro, angegeben in Apothekenverkaufspreisen exklusive Umsatzsteuer

Quellen: Lääkelaitos 1996 - 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen (Suomen Apteekkariliitto)

2001 gab es in Finnland 597 öffentliche Apotheken sowie insgesamt 200 Filialapotheken, das heißt, die Apothekendichte betrug 6.501 Einwohner pro Apotheke. Dies bedeutet einen leichten Rückgang im Vergleich zu 1995, wo eine Apotheke im Schnitt 6.482 Einwohner zu versorgen hatte. Bei zwei Apotheken handelt es sich um die Universitätsapotheken von Helsinki und Kuopio. Diese weisen einige Besonderheiten auf: So führen sie z. B. die Apothekensteuer nicht an den Staat sondern an die Universität ab. Des weiteren betreiben sie eine große Anzahl von Filialapotheken und erwirtschaften einen höheren Anteil des Umsatzes mit Nicht-Arzneimitteln als die anderen Apotheken (vgl. Punkt 3.5.5).

Um die Versorgung in dünn besiedelten Gebieten zu gewährleisten, gibt es in Finnland zusätzlich spezielle Medizindepots mit gängigen rezeptfreien Arzneimittel. Diese Arzneischränke werden von einer Apotheke betrieben und befinden sich häufig in Postämtern. Apotheker ist keiner anwesend, dafür muss ein Telefon zur Verfügung gestellt werden, so dass der Patient bei Fragen die Mutterapotheke kontaktieren kann. Die Zahl der Medizindepots ist zwar zwischen 1995 und 2000 zurückgegangen, seither aber wieder gestiegen. Unter Berücksichtigung dieser Abgabestellen betrug die Dichte 2001 5.089 Einwohner pro Abgabestelle.

Die Öffnungszeiten der Apotheken müssen laut § 55 AMG so gewählt werden, dass die Verfügbarkeit von Arzneimitteln jederzeit gewährleistet ist. Der Eigentümer der Apotheke muss die Öffnungszeiten und etwaige Änderungen der zuständigen Gemeinde melden. Bei Nachtdiensten wird nur ein „Bedarfsdienst“ angeboten, an Wochenenden gibt es hingegen keine Einschränkungen. Darüber hinaus sind die Apotheken verpflichtet, auch an Feiertagen - zumindest für ein paar Stunden - offen zu halten. Es steht immer die gesamte Produktpalette zur Verfügung.

3.5.2 Beschäftigte

In finnischen Arzneimittelabgabestellen sind in Summe 7.566 Personen (Stand 2001) beschäftigt. Jeder Apotheke steht ein selbstständiger Apotheker, der Inhaber einer Apothekenlizenz ist, vor. Den Antrag zum Erwerb einer Apothekenlizenz können nur Apotheker stellen, die nicht in leitender Funktion in einem Großhandels- oder Pharma-Unternehmen tätig sind, da Fremdbesitz von Apotheken verboten ist. Im Falle des Freiwerdens einer Konzession erfolgt eine Art öffentliche Ausschreibung, zu der alle Antragsteller eingeladen werden. Dann erfolgt eine Bewertung ihrer Fähigkeiten entsprechend § 43 AMG. Weitere Voraussetzungen sind, dass der Bewerber noch nie in Konkurs gegangen ist, nicht entmündigt ist und bereits in einer Apotheke als „Proviisori“ (vgl. unten) tätig war. Die Anzahl der Beschäftigten im Apothekenwesen hat - wie Tabelle 3.4 zeigt - in den letzten Jahren leicht geschwankt.

Tabelle 3.4: Finnland - Beschäftigte in Apotheken 1995 - 2001

Beschäftigte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	per 31. Dezember						
Apotheker (Proviisori)	1.091	1.133	1.170	1.182	1.182	1.226	1.295
„Preskriptoren“ (Farmaseutti)	3.184	3.652	3.671	3.669	3.281	3.332	3.405
Pharmazeutisch-technische Assistenten (Apteekki-Tekninen)	546	566	563	568	538	536	543
Apothekenhelfer (Lääketyöntekijä)	336	400	404	385	329	398	429
Sonstige (Reinigungskräfte u.ä.)	1.758	1.962	1.917	1.928	1.753	1.689	1.884
Beschäftigte in Summe	6.915	7.713	7.725	7.732	7.083	7.181	7.556

Quellen: Lääkelaitos 1996 - 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen (Suomen Apteekkariliitto)

Die Mehrheit der Beschäftigten in finnischen Apotheken sind sogenannte „Preskriptoren“ (Farmaseutti), das heißt, Apotheker, die ein akademisches pharmazeutisches Kurzstudium absolviert haben. Sie haben ähnliche Aufgaben wie Apotheker, beispielsweise die Beratung von Patienten und die Abgabe von Arzneimitteln.

Zur Leitung einer Apotheke sind jedoch nur Apotheker mit einem abgeschlossenem pharmazeutischen Langstudium (Proviisori) befugt. Diese dürfen über die Tätigkeiten der Preskriptoren hinaus Mitarbeiter ausbilden, sind für Weiterbildung bzw. Marketing zuständig und unterstützen den Apothekeninhaber fallweise bei der Leitung der Apotheke. Wie Tabelle 3.4 zeigt, ist ihre Anzahl in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, während die Zahl der Preskriptoren im Vergleichszeitraum stark geschwankt hat.

Weitere Berufsgruppen in Apotheken sind - neben Reinigungs- und Hilfskräften - pharmazeutisch-technische Assistenten (Apteekki-Tekninen), die sich um Verwaltungsabgaben (Abrechnung der Rezepte,...) kümmern. Des Weiteren ist es Aufgabe dieser angeleiteten Assistenten, sich um die Präsentation der Produkte zu kümmern, EDV-Agenden wahrzunehmen und den Verkaufsbereich in Ordnung zu halten. Das Berufsbild der Apothekenhelfer sieht im Prinzip ähnliche Aufgaben wie die pharmazeutisch-technischen Assistenten - ohne deren

technischen Charakter - vor und wurde erst kürzlich aufgewertet: So wurde die Ausbildungszeit von zwei auf drei Jahre erhöht.

Im Schnitt sind in einer Apotheke neun Personen (2001: 9,0; 1990: 9,0) beschäftigt, wobei der Personalstand sehr unterschiedlich ist. Die meisten Beschäftigten haben die beiden Universitätsapotheken, was auch auf die hohe Zahl von Filialapotheken zurückzuführen ist. Der Beschäftigtenstand ist auch davon abhängig, ob Medizindepots mitbetreut werden oder nicht.

3.5.3 Ausstattung

Bezüglich der Ausstattung und Beschaffenheit von Apotheken gibt es in Finnland nur wenig gesetzliche Bestimmungen, außer dass ein „angemessener Zugang“ möglich und ein Lageraum vorhanden sein muss. Des Weiteren muss es einen vom Verkaufsraum abgetrennten Herstellbereich geben, sofern apothekeneigene Spezialitäten zubereitet werden sollen. Vorgeschriebene Mindestgrößen oder detaillierte Bestimmungen zur Einrichtung gibt es nicht. Die durchschnittliche Größe einer Apotheke bzw. ihrer Lager- und Kundenräumlichkeiten ist nach Auskunft der finnischen Apothekervereinigung nicht bekannt. Alle Apotheken sind jedoch mit einem EDV-System sowie einer Kühlmöglichkeit ausgestattet.

3.5.4 Sortiment und Verfügbarkeit

Apotheken vertreiben in Finnland neben Arzneimitteln auch Produkte wie Kosmetika, Nahrungsmittel, speziell Diät- und Säuglingsnahrung, Heilkräuter und -tees, Medizinprodukte wie Schwangerschaftstests sowie Verbandsmaterialien. Die Abgabe von homöopathischen Präparaten oder beispielsweise Bachblütenextrakten erfolgt nur in einigen wenigen, darauf spezialisierten Apotheken.

Wie viele Produkte (allgemein und bezogen auf Arzneimittel) eine Apotheke im Schnitt vorrätig hat, konnte trotz der Recherche bei der Vereinigung der finnischen Apotheker nicht in Erfahrung gebracht werden. Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen müssen jedoch alle Apotheken das gesamte am Markt verfügbare Spektrum an Arzneispezialitäten - inklusive opioidhaltiger Arzneispezialitäten - vorrätig halten. Dies wird als „Vollsortimentprinzip“ bezeichnet. Der Vorrat an Arzneispezialitäten ist dabei im Normalfall an die Bedürfnisse der Bewohner im Einzugsgebiet angepasst, das heißt, dass häufig nachgefragte Produkte in größerer Zahl vorgehalten werden als andere. Bei Bedarf kann jedes Arzneimittel innerhalb von 24 Stunden vom Großhandel bezogen werden.

Es ist allen Apotheken gesetzlich erlaubt, magistrale Zubereitungen herzustellen, wobei jedoch gewährleistet sein muss, dass dies nur durch Apotheker erfolgt. Darüber hinaus müssen gesetzliche Regelungen zur Zubereitung, z. B. hinsichtlich hygienischer Bestimmungen, eingehalten werden. Insgesamt stellen rund 98 Prozent der Apotheken magistrale Zubereitungen her, besonders da diese Tätigkeit den Apothekern zusätzlich vergütet wird. So werden zum Preis der Inhaltsstoffe, der anhand des Spannschemas errechnet wird, verschie-

dene Zuschläge, je nach Darreichungsform des Präparates (Salbe, Kapsel usw.) und Aufwand (z. B. Herstellung in steriler Umgebung) hinzugerechnet (vgl. Punkt 3.5.5).

3.5.5 Honorierung und Umsätze

Die derzeit geltenden Apothekenspannen bzw. Aufschlagssätze (vgl. Tabelle 3.5) wurden mit 1. April 1998 per Verordnung auf Basis von § 58 AMG festgelegt und mit 1.1.2002 in Euro umgerechnet, wobei es zu geringfügigen Aufrundungen kam. Die Ausgangsbasis für das Kalkulationsschema bilden die vom Lääkkeiden hintalautakunta ausgehandelten bzw. die vom Hersteller festgelegten Großhandelspreise.

Tabelle 3.5: Finnland - Kalkulationsschema der Höchstaufschlagsätze der Apotheken für Arzneimittel per 1.1.2002

AEP von ... bis ... in €	AVP netto in €
bis 9,25	AEP x 1,5 + € 0,50
9,26 bis 46,25	AEP x 1,4 + € 1,43
46,26 bis 100,91	AEP x 1,3 + € 6,05
100,92 bis 420,47	AEP x 1,2 + € 16,15
über 420,47	AEP x 1,125 + € 47,68

AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP netto = Apothekenverkaufspreis exklusive Umsatzsteuer und Apothekensteuer

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebungen (Suomen Apteekkariliitto)

Im Falle von magistralen Zubereitungen sowie für das Umfüllen oder Abwägen von Arzneimitteln können von den Apothekern zusätzlich zu den Wirkstoffkosten, die durch obiges Schema zu berechnen sind, gesetzlich fixierte Zuschläge verlangt werden. Darüber hinaus erhalten Apotheken für jede dispensierte derartige Verordnung eine Pauschale von € 0,54. Die Umsatzsteuer beträgt für rezeptpflichtige und rezeptfreie Arzneimittel acht Prozent (Normalsteuersatz 22 Prozent).

Des Weiteren gibt es in Finnland eine progressive, steuerähnliche Apothekengebühr, deren Höhe derzeit noch vom Gesamtumsatz der Apotheke abhängt. Sie beträgt im Schnitt etwas über sieben Prozent (Stand 2001: 7,3 Prozent) und wird mittels eines gesetzlich festgelegten Schlüssels, der per 1.1.2002 adaptiert wurde, errechnet (vgl. Tabelle 3.6). Apotheken mit einem geringen Umsatz (unter € 490.072,-) sind von der Apothekensteuer befreit.

In Zukunft soll die Apothekensteuer nur mehr auf Basis des Umsatzes, den eine Apotheke mit Arzneimitteln erzielt, berechnet werden. Zum Inkrafttreten dieser Regelung ist noch die Zustimmung des Parlaments erforderlich, die für Juli 2002 zu erwarten ist.

Die durchschnittliche Apothekenspanne betrug im Jahr 2001 nach Angaben der finnischen Apothekervereinigung 27 Prozent des Apothekenverkaufspreises (exklusive Umsatzsteuer).

Tabelle 3.6: Finnland - Berechnungsschema der Apothekensteuer, gültig ab 1.1.2002

Umsatz der Apotheke von ...bis... in €	Apothekengebühr in €
unter 490.072,-	0
490.072,- bis 571.478,-	6 % des Umsatzes über 490.072,-
571.478,- bis 734.836,-	4.884,- + 7 % des Umsatzes über 571.478,-
734.836,- bis 898.012,-	16.319,- + 8 % des Umsatzes über 734.836,-
898.012,- bis 1.143.681,-	29.374,- + 9 % des Umsatzes über 898.012,-
1.143.681,- bis 1.469.671,-	51.484,- + 9,5 % des Umsatzes über 1.143.681,-
1.469.671,- bis 1.796.567,-	82.453,- + 10 % des Umsatzes über 1.469.671,-
1.796.567,- bis 2.123.282,-	115.142,- + 10,25 % des Umsatzes über 1.796.567,-
2.123.282,- bis 2.695.304,-	148.631,- + 10,5 % des Umsatzes über 2.123.282,-
2.695.304,- bis 3.511.546,-	208.693,- + 10,75 % des Umsatzes über 2.695.304,-
über 3.511.546,-	296.439,- + 11 % des Umsatzes über 3.511.546,-

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebungen (Suomen Apteekkariliitto)

Im Apothekenwesen wurden im Jahr 2000 Umsätze in der Höhe von € 1.569 Millionen erwirtschaftet (vgl. Tabelle 3.7). Das bedeutet einen durchschnittlichen Umsatz von € 1,97 Millionen pro Apotheke bzw. Filialapotheke, was einem Plus von 30 Prozent gegenüber 1995 entspricht und sich auch im oben beschriebenen Anstieg der durchschnittlichen Apothekensteuer niederschlägt.

Tabelle 3.7: Finnland - Umsätze in Apotheken 1995 - 2000

Umsatz pro Apotheke in Mio. € (zu AVP inkl. USt.)	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	per 31. Dezember					
Umsatz gesamt	1.189	1.1257	1.328	1.331	1.450	1.569
Arzneimittelumsatz	1.094	1.194	1.262	1.265	1.378	1.491
OTC-Umsatz	297	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	251

AVP = Apothekenverkaufspreis, n.v. = nicht verfügbar, OTC = Over-The-Counter = rezeptfreie Arzneimittel, USt. = Umsatzsteuer

Quellen: Lääkelaitos 1996 - 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen (Suomen Apteekkariliitto)

Der Anteil des Arzneimittelumsatzes am Gesamtumsatz bewegt sich seit Mitte der 90er-Jahre bei 95 Prozent, 1995 betrug er noch 92 Prozent. In den Universitätsapotheken ist der Umsatz mit Nicht-Arzneimitteln traditionell etwas höher (2000: 8 Prozent, 1995: 10 Prozent). Der Umsatz mit OTC-Produkten hat in den letzten Jahren ebenfalls abgenommen: Belief sich der OTC-Anteil am Arzneimittelumsatz 1995 noch auf 27 Prozent, waren es im Jahr 2000 nur mehr 16 Prozent.

Der Kassenumsatz macht zwischen 40 und 45 Prozent des Gesamtumsatzes aus, und der Anteil von magistralen Zubereitungen am Umsatz beträgt bei leicht sinkender Tendenz rund ein Prozent, bei den Universitätsapotheken zwei Prozent. Im Schnitt betrug der Gewinn nach Steuern einer finnische Apotheke im Jahr 2000 etwa fünf Prozent.

3.5.6 Versorgungsqualität für Konsumenten

Über das Kerngeschäft, der Abgabe von Arzneimitteln, hinaus erbringen die finnischen Apotheken auch in Tabelle 3.8 dargestellten Serviceleistungen.

Tabelle 3.8: Finnland - Apothekerliche Leistungen

Versorgungsqualität	Leistungen	Beschreibung
Beratung & Information	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Rezepte, Kontrolle in Bezug auf Wechselwirkungen, Beratung bei Selbstmedikation • Gesundheitsinformation (bzgl. Impfungen, Rauchen, Ernährung) • Elektronisches Informationssystem 	<p>In allen Apotheken werden bei der Abgabe von Arzneimitteln Beratungsleistungen erbracht und die Verordnungen auf mögliche unerwünschte Nebenwirkungen überprüft.</p> <p>Individuelle Beratungsgespräche gibt es v. a. bei Erkrankungen wie Asthma oder Diabetes, wobei auch präventive Hinweise gegeben werden. Generelle Gesundheitsinformationen z. B. bezüglich Reiseprophylaxe sind ebenfalls eine Standardleistung von Apotheken.</p> <p>Rund 100 Apotheken stellen Konsumenten im Verkaufsraum ein Touchscreen Informationssystem namens Elias zur Verfügung, das neben Lebensstil- und Gesundheitshinweisen auch Informationen zur Erstattung u. ä. bietet.</p>
Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> • Generikasubstitution • Auseinzelung • Hauszustellung 	<p>Generikasubstitution ist in Finnland verboten. Das Ausstellen von generischen Verordnungen ist seit 1996 erlaubt, aber nicht sehr gebräuchlich. Apotheker sind verpflichtet, bei einem generisch ausgestellten Rezept das kostengünstigste verfügbare Arzneimittel - egal ob Generikum oder parallelimportiert - abzugeben. Die eigenständige Substitution ist Apothekern nicht erlaubt.</p> <p>Die Auseinzelung von Arzneimitteln ist in Finnland nicht üblich, aber in Ausnahmefällen erlaubt.</p> <p>Hauszustellung ist in Finnland erlaubt - wobei auch Postversand möglich ist - und üblich. Bei Bedarf erfolgt eine direkte Lieferung an Altenheime sowie an Dentalkliniken.</p>
Herstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Magistrale Zubereitungen 	Rund 98 Prozent der Apotheken stellen selbst Arzneispezialitäten her.
Screening und Tests	<ul style="list-style-type: none"> • Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle, Blutzucker-tests,... 	Das Durchführen von Blutdruckmessungen, Gewichtskontrollen, Blutzucker- und Cholesterinspiegelmessungen ist in einigen Apotheken möglich. Andere Tests, z. B. Augenkontrollen, werden nicht offeriert.
Projekte & Programme	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmaceutical Care 	Pharmaceutical Care-Projekte werden in manchen Apotheken, z. B. zum Thema Asthma und Diabetes, durchgeführt. Eine Teilnahme der Apotheken an öffentlichen Gesundheitsaktionen wie Impfkampagnen ist nicht üblich.

Quellen: Mason 2000, ÖBIG 1998b, ÖBIG-eigene Erhebungen (Suomen Apteekkariliitto)

4 Schweden

Das schwedische Gesundheitssystem ist in Form eines dezentralisierten staatlichen Gesundheitsdienstes organisiert. Daneben besteht ein soziales Krankenversicherungssystem, das allerdings nur für einen relativ geringen Teilbereich der Gesundheitsversorgung zuständig ist.

Eine bedeutende Rolle kommt auf der regionalen Ebene den 21 Provinziallandtagen (Landstinge) zu, die für die Planung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung verantwortlich sind. Sie sind Träger und Betreiber von Gesundheitszentren und Krankenanstalten. Die Landstinge sind im Verband der Provinziallandtage (Landstingförbundet) organisiert, der mit dem Zentralstaat über politische und wirtschaftliche Belange verhandelt.

4.1 Arzneimittelsystem

Die Zulassung von Arzneimitteln ist im zentralisierten Verfahren, wie in den anderen EU-Ländern auch, Aufgabe der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA), auf nationaler Ebene kommt diese Kompetenz der nationalen schwedischen Arzneimittelagentur (Läkemedelsverket) zu. Nach der Zulassung teilt die Läkemedelsverket die Arzneimittel bezüglich ihrer Rezept- bzw. Apothekenpflicht sowie nach 14 ATC-Gruppen ein.

Anfang 2001 waren in Schweden 5.068 Arzneimittel zugelassen, wovon rund 4.700 Produkte (93 Prozent) rezeptpflichtig waren. Seit 1995 hat die Anzahl der zugelassenen Arzneimittel um rund 55 Prozent zugenommen. Der Anteil der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist in den letzten fünf Jahren noch stärker - und zwar um 64 Prozent - gestiegen und ist mit 93 Prozent einer der höchsten in der Europäischen Union (vgl. auch Punkt 5.2.1).

Ein weiterer wichtiger Akteur im Arzneimittelwesen ist die nationale Sozialversicherungsbehörde (Riksförsäkringsverket, RFV), die auf Antrag eines Herstellers über einen „angemessenen“ Preis entscheidet. Der Festlegung dieses Preises ist Voraussetzung für die Erstattung von Arzneimitteln. Bei dem „angemessenen“ Preis handelt es sich um den Großhandelspreis des Arzneimittels. Für Generika oder Parallelimporte, die von der Arzneimittelagentur unter das von 1993 bis 2002 gültige Referenzpreissystem eingeordnet wurden, wurde der Referenzpreis als der „angemessene“ Preis herangezogen.

Sobald ein „angemessener“ Preis festgelegt wurde, ist das Arzneimittel automatisch für eine mögliche Erstattung qualifiziert. Die Erstattungssätze in der Höhe von 100, 90, 75 oder 50 Prozent des Arzneimittelpreises sind progressiv gestaffelt und hängen von den Ausgaben der Patienten innerhalb von zwölf Monaten ab. Bei Erreichen einer Höchstgrenze von € 194,38 / SEK 1.800,- erhalten die Patienten auf Antrag eine „Freikarte“ (frikort), die sie zum Bezug von Arzneimitteln ohne Selbstbeteiligung im verbleibenden Zeitraum berechtigt.

Der Anteil der erstattungsfähigen Arzneimittel liegt seit Jahren konstant bei 90 Prozent und umfasste im Jahr 2000 beispielweise rund 4.550 Produkte.

Bis 1998 trug die RFV die Kosten für die Erstattung von Arzneimitteln, danach wurde die Finanzierung den Provinziallandtagen (Landstingen) übertragen. Die Landstinge erhalten jährlich ein Budget - darunter eines für Arzneimittel - zugewiesen, mit dem sie die Gesundheitsversorgung in ihrer Region sichern müssen. Es ist daher nicht überraschend, dass die Provinziallandtage auch ein Mitspracherecht bei den Preisverhandlungen zwischen der Industrie und dem RFV fordern.

4.2 Vertrieb im Überblick

Der Arzneimittelvertrieb in Schweden ist stark reguliert. Die Abgabe von Arzneimitteln an die Konsumenten unterliegt einem staatlichen Monopol und ist seit 1970 der nationalen Apothekengesellschaft „Apoteket“ (früher Apoteksbolaget genannt) vorbehalten. Alle Apotheken stehen im Eigentum der Apoteket, und alle Apothekerinnen und Apotheker sind Angestellte der als Kette organisierten Apothekenvereinigung. Dies wurde auch im Arzneimittelgesetz von 1993 so festgehalten.

Die Apotheken werden im Allgemeinen von den Großhändlern beliefert, wenngleich eine direkte Belieferung seitens der Hersteller vom Gesetz her erlaubt wäre. Die Direktverkäufe der Industrie machen in Summe nur zirka vier Prozent des Marktes aus und sind vor allem bei den Anstaltsapotheken üblich.

Neben den klassischen öffentlichen Apotheken dürfen nunmehr auch alle Anstaltsapotheken Arzneimittel an die Öffentlichkeit abgeben (vgl. auch Punkt 4.5.1). Nicht alle Krankenanstalten verfügen über eine Apotheke; die Arzneimitteldepots zur krankenhausinternen Versorgung werden von einer öffentlichen Apotheke beliefert.

In dünn besiedelten Regionen kann die Abgabe von Arzneimitteln auch über Arzneimitteldepots bzw. -abgabestellen (Apoteksombud) erfolgen. Apoteksombud werden ausschließlich von „ihrer“ Stammapotheke, von der sie betreut werden, beliefert. Es wird erwartet, dass zukünftig auch Anstaltsapotheken Apoteksombud beliefern dürfen.

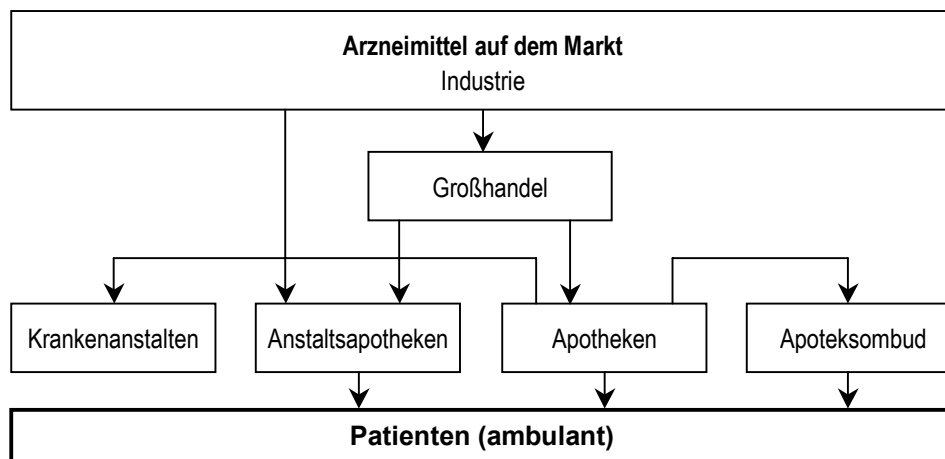
Ärzte dürfen in Schweden - mit Ausnahme von Notfällen, wenn die Apotheke geschlossen ist - keine Arzneimittel an Patienten abgeben.

Die Apoteket plante, sogenannte „Distanzapotheeken“, die in ihrem Eigentum stünden, einzurichten. Diese Logistikzentren würden, so war die Vorstellung, an Stelle der Großhandelsunternehmen direkt von den Herstellern an die Anstaltsapotheken (und in einem zweiten Schritt an die öffentlichen Apotheken im niedergelassenen Sektor) liefern. Die schwedische Wettbewerbsbehörde erachtete dies als Missbrauch der dominanten Marktposition der Apoteket, verzichtete aber auf ein Urteil, als die Apoteket von sich aus diese Pläne zurückzog.

Versandhandel ist seit 1994 grundsätzlich erlaubt, darf aber nur über die Apoteket erfolgen. Nach Auskunft der Apoteket gibt es aktuell (Stand: Juni 2002) eine von ihr betriebene Internetapotheke (auf der Homepage der Apoteket: www.apoteket.se), die in der Provinz Skåne (Südschweden) tätig ist (Verkauf von rezeptpflichtigen Arzneimitteln, OTC-Präparaten und anderen Produkten).

Abbildung 4.1 bildet die gängigen Kanäle des Arzneimittelvertriebs in Schweden ab. In den folgenden drei Abschnitten werden die Hersteller sowie die beiden Vertriebsakteure Großhandel und Apotheken näher - mit besonderem Augenmerk auf ihre Leistungen und deren Abgeltung - dargestellt.

Abbildung 4.1: Schweden - Arzneimittelvertrieb



Quelle: ÖBIG

4.3 Pharmazeutische Industrie

Die schwedische Vereinigung der Pharma-Firmen LIF umfasst aktuell 63 Mitgliedsfirmen, welche rund 90 Prozent des Arzneimittelumsatzes abdecken. Nach einer Statistik der Apoteket, die auch Firmenrepräsentanzen sowie die Parallelimporteure mitberücksichtigt, zählt der schwedischen Pharma-Markt 195 Firmen, davon 41 Unternehmen aus Schweden (vgl. Tabelle 4.1). Die umsatzstärksten Firmen sind AstraZeneca, Pharmacia, MSD, Glaxo-SmithKline und Pfizer.

Tabelle 4.1: Schweden - Strukturdaten der pharmazeutischen Industrie 1995 - 1999

Industrie	1995	1996	1997	1998	1999
	per 31. Dezember				
Anzahl Unternehmen ¹	200	191	193	216	195
Anzahl Beschäftigte	13.000	15.400	16.000	16.300	16.300 ²
Pharma-Produktion ³ in Mio. SEK ⁴	30.714	30.951	32.429	47.331	n.b.

n.b. = nicht bekannt

¹ alle Firmen inkl. Parallelimporteure

² vorläufiger Wert

³ inkl. veterinärmedizinische Produkte

⁴ Angaben in SEK zwecks kontinuierlicher Darstellung, Schwankungen in den Wechselkursen SEK/€

Quellen: Apoteket 2000, EFPIA 1998 - 2001

Die Anzahl der Beschäftigten hat in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre um etwa ein Viertel zugenommen. Noch höhere Steigerungen sind bei der Pharma-Produktion zu beobachten. Diese betrug im Jahr 1998 € 5.313 Millionen / SEK 47.331 Millionen und hatte innerhalb von drei Jahren um fast 75 Prozent zugenommen (vgl. Tabelle 4.1).

Im Schnitt verbleiben den Herstellern rund 79,5 Prozent des Apothekenverkaufspreises netto eines Arzneimittels (2001).

4.4 Großhandel

4.4.1 Versorgung und Zugang

In Schweden werden 96 Prozent des Arzneimittelvertriebs über den Großhandel abgewickelt. Voraussetzung, um als pharmazeutischer Großhändler seine Tätigkeit aufnehmen zu können, ist der Erwerb einer Lizenz bei der schwedischen Arzneimittelagentur (Läkemedelsverket). Darüber hinaus hat ein Großhandelsunternehmen die Vorgabe der Apoteket, täglich innerhalb von 24 Stunden alle Apotheken beliefern zu können, zu erfüllen. Fremd- und Mehrbesitz sind im Großhandel erlaubt.

Im pharmazeutischen Großhandel gibt es heute - nach einem Konzentrationsprozess, der bereits in den siebziger Jahren stattfand - nur mehr zwei Unternehmen: Tamro AB und Kronans Droghandel. Daneben wirken noch zwei bis vier kleine Transportfirmen bzw. Speditionen, die manchmal bei der Belieferung der Krankenanstalten von den Pharma-Firmen in Anspruch genommen werden. Diese gelten aber nicht als pharmazeutische Großhändler im engeren Sinn. Somit teilen sich Tamro und Kronans Droghandel den schwedischen Großhandelsmarkt, der Marktanteil von Tamro ist mit 51 bis 52 Prozent um eine Spur höher als jener seines Konkurrenten.

Die finnische Gruppe Tamro, die im skandinavischen und baltischen Raum Marktführer im pharmazeutischen Großhandel ist (vgl. Punkt 5.3.3) hatte 1995 den im Besitz der Apoteket stehenden, führenden schwedischen Großhändler Apotekarnes Droghandelsaktiebolag (ADA) übernommen. Das zweite Unternehmen, Kronans Droghandel (KD), das auch in Norwegen und Finnland tätig ist, gehört in- und ausländischen Herstellern. Seit April 2002 hält der finnische Pharma-Konzern Orion die Aktienmehrheit (vgl. Punkt 3.4.1).

Die beiden Großhändler schließen mit den Pharma-Firmen für die von ihnen vertriebenen Arzneimittel Exklusivverträge ab und erwerben damit das Recht, die unter Vertrag genommenen Produkte in ganz Schweden zu vertreiben. Dies ist das sogenannte Einkanalsystem, das in Schweden seit 1970 in Kraft ist. Schweden und Finnland sind die einzigen EU-Länder mit einem Einkanalsystem im pharmazeutischen Großhandel (vgl. auch Punkt 5.3.2).

Tabelle 4.2: Schweden - Strukturdaten der Großhandelsunternehmen 1995 - 2000

Großhandel	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	per 31. Dezember					
Anzahl Unternehmen	2	2	2	2	2	2
Anzahl Betriebsstätten ¹	7	7	7	7	7	7
Anzahl Beschäftigte	734	743	708	766	877	1.023
Gesamtumsatz ²	n.v.	n.v.	(11.129) ³	(11.893) ³	(12.606) ³	22.889

n.v. = nicht verfügbar

¹ „Distribunaler“ – Vertriebszentren zur Auslieferung an Apotheken

² in Mio. SEK, Angaben in SEK zwecks kontinuierlicher Darstellung, Schwankungen in den Wechselkursen SEK/€

³ nur Tamro AB

Quellen: Kronans Droghandel 1997, 1999 - 2001, ÖBIG 1998b, Tamro 2002, ÖBIG-eigene Erhebungen (Tamro, Kronans Droghandel)

Das Einkanalsystem widerspricht zwar grundsätzlich dem schwedischen Wettbewerbsrecht, aber seit 1993 erlaubt - jeweils für ein paar Jahre - die schwedische Wettbewerbsbehörde den beiden Großhändlern Tamro AB und Kronans Droghandel diese Vorgangsweise aufgrund einer Ausnahmeregelung, die an einige Bedingungen geknüpft ist. Zuletzt wurde diese Ausnahme im August 2000 erneuert und gilt nun bis Ende Dezember 2003.

Die Ausnahmeregelung der schwedischen Wettbewerbsbehörde, die Tamro und KD das Einkanalsystem ermöglicht, bezieht sich auf alle erstattungsfähigen Arzneimittel. Sie schreibt vor, dass die Verträge stets nur für ein Jahr abgeschlossen werden und dass die Pharma-Firmen nicht dazu verpflichtet werden, ihre gesamte Produktpalette über einen Hersteller zu vertreiben. Grundsätzlich könnten daher die Hersteller jährlich für jedes einzelne Arzneimittel entscheiden, ob sie es über Tamro oder über KD vertreiben wollen, aber in der Realität decken die Exklusivverträge der Großhändler meist die gesamte Produktpalette eines pharmazeutischen Unternehmens. Dass die Pharma-Firmen „ihre“ Großhändler wechseln, kommt eher selten vor.

Infolge des Einkanalsystems sind die beiden landesweit tätigen Unternehmen Tamro und Kronans Droghandel teilsortierte Großhändler. Die Belieferung erfolgt zur Zeit (Juni 2002) bei

Tamro über vier Betriebsstätten (Göteborg, Stockholm, Malmö, Umeå) und bei KD über drei Betriebsstätten (Mölnlycke, Enköping, Malmö; vgl. Tabelle 4.2). Nicht in dieser Aufzählung enthalten ist jene Betriebsstätte, die Tamro Ende der 90er-Jahre eröffnet hat, aus der aber andere Kunden als Apotheken beliefert werden. Dies betrifft den durchaus weiten Bereich der nicht zu den Arzneimitteln zählenden Gesundheitsprodukte (z. B. Medizinprodukte), die allerdings nur einen geringen Anteil des Umsatzes ausmachen (vgl. Punkt 4.4.5). Bei den in der Tabelle angeführten Betriebsstätten handelt es um sogenannte „Distribunaler“ (Logistikzentren), von denen aus die Belieferung der Apotheken erfolgt. Diesen vorgelagert sind die größeren „Zentrallager“, wo vorher die Arzneimittel im Auftrag der Pharma-Firmen gelagert werden, da die meisten Hersteller in Schweden über keine eigenen Lagerräumlichkeiten verfügen. Tamro hat zwei und Kronans Droghandel drei „Zentrallager“. Diese Lageraktivitäten fallen unter das „Pre-Wholesaling“ und werden zum Teil als Zwischenstufe zwischen Produktion und Großhandel gesehen.

4.4.2 Beschäftigte

Rund 1.000 Personen sind im pharmazeutischen Großhandel beschäftigt (vgl. Tabelle 4.2). Die meisten von ihnen, gut 700 Beschäftigte, sind bei Tamro, dem größeren der beiden Unternehmen, angestellt. Tamro hatte ab Mitte der 90er-Jahre Personal reduziert, ab einem Tiefstand im Jahr 1997 (zirka 540 Beschäftigte) nahm die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in dem Unternehmen wieder zu. Hingegen ist das seit fast einem Jahrhundert bestehende Traditionsunternehmen Kronans Droghandel in den letzten Jahren stark gewachsen, was nicht nur der Einstieg in das Großhandelsgeschäft in Norwegen und Finnland (vgl. Punkt 3.4.1) zeigt, sondern sich auch bei den Beschäftigtenzahlen der Muttergesellschaft KD in Schweden widerspiegelt: Arbeiteten 1995 rund 120 Personen und 1998 zirka 200 Mitarbeiter bei Kronans Droghandel in Schweden, so wurde rund um den Milleniumswechsel die Schwelle von 300 Beschäftigten überschritten.

Behördlich ist vorgeschrieben, dass mit Arzneimitteln agierende Unternehmen über eine sogenannte „qualifizierte Person“ verfügen müssen, welche über ein Diplom zum Pharmazeuten bzw. über eine äquivalente Ausbildung verfügt. Die „qualifizierte Person“ muss nicht angestellt sein, so nahm etwa KD bis 1998 die Dienste eines Pharmazeuten als Konsulenten in Anspruch. Mittlerweile sind zwei Pharmazeuten bei KD beschäftigt, bei Tamro einer. Die Aufgabe der „qualifizierten Personen“, die der schwedischen Arzneimittelagentur zur Kenntnis und Billigung gebracht werden müssen, besteht darin, interne Kontrollen hinsichtlich der Einhaltung der Vorschriften zur Sicherheit der Arzneimittel, zu Hygiene, etc. durchzuführen und die Umsetzung der gesetzlichen und EU-Normen (insbesondere die Leitlinien für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln, zu deren Inhalten vgl. Tabelle 5.3 unter Punkt 5.3.1.1) zu gewährleisten.

Die beiden Großhändler haben keinen Fuhrpark und daher auch kein angestelltes Personal in diesem Bereich, sondern kaufen - immer schon - diese Leistung zu.

4.4.3 Ausstattung

Regelungen bezüglich der Ausstattung (geeignete und ausreichende Räumlichkeiten, Lagerungsbedingungen, Hygiene) sehen die EU-Leitlinien für die gute Vertriebspraxis vor (vgl. Tabelle 5.3 unter Punkt 5.3.1.1).

Im Schnitt sind die Betriebsstätten bei Tamro durchschnittlich 11.000 m² groß, wobei der Großteil (10.000 m²) reine Lagerfläche ist, der kleinere Rest auf Büroräumlichkeiten entfällt. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der Durchschnittswert sowohl die Betriebsstätten („Distribunaler“) als auch die Zentrallager berücksichtigt, da in den drei schwedischen Tamro-Betrieben beide Lagertypen vorhanden sind.

4.4.4 Sortiment und Verfügbarkeit

Neben den Regelungen der EU-Leitlinien für die gute Vertriebspraxis (vgl. Tabelle 5.3 unter Punkt 5.3.1.1) kommt in Schweden die Vorgabe der Apoteket, Eigentümer aller Apotheken und somit einziger Kunde des pharmazeutischen Großhandels, zum Tragen, dass eine Belieferung der Apotheken innerhalb von 24 Stunden an allen Tagen gewährleistet sein muss (vgl. auch Punkt 4.4.1). In der Realität werden alle Apotheken einmal pro Tag beliefert. Dies erfolgt auf Basis eines elektronischen Logistiksystems, mit dem alle Apotheken ausgestattet sind. Bei der Abgabe von Arzneimitteln in der Apotheke werden automatisiert die Nachbestellungen auf einer Liste gesammelt (händische Einträge, z. B. bei außergewöhnlichen Verordnungen, in den Bestelllisten sind möglich, aber unüblich). Zu einer bestimmten Tageszeit werden dann die Bestellungen gesammelt an die Betriebsstätten („Distribunaler“) der beiden Großhändler übermittelt, im Anschluss daran wird dann ausgeliefert. Die Zuweisung unterschiedlicher „Bestellzeiten“ an die Apotheken erleichtert die Handhabung bei der Bearbeitung der Bestellungen.

In den Betriebsstätten lagern zirka 8.000 bis 10.000 Warenpositionen, davon entfallen 4.000 bis 5.000 Artikel (gezählt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Packungsgrößen) auf Arzneimittel. Der Rest sind andere Gesundheitsgüter (z. B. Nahrungsmittel, Medizinprodukte), welche die Großhändler an andere Kunden als Apotheken (z. B. Provinziallandtage, Geschäfte) vertreiben. Im Wesentlichen sind alle Betriebsstätten eines Großhändlers gleich gut sortiert, nur bei Tamro werden bei der Betriebsstätte in Stockholm weniger Artikel gelagert (in Summe nur 1.000 Arzneimittel, nach denen eine eher geringe Nachfrage besteht).

Die Betriebsstätten werden regelmäßig (bei Tamro täglich) von den Zentrallagern versorgt, die wiederum als Lager für die Pharma-Firmen genutzt werden (vgl. auch Punkt 4.4.1).

4.4.5 Honorierung und Umsätze

In Schweden ist die Großhandelsspanne nicht gesetzlich geregelt, aber durch die staatliche Festlegung eines Großhandelspreises, welcher die Voraussetzung für die Erstattung bildet, de facto vorgegeben (vgl. Abschnitt 4.1). Im Rahmen der Exklusivverträge wird mit den ein-

zelenen Pharma-Firmen die Spanne ausverhandelt, die Höhe der Spannen ist jedoch nicht einheitlich. Die durchschnittliche Handelspanne betrug im verschreibungspflichtigen Segment 3,8 Prozent des Apothekeneinstandspreises im Jahr 2001.

Aufgrund der spezifischen Struktur im Apothekenmarkt (mit der Apotheker als einzigen Kunden) spielen Rabatte an Apotheken keine Rolle.

Im Jahr 2000 betragen die Gesamtumsätze der beiden pharmazeutischen Großhandelsunternehmen € 2.709 Millionen / SEK 22.889 Millionen (vgl. Tabelle 4.2). Rund 90 Prozent des Umsatzes werden mit Arzneimitteln erwirtschaftet, dabei entfallen lediglich etwa zehn Prozent auf den OTC-Bereich.

4.4.6 Versorgungsqualität des Großhandels

Die wichtigste Besonderheit des pharmazeutischen Großhandels ist das Einkanalssystem (vgl. Punkt 4.4.1), was - gemeinsam mit dem Apothekenmonopol - zu einer unüblichen Situation in der Distribution führt: Nicht die Apotheken werden als primäre Kunden gesehen, sondern die „Principals“, die Pharma-Firmen. Die Großhändler werben darum, möglichst viele Produkte - und somit Firmen (da in der Realität meist ein Pharma-Unternehmen seine gesamte Produktpalette über einen Großhändler vertreibt) - unter Vertrag nehmen zu können.

Die beiden schwedischen Großhandelsunternehmen übernehmen nicht nur die klassischen Leistungen des pharmazeutischen Großhandels, die im Rahmen der Großhandelsspanne abgegolten werden. Zusätzlich erbringen die Großhändler sogenannte „sekundäre Produktionsleistungen“, die von den Pharma-Firmen extra bezahlt werden. Dabei handelt es sich um Leistungen des „Pre-Wholesaling“, die auf einer intermediären Distributionsstufe zwischen Produktion und Großhandel angesiedelt sind und bei denen die Zentrallager des Großhandels genutzt werden. Wie bereits unter Punkt 4.4.1 ausgeführt, verfügen die in Skandinavien tätigen Pharma-Firmen meist über keine eigenen Lagerräumlichkeiten und kaufen Raum sowie in der Folge auch Leistungen beim Großhandel ein:

- Lieferungen im skandinavischen Raum (Schlagwort „Nordic deliveries“): Die Großhandelsunternehmen lagern die von den Pharma-Firmen importierten Waren und liefern sie dann in deren Auftrag an Betriebsstätten bzw. andere Lager in den übrigen skandinavischen Ländern (im Wesentlichen: Dänemark, Finnland, Island, Norwegen).
- Ärztemuster: Die Großhändler werden von den Pharma-Unternehmen beauftragt, die Muster an die Ärzte zu verteilen.
- Klinische Tests: Auch die Verbreitung der Proben für die klinischen Studien in Krankenhäusern ist eine zusätzliche Leistung, die der pharmazeutische Großhandel im Auftrag der Pharma-Firmen erbringt.

Die Zentrallager sind Depotlager, der Großhandel erwirbt kein Eigentum an den gelagerten Produkten. In diesem Sinne verstehen sich Tamro und KD - insbesondere in Bezug auf die Zusatzleistungen - nicht als typische Großhändler, sondern vielmehr als Logistikanbieter.

Die Tatsache, dass die Bearbeitung eines Auftrages - vom Zentrallager über die Betriebsstätte bis hin zur Apotheke - durch ein einziges Unternehmen erfolgt, wird von den schwedischen Großhandelsunternehmen als ein Grund für die Kostengünstigkeit des Systems - und somit die vergleichsweise niedrige Großhandelsspanne - angeführt.

4.5 Apotheken

4.5.1 Versorgung und Zugang

Die Apotheken wurden 1970 verstaatlicht und in der Vereinigung der Schwedischen Apotheken zusammengelegt. Die ursprünglich „Apoteksbolaget“ genannte staatliche Vertriebsgesellschaft wurde mittlerweile in eine Aktiengesellschaft mit dem Namen „Apoteket AB“ umbenannt. Die Apoteket hält das Monopol für den Vertrieb von Arzneimitteln über alle Apotheken und nachgelagerten Abgabestellen in Schweden.

Aufgrund des staatlichen Monopols der Apoteket sind sowohl Fremd- als auch Mehrbesitz an Apotheken ausgeschlossen. Die Apoteket selbst ist mit 19 Prozent am Großhandelsunternehmen Tamro beteiligt (vgl. auch Punkt 5.3.1.2).

Tabelle 4.3: Schweden - Strukturdaten der öffentlichen Apotheken und sonstigen Arzneimittelabgabestellen 1995 - 2000

Abgabestellen	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	per 31. Dezember					
Öffentliche Apotheken	883	890	875	877	884	901
davon: Apotheken in Krankenanstalten ¹	91	91	88	88	87	84
Filialapotheken	2	2	0	0	0	0
Apoteksombud	1.050	1.053	1.030	1.017	1.000 ²	1.000 ²
Summe Abgabestellen	1.935	1.945	1.905	1.894	1.884	1.901
Anzahl Beschäftigte	9.565	9.558	n.b.	10.158	10.561	10.665
Apothekenumsatz ³	23.488	26.490	24.675	26.485	28.023	29.823

n.b. = nicht bekannt

¹ Apotheken in Krankenanstalten, die sowohl als Anstaltsapotheken als auch als öffentliche Apotheken tätig werden

² zirka 1.000 (Schätzung der Apoteket)

³ in Mio. SEK, inkl. Umsatzsteuer, betrifft nur den ambulanten Bereich (also Abgabe von Arzneimitteln in öffentlichen Apotheken, in den ihnen unterstellten Apoteksombuds und in Anstaltsapotheken); Angaben in SEK zwecks kontinuierlicher Darstellung, Schwankungen in den Wechselkursen SEK/€

Quellen: Apoteket 2000, Statistiska centralbyrån / Statistics Sweden 2002, ÖBIG 1998b, ÖBIG-eigene Erhebungen (Apoteket)

Jede Entscheidung im Zusammenhang mit Apotheken bzw. der Abgabe von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit obliegt der Apoteket. Sie kann nach eigenem Gutdünken Apotheken an jedem beliebigen Ort öffnen bzw. schließen, Personen mit der Abgabe von Arzneimitteln unter ihrer Kontrolle beauftragen, Öffnungszeiten festlegen und Beschäftigte anstellen.

Im Jahr 2000 gab es 901 öffentliche Apotheken in Schweden, damit stand eine Apotheke im Schnitt für 9.900 Einwohner zur Verfügung. Im Jahr 1995 betrug die Apothekendichte 10.000 Einwohner pro Apotheke, zwischenzeitlich sank sie jedoch auf über 10.100 Einwohner pro öffentliche Apotheke ab.

Die Angaben in Tabelle 4.3 weisen jene in Krankenanstalten angesiedelten Apotheken extra aus, die neben ihrer Funktion als Anstaltsapotheke auch als öffentliche Apotheken fungieren, das heißt, Arzneimittel an Letztverbraucher abgeben dürfen. Es war geplant, alle reinen Anstaltsapotheken (1991 waren es noch 33, 2000 nur mehr fünf), die nicht an Patienten außerhalb des Krankenhauses abgeben (dürfen), mittelfristig entweder zu schließen oder in öffentliche Apotheken umzuwandeln. Dies ist mittlerweile erfolgt, alle Anstaltsapotheken sind nun für die Öffentlichkeit zugänglich. Der Begriff „Expeditionsapotek“, mit dem früher jene Anstaltsapotheken mit der Doppelrolle einer krankenhausinternen wie auch öffentlichen Versorgung bezeichnet wurden, wird nicht mehr verwendet.

Um die Versorgung in dünn besiedelten Gebieten zu gewährleisten, gibt es in Schweden zusätzlich spezielle Abgabestellen bzw. Depots für Arzneimittel: die sogenannten „Apoteksombud“, die oft an Tankstellen oder in Gemischtwarenhandlungen eingerichtet sind. Die Apoteksombud, die auch zur Apoteket gehören, unterstehen jeweils einer „Mutterapotheke“, von der sie beliefert und betreut werden.

Die Zahl der Apoteksombud hat in den letzten Jahren abgenommen. Waren es 1991 noch 1.098 und 1995 immerhin 1.050, so gibt es mittlerweile nur mehr rund 1.000 (Stand 2000) derartige Abgabestellen. Unter Berücksichtigung dieser Abgabestellen betrug die Apothekendichte im Jahr 2000 4.673 Einwohner pro Abgabestelle.

Nicht mitgezählt in Tabelle 4.3 sind die sogenannten „Dosapotek“, weil sie nicht als öffentliche Apotheken gelten. Die Dosapotek packen die Arzneimittel in vorgegebenen Dosierungen ab und beliefern Einrichtungen wie Altenheime, aber auch zu Hause lebende ältere Menschen. Sie wurden als Serviceleistung eingerichtet, um das Pflegepersonal, dem ansonsten die Aufgabe der Dosierung zukommt, zu entlasten.

4.5.2 Beschäftigte

In den schwedischen Apotheken arbeiten in Summe knapp 10.700 Personen, die allesamt bei der Apoteket angestellt sind. Selbstständige Apothekerinnen und Apotheker, wie in anderen Ländern üblich, gibt es also in Schweden nicht. Die Anzahl der Beschäftigten im Apothekenwesen hat in den späten 90er-Jahren zugenommen (vgl. Tabelle 4.3 unter Punkt 4.5.1).

Zur Leitung einer Apotheke sind in Schweden zum einen Apotheker („Apotekare“) berechtigt, welche ein fünfjähriges Universitätsstudium absolviert haben, zum anderen aber auch Ange-

hörige der Berufsgruppe der Preskriptoren („Receptarie“). Letztere müssen ein akademisches pharmazeutisches Kurzstudium mit einer Dauer von drei Jahren abgeschlossen haben, sie dürfen die gleichen Aufgaben wie Apotheker übernehmen (Abgabe von Arzneimitteln, Informationsleistungen, Herstellen von Präparaten, vgl. auch Punkt 4.5.4) - und eben auch die Leitung einer Apotheke. Die Preskriptoren stellen die größte Gruppe unter den Angestellten in den Apotheken, sie machen etwa die Hälfte der Beschäftigten aus. Nur weniger als zehn Prozent der Angestellten in Apotheken entfallen hingegen auf die Apotheker, zahlenmäßig haben sie jedoch Ende der 90er-Jahre zugenommen (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4: Schweden - Beschäftigte in Apotheken 1998 - 2000

Beschäftigte	1998	1999	2000
	per 31. Dezember		
Apotheker/innen (Apotekare)	858	909	973
Preskriptor/innen (Receptarie)	5.109	5.106	5.048
Pharmazeutische Assistent/innen (Apotekstekniker)	2.222	2.198	2.158
Sonstige (angelernte Hilfskräfte)	1.969	2.348	2.486
Beschäftigte in Summe	10.158	10.561	10.665

Quellen: ÖBIG-eigene Erhebungen (Apoteket)

Etwa ein Fünftel der Beschäftigten in schwedischen Apotheken sind pharmazeutisch-technische Assistenten, die der Berufsgruppe der „Apoteketstekniker“ angehören. Gleich den Hilfskräften, die in den Apotheken angelernt wurden, beraten Apotekstekniker bei OTC-Produkten sowie erbringen technische Unterstützung. Der Anteil der Hilfskräfte (rund 23 Prozent der Beschäftigten im Jahr 2000) hat im Zeitraum von 1998 bis 2000 um fast ein Viertel zugenommen (vgl. Tabelle 4.4).

Der Personalstand variiert zwischen den Apotheken massiv. Im Schnitt arbeiten 11,8 Beschäftigte in einer schwedischen Apotheke (unter Berücksichtigung der Anstaltsapotheken, die ja an die Öffentlichkeit Arzneimittel abgeben dürfen), was im europäischen Vergleich einen eher hohen Personalstand darstellt (vgl. ÖBIG 2000a). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Leiter einer Apotheke (also Apotheker oder Preskriptoren) auch für die Betreuung von einer oder mehreren Apoteksombud verantwortlich sind (vgl. auch Punkt 5.6.1). Bei diesen Abgabestellen in ländlichen Regionen ist die Anwesenheit eines Pharmazeuten zwar nicht vorgeschrieben, es muss aber ein ständig (rund um die Uhr) verfügbarer Auskunftsdienst per Telefon mit der jeweiligen Mutterapotheke gewährleistet sein.

4.5.3 Ausstattung

In Schweden bestehen in Bezug auf Apotheken vergleichsweise wenig gesetzliche Bestimmungen, da es der staatlichen Apoteket überlassen ist, Regelungen festzulegen (vgl. Punkt 4.5.1). Hinsichtlich der Ausstattung und Größe von Apotheken gibt es weder eine gesetzliche Vorgabe noch von der Apoteket erlassene Regelungen.

Die durchschnittliche Größe einer Apotheke bzw. ihrer Lager- und Kundenräumlichkeiten ist nach Auskunft der Apoteket nicht bekannt. Alle Apotheken sind mit einem EDV-System (unter anderem zur Gewährleistung eines automatisierten Bestellwesens, vgl. Punkt 4.4.4) sowie mit einem Kühlschrank ausgestattet.

4.5.4 Sortiment und Verfügbarkeit

Apotheken in Schweden bieten neben Arzneimitteln weitere Produkte wie Kosmetika, Nahrungsmittel, Heilkräuter, orthopädische Hilfsmittel und Verbandsmaterialien an. Wie viele Produkte (allgemein und bezogen auf Arzneimittel) eine Apotheke durchschnittlich auf Lager hat, konnte trotz der Recherche bei der Apoteket nicht in Erfahrung gebracht werden. Grundsätzlich kommen in Schweden keinerlei gesetzliche Bestimmungen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Arzneimitteln in Apotheken zum Tragen (dass etwa eine bestimmte Anzahl von Produkten auf Lager sein müsste), aber die Vorgabe der Apoteket an den pharmazeutischen Großhandel, eine Belieferung der Apotheken innerhalb von 24 Stunden zu gewährleisten, garantiert - in Kombination mit kurzfristigen Lieferungen in Notfällen - eine adäquate Versorgung der Apotheken. Wie bereits unter Punkt 4.4.4 beschrieben, werden die Apotheken einmal täglich vom pharmazeutischen Großhandel beliefert, das Bestellwesen ist in ein automatisiertes Logistiksystem integriert.

Das Arzneimittelgesetz (Läkemedelslag 1992) gestattet allen Apotheken, magistrale Zubereitungen herzustellen. Dabei kommen die im schwedischen Arzneimittelstandard (SLS, Svensk läkemedelsstandard) eingearbeiteten EU-Leitlinien guter Herstellungspraktiken (GMP) zur Anwendung. Die Herstellung apothekeneigener Zubereitungen ist jedoch keine Standardleistung der Apotheken, magistrale Zubereitungen werden nur in etwa jeder zehnten Apotheke (schwerpunktmäßig in Anstaltsapotheken) hergestellt.

4.5.5 Honorierung und Umsätze

Die Abgeltung der Apotheken erfolgt über ein degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen, das zwischen der Apoteket und der Sozialversicherung (RFV) verhandelt wird. Das aktuelle Schema, zuletzt im November 2001 geändert, das für alle Arzneimittel mit Ausnahme von zahnärztlichen Spezialitäten gilt, umfasst, wie in Tabelle 4.5 dargestellt, sechs Stufen. Die Ausgangsbasis für das Kalkulationsschema bilden die vom RFV ausgehandelten „angemessenen“ Großhandelspreise (im Falle von erstattungsfähigen Arzneimitteln) bzw. die vom Hersteller festgelegten Preise.

Rezeptpflichtige Arzneimittel sind von der Umsatzsteuer befreit, während bei OTC-Präparaten der Normalsteuersatz von 25 Prozent angewandt wird.

Die durchschnittliche Apothekenspanne betrug im Jahr 2001 17,4 Prozent des Apothekenverkaufspreises netto.

Tabelle 4.5: Schweden - Kalkulationsschema der Höchstaufschlagsätze der Apotheken für Arzneimittel, gültig ab 1. November 2001

AEP von ... bis ... in SEK	AVP netto in SEK
bis 34,25	Rx: AEP x 1,30 + 18,60 SEK OTC: AEP x 1,70 + 5,00 SEK
34,25 bis 75,00	AEP x 1,20 + 22,10 SEK
75,00 bis 300,00	AEP x 1,08 + 31,10 SEK
300,00 bis 2.000,00	AEP x 1,07 + 34,10 SEK
2.000,00 bis 4.590,00	AEP x 1,01 + 154,10 SEK
über 4.590,00	AEP + 200,00 SEK

AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, OTC = Over-the-Counter = rezeptfreies Arzneimittel, Rx = rezeptpflichtiges Arzneimittel

Quelle: RFV 2002

Im ambulanten Apothekenwesen wurden im Jahr 2000 Umsätze von € 3.529 Millionen / SEK 29.823 Millionen erwirtschaftet (vgl. Tabelle 4.3). Das bedeutet einen durchschnittlichen Umsatz von € 3,92 Millionen / SEK 33,1 Millionen pro Apotheke (inklusive der ihnen untergeordneten Apoteksombud) und entspricht einem Plus von 24 Prozent gegenüber 1995. Eine beachtliche Steigerung (plus 38 Prozent) war trotz eines Einbruchs 1997 vor allem im Kerngeschäft - bei den Arzneimitteln - festzustellen, was seitens der Apoteket sowohl mit der Preiskomponente (neue teure Arzneimittel kommen auf den Markt) als auch mit der Mengenentwicklung (Zunahme bei den Verordnungen) erklärt wird. Im Jahr 1995 entfielen 72 Prozent des Apothekenumsatzes auf Arzneimittel, fünf Jahre später 80 Prozent. (vgl. Tabelle 4.6).

Tabelle 4.6: Schweden - Umsätze in Apotheken 1995 - 2000

Umsatz pro Apotheke ¹ in Mio. SEK (inkl. Ust) ²	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	per 31. Dezember					
Umsatz gesamt	26,6	30,0	28,2	30,2	31,7	33,1
Arzneimittelumsatz	19,3	22,5	20,4	23,3	25,4	26,6

Ust = Umsatzsteuer

¹ Betrifft nur den ambulanten Bereich (also Abgabe von Arzneimitteln in öffentlichen Apotheken, den ihnen unterstellten Apoteksombud und in Anstaltsapotheken)

² Angaben in SEK zwecks kontinuierlicher Darstellung, Schwankungen in den Wechselkursen SEK/€

Quellen: ÖBIG-eigene Erhebungen (Apoteket)

4.5.6 Versorgungsqualität für Konsumenten

Neben dem Kerngeschäft, der Abgabe von Arzneimitteln, erbringen die schwedischen Apotheken noch die in Tabelle 4.7 dargestellten Serviceleistungen.

Tabelle 4.7: Schweden - Apothekerliche Leistungen

Versorgungsqualität	Leistungen	Beschreibung
Beratung & Information	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Rezepte, Kontrolle in Bezug auf Wechselwirkungen • Beratung bei Selbstmedikation • Gesundheitsinformation (bzgl. Impfungen, Rauchen, Ernährung) • Pilotprojekt: Evaluierung der Arzneimittellisten der Patienten 	<p>In allen Apotheken werden bei der Abgabe von Arzneimitteln Beratungsleistungen erbracht. Gesundheitsinformation wird nur in einigen Apotheken angeboten, individuelle Beratungsgespräche sind nicht üblich.</p> <p>Im Jahr 2002 wurde ein Pilotprojekt gestartet, bei der in den Apotheken die von den Patienten eingenommenen Arzneimittel evaluiert werden. Auf Basis der Verordnungen werden Listen der verschriebenen / eingenommenen Arzneimittel pro Patient erstellt, diese überprüft und die Patienten, etwa in Bezug auf Wechselwirkungen, beraten.</p>
Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> • Generikasubstitution • Auseinzelung • Hauszustellung 	<p>Seit 1994 ist in Schweden Generikasubstitution erlaubt, allerdings muss der Apotheker vor der Abgabe des Arzneimittels die Zustimmung des Arztes einholen. Generikasubstitution wird in allen Apotheken durchgeführt. Ab 1. Oktober 2002 soll die Generikasubstitution verpflichtend eingeführt werden.</p> <p>Schweden zählt zu den wenigen Ländern in der EU, wo Auseinzelung, also die Abgabe einer Teilmenge eines Fertigarzneimittels aus einer Großpackung, erlaubt ist. Auseinzelung ist in allen Apotheken üblich.</p> <p>Schwedische Apotheken dürfen an die Haushalte der Kunden liefern, was in der Praxis eine Reihe von Apotheken auch macht. In sehr seltenen Fällen (wenn dort das Angebot nicht gegeben ist) liefern Apotheken auch an Kunden außerhalb von Schweden.</p>
Herstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Magistrale Zubereitungen 	<p>Apothekeneigene Zubereitungen werden in etwa zehn Prozent der Apotheken (vorwiegend Anstaltsapotheken) hergestellt (vgl. Punkt 4.5.4).</p>
Screening	<ul style="list-style-type: none"> • Blutdruckmessung 	<p>Die Durchführung von Tests und Kontrollen ist in schwedischen Apotheken nicht üblich. Einige Apotheken bieten Blutdruckmessungen an.</p>

Table 4.7/Continuation

Versorgungsqualität	Leistungen	Beschreibung
Projekte & Programme	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmaceutical Care 	<p>Pharmaceutical Care-Projekte werden seit zehn Jahren durchgeführt. Sie werden von der Apoteket getragen, die dazu eine Kampagne auf nationaler Ebene mit starker Mobilisierung organisiert. Jedes Jahr wird ein neues Thema gewählt, im Jahr 2002 werden etwa rheumatische Erkrankungen behandelt. An den Projekten nehmen viele, aber nicht alle Apotheken teil.</p> <p>Eine Teilnahme der Apotheken an öffentlichen Programmen (wie Impfkampagnen) ist in Schweden nicht üblich.</p>

Quellen: ÖBIG 1998b, ÖBIG-eigene Erhebungen (Apoteket)

LÄNDERVERGLEICH

5 Zusammenschau

In diesem Kapitel werden Informationen und Daten über die drei untersuchten skandinavischen EU-Mitgliedstaaten Dänemark, Finnland und Schweden zusammengefasst und der Situation in Österreich gegenübergestellt. Das Kapitel leitet mit einem Überblick über grundlegende Charakteristika der jeweiligen Gesundheits- und Arzneimittelsysteme ein (Abschnitt 5.1) und vergleicht in der Folge die Arzneimittelmärkte (Abschnitt 5.2). Als Einführung zur Arzneimitteldistribution werden die rechtlichen Rahmenbedingungen skizziert und im Anschluss die gängigsten Vertriebskanäle und wichtige Akteure in diesem Markt vorgestellt (Abschnitt 5.3). Gemeinsam mit weiteren Strukturkennzahlen des Arzneimittelvertriebs wird die Versorgungsdichte in Skandinavien und in Österreich verglichen (Abschnitt 5.4). Die Abgeltung des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheken wird in Abschnitt 5.5 behandelt. Abschließend wird die Performance der Vertriebsakteure unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien (in Bezug auf Beschäftigte, Logistik, Leistungsangebot) untersucht (Abschnitt 5.6).

5.1 Rahmen

5.1.1 Gesundheitssysteme

Die wirtschaftliche Lage in den drei skandinavischen EU-Ländern ist mit Österreich vergleichbar bzw. - gemessen am Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt - ein wenig besser. Allerdings zeigen die Daten zur wirtschaftlichen Entwicklung, dass auch Schweden und insbesondere Finnland in den 90er-Jahren massiv unter einer Rezession gelitten haben. In Finnland schlug sich dies unter anderem in einer deutlich gesunkenen Gesundheitsausgabenquote (dem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt) nieder, welche von 9,1 Prozent (1992) auf 6,8 Prozent (1999) abnahm.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme steht Österreich als reines „Sozialversicherungsland“ den skandinavischen Mitgliedstaaten gegenüber, welche primär steuerfinanziert sind und wo die Gesundheitsversorgung überwiegend im Rahmen eines Nationalen Gesundheitsdienstes organisiert wird. Die skandinavischen Staaten sind sowohl hinsichtlich der Organisation als auch der Finanzierung des Gesundheitswesens stark dezentral ausgerichtet, die Gesundheitsleistungen werden großteils von den Provinzen und/oder Gemeinden finanziert. Der Anteil der staatlichen Finanzierung im Gesundheitswesen liegt in Skandinavien bei zirka 80 (Schweden) bis 85 Prozent (Dänemark), in Österreich werden rund 70 Prozent durch die öffentliche Hand (also Sozialversicherung und Ausgaben des Staates wie Steuern, Zuschüsse) finanziert.

Die in Österreich für die ambulante Leistungserbringung üblichen Einzelpraxen finden sich nur in Dänemark, wo Vertragsärzte im Rahmen eines Hausarztssystems agieren. In Finnland und Schweden werden ambulante Leistungen primär in Gesundheitszentren erbracht, paral-

lel dazu bestehen Hausarztssysteme. Die Ärztedichte liegt in den skandinavischen Ländern über dem EU-Schnitt von einem Arzt für 350 Einwohner.

In den 90er-Jahren wurden in Skandinavien massiv Betten in den Krankenanstalten abgebaut, während gleichzeitig die ambulante Versorgung forciert wurde. In Schweden gelang der adäquate Ausbau der ambulanten Strukturen angesichts eines drastischen Bettenabbaus und der demographischen Entwicklungen nicht in dem geplanten Maße, so dass es immer wieder zu Wartezeiten bei Behandlungen im stationären Bereich kommt. Im Vergleich zu Österreich ist die Bettendichte sehr gering.

Die Lebenserwartung der skandinavischen Bevölkerung ist vergleichbar mit jener in Österreich. Nur die Schwedinnen und Schweden weisen eine höhere Lebenserwartung als die Menschen in Österreich auf.

Zentrale Kennzahlen zum Gesundheitswesen werden in Tabelle 5.1 vergleichend dargestellt.

Tabelle 5.1: Zusammenschau - Kennzahlen des Gesundheitswesens 2000

Gesundheitswesen	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Demographische Kennzahlen				
Einwohner	5,3 Mio.	5,2 Mio.	8,9 Mio.	8,1 Mio.
Lebenserwartung - Frauen	78,8 Jahre ¹	81,0 Jahre	81,9 Jahre ¹	81,2 Jahre
Lebenserwartung - Männer	74,0 Jahre ¹	74,1 Jahre	77,0 Jahre ¹	75,4 Jahre
Ökonomische Kennzahlen				
Bruttoinlandsprodukt / EW	32.693,- €	25.485,- €	27.748,- €	25.330,- €
Gesundheitsausgaben / EW	2.613,- € ¹	1.600,- € ¹	1.913,- € ²	1.958,- €
GHA in % des BIP	8,4 % ¹	6,8 % ¹	7,9 % ²	8,0 %
Öffentliche GHA in % des BIP	6,9 % ¹	5,2 % ¹	6,6 % ²	5,6 %
Kennzahlen des Leistungsangebots				
Akutstat. KH-Betten / 1.000 EW	3,3 ²	2,5 ¹	2,5 ¹	6,2 ¹
Ø Verweildauer	5,3 ²	4,5 ¹	6,0 ²	6,5 ¹
Einwohner / Arzt	295 ¹	326 ¹	307	334 ¹

akutstat. = akutstationär, BIP = Bruttoinlandsprodukt, EW = Einwohner, GHA = Gesundheitsausgaben, KH = Krankenhaus, Mio. = Millionen, Ø = Durchschnitt

¹ Jahr 1999

² Jahr 1998

Quellen: European Observatory on Health Care Systems 2002, OECD Health Data 2001, Statistiska centralbyrån / Statistics Sweden 2002, Statistik Austria 2002, ÖBIG-eigene Erhebungen

5.1.2 Arzneimittelsysteme

In den skandinavischen EU-Ländern wurden im Laufe der 90er-Jahre Arzneimittelagenturen geschaffen, die unter anderem für die Zulassung von Arzneimitteln im dezentralen und na-

tionalen Verfahren zuständig sind. In Österreich ist dies Aufgabe des Gesundheitsministeriums.

Die skandinavischen Staaten verfügen über eine Art Positivliste, welche die als erstattungsfähig eingestuftes Arzneimittel umfasst. Es kommen mehrere Erstattungssätze zur Anwendung, wobei der niedrigste in allen drei Ländern bei jeweils 50 Prozent liegt. Eine Negativliste gibt es nur in Schweden, diese enthält eine Vielzahl von OTC-Präparaten (z. B. Vitaminpräparate, Laxative, Tonika).

Tabelle 5.2: Zusammenschau - Aktuelle Systeme der Erstattung und Preisbildung bei Arzneimitteln

Arzneimittelsysteme	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Erstattung				
Positivliste	✓	✓	✓	✓
Negativliste	-	-	✓	✓ ¹
Arzneimittelbudgets	(✓) ²	-	-	-
Preisbildung (auf Herstellerebene)				
Referenzpreissystem	✓	-	✓ ³	-
Staatliche Preisfestsetzung	✓ ⁴	✓	✓	✓ ⁵

¹ umfasst nur wenige Arzneimittel

² in den Jahren 1998 und 1999 Deckelung der Arzneimittelausgaben der Krankenversicherung

³ von 1993 bis 2002

⁴ abwechselnd Verhandlungen und staatliche Preisfestsetzung, seit Juni 2001 Preisfestsetzung

⁵ grundsätzlich gesetzliche Basis für Preisfestsetzung, Umsetzung in Form eines Preismeldesystems

Quellen: ÖBIG 2001e, ÖBIG-eigene Erhebungen

Das Kostendämpfungsinstrument der Arzneimittelbudgets wird in den skandinavischen EU-Ländern nicht eingesetzt, allerdings wurden in Dänemark teilweise die öffentlichen Arzneimittelausgaben gedeckelt und die Gewinne der Apotheken begrenzt.

In Europa gelten - neben Deutschland - die skandinavischen Länder als Vorreiter bei der Einführung von Referenzpreissystemen, bei denen ähnliche Gruppen von Arzneimitteln zusammengefasst werden und einen (Höchst-)Preis für die Erstattung, den sogenannten Referenzpreis, zugewiesen bekommen. Beim Erwerb von Arzneimitteln, die unter ein Referenzpreissystem fallen, müssen die Patienten bei Preisüberschreitung die Differenz zum Referenzpreis aus der eigenen Tasche bezahlen. Dänemark und Schweden hatten 1993 ein Referenzpreissystem für Arzneimittel eingeführt. In Schweden wird das Referenzpreissystem seit Beginn des Jahres 2003 nicht mehr angewandt.

In Skandinavien ist die Preisbildung eng mit der Erstattung verknüpft, wie unter anderem auch die Referenzpreissysteme (die sowohl Elemente der Erstattung als auch der Preisbildung enthalten) zeigen. Weiters werden in Finnland und Schweden Arzneimittel nur dann erstattet, wenn zuvor ein „angemessener“ Großhandelspreis festgelegt wurde. Dazu müssen die Hersteller beim Amt für Preisfestsetzung und Erstattung (Finnland) bzw. bei der Sozialversicherungsbehörde (Schweden) einen Antrag auf Preisfestsetzung stellen. In Dänemark

werden die Herstellerpreise für erstattungsfähige Arzneimittel in manchen Jahren ebenfalls staatlich fixiert, zwischenzeitlich wird immer wieder der Weg der Verhandlungen gewählt. Ein Überblick über grundlegende Merkmale der Erstattungs- und Preisbildungssysteme in Skandinavien im Vergleich zu Österreich kann Tabelle 5.2 entnommen werden, die Spannenregelungen für den Großhandel und für Apotheken werden an gegebener Stelle unter Abschnitt 5.5 dargestellt.

5.2 Markt

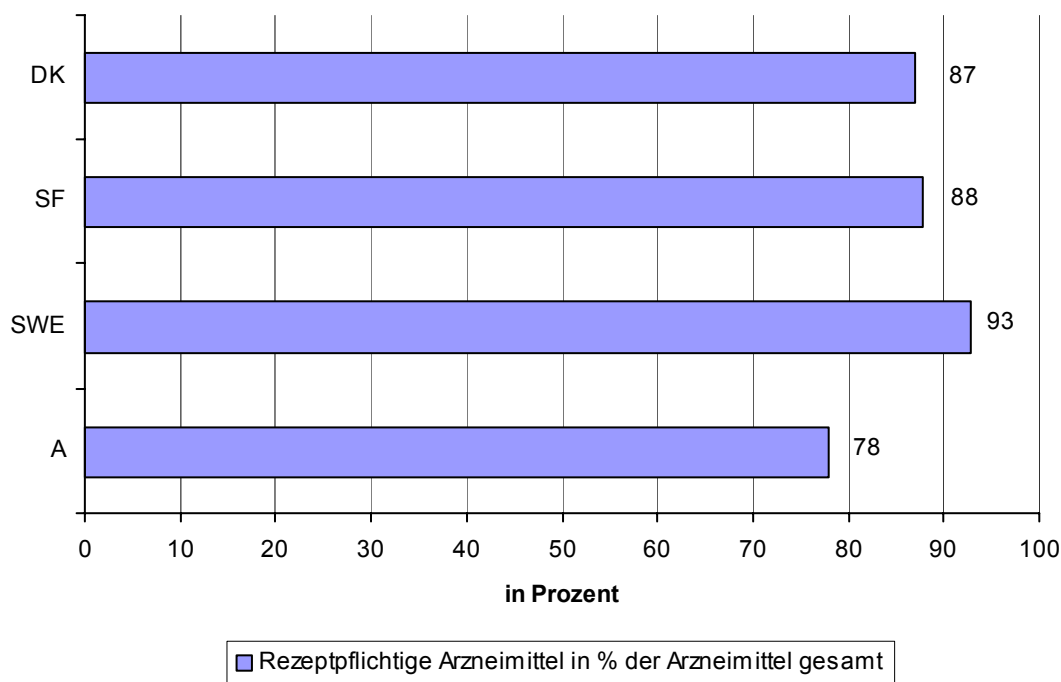
5.2.1 Angebot

In Skandinavien sind im europäischen Vergleich relativ wenige Arzneimittel zugelassen. Diese Aussage kann jedenfalls getroffen werden, eine exakte Gegenüberstellung hinsichtlich der Anzahl der zugelassenen Arzneimittel ist allerdings aufgrund von unterschiedlichen Zählweisen problematisch. In Österreich sind rund 12.600 Arzneimittel (inklusive knapp 2.300 apothekeneigener Spezialitäten) zugelassen (Ende 2000), gezählt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Dosierungen (das heißt, die Stärke eines Wirkstoffes in einem Arzneimittel) und Darreichungsformen (das sind die pharmazeutisch-technologischen Formen, in die der Wirkstoff gebracht wird, z. B. Tabletten, Pulver, Salben, Tropfen, etc.), während die unterschiedlichen Packungsgrößen nicht mitgezählt werden. In Finnland und Schweden sind hingegen nur knapp 4.800 bzw. 5.100 Arzneimittel (bei gleicher Zählweise) zugelassen, in Dänemark 6.600 Arzneimittel (gezählt unter Berücksichtigung unterschiedlicher Darreichungsformen und Packungsgrößen).

Die Kriterien für die Einstufung von Arzneimitteln als rezeptpflichtig oder rezeptfrei (OTC-Präparate) sind in der EU-Richtlinie 92/26/EWG geregelt, doch die konkreten Entscheidungen werden in den Mitgliedsländern durch nationalstaatliche Behörden, im Allgemeinen die Zulassungsstellen, gefällt. Infolgedessen variieren, wie ein Blick auf die Daten verdeutlicht, die Rezeptpflichtanteile innerhalb der Europäischen Union: Österreich liegt mit einem Anteil der rezeptpflichtigen an den zugelassenen Arzneimitteln (ohne apothekeneigene Spezialitäten) von 78 Prozent im EU-Mittelfeld. Dagegen weisen die skandinavischen Länder Rezeptpflichtanteile, die rund um 90 Prozent schwanken (vgl. Abbildung 5.1), auf und zählen somit zu den EU-Ländern mit den höchsten Anteilen an rezeptpflichtigen Arzneimitteln.

Der Anteil der erstattungsfähigen Arzneimittel ist in Skandinavien ebenfalls vergleichsweise hoch: In Finnland und Schweden werden rund 90 Prozent der Arzneimittel erstattet. In Dänemark liegt der Anteilswert in etwa gleich (60 Prozent) wie in Österreich (ÖBIG 2001a - d).

Abbildung 5.1: Zusammenschau - Rezeptpflichtanteile 2000



Quellen: Pharmazeutisches Informationssystem, ÖBIG-eigene Erhebungen (Sundhedsministeriet, Lääkelaitos, Läkemedelsverket)

5.2.2 Umsätze

Die Arzneimittelumsätze variieren zwischen den drei skandinavischen Mitgliedstaaten: Nach Angaben des Europäischen Fachverbandes der Arzneimittel-Hersteller (AESGP) betragen die Umsätze im ambulanten Arzneimittelmarkt im Jahr 2000 € 800 Millionen in Dänemark, € 1.166 Millionen in Finnland und € 2.164 Millionen in Schweden (gemessen zu Großhandelspreisen). Bei einer Betrachtung pro Einwohner weist Schweden die höchsten Umsatzdaten unter diesen Ländern auf. Ein Vergleich mit den Daten für Österreich ist hier nicht möglich, da die Umsatzdaten für Österreich zu Verbraucherpreisen angegeben werden (€ 3.115 Millionen im Jahr 2000). Daten zum stationären Sektor sind europaweit nicht verfügbar.

Schweden ist auch das Land, das in den späten 90er-Jahren die mit Abstand höchsten Steigerungsraten bei den Arzneimittelumsätzen aufwies: eine Zunahme um 44 Prozent von 1997 bis 2000, gegenüber einer Steigerung von rund 30 Prozent in Österreich und Finnland sowie von 20 Prozent in Dänemark.

Die Anteile der mit rezeptfreien Arzneimitteln erzielten Umsätze sind in Skandinavien im EU-Vergleich eher niedrig, was auch im Zusammenhang mit dem geringen Angebot an OTC-Präparaten (vgl. den vorangegangenen Punkt 5.2.1) zu sehen ist: rund 13 Prozent in Dänemark und Finnland sowie zehn Prozent in Schweden. In Österreich machen nach Angaben

der AESGP OTC-Produkte neun Prozent der gesamten Umsätze aus, der OTC-Umsatz ist somit in Österreich noch geringer als in Skandinavien.

Der Anteil des Kassen- am Gesamtmarkt beträgt in Österreich 72 Prozent (Jahr 2001, vorläufige Daten für 2002).

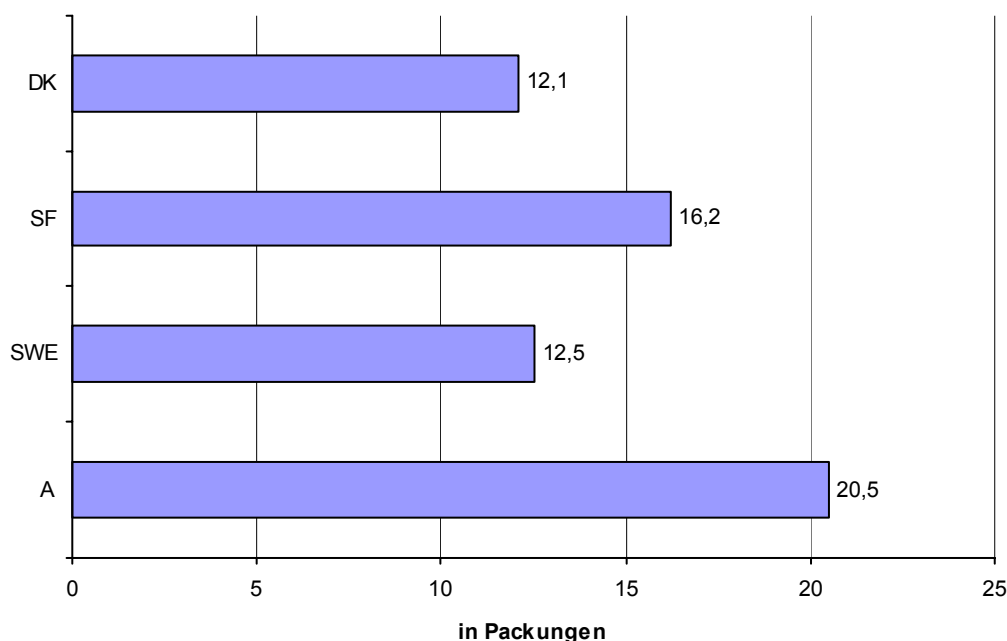
5.2.3 Verbrauch

Die Arzneimittelverordnungen pro Einwohner liegen in Skandinavien deutlich unter dem EU-Schnitt (8,3 Verordnungen pro Kopf): Im Jahr 1999 wurden in Finnland durchschnittlich 5,0 Verordnungen, in Dänemark 5,4 Verordnungen und in Schweden 6,9 Verordnungen pro Einwohner ausgestellt. Österreich lag hingegen mit 12,5 Verordnungen pro Kopf zu Lasten der öffentlichen Hand (Sozialversicherung) im Spitzenfeld der EU (ÖBIG 2001e).

Die skandinavischen Länder weisen beim Arzneimittelverbrauch - gemessen in verkauften Packungen - weitaus geringere Werte als Österreich auf (vgl. Abbildung 5.2), welche auch deutlich unter dem EU-Schnitt von 21,6 Packungen (IWI 2000, ÖBIG 2001e) liegen. Daten zur durchschnittlichen Packungsgröße, mit denen die Angaben zum Arzneimittelverbrauch in Beziehung gesetzt werden könnten, liegen nicht vor. Die für den im Rahmen dieser Studie durchgeführten Preisvergleich herangezogenen Arzneimittel sind in den skandinavischen Ländern im Allgemeinen in größeren Packungen als in Österreich verfügbar (vgl. Abbildung 6.1 bis Abbildung 6.5).

In Österreich wie auch in Skandinavien hat der Arzneimittelverbrauch in den 90er-Jahren zugenommen, so in Schweden um zirka 20 Prozent von 1989 bis 1998.

Abbildung 5.2: Zusammenschau - Arzneimittelverbrauch 1998/1999



DK und SWE: Jahr 1998, SF und A: Jahr 1999

Quelle: IWI 2000

5.3 Distribution

5.3.1 Rechtlicher Rahmen

5.3.1.1 Europäische Union

Im Bereich des Arzneimittelvertriebs ist auf EU-Ebene lediglich der Großhandel geregelt.

Großhandel

Zur einheitlichen Regelung des Großhandels mit Arzneimitteln wurde im Jahr 1992 die „Großhandelsrichtlinie“ (Richtlinie 92/25/EWG des Rates vom 31.3.1992 über den Großhandelsvertrieb von Humanarzneimitteln) erlassen.

Darin wird „jede Tätigkeit, die in der Beschaffung, der Lagerung, der Lieferung oder der Ausfuhr von Arzneimitteln besteht, mit Ausnahme der Abgabe von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit“ als pharmazeutischer Großhandel definiert.

Berechtigt zum Großhandel mit Arzneimitteln sind ausschließlich Personen, die über eine Sondergenehmigung (mit bestimmter räumlicher Gültigkeit) verfügen. Apotheker und all jene, die zur Abgabe von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit befugt sind, benötigen diese Genehmigung nicht.

Auf Basis der Großhandelsrichtlinie wurden Leitlinien für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln (EU-Leitlinien 94/C 63/03) erlassen, um die Qualität der Großhandelsleistungen zu gewährleisten. Die GDP-Leitlinien (Good Distribution Practice) müssen von allen Großhandelsunternehmen eingehalten werden, die Erfüllung der darin vorgeschriebenen Kriterien stellt auch eine Voraussetzung für die Genehmigung eines Großhandelsbetriebs dar. Einen Überblick über die Inhalte der Leitlinien bietet Tabelle 5.3.

Apotheken

Die Regelung des Apothekenbetriebs fällt in die Kompetenz der Mitgliedstaaten. Es gibt keine EU-Richtlinien zum Apothekenwesen. Die GPP-Empfehlungen (Good Pharmacy Practice) für die Tätigkeit der Apotheker sind nicht rechtlich bindend.

Tabelle 5.3: Zusammenschau - Ausgewählte Regelungsinhalte der Leitlinien für die gute Vertriebspraxis

Leistungsbereich	Regelungen
Personal (Artikel 1 - 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Ernennung eines „Qualitätsmanagers“ pro Vertriebsstelle • Sachkundiges und geschultes Personal für die Handhabung mit Arzneimitteln
Bestellungen (Artikel 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Bestellungen nur bei Personen mit Großhandels- bzw. Herstellungsgenehmigung oder Einfuhrerlaubnis
Dokumentation (Artikel 4 - 8)	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation diverser Arbeitsvorgänge (Annahme und Lagerung der Lieferung, Lagerbedingungen, Ein- und Verkäufe, Rückgabe von Arzneimitteln, Rückrufpläne und durchgeführte Rückrufaktionen) • Aufbewahrung der Dokumentation an leicht verfügbaren Stellen, mindestens fünf Jahre
Räumlichkeiten (Artikel 9 -16)	<ul style="list-style-type: none"> • Geeignete und ausreichende Räumlichkeiten • Jederzeitige Zugänglichkeit für Kontrollzwecke • Einhaltung der Lagerbedingungen auch beim Transport • Getrennte Aufbewahrung zurückgegebener und zurückgezogener sowie (vermutlich) verunreinigter und beschädigter Arzneimittel von den zum Verkauf bestimmten Arzneimitteln • „First in, first out“-System
Lieferungen (Artikel 17 - 21)	<ul style="list-style-type: none"> • Lieferungen nur an zum Großhandel bzw. zur Abgabe von Arzneimitteln berechnete Personen • Gewährleistung von Notfalllieferungen
Inspektionen (Artikel 33)	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung und Dokumentation von Selbstinspektionen

Quelle: Leitlinien für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln (EU-Leitlinien 94/ C 63/03)

Versandhandel

Von Relevanz ist in diesem Zusammenhang schließlich noch die „Fernabsatzrichtlinie“ (Richtlinie 97/7/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20.5.1997 über den Verbraucherschutz bei Vertragsabschlüssen im Fernabsatz), welche Mindestnormen bei (grenzüberschreitenden) Fernabsatzgeschäften vorschreibt. Mit dieser Richtlinie wurde 1997 der Versandhandel in der Europäischen Union grundsätzlich erlaubt, wobei strengere nationalstaatliche Regelungen erlassen oder aufrecht erhalten werden können (siehe dazu Punkt 5.3.1.2).

Die „Fernsehrichtlinie“ (Richtlinie 97/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.6.1997 zur Änderung der Richtlinie 89/552/EWG des Rates vom 3.10.1989 zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Ausübung der Fernsehaktivität) verbietet EU-weit das Teleshopping für Arzneimittel.

5.3.1.2 Mitgliedstaaten

Niederlassungsbestimmungen

Wie unter Punkt 5.3.1.1 festgestellt, ist die Regelung des Apothekenwesens eine rein nationalstaatliche Angelegenheit. Von grundlegender Bedeutung ist hierbei die Frage, unter welchen Voraussetzungen neue Apotheken eröffnet werden dürfen (vgl. dazu Tabelle 5.4).

In den skandinavischen EU-Ländern gibt es keine echte Niederlassungsfreiheit in dem Sinne, dass jede Pharmazeutin und jeder Pharmazeut eine Apotheke am Standort ihrer bzw. seiner Wahl eröffnen darf. Doch eine Bedarfsprüfung wie in Österreich, bei der demographische und geographische Kriterien angewandt werden, gibt es nur in Dänemark (eine Apotheke für maximal 15.000 Personen, Entfernung zur nächstgelegenen Apotheke höchstens 15 Kilometer). In Finnland bestehen zwar keine gesetzlich festgelegten Kriterien für eine Bedarfsprüfung, aber die Arzneimittelbehörde, die auf Antrag über die Vergabe einer Konzession für die Leitung einer Apotheke entscheidet, berücksichtigt dabei vor allem geographische und demographische Kriterien. Schweden stellt ohnehin eine Ausnahme dar, da es dort in der alleinigen Verantwortung der staatlichen Apothekengesellschaft liegt, über die Eröffnung bzw. Schließung von Apotheken zu bestimmen (vgl. auch Punkt 4.5.1).

Tabelle 5.4: Zusammenschau - Aktuelle Regelungen zur Niederlassung von Apotheken

Eröffnung von Apotheken	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Niederlassungsfreiheit	-	-	-	-
Bedarfsprüfung	✓	- ¹	- ²	✓
<i>Geographische Kriterien</i>	✓	✓	-	✓
<i>Demographische Kriterien</i>	✓	✓	-	✓

¹ keine Bedarfsprüfung im klassischen Sinn, Entscheidung über Lizenzvergabe unter Berücksichtigung geographischer und demographischer Aspekte

² Entscheidung der staatlichen Apothekengesellschaft

Quellen: siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖBIG-eigene Erhebungen

Mehr- und Fremdbesitz

Eine gängige Kategorisierung betrifft die Besitzstruktur, also ob Fremd- und Mehrbesitz im Großhandel und bei Apotheken erlaubt oder verboten ist (Arzneimittel Zeitung 1996, Bauer 2001, Pfaff 2002). Fremdbesitz ist im Großhandel gegeben, wenn ein Eigentümer einer vorgelagerten Vertriebsstufe (Industrie) oder einer nachgelagerten Vertriebsstufe (Apotheker) auch als Eigentümer eines Großhandelsunternehmens auftritt. Unter Fremdbesitz bei Apotheken versteht man die Führung einer Apotheke durch Personen, die über keine Berufsberechtigung als Apotheker verfügen. Als Mehrbesitz wird die Führung von mehreren Einrichtungen durch dieselbe Person oder dasselbe Unternehmen definiert: ein Großhändler als Eigentümer mehrerer Großhandelsunternehmen (Mehrbesitz im Großhandel) oder Apothekenketten (Mehrbesitz bei Apotheken, zu den Definitionen von Mehr- und Fremdbesitz siehe auch Mehnert 1997, Schöffski 1995, ÖBIG 1998).

In den skandinavischen EU-Ländern sind, gleich wie in Österreich, Fremd- und Mehrbesitz im Großhandel erlaubt (vgl. Tabelle 5.5). In der Realität spielt vor allem Fremdbesitz, und zwar aus dem Bereich der Apotheken, eine Rolle: So hält in Schweden die staatliche Apothekengesellschaft knapp 20 Prozent am Eigentum des führenden Großhändlers Tamro, und der finnische Großhändler Oriola ist eine 100prozentige Tochter des Pharma-Konzerns Orion. In Österreich war das Großhandelsunternehmen Herba (später Herba-Chemosan) als Apothekengenossenschaft gegründet worden.

Bei den Apotheken sind die Regelungen zu Fremd- und Mehrbesitz strenger. Fremd- und Mehrbesitz bei Apotheken ist in den skandinavischen Ländern wie auch in Österreich verboten. Trotz des Verbots von Mehrbesitz bei Apotheken sind in Dänemark und Finnland unter bestimmten Voraussetzungen Filialapotheken erlaubt. In Schweden ist zwar Mehrbesitz verboten, aber auf Grund des Monopols der staatlichen Apothekengesellschaft Apoteket stehen alle Apotheken in deren Eigentum, so dass von einer „staatlichen Apothekenkette“ gesprochen werden könnte. Eine Apotheke in Österreich darf maximal eine Filialapotheke betreiben.

Tabelle 5.5: Zusammenschau - Aktuelle Regelung des Mehr- und Fremdbesitzes im Großhandel und bei Apotheken

Besitzregelungen	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Großhandel				
Mehrbesitz	erlaubt	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Fremdbesitz	erlaubt	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Apotheken				
Mehrbesitz	verboten	verboten ¹	verboten ²	verboten
Fremdbesitz	verboten	verboten	verboten	verboten

¹ Diskussion über Erlaubnis von Mehrbesitz bei Apotheken im Jahr 2001, mittlerweile abgebrochen

² gesetzliches Monopol der Apothekengesellschaft: alle Apotheken stehen in deren Eigentum („staatliche Apothekenkette“)

Quellen: siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖBIG-eigene Erhebungen

Versandhandel

Hinsichtlich des Versandhandels durch Internetapotheken besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den skandinavischen EU-Ländern und Österreich: Während Österreich von der Möglichkeit strengerer nationalstaatlicher Bestimmungen, als es die EU-Fernabsatzrichtlinie vorsieht (vgl. Punkt 5.3.1.1), Gebrauch macht und Versandhandel ausdrücklich verbietet, spielen die skandinavischen Länder eine Vorreiterrolle: In den drei untersuchten Ländern ist der Versandhandel von Arzneimitteln unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, allerdings nur durch echte öffentliche Apotheken. In Dänemark agieren seit Anfang 2000 Apotheken als Internetapotheken: Das bedeutet, dass man per Internet Arzneimittel bestellen kann, die von der nächstgelegenen Apotheke zugestellt werden. In Schweden ist schon seit 1994 Versandhandel mit Arzneimitteln erlaubt, darf aber nur über die Apothekengesellschaft „Apoteket“ abgewickelt werden, da diese ja alle Entscheidungen im Apothekenwesen fällt. Zur Zeit

gibt es eine von der Apotheker betriebene Internetapotheke, diese bietet das gesamte Sortiment, einschließlich rezeptpflichtiger Arzneimittel, zum Verkauf an.

Seitens des Nordic Council of Medicines, einem beratenden Gremium der Gesundheitsministerien von Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden, ging die Initiative aus, ein Qualitätszertifikat für Arzneimittel, unter anderem zur Identifizierung seriöser Internetapotheken, zu entwickeln. Es wurde dazu auf den „Nordic Swan“, ein bereits gängiges Symbol im Konsumentenschutzbereich in Skandinavien, zurückgegriffen.

5.3.2 Vertriebskanäle

Der klassische Vertriebsweg im Rahmen der Arzneimittelversorgung kann wie folgt beschrieben werden: Der Hersteller „liefert“ (de facto häufig Selbstabholung) Arzneimittel an den Großhandel, dieser versorgt dann die Abgabestellen. Direktverkäufe von der Industrie an die Abgabestellen machen sowohl in den skandinavischen Ländern als auch in Österreich nur einen geringen Marktanteil aus. In Skandinavien und in Österreich sehen Regelungen vor, dass bestimmte Abgabestellen nur durch ausgewählte, gesetzlich vorgeschriebene Akteure beliefert werden dürfen (Krankenanstalten und den Apotheken untergeordnete Verkaufsstellen dürfen im Allgemeinen nur durch öffentliche Apotheken beliefert werden).

Die Unterschiede zwischen Skandinavien und Österreich bestehen zum einen im Einkanal-system, das für den Großhandel in Finnland und Schweden zur Anwendung kommt, zum anderen in den verschiedenen Typen von Abgabestellen für Arzneimittel.

Großhandel

Das zentrale Charakteristikum des pharmazeutischen Großhandels in Finnland und Schweden ist das sogenannte Einkanalssystem, während in Österreich, aber auch in Dänemark der Großhandel in Form des Mehrkanalsystems organisiert wird.

Im Mehrkanalsystem kann ein und dieselbe Arzneispezialität gleichzeitig von verschiedenen Großhandelsunternehmen vertrieben werden, da mehreren Großhändlern das Vertriebsrecht gewährt wird. Dies ist nicht der Fall im Einkanalssystem, wo genau ein Großhandelsunternehmen über das exklusive Vertriebsrecht für die jeweiligen Arzneimittel verfügt. Es werden also hier auf Produktebene Exklusivdistributionsverträge zwischen dem Hersteller und dem Großhändler abgeschlossen, in der Realität nehmen die Großhandelsunternehmen in Finnland und Schweden meist die gesamte Produktpalette eines Herstellers unter Vertrag.

Apotheken und sonstige Abgabestellen

Arzneimittel werden primär in Apotheken, einschließlich deren Filialapotheken und Geschäftsstellen, abgegeben. Um die Arzneimittelversorgung in ländlichen, dünn besiedelten Gegenden zu gewährleisten, greifen alle drei skandinavischen EU-Länder auf Abgabestellen zurück, die den öffentlichen Apotheken unterstellt sind. In Dänemark erfolgt dies in Form von diversen Geschäftsstellen (Filialapotheken, Verkaufsstellen, Apothekenläden, in Summe

rund 2.200), in Finnland ausschließlich mittels Filialapotheken (zirka 200), und in Schweden durch die „Apoteksombud“ (zirka 1.000, zur Versorgungsdichte siehe Abschnitt 5.4).

In Schweden treten nunmehr neben die klassischen öffentlichen Apotheken auch die Anstaltsapotheken als Abgabestellen für die Allgemeinheit auf. In Dänemark und Finnland dienen die Anstaltsapotheken - gleich wie in Österreich - ausschließlich der internen Versorgung in einem Krankenhaus. In Finnland können schließlich auch Gesundheitszentren das Recht erhalten, Arzneimittel abzugeben, allerdings nur an eigene Patienten.

In Österreich sind neben den zirka 1.000 Apotheken fast gleich viele hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte zur Abgabe von Arzneimitteln berechtigt. Selbstdispensierende Ärzte sind daneben noch in der Schweiz (dort allerdings ausschließlich in einzelnen Kantonen) stark verbreitet, ansonsten gibt es in Europa mit Ausnahme von Großbritannien, Irland und den Niederlanden keine quantitativ bedeutende Anzahl an Ärzten mit einer Hausapotheke. In Skandinavien finden sich lediglich in Dänemark selbstdispensierende Ärzte, allerdings in einer vernachlässigbaren Anzahl, welche im Wesentlichen auf den Inseln tätig sind. Sie dürfen nur von einer öffentlichen Apotheke beliefert werden, so wie es ja auch das Gesetz hinsichtlich der hausapothekenführenden Ärzte in Österreich vorsieht.

Ein interessantes Marktsegment ist der OTC-Bereich, wo europaweit andere, „nicht-pharmazeutische“ Abgabestellen wie etwa Supermärkte darum kämpfen, diese Produkte abgeben zu dürfen (vgl. auch ÖBIG 1998b). Wenngleich die skandinavischen Länder in vielen anderen Bereichen als Fürsprecher einer Liberalisierung auftreten, ist der OTC-Markt lediglich in Dänemark freigegeben. Dort dürfen seit Herbst 2001 ausgewählte, niedrig dosierte OTC-Produkte auch in Supermärkten mit einer speziellen Lizenz (zu den verschiedenen Abgabestellen im Detail siehe Punkt 2.5.4) verkauft werden. In Finnland und Schweden gilt hingegen das Apothekenmonopol auch im OTC-Bereich. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass dem OTC-Markt in Skandinavien keine große Relevanz zukommt, da er nur vergleichsweise wenige Präparate umfasst (vgl. auch Abbildung 5.1 unter Punkt 5.2.1).

5.3.3 Akteure

Nach der Darstellung der gängigen Vertriebskanäle und der unterschiedlichen Abgabestellen im vorangegangenen Abschnitt soll nun der Blick auf die „Big Players“ in der Arzneimitteldistribution geworfen werden, also auf führende Unternehmen und wichtige Gesellschaften bzw. Institutionen.

Großhandel

Der pharmazeutische Großhandel war in den 90er-Jahren von einem massiven Konzentrationsprozess geprägt, der zu einer deutlichen Abnahme der Anzahl der vertretenen Großhandelsunternehmen bei gleichzeitiger Stärkung der vorher bereits dominierenden Unternehmensgruppen geführt hat.

In Skandinavien hatte sich bereits viel früher die Anzahl der Großhandelsunternehmen reduziert, so dass seit Beginn der 90er-Jahre konstant nur mehr zwei bis drei Unternehmen im Großhandel tätig sind. Das letzte Jahrzehnt war primär von den Aktivitäten des finnischen Konzerns Tamro geprägt, der infolge von Beteiligungen an und der Übernahme von bedeutenden Großhandelsunternehmen zum Marktführer in Skandinavien wurde. Der Tamro-Konzern zählt heute zu den führenden Unternehmensgruppen im pharmazeutischen Großhandel in Europa und liegt in Skandinavien, aber auch im baltischen Raum unangefochten an der Spitze.

In den späten 90er-Jahren wurde davon ausgegangen, dass der Konzentrationsprozess im Großhandel in Skandinavien bereits abgeschlossen wäre. Allerdings nahm im September 1999 das Unternehmen KD Tukku (aus dem schwedischen Kronans Droghandel-Konzern) mit der Einrichtung einer Betriebsstätte seine Tätigkeit in Finnland auf und drang damit in den Großhandelmarkt ein, der seit mehr als einem Jahrzehnt zwischen Tamro und Oriola aufgeteilt war. Es bleibt abzuwarten, ob im finnischen Großhandel die drei Firmen weiterhin tätig bleiben oder ob es eventuell zu einer Fusion zwischen KD Tukku und Oriola kommt.

Tabelle 5.6: Zusammenschau - Führende Großhandelskonzerne, Daten 2001

Konzern	Skandinavien		Österreich	
	Tamro	KD	Gehe	Phoenix
Hauptsitz	Finnland	Schweden	Deutschland	Deutschland
Weitere Länder ¹	Schweden, Dänemark, Norwegen, Estland, Lettland, Litauen, Russland	Norwegen, Finnland	Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Österreich, Belgien, Irland, Portugal, Norwegen, Italien, Tschechien	Großbritannien, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich, Polen, Schweiz, Tschechien, Ungarn
Marktanteile ²	Dänemark: 70%, Schweden: 51 %, Finnland: 48 %	Schweden: 44 %, Norwegen: 16 %, Finnland: 9 %	Norwegen: 52 %, Österreich: 48 %, Frankreich: 40 %, Großbritan.: 37 %, Irland: 27 %	Ungarn: 33 %, Tschechien: 30 %, Österreich: 18 %, Schweiz: 16 %, Großbritan.: 12 %
Beschäftigte	2.854	444 ³	23.654	10.538 ⁴
Umsätze in Mio. €	3.796	105 ³	17.000	8.583 ⁴

KD = Kronans Droghandel, Großbritan. = Großbritannien

¹ bezogen auf den Großhandelsbereich

² gereiht nach den Ländern mit höchsten Marktanteilen, Ausnahme Phoenix: Daten zu Marktanteilen für einige Länder nicht verfügbar

³ Jahr 2000

⁴ Geschäftsjahr 2000/2001

Quellen: Gehe AG 2002, Phoenix Pharmahandel Aktiengesellschaft & Co KG 2001, Tamro 2002, Kronans Droghandel 2001

In Österreich setzte der Konzentrationsprozess im Großhandel weitaus später ein. 1997 fusionierten die beiden Großhandelsunternehmen Herba und Chemosan, und im Jahr 2000 wurde die Herba-Chemosan, bislang im Eigentum der österreichischen Apotheker (vgl. Punkt

5.3.1.2), von dem Gehe-Konzern übernommen. Auch die Hestag Arzneiwaren AG gehört einem deutschen Konzern, der Phoenix-Gruppe.

Tabelle 5.6 gibt einen Überblick über die führenden Großhandelskonzerne in Skandinavien und in Österreich. Dabei geht deutlich hervor, dass Tamro den Großhandelsmarkt in Skandinavien dominiert, während Gehe die Marktführerschaft in Mitteleuropa zukommt. Interessant ist dabei, dass Phoenix zu rund 40 Prozent an Tamro beteiligt ist (vgl. Punkt 3.4.1). Tamro, Gehe und Phoenix gehören zu den großen Konzernen im pharmazeutischen Großhandel in Europa, dazu ist noch die französische Unternehmensgruppe Alliance Santé zu zählen, die schwerpunktmäßig im Mittelmeerraum tätig ist.

Auf der Ebene des Großhandels ist weiters die Einkaufsgesellschaft der öffentlichen Krankenanstalten in Dänemark, die AMGROS, zu erwähnen. Die AMGROS bezieht die Arzneimittel bei Herstellern inner- und außerhalb von Dänemark, welche sie auf Basis von - großteils europaweiten - Ausschreibungen auswählt, und versorgt alle Anstaltsapotheken sowie einige Krankenanstalten ohne Apotheke.

Apotheken

Bei den Apotheken gilt es schließlich auf die staatliche Apothekengesellschaft in Schweden, die „Apoteket“, hinzuweisen - eine Institution, wie sie nur aus sehr wenigen anderen Ländern weltweit bekannt ist. Die Apoteket trifft alle für das Apothekenwesen relevanten Entscheidungen, von der Eröffnung und Schließung von Apotheken über die Öffnungszeiten bis hin zu Vorgaben an den Großhandel in Bezug auf die Lieferfristen. Den anderen Vertriebsakteuren steht somit ein starker Verhandlungspartner gegenüber, der alle schwedischen Apotheken vertritt. Aufgrund der verstaatlichten Apothekengesellschaft sind in Schweden alle in einer Apotheke tätigen Personen Angestellte der Apoteket, selbstständige Apothekerinnen und Apotheker, die als Unternehmer eine Apotheke führen, gibt es somit nicht.

5.4 Versorgung

5.4.1 Großhandel

Der Unterschied in der Anzahl der Großhandelsunternehmen ist auffällig: In Skandinavien sind zwei bis drei Unternehmen am Markt, während in Österreich immerhin zehn Großhändler tätig werden. Damit liegt Österreich im europäischen Mittelfeld, nicht nur in geographischer Hinsicht: Während eben in Skandinavien sehr wenige Unternehmen im Großhandel tätig sind, gibt es in Süden Europas zahlreiche Großhändler (rund 200 in Italien und Griechenland, etwa 100 in Spanien und Portugal), im übrigen Europa bewegt sich die Anzahl der Großhandelsunternehmen in der gleichen Größenordnung wie in Österreich (ÖBIG 1998b). Neben diesen Unternehmen gibt es in vielen Ländern Großhändler, die bewusst nur ein sehr eingeschränktes Sortiment anbieten (sogenannte „Short-Liners“, wie z. B. die Pharmacom in Österreich).

Die Gründe, warum in Skandinavien nur wenige Großhandelsunternehmen vertreten sind, wurden bereits in den vorangegangenen Abschnitten angesprochen: Zum einen setzt das Einkanalsystem in Finnland und Schweden entsprechende Anreize, dass sich möglichst wenig Unternehmen den Markt aufteilen, zum anderen hat in den skandinavischen Ländern der Konzentrationsprozess schon früher eingesetzt: So hatten etwa in Dänemark Anfang der 90er-Jahre die drei führenden Großhandelsunternehmen fusioniert.

Typisch für den österreichischen Markt ist die vergleichsweise hohe Anzahl der regionalen Großhändler, die allerdings in ihrem Gebiet durchaus bedeutende Marktanteile halten können. In Skandinavien sind nur in Dänemark zwei regionale Großhändler zu finden, welche sich das Land geographisch aufteilen. Im Schnitt hat ein Großhandelsunternehmen drei Betriebsstätten, in Österreich liegt der Wert ein wenig niedriger, was sich eben durch die regionalen und kleineren Großhändler erklärt.

Tabelle 5.7: Zusammenschau - Kennzahlen der Arzneimittelversorgung 2000

Versorgung	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Großhandel				
Unternehmen	3	3	2	10 ¹
<i>davon: landesweit tätig</i>	1	3	2	3
<i>davon: vollsortiert</i>	3	0	0	5
Betriebsstätten	10	9	7	27
Betriebsstätte / Unternehmen	3,3	3,0	3,5	2,7
Einwohner / Betriebsstätte	533.700	575.667	1.268.970	299.519
km ² / Betriebsstätte	4.309	37.572	64.281	3.105
Schnittstelle Großhandel / Apotheken				
Apotheke / Betriebsstätte	29	66	129	41
Apotheken				
Apotheken	287	595	901	1.112
Sonstige Abgabestellen	1.249 ²	417 ³	1.000 ⁴	978 ⁵
Summe Abgabestellen	1.536	1.012	901	2.090
Sonst. Abgabestellen / Apotheke	4,4	0,7	1,1	0,9
Einwohner / Apotheke	18.596	8.708	9.859	7.272
Einwohner / Abgabestelle	3.476	5.120	4.673	3.869
km ² / Apotheke	150	568	499	75
km ² / Abgabestelle	28	334	237	40

Sonst. = sonstige

¹ von der ARGE Pharmazeutika als „Vollgroßhändler“ eingestufte Unternehmen, davon sind neun Unternehmen Mitglieder der ARGE Pharmazeutika

² darunter 43 Filialapotheken, der Rest entfällt auf Apothekenläden, Verkaufsstellen sowie Auslieferungsstellen ohne eigenes Lager

³ 201 Filialapotheken und 216 Medizindepots (Arzneischränke)

⁴ Apoteksombud (Schätzung der Apoteket)

⁵ hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte

Quellen: siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖAK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen (ARGE Pharmazeutika)

Aufgrund des Einkanalensystems sind sämtliche Großhandelsunternehmen in Finnland und Schweden teilsortiert. In Österreich ist die Hälfte der Großhändler teilsortiert, was aber mit der spezifischen Kundenstruktur dieser Unternehmen (ausschließliche bzw. schwerpunktmäßige Belieferung von hausapothekenführenden Ärzten bzw. Krankenanstalten) zusammenhängt.

Österreich weist sowohl in geographischer Hinsicht als auch - weitaus relevanter - bezogen auf die Einwohnerzahl die mit Abstand höchste Dichte an Betriebsstätten auf (vgl. Tabelle 5.7).

5.4.2 Apotheken

Verglichen mit den skandinavischen EU-Ländern ist die Apothekendichte in Österreich mit einer Apotheke pro 7.300 Einwohner am höchsten. Weit abgeschieden liegt bei diesem Vergleich Dänemark mit einer Apotheke pro 18.600 Einwohner.

Um eine korrekte Einschätzung über den Zugang der Bevölkerung zu Arzneimitteln abgeben zu können, müssen neben den Apotheken auch noch die weiteren Abgabestellen von Arzneimitteln berücksichtigt werden. Hier ändert sich schlagartig das Bild in Bezug auf Dänemark, wo vier Mal so viele weitere Abgabestellen wie Apotheken bereit stehen. Dänemark weist mit einer Abgabestelle pro 3.500 Einwohner die höchste Dichte auf (infolge der Einrichtung von 1.000 weiteren Abgabestellen seit Herbst 2001 aktuell eine noch höhere Versorgungsdichte), gefolgt von Österreich mit einer Apotheke bzw. einem hausapothekenführenden Arzt für 3.900 Einwohner. Die Versorgungsdichte in Schweden und Finnland ist deutlich geringer (vgl. Tabelle 5.7). Auch aus geographischer Sicht zeigt sich eine Kluft zwischen den eher kleinen Ländern Dänemark und Österreich, wo in einem Umkreis von 30 bis 40 Kilometern eine Stelle zur Abgabe von Arzneimitteln zur Verfügung steht, und den dünn besiedelten, großen Staaten Schweden und Finnland, wo zwischen den Abgabestellen weite Entfernungen liegen.

Bei der Interpretation der Daten zur Versorgungsdichte ist allerdings die unterschiedliche Performance der Abgabestellen (insbesondere was das Sortiment betrifft) zu beachten. In Dänemark bestehen mehrere abgestufte Typen von Abgabestellen, so dürfen etwa die rund 150 Apothekenläden und 700 Verkaufsstellen nur ein limitiertes Angebot an Arzneimitteln (im Wesentlichen OTC-Präparate) führen. Der Qualitätsaspekt ist daher bei einem Vergleich des Versorgungsangebots in Österreich mit Dänemark und auch mit Finnland (die Hälfte der „sonstigen Abgabestellen“ sind Medizindepots, welche nur die gängigen OTC-Präparate führen) relativierend zu berücksichtigen.

5.5 Honorierung

5.5.1 Großhandel

In der Europäischen Union gelten für die Großhandels- und Apothekenspannen grundsätzlich gesetzliche Regelungen (vgl. ÖBIG 2001e). Nur die skandinavischen Länder scheren beim Großhandel aus diesem Trend aus (vgl. Tabelle 5.8):

- Als einziges EU-Mitgliedsland hat Dänemark keine gesetzliche Spannenregelung beim Großhandel.
- In Finnland und Schweden sind zwar die Spannen nicht explizit gesetzlich geregelt, aber durch die staatliche Festlegung des Großhandelspreises, welche die Voraussetzung für die Aufnahme in die Erstattung bildet (vgl. Punkt 5.1.2), de facto vorgegeben.

Tabelle 5.8: Zusammenschau - Aktuelle Regelung der Spannen für Großhandel und Apotheken

Spannenregelung	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Großhandel				
Freie Preisbildung	✓			
Gesetzliche Regelung für alle AM				✓ ²
für erstattungsfähige AM		(✓) ¹	(✓) ¹	
für rezeptpflichtige AM				
Apotheken				
Freie Preisbildung				
Gesetzliche Regelung für alle AM	✓ ²	✓ ²	✓ ²	✓ ²
für erstattungsfähige AM				
für rezeptpflichtige AM				

AM = Arzneimittel

¹ grundsätzlich nicht gesetzlich geregelt, aber durch die Festlegung des maximalen Großhandelspreises für erstattungsfähige AM vorgegeben

² degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen

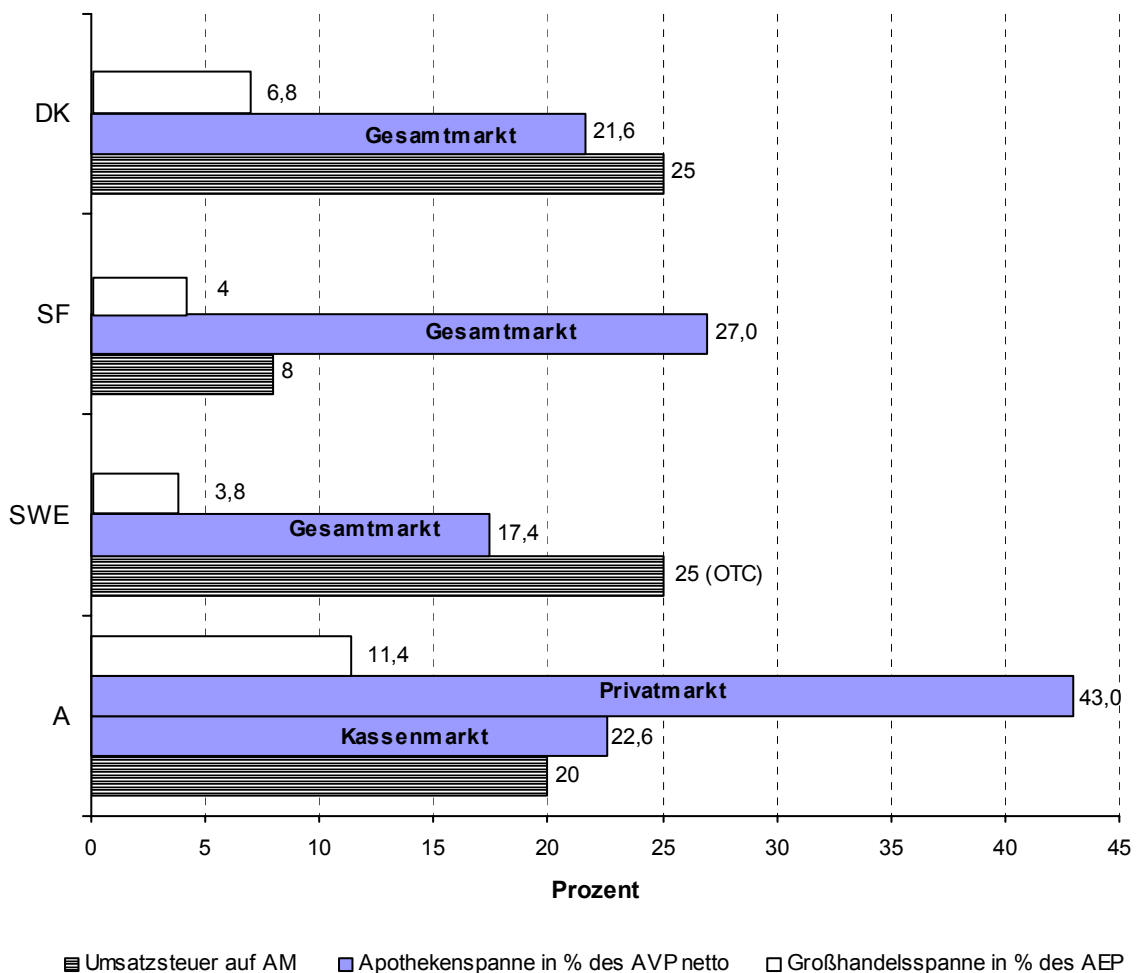
Quellen: siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖBIG 2001c, ÖBIG-eigene Erhebungen

Die durchschnittlichen prozentuellen Großhandelsspannen in den skandinavischen Ländern (vgl. Abbildung 5.3) zählen zu den niedrigsten in der Europäischen Union (ÖBIG 2001e). Österreich liegt mit einer durchschnittlichen Großhandelsspanne von 11,4 Prozent (2001) - und aktuell 11,2 Prozent (2002) - im Mittelfeld der Europäischen Union. Die Großhandelsspanne war in Österreich im Jahr 1997 und dann Mitte 2000 abgesenkt worden. Auch in den anderen Ländern kann bei den durchschnittlichen Großhandelsspannen ein Rückgang im Laufe der 90er-Jahre beobachtet werden.

Ein Vergleich der durchschnittlichen Handelsspannen ist eine übliche Darstellungsweise, bei der Interpretation der Daten sollten aber auch - wie in dieser Studie detailliert aufbereitet - die landesspezifischen Systeme und Strukturen im Großhandel berücksichtigt werden.

Darüber hinaus ist bei der Gegenüberstellung der prozentuellen Handelsspannen das unterschiedliche Preisniveau für Arzneimittel mitzubedenken, welches Einfluss darauf hat, wieviel die Spanne für das Großhandelsunternehmen - oder die Apotheke (für die das Gleiche gilt) - absolut in Euro ausmacht. In „Hochpreisländern“ (Preis auf Herstellerebene), zu denen die skandinavischen Staaten zählen, kann ein Unternehmen trotz eines niedrigen prozentuellen Aufschlagsatzes absolut mehr verdienen. Der in dieser Studie für ausgabenintensive Arzneimittel durchgeführte Vergleich, welcher die Preise auf den verschiedenen Distributionsstufen aufzeigt (vgl. Abschnitt 6.2), veranschaulicht diese These.

Abbildung 5.3: Zusammenschau - Durchschnittliche Spannen für den Großhandel und für Apotheken sowie Umsatzsteuersätze 2001



AEP = Apothekeneinstandspreis; AM = Arzneimittel; AVP = Apothekenverkaufspreis; OTC = Over-the-Counter Produkt, d. h. rezeptfreies Arzneimittel

Finnland: Plus Apothekensteuer von durchschnittlich 7,3 Prozent (2001)

Schweden: Umsatzsteuer für rezeptpflichtige Arzneimittel = 0 Prozent, Umsatzsteuer für OTC-Produkte = 25 Prozent

Österreich: Apothekenspanne bezogen auf den Gesamtmarkt: 29,0 Prozent

Quellen: IWI 2000, siehe Kapitel 2 bis 4 Länderportraits, ÖBIG-eigene Erhebungen (Herba-Chemosan, ÖAK)

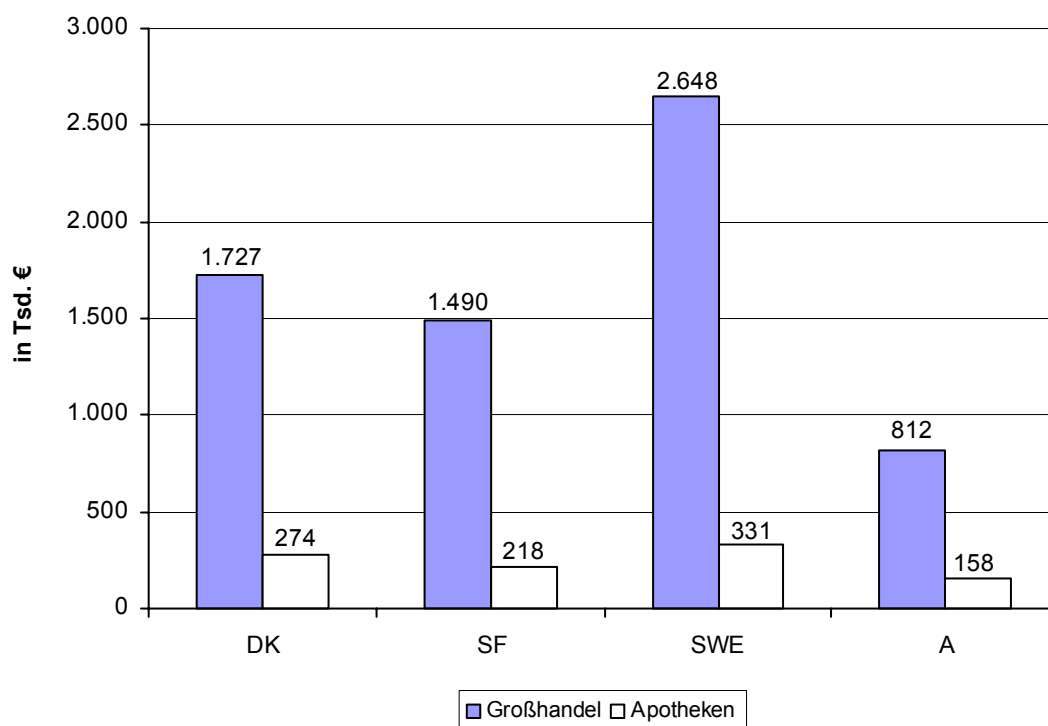
Die in Abbildung 5.3 dargestellten Großhandelsspannen sind „Bruttospalten“, das heißt, sie enthalten Rabatte und Skonti, welche die Großhandelsunternehmen den Apotheken gewähren. Diese Rabatte sind nicht gesetzlich vorgeschrieben. In Österreich werden Rabatte in der Höhe von durchschnittlich vier Prozent bezogen auf den Apothekeneinstandspreis gewährt (Auskunft der ARGE Pharmazeutika). In Finnland und Schweden gibt der Großhandel keine Rabatte an die Apotheken; in Dänemark ist dies gesetzlich erst seit Juli 2000 zulässig, die Rabatte liegen derzeit unter einem Prozent, sind aber tendenziell steigend.

Der skandinavische Großhandel erwirtschaftet deutlich höhere Umsätze als die Branche in Österreich. Die schwedischen Großhändler erzielen mit € 2,6 Millionen die höchsten Umsätze pro Beschäftigtem. Die Umsätze pro Beschäftigtem in der Größenordnung von € 1,7 Millionen im dänischen und von € 1,5 Millionen im finnischen Großhandel sind immerhin mehr als doppelt so hoch als in Österreich (vgl. Abbildung 5.4).

5.5.2 Apotheken

Bei der Regelung der Apothekenspannen kommen in Skandinavien und in Österreich Kalkulationsschemen mit degressiv gestaffelten Höchstaufschlagsätzen zur Anwendung, und zwar auch für nicht-erstattungsfähige Arzneimittel bzw. für OTC-Produkte (vgl. Tabelle 5.8).

Abbildung 5.4: Zusammenschau - Umsatz pro Beschäftigtem im Großhandel und in Apotheken 2000



Tsd. = Tausend

Umsatz- und Beschäftigtendaten für den Großhandel in Österreich: beziehen sich ausschließlich auf Mitglieder der ARGE Pharmazeutika (9 Unternehmen)

Quellen: siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖAK 2002, ÖBIG-eigene Erhebungen (ARGE Pharmazeutika)

In Österreich wurde Anfang 2000 im Rahmen der Politik zur Kostendämpfung zwischen der Österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger das sogenannte „Solidaritätsabkommen“ geschlossen, in dem vereinbart wurde, dass Teile der Umsatzsteigerungen in den Apotheken an die Krankenkasse abzuführen sind. Unter Berücksichtigung des durch das „Solidaritätsmodell“ bedingten Abzugs betrug nach Auskunft der Österreichischen Apothekerkammer die durchschnittliche Apothekenspanne im Jahr 2001 29,0 Prozent. Im Kassenmarkt betrug die durchschnittliche Apothekenspanne 2001 22,6 Prozent (vgl. Abbildung 5.3).

Die durchschnittlichen Apothekenspannen für das Jahr 2001 streuten in Skandinavien zwischen 27,0 Prozent in Finnland und 17,4 Prozent in Schweden (vgl. Abbildung 5.3), womit die schwedische Apothekenspanne zu den niedrigsten in der Europäischen Union zählt (ÖBIG 2001e). Tendenziell haben auch die durchschnittlichen Apothekenspannen in Skandinavien, gleich wie in Österreich, im Laufe der 90er-Jahre abgenommen.

Für die Patienten ist schließlich auch die Höhe der Umsatzsteuer auf Arzneimittel von Relevanz, da sie im Publikumspreis (zur Definition von Publikumspreis siehe Abschnitt 6.2) inkludiert ist. In den untersuchten Ländern sind die Steuersätze auf Arzneimittel eher hoch (vgl. Abbildung 5.3). In Finnland beträgt die Umsatzsteuer auf Arzneimittel zwar „nur“ acht Prozent (im Vergleich zu einem Normalsteuersatz von 22 Prozent), aber im Publikumspreis ist daneben noch eine - vom Umsatz der Apotheke progressiv berechnete - Apothekengebühr enthalten, die im Schnitt sieben Prozent ausmacht.

Bezogen auf die Beschäftigten erzielen die Apotheken in Skandinavien höhere Umsätze als jene in Österreich: in Schweden sind die Apothekenumsätze pro Beschäftigtem doppelt so hoch wie in Österreich (vgl. Abbildung 5.4) - trotz des vergleichsweise hohen Personalstands in den skandinavischen Apotheken (vgl. Punkt 5.6.1). In Dänemark und Schweden werden rund vier Fünftel des Apothekenumsatzes mit Arzneimitteln erwirtschaftet, in Finnland - gleich wie in Österreich - sogar rund 95 Prozent.

5.6 Performance und Versorgungsqualität

5.6.1 Beschäftigte

Großhandel

In Österreich arbeiten im pharmazeutischen Großhandel rund 1.800 Personen. Wie bereits unter Punkt 5.5.1 festgestellt, sind das mehr als doppelt so viele Beschäftigte wie im dänischen und finnischen Großhandel (zirka 700 bzw. 850 Mitarbeiter). In Schweden sind rund 1.000 Personen im Großhandel beschäftigt.

Bezogen auf die Betriebsstätten ist die durchschnittliche Beschäftigtenzahl in Finnland und Schweden deutlich höher als in Österreich (vgl. Tabelle 5.9), was aber angesichts der weit aus höheren Anzahl an Betriebsstätten in Österreich (vgl. Tabelle 5.7) nicht verwundert.

Darüber hinaus sind die Betriebsstätten in diesen Ländern von der Fläche her größer angelegt (vgl. Tabelle 5.10 unter Punkt 5.6.2).

Im Großhandel ist - in Skandinavien wie auch in Österreich - nur ein geringer Anteil an Mitarbeitern mit einer pharmazeutischen Qualifikation beschäftigt. Eine Ausnahme bildet der finnische Großhandel, wo fast ein Viertel der Beschäftigten über eine akademische Pharmazieausbildung (Lang- bzw. Kurzstudium, siehe unter Punkt 3.4.2) verfügt.

In Schweden waren die Lieferungen stets an Transportunternehmen ausgelagert. In den beiden anderen skandinavischen Ländern arbeiten die Großhandelsunternehmen teilweise mit eigenen Fahrern. Doch wird in diesem Bereich - wie auch in Österreich - immer wieder fremd vergeben.

In der zweiten Hälfte der 90er-Jahre hat der Personalstand im österreichischen Großhandel um zirka acht Prozent abgenommen (Daten der ARGE Pharmazeutika). In Skandinavien wiesen einzelne Unternehmen rückläufige Beschäftigtenzahlen auf (so Tamro in Finnland und in Schweden; unter anderem eine Folge der verstärkten Automatisierung in der Logistikverwaltung bzw. der Markteintritt eines Mitbewerbers), während ihre Konkurrenten durchaus Mitarbeiter aufnahmen (beispielsweise KD in Schweden, vgl. Punkt 4.4.2).

Apotheken

Im Apothekenwesen arbeiten in Österreich und in Schweden jeweils rund 11.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, in Finnland zirka 7.000 und in Dänemark rund 4.000.

Tabelle 5.9: Zusammenschau - Kennzahlen zu den Beschäftigten in der Arzneimittel-distribution 2000

Beschäftigte in VZÄ	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Großhandel				
Beschäftigte / Betriebsstätte	69	95	146	66
Apotheken¹				
Beschäftigte / Apotheke	15,0	12,1	11,8	10,1
Beschäftigte / Abgabestelle	2,8	7,1	5,6	- ²
Apotheker/innen ³ / Beschäftigte	21 %	17 %	9 %	38 %
Pharmazeut/innen ⁴ / Beschäftigte	21 %	64 %	57 %	38 %

VZÄ = Vollzeitäquivalente

¹ Beschäftigte in Apotheken inklusive selbstständiger Apothekerinnen und Apotheker

² keine Angabe, da die Abgabestellen in Skandinavien nicht mit Österreich (Apotheken und hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte) vergleichbar sind

³ Studium der Pharmazie (mehrjährig)

⁴ Apothekerinnen und Apotheker plus Personen mit Kurzstudium der Pharmazie (Finnland, Schweden)

Quellen: ÖAK 2002, siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖBIG-eigene Erhebungen (ARGE Pharmazeutika)

Bezüglich der Personalausstattung in Apotheken gilt Österreich in Mitteleuropa als Spitzenreiter (ÖBIG 1998b). Doch die gute personelle Besetzung der österreichischen Apotheken wird von den skandinavischen EU-Ländern sogar noch übertroffen - zumindestens auf den ersten Blick. Denn die Daten sind insofern zu relativieren, weil in Skandinavien die dem Apothekenwesen zugeordneten Personen zum Teil in den nachgelagerten Abgabestellen arbeiten bzw. Apotheker die Abgabestellen mitbetreuen. Bezieht man die Beschäftigtenzahlen auf die Abgabestellen, so zeigt sich ein anderes Bild (vgl. Tabelle 5.9), das allerdings wiederum verzerrend ist. Schwerpunktmäßig arbeiten die meisten Beschäftigten in den Apotheken, die sonstigen Abgabestellen sind nicht so gut personell besetzt.

Mit 40 Prozent weisen die österreichischen Apotheken den mit Abstand höchsten Anteil an Apothekerinnen und Apothekern unter den Beschäftigten auf. Allerdings besteht in Finnland und Schweden die Möglichkeit, ein Kurzstudium der Pharmazie zu absolvieren, welches in Schweden sogar zur Leitung der Apotheke berechtigt. Unter Berücksichtigung dieser Berufsgruppe stechen die Pharmazeuten (Lang- und Kurzstudium) in Finnland und in Schweden mit einer starken Repräsentanz von 57 bzw. 64 Prozent im Apothekenpersonal hervor. Daneben sind in den skandinavischen Apotheken pharmazeutische Fachkräfte beschäftigt, die in etwa den pharmazeutisch-kaufmännischen Assistenten bzw. geprüften Apothekenhelferinnen in Österreich entsprechen.

Grundsätzlich nimmt in Skandinavien wie auch in Österreich die Anzahl der im Apothekenwesen tätigen Mitarbeiter zu, was aber im Zusammenhang mit der steigenden Anzahl an Apotheken zu sehen ist. Die Zahl der Apothekerinnen und Apotheker nimmt ebenfalls zu, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß.

5.6.2 Logistik

Großhandel

Wie bereits aus der Anzahl der Beschäftigten pro Betriebsstätte geschlossen werden kann, sind die Betriebsstätten in Skandinavien, insbesondere in Finnland und Schweden - selbst unter Berücksichtigung der zum Teil sehr großen Varianzen - von der Fläche her größer als in Österreich (vgl. Tabelle 5.10), wo mehr kleinere, regionale Großhändler tätig sind.

Doch für die Versorgungsqualität ist nicht so sehr die Lagerfläche relevant, sondern vielmehr das Angebot an verfügbaren (also lieferbaren) Produkten sowie die Möglichkeit, wie rasch diese den Apotheken und somit den Konsumenten zugestellt werden können.

Hier fällt auf, dass bei der Arzneimittelpalette ein gut sortierter Großhändler in Österreich weit mehr Warenpositionen führt als ein Unternehmen in Dänemark, das vollsortiert ist. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass in den skandinavischen Ländern deutlich weniger Arzneimittel am Markt zur Verfügung stehen. In Finnland und Schweden kommt noch hinzu, dass die Großhandelsunternehmen aufgrund des Einkanalsystems teilsortiert sind und somit nur etwa ein Drittel bzw. die Hälfte der insgesamt am Markt befindlichen Arzneimittel führen.

Tabelle 5.10: Zusammenschau - Aktuelle Kennzahlen zur Logistik bei der Arzneimittel-distribution

Logistik	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Großhandel - Betriebsstätten				
Ø Größe in m ²	6.000	13.000 ¹	11.000 ²	5.500
Arzneimittel auf Lager, gezählt nach Artikel ³	7.000 ⁴	n.v.	4.000 - 5.000 ⁵	15.000 ⁶
Großhandel / Apotheken				
Ø Anzahl Lieferungen pro Tag	1 - 2	1 - 2 ⁷	1	3

n.v. = nicht verfügbar, Ø = durchschnittlich

¹ nur Oriola

² nur Tamro, Durchschnittswert unter Berücksichtigung von Zentrallagern und Betriebsstätten, da zum Teil keine räumliche Trennung besteht

³ unter Berücksichtigung der Packungsgrößen - nicht vergleichbar mit der unter Punkt 5.2.1 angegebenen Anzahl der zugelassenen Arzneimittel

⁴ vollsortiertes Großhandelsunternehmen

⁵ teilsortiert

⁶ „gut sortiertes“ Großhandelsunternehmen (Auskunft der ARGE Pharmazeutika)

⁷ an 5 bis 6 Wochentagen

Quellen: siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖBIG-eigene Erhebungen (ARGE Pharmazeutika, Herba-Chemosan)

Apotheken

Damit Arzneimittel im Bedarfsfall rasch verfügbar sind, müssen sie in ausreichenden Mengen in den Apotheken vorrätig gehalten werden und/oder innerhalb kurzer Zeit beschaffbar sein. Wie gut die Lager in den Apotheken sortiert sind, konnte trotz Recherchen bei den Apothekervereinigungen in den skandinavischen Ländern nicht erhoben werden.

Relevant ist aber primär die Häufigkeit der Lieferungen, bei denen sich ein deutlicher Unterschied zwischen Österreich und Skandinavien abzeichnet. In Österreich sind zwei bis drei Touren pro Tag (selbst in ländlichen Gebieten) Standard, in Einzelfällen können bis zu fünf Belieferungen erfolgen, wenn zum Beispiel „Blitzlieferungen“ in Notfällen eingeschoben werden. In Skandinavien gilt hingegen das 24-Stunden-Prinzip, das heißt, dass die Großhändler innerhalb dieses Zeitraumes liefern müssen. Es ist anzunehmen, dass die geringe Lieferhäufigkeit in Finnland und Schweden durchaus mit dem Einkanalssystem zusammenhängt: Dort werden weniger die Apotheken (und somit die Patienten) denn die Pharma-Firmen als Kunden angesehen, das Mehrkanalsystem fördert hingegen den Wettbewerb unter den Großhändlern.

5.6.3 Leistungen

Der Großhandel betreibt in Skandinavien wie auch in Österreich neben dem „klassischen“ pharmazeutischen Großhandel noch weitere Geschäftsfelder. Da hier aber der Blick auf die Versorgungsqualität für den Konsumenten gelegt wird, sollen in der Folge nur die in die Apo-

theken, direkt für den Patienten relevanten Leistungen dargestellt werden. Einen Überblick bietet Tabelle 5.11.

Die zentrale apothekerliche Leistung ist die Abgabe von Arzneimitteln. Inwiefern dabei Zusatzleistungen durch die Apothekerinnen und Apotheker, wie etwa die Substitution von Originalpräparaten durch generische Alternativen (Generikasubstitution) oder die Abgabe einer Teilmenge eines Fertigarzneimittels, z. B. in Form der Entnahme einzelner Pillen aus einer Großpackung (Auseinzelung), anfallen, hängt primär von den gesetzlichen Rahmenbedingungen ab. In Dänemark und Schweden ist die Generikasubstitution erlaubt (bzw. verpflichtend vorgesehen), in Österreich ist dies nicht der Fall.

Tabelle 5.11: Zusammenschau - Apothekerliche Leistungen

Leistungen	Dänemark	Finnland	Schweden	Österreich
Magistrale Zubereitungen - in ... % der Apo. geleistet	< 1 %	98 %	10 %	100%
Beratung - individuelle Gespräche - Gesundheitsinformation	- ✓	✓ ✓ ¹	- ✓ ²	✓ ✓
Generikasubstitution - erlaubt - verpflichtend	- ✓	- ✓ ³	✓ ✓ ⁴	- -
Auseinzelung - erlaubt - Durchführung ist üblich	- ⁵ (✓) ⁵	- ⁵ (✓) ⁵	✓ ✓	- -
Hauszustellungen - erlaubt - werden angeboten	✓ -	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
Internetapotheken - erlaubt - üblich	✓ ✓	- ⁶ -	✓ ✓	- -
Teilnahme an öf. Programmen ⁷	-	-	-	✓
Pharmaceutical Care	✓	✓	✓	✓

Apo. = Apotheke, öf. = öffentlich

¹ Touchscreen-Informationssystem (Lebensstil- und Gesundheitsinformationen)

² Pilotprojekt: Evaluierung der eingenommenen Arzneimittel der Patienten (z. B. in Hinblick auf Wechselwirkungen)

³ im Falle von generischen Verordnungen (Wirkstoffname)

⁴ ab Oktober 2002 verpflichtend

⁵ nur in Ausnahmefällen erlaubt

⁶ in Diskussion

⁷ z. B. Impfkampagnen

Quellen: ÖBIG 2000a, siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖBIG-eigene Erhebungen

Im Rahmen der Abgabe von Arzneimitteln ist die Beratung der Konsumenten eine Standardleistung in den europäischen Apotheken. Die Frage ist nur, wie weit die Beratung und die Gesundheitsinformation im Einzelfall geht. In Skandinavien wird seit Jahren stark auf Infor-

mationskampagnen und Pharmaceutical Care gesetzt, in Österreich sind die Pharmaceutical Care-Projekte ebenfalls im Kommen.

Schließlich sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass neben der Abgabe einschließlich Beratung und Information Apotheken auch als „Arzneimittelproduzenten“ tätig werden. Die Herstellung apothekeneigener Zubereitungen hat in Österreich Tradition, in Skandinavien sind hingegen nur in Finnland magistrale Herstellungen üblich.

6 Preisvergleich

6.1 Auswahl der Arzneyspezialitäten

In diesem Kapitel werden die Preise von ausgewählten erstattungsfähigen Arzneyspezialitäten, die in den untersuchten skandinavischen Ländern sowie in Österreich in identischer Form am Markt sind, auf allen Preisniveaus untersucht. Untersuchungszeitraum war der Mai 2002.

Hintergrund des Preisvergleichs ist, dass immer mehr Länder wie z. B. Dänemark bei der Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln deren Preisgestaltung in anderen europäischen Staaten mit berücksichtigen. Auch von der Österreichischen Preiskommision werden die Preise von Arzneyspezialitäten in den EU-Ländern betrachtet.

Als Datenquelle für den Preisvergleich diente das ÖBIG Pharma-Preisinformationsservice, welches auf nationalen Datenbanken basiert. Die österreichischen Preise wurden der sogenannten „Spezialitätenliste“, dem Warenverzeichnis der lieferbaren Arzneyspezialitäten in Österreich (ÖAV 2002) bzw. dem Heilmittelverzeichnis des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Stand per 1. April 2002 (HVSVT 2002), entnommen. In die Analyse flossen generell die offiziellen, verlautbarten Preise der untersuchten Arzneyspezialitäten ein (unter Außerachtlassung etwaiger Skonti, Rabatte wie z. B. Kassenrabatt und dergleichen). Tatsächlich kommen jedoch in den meisten untersuchten Ländern derartige Diskonte zur Anwendung (vgl. Länderportraits, Kapitel 2 bis 4). In Österreich beträgt der gesetzliche Kassenrabatt im Schnitt 7,7 Prozent (Stand 2002).

Da es sich um einen exemplarischen Preisvergleich handelt, wurde die unterschiedliche Kaufkraft in den Ländern nicht berücksichtigt. Die Preise aus den Nicht-Euro-Ländern Dänemark und Schweden wurden mit dem Wechselkurs vom 31. Mai 2002 in Euro umgerechnet.

Methodik

Die Vorauswahl der Arzneimittel für die Analyse erfolgte anhand eines Scoringverfahrens, welches von 20 „Blockbustern“, das heißt Arzneimittel mit hohen Umsätzen, im Jahr 2000 in allen vier untersuchten Ländern ausging. Für Österreich wurden ergänzend die nach Angaben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 20 kostenintensivsten Arzneyspezialitäten für die Krankenkassen in die Vorauswahl aufgenommen.

Jeder dieser Arzneyspezialitäten wurden in Entsprechung ihres gesamten Umsatzes zwischen einem und 20 Punkte zugemessen, und die erzielten Punktwerte anschließend aufsummiert sowie gereiht. Von den zwölf bestplatzierten Produkten wurden in Absprache mit dem Auftraggeber fünf Arzneyspezialitäten unter Berücksichtigung nachstehender Kriterien verglichen:

- Marktverfügbarkeit in allen vier untersuchten Ländern (Österreich, Dänemark, Finnland, Schweden) in identer Form (Wirkstoff, Stärke, Darreichungsform) und durch denselben Hersteller bzw. Lizenznehmer
- Erstattungsfähigkeit
- Ausrichtung auf den ambulanten Bereich, das heißt Ausschluss von krankenhausexklusiven Arzneispezialitäten
- hoher Umsatz - speziell zu Lasten der öffentlichen Hand - im niedergelassenen Bereich
- Rezeptpflicht

Der Schwerpunkt wurde nicht zuletzt deshalb auf rezeptpflichtige Arzneimittel gelegt, da in den untersuchten Ländern vergleichsweise nur wenig OTC-Produkte am Markt (vgl. Punkt 5.2.1) und diese im Normalfall nicht erstattungsfähig sind. Darüber hinaus können die Preise von freiverkäuflichen Produkten - wie dies beispielsweise in Dänemark der Fall ist - je nach Abgabestelle unterschiedlich sein.

In Anwendung obiger Kriterien musste daher z. B. das im Zuge des Scoringverfahrens höchstgerahnte Produkt, der Protonenpumpeninhibitor Losec® des Herstellers AstraZeneca zur Behandlung von Magen- bzw. Zwölffingerdarmgeschwüren oder von Refluxösophagitis, ausgeschieden werden. Der Grund war, dass keine Marktverfügbarkeit in identischer Form (das Arzneimittel ist in Schweden nur als Losec MUPS®, das heißt als Brausetablette in Kombination mit Magnesium am Markt) gegeben war.

Stichprobe

Schließlich wurden die in Tabelle 6.1 angeführten Produkte ausgewählt, wobei berücksichtigt wurde, dass identische Produkte häufig unter unterschiedlichen Handelsnamen („Brand“) vermarktet werden, wie das Beispiel Lipitor® der Firma Pfizer zeigt, das in Österreich als Sortis® und in Dänemark unter der Bezeichnung Zarator® am Markt ist.

Tabelle 6.1: Preisvergleich - Beschreibung der untersuchten Arzneispezialitäten

Handelsname	Wirkstoff	Kurzbeschreibung/ Indikation	Inhaber	ATC	Stärke	Form	Pkg.
Norvasc®	Amlodipin	Kalziumantagonist, Behandlung von arterieller Hypertonie bzw. Angina Pectoris	Pfizer	C08CA01	5 mg	Tablette	28 / 30 Stk.
Seropram® (A) / Cipramil® (SWE, SF, DK)	Citalopramhydrobromid	Antidepressivum, Selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer	Lundbeck	N06AB04	20 mg	Filmtablette	28 Stk.
Sortis® (A) / Lipitor® (SWE, SF) / Zarator® (DK)	Atorvastatin	HMG-CoA Reduktasehemmer, zur Senkung des Cholesterin- und Triglyzeridspiegels	Goedecke / Pfizer	C10AA05	10/20/40 mg	Tablette	30 Stk.
Zocord® (A, SWE) / Zocor® (DK, SF)	Simvastatin	HMG-CoA Reduktasehemmer zur Senkung des Cholesterinspiegels	MSD	C10AA01	20/40 mg	Tablette	28 / 30 Stk.
Zyprexa®	Olanzapin	Neuroleptikum, Behandlung von Schizophrenie	Eli Lilly	N05AH03	10 mg	Filmtablette	56 / 28 Stk.

ATC = ATC-Code = anatomische, therapeutische und chemische Gruppe, Inhaber = Hersteller bzw. Zulassungsinhaber, mg = Milligramm, Pkg. = Packungsgröße, Stk. = Stück

Quelle: ÖBIG - PPI

6.2 Preisniveaus

In den nachstehend dargestellten Ergebnissen des Preisvergleichs werden folgende Preisstufen abgebildet:

- Fabrikabgabepreis (FAP),
- Apothekeneinstandspreis bzw. Großhandelspreis (AEP),
- Kassenpreis bzw. Apothekenverkaufspreis exklusive Umsatzsteuer (AVP/KP netto) und
- Kassenpreis bzw. Apothekenverkaufspreis inklusive Umsatzsteuer (AVP/KP brutto).

Eine gängige Bezeichnung für den AVP brutto ist Publikumspreis, da es sich um den Preis handelt, den ein Letztverbraucher bei Erwerb eines Arzneimittels zu bezahlen hat. Für die öffentliche Hand (Nationaler Gesundheitsdienst oder Sozialversicherung) ist jedoch auch der Erstattungspreis (vgl. unten), das heißt, der Preis, den sie als Träger der Arzneimittelkosten zu bezahlen hat, von Interesse.

In Österreich wird der Publikumspreis anhand von gesetzlichen Aufschlägen auf den Fabrikabgabepreis eines Arzneimittels ermittelt, während in Skandinavien der sogenannte „angemessene“ Großhandelspreis die Ausgangsbasis für die Aufschläge bildet.

Dieser „angemessene“ Preis wird von der öffentlichen Hand unter Einbeziehung verschiedenster Kriterien wie dem gesundheitsökonomischen und therapeutischen Wert des Arzneimittels und dem Preis des Produkts in anderen europäischen Ländern festgelegt bzw. mit der Industrie verhandelt. Ausgehend vom Großhandelspreis wird unter Heranziehung des gesetzlichen Kalkulationsschemas (vgl. Tabelle 2.5, 3.5 und 4.5 im jeweiligen Länderportrait) der maximal mögliche Apothekenverkaufspreis festgelegt.

In Skandinavien entspricht dieser Publikumspreis - unter Außerachtlassung etwaiger Rabatte - meist dem Erstattungspreis, während in Österreich der Erstattungspreis immer niedriger als der Publikumspreis ist. Der Grund dafür ist, dass in Österreich für verordnete Arzneimittel im niedergelassenen Bereich, deren Kosten zu Lasten der öffentlichen Hand gehen, ein um 15 Prozent niedrigerer Aufschlagsatz als jener für Letztverbraucher gilt. Dieser Erstattungspreis, der von den Apotheken mit der jeweiligen Krankenkasse verrechnet wird, wird in Österreich als Kassenpreis (KP) bezeichnet und in nachstehenden Abbildungen anstelle des Publikumspreises dargestellt. Der Grund dafür ist, dass in den Preisvergleich ausschließlich erstattungsfähige, rezeptpflichtige Arzneimittel einbezogen wurden und der Publikumspreis in Österreich nur im OTC-Markt eine Rolle spielt. Etwaige Refakzievereinbarungen auf allen Preisebenen wurden im Kassenpreis berücksichtigt, der gesetzliche Kassenrabatt jedoch nicht (vgl. dazu Abschnitt 6.1).

Für Arzneimittel, die unter das in Schweden und Dänemark existierende Referenzpreissystem fallen, das heißt Generika oder parallelimportierte Arzneimittel, kann der Erstattungspreis, der sogenannte Referenzpreis, jedoch auch niedriger als der Publikumspreis sein (vgl. Abschnitte 2.1 und 4.1).

In Dänemark kann der Erstattungsbetrag auch bei Produkten, die nicht unter das Referenzpreissystem fallen - namentlich bei neueren Arzneimitteln, deren dänischer Preis höher ist als der europäische Durchschnittspreis - unter dem Publikumspreis liegen. Der Grund dafür ist in den zeitweise von der Regierung verordneten Preisstopps zu sehen (vgl. dazu auch ÖBIG 2001a, Abschnitt 3.2).

Details zur Festsetzung von (Erstattungs-)Preisen können für die skandinavischen Länder dem jeweiligen Länderportrait (vgl. Abschnitte 2.1, 3.1 und 4.1) und für Österreich der ÖBIG-Studie „Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. Österreich“ (ÖBIG 2001d) entnommen werden.

6.3 Ergebnisse nach Arzneyspezialitäten

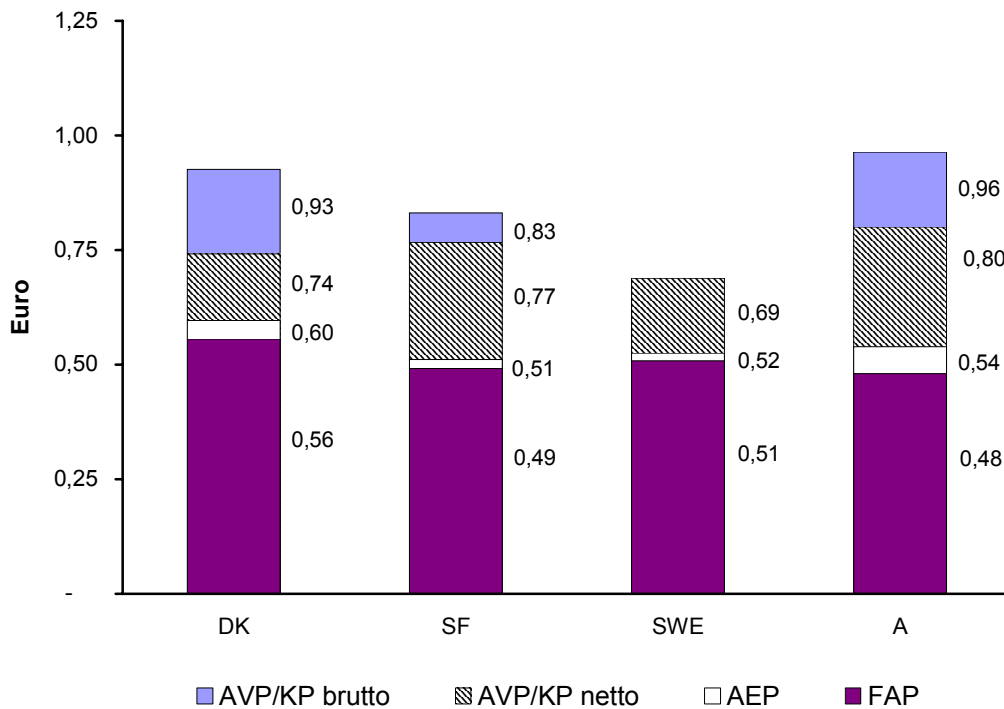
Alle Darstellungen enthalten Preise pro abgegebener Einheit (z. B. pro Tablette) und bilden wie bereits erwähnt alle Distributionsstufen - verkörpert durch die jeweiligen Preisniveaus - ab. Die detaillierten Ergebnisse können dem Anhang entnommen werden.

Norvasc

Der Fabrikabgabepreis von Norvasc® 5mg ist in Österreich um rund 14 Prozent niedriger als in Dänemark (vgl. Abbildung 6.1). Auch beim Apothekeneinstandspreis liegt der österreichische Preis unter dem dänischen, doch der Nettoverrechnungspreis der österreichischen Sozialversicherung (KP netto) ist um rund acht Prozent höher als der vergleichbare dänische Apothekenverkaufspreis (AVP netto). Im Vergleich zu Schweden beträgt der Preisunterschied über 16 Prozent.

Vergleicht man nun den skandinavischen Bruttoapothekenverkaufspreis (AVP brutto), der in diesen Ländern auch Basis für die Erstattung durch den Nationalen Gesundheitsdienst bzw. die Sozialversicherung ist, mit dem österreichischen Bruttokassenpreis (KP brutto), so ist Norvasc® in Österreich am teuersten, wenngleich sich aufgrund der um fünf Prozentpunkte höheren Umsatzsteuer der Unterschied zu Dänemark jedoch fast egalisiert hat.

Abbildung 6.1: Preisvergleich - Norvasc®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP^{1,2}



AEP = Apothekeneinstandpreis, AVP brutto = Publikumspreis inklusive Umsatzsteuer, AVP netto = Apothekenverkaufspreis exkl. Umsatzsteuer, FAP = Fabrikabgabepreis, KP = Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung etwaiger Rabatte

¹ 5 mg Tabletten der Firma Pfizer, Packungsgröße 28 Stück (DK, SF, SWE) bzw. 30 Stück (A); Wechselkurs vom 31.5.2002

² Norvasc wäre in DK, SF und SWE auch in anderen Packungsgrößen wie 98 oder 100 Stück erhältlich

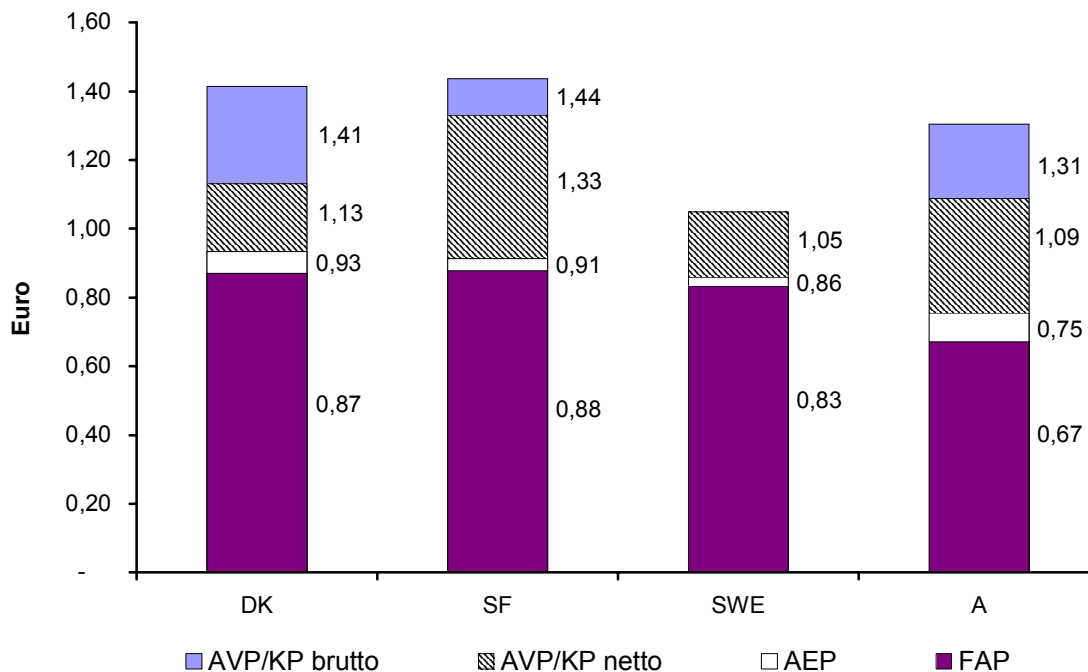
Quellen: ÖBIG - PPI, ÖAV 2002

Seropram

Seropram®, das in den skandinavischen Ländern unter dem Namen Cipramil® vermarktet wird, ist ein Produkt des dänischen Herstellers Lundbeck. In Abbildung 6.2 ist deutlich zu erkennen, dass der Preis dieses Antidepressivum auf allen Preisebenen in Finnland am höchsten ist. Am günstigsten ist Seropram in Schweden: Der schwedische AVP liegt um über 25 Prozent unter dem finnischen.

Der österreichische Kassenpreis liegt deutlich unter dem finnischen bzw. dänischen Apothekenverkaufspreis, nur in Schweden ist das Produkt - auch auf Ebene des AEP - günstiger als in Österreich.

Abbildung 6.2: Preisvergleich - Seropram® / Cipramil®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP^{1,2}



AEP = Apothekeneinstandspreis, AVP brutto = Publikumspreis inklusive Umsatzsteuer, AVP netto = Apothekenverkaufspreis exkl. Umsatzsteuer, FAP = Fabrikabgabepreis, KP = Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung etwaiger Rabatte

¹ 20 mg Filmtabletten der Firma Lundbeck, Packungsgröße 28 Stück; Wechselkurs vom 31.5.2002

² Cipramil bzw. Seropram wären auch in anderen Packungsgrößen, wie 14, 56 oder 98 bzw. 100 Stück erhältlich

Quellen: ÖBIG - PPI, ÖAV 2002

Über die gängigen Packungsgrößen hinweg betrachtet ist der FAP in Österreich um beinahe 20 Prozent geringer als in den Vergleichsländern. Der AEP ist in Skandinavien ebenfalls durchwegs höher - im Schnitt um 16,3 Prozent - als in Österreich.

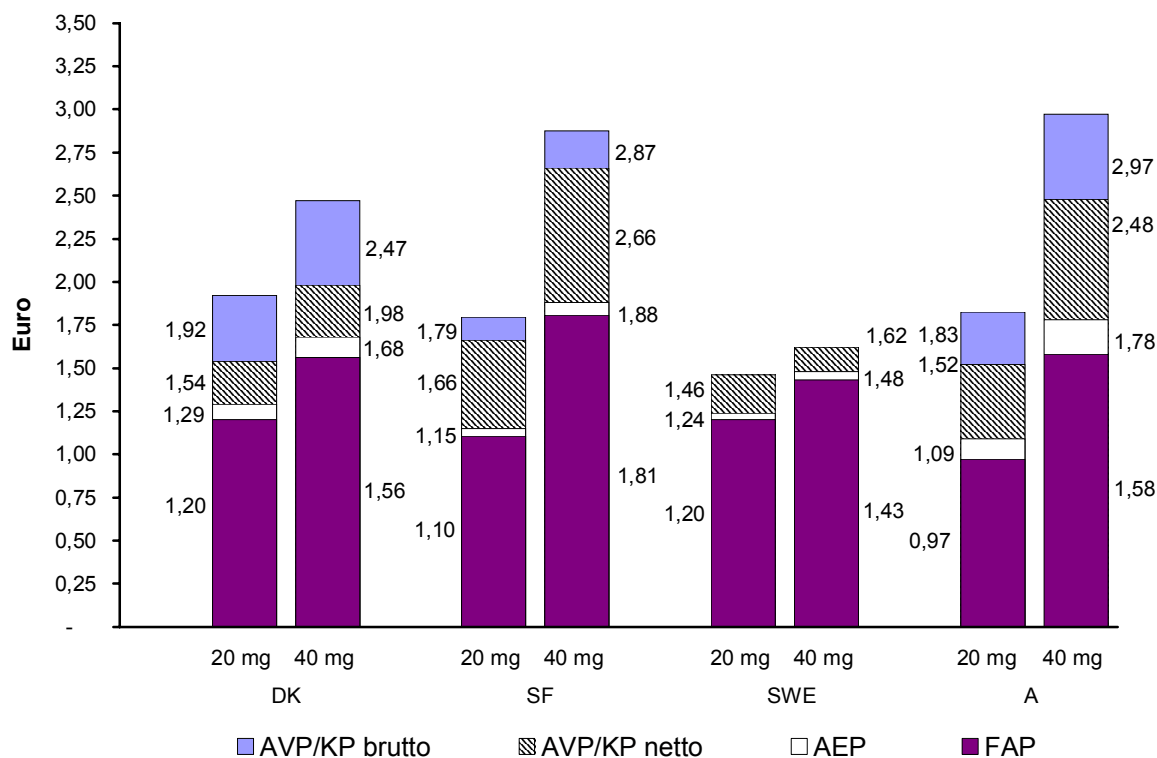
Eine Analyse dieses gängigen Antidepressivums zeigt das interessante Ergebnis, dass der Preis in Dänemark im Juni 2002 im Vergleich zum Vormonat erneut zurückgegangen ist. Dies ist vielleicht auf die Tatsache zurückzuführen, dass der Patentschutz - ebenso wie in Österreich - im Ablauf begriffen ist, was den Preis - speziell im Hinblick auf eine potenzielle Aufnahme in das dänische Referenzpreissystem - drücken wird (vgl. dazu Abschnitt 2.1).

Zocord

Bei der 20-mg-Form dieses Lipidsenkens der Firma MSD fällt der relativ einheitliche Fabrikabgabepreis in den skandinavischen Ländern auf, der im Schnitt um etwas über 20 Prozent über jenem in Österreich liegt (vgl. Abbildung 6.3). Auch der AEP (- 11,1 Prozent) und der AVP/KP netto (- 2,1 Prozent) sind in Österreich niedriger als in Finnland, Dänemark und Schweden.

Der österreichische Kassenpreis liegt jedoch um durchschnittlich knapp sechs Prozent über den Bruttoapothekenverkaufspreisen in den skandinavischen EU-Ländern.

Abbildung 6.3: Preisvergleich - Zocor(d)®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP¹



AEP = Apothekeneinstandpreis, AVP brutto = Publikumspreis inklusive Umsatzsteuer, AVP netto = Apothekenverkaufspreis exkl. Umsatzsteuer, FAP = Fabrikabgabepreis, KP = Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung etwaiger Rabatte

¹ 20 mg und 40 mg Tabletten der Firma MSD,

Packungsgröße 20 mg: 28 (DK, SF, SWE) bzw. 30 (A) Stück;

Packungsgröße 40 mg: 28 (DK, SF) bzw. 30 (A) oder 98 (SWE) Stück; Wechselkurs vom 31.5.2002

Quellen: ÖBIG - PPI, ÖAV 2002

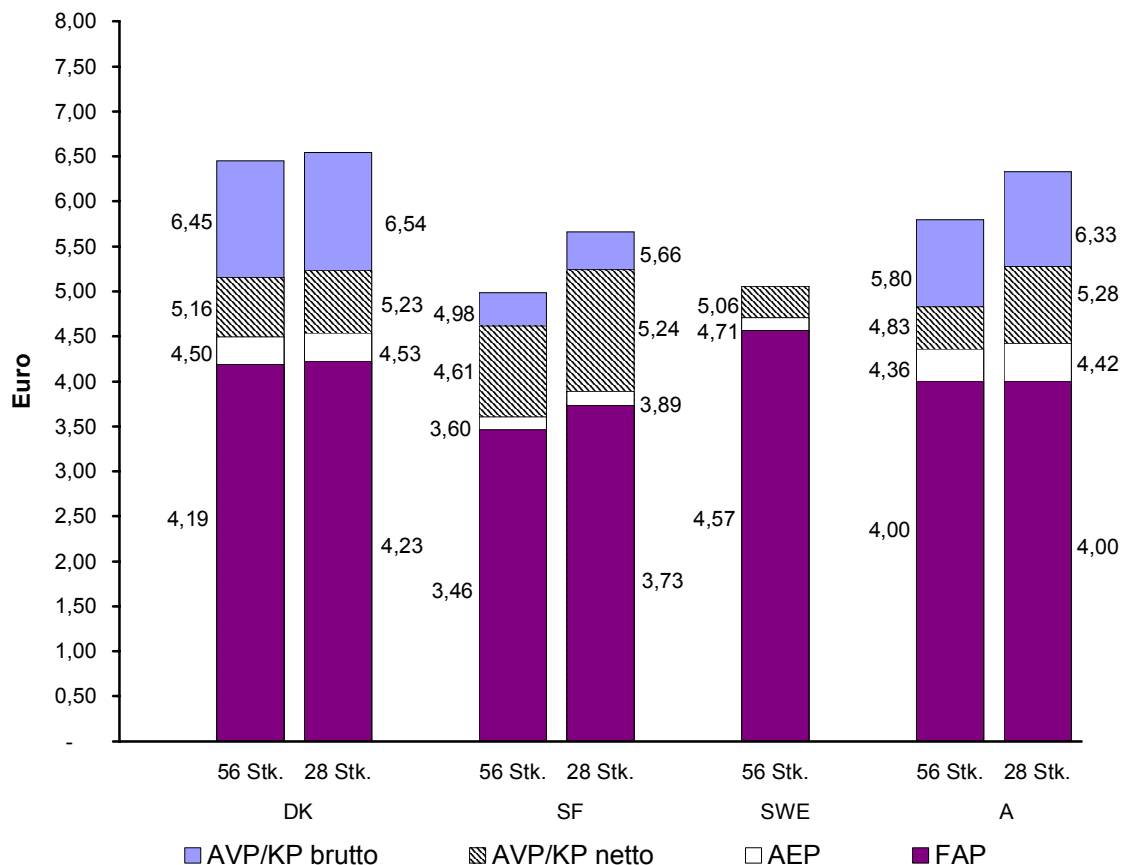
Bei Zocor(d)® mit der Wirkstoffstärke 40 mg sind die Unterschiede noch stärker ausgeprägt: Hier ist bereits der österreichische Nettokassenpreis im Durchschnitt um beinahe 19 Prozent höher als in Skandinavien, und der österreichische KP brutto ist beispielsweise um 80 Prozent höher als der schwedische. Diese hohe Preisdifferenz ist aber zum Gutteil auf die Tatsache, dass es sich in Schweden um eine Großpackung (98 Stück) handelt und - wie bereits erwähnt - beim Bezug des Arzneimittels keine Umsatzsteuer anfällt, zurückzuführen. Die entsprechende Differenz gegenüber Finnland - mit einer vergleichbaren Packungsgröße - ist mit einem dreiprozentigen Unterschied hingegen vernachlässigbar.

Auffällig ist bei diesem Arzneimittel der enorme Unterschied bei den Preisen bezogen auf die Wirkstoffstärke, obwohl diese die Produktionskosten eines Arzneimittels meist nur unwesentlich beeinflusst.

Zyprexa

Mit Ausnahme des AVP/KP brutto ist das Neuroleptikum Zyprexa® auf allen Preisstufen in Finnland am billigsten. Der Apothekenverkaufspreis brutto ist hingegen - wie bei allen untersuchten Produkten - in Schweden am niedrigsten, was aber vor allem auf die nicht anfallende Umsatzsteuer zurückzuführen ist, da der FAP im Ländervergleich am höchsten ist.

Abbildung 6.4: Preisvergleich - Zyprexa®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP¹



AEP = Apothekeneinstandpreis, AVP brutto = Publikumspreis inklusive Umsatzsteuer, AVP netto = Apothekenverkaufspreis exkl. Umsatzsteuer, FAP = Fabrikabgabepreis, KP = Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich (inkl. Refakzie) ohne Berücksichtigung etwaiger Rabatte

¹ 10 mg (Film)tableten der Firma Eli Lilly, Packungsgröße 28 (A, DK, SF) und 56 (A, DK, SF, SWE) Stück; Wechselkurs vom 31.5.2002

Quellen: ÖBIG - PPI, ÖAV 2002

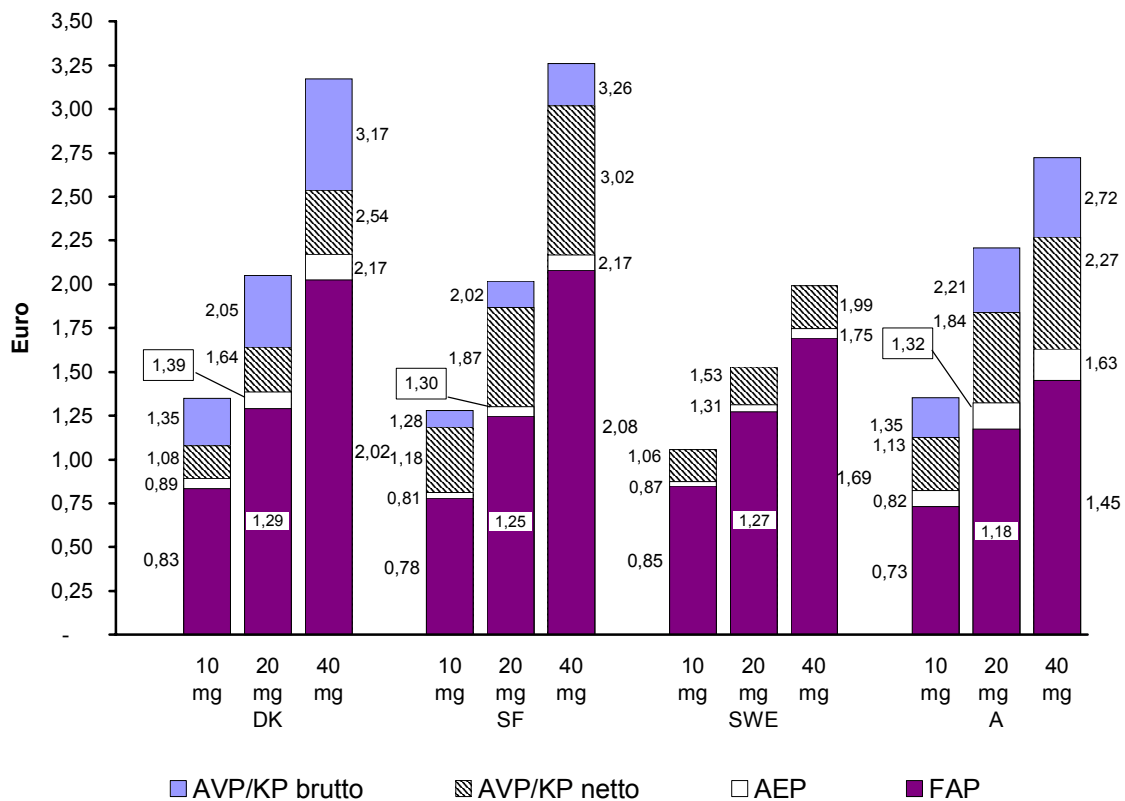
Gesamt gesehen verursacht eine Packung Zyprexa® unter Berücksichtigung der beiden Packungsgrößen in Dänemark die höchsten Kosten für die öffentliche Hand. Bei näherer Betrachtung des österreichischen Nettokassenpreises zeigt sich aber beispielsweise bei der 28-Stück-Packung, dass dieser, trotz der bestehenden Refakzievereinbarung, noch über den vergleichbaren Apothekenverkaufspreisen in Skandinavien liegt. Die 56-Stück-Packung ist hingegen auf Ebene des AVP/KP netto nur in Finnland billiger als in Österreich.

Sortis

Abbildung 6.5 illustriert die unterschiedlichen Preise eines Arzneimittels abhängig von der Wirkstoffstärke. Gut erkennbar ist an diesem Beispiel des Weiteren die degressive Kalkulation der Arzneimittelpreise in Österreich.

Entspricht der Bruttokassenpreis des 10-mg-Präparats in Österreich jenem in Dänemark und in etwa jenem in Finnland, so ist dies bei der teureren 40-mg-Filtablette nicht mehr der Fall: Hier schlägt der hohe FAP in Finnland und auch in Dänemark auf alle Distributionsebenen durch, weshalb das Arzneimittel in Österreich um über 21 Prozent geringere Kosten für die Sozialversicherung verursacht als in diesen beiden Ländern. Interessant ist dabei, dass die Fabrikabgabepreise in Dänemark und Finnland sehr ähnlich sind.

Abbildung 6.5: Preisvergleich - Sortis® / Zarator® / Lipitor®, Preis pro Einheit nach FAP, AEP und AVP/KP¹



AEP = Apothekeneinstandpreis, AVP brutto = Publikumspreis inklusive Umsatzsteuer, AVP netto = Apothekenverkaufspreis exkl. Umsatzsteuer, FAP = Fabrikabgabepreis, KP = Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich (inkl. Refakzie bei 10mg) ohne Berücksichtigung etwaiger Rabatte

¹ 10, 20 und 40 mg Filtabletten der Firma Pfizer, Packungsgröße 30 Stück; Wechselkurs vom 31.5.2002

Quellen: ÖBIG - PPI, ÖAV 2002

Der AEP ist in den nordischen EU-Ländern in allen Wirkstoffstärken (mit Ausnahme des 20-mg-Präparats in Schweden) deutlich höher als in Österreich, während beim Apothekenabga-

bepreis ohne Umsatzsteuer die Preise in Schweden und Dänemark (letzteres mit Ausnahme des 40-mg-Präparats) unter jenen in Österreich und Finnland liegen.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser exemplarischen Untersuchung können nicht eins zu eins auf den gesamten Arzneimittelmarkt eines Landes übertragen werden. Durch die Auswahl von Arzneispezialitäten, die aufgrund ihrer Erstattungsfähigkeit und ihres hohen Umsatzes für die öffentliche Hand in jedem der vier Länder von Interesse sind (sogenannte „Blockbuster“), ist das Resultat aber durchaus repräsentativ bzw. lassen sich Trends erkennen. So zeigt sich sehr deutlich, dass die Fabrikabgabepreise in Österreich tendenziell niedriger sind als in Skandinavien, während es auf dem anderen Ende der Preisskala umgekehrt ist:

Im Durchschnitt über alle untersuchten Arzneispezialitäten sind die Fabrikabgabepreise in den skandinavischen EU-Ländern um rund 12,3 Prozent höher als in Österreich. Ein Einzelpreisvergleich von über 100 Arzneispezialitäten aus dem Jahr 1992 hatte zu ähnlichen Resultaten geführt: Auch damals lagen die schwedischen Fabrikabgabepreise beispielsweise im Schnitt um 16 Prozent über den österreichischen (ÖBIG 1993).

Auf der Ebene des AEP schwächt sich der auf FAP-Niveau bestehende mittlere Preisabstand ab: Hier sind die Preise in Dänemark, Finnland und Schweden im Schnitt nur mehr um 5,4 Prozent höher. Dies ist umso bemerkenswerter, da Österreich von allen untersuchten Ländern die höchste durchschnittliche Großhandelsspanne aufweist. In Absolutbeträgen betrachtet sind die Erträge in Österreich jedoch meist größer.

Eine Trendumkehr zeigt sich nun beim AVP bzw. KP netto: Ab dieser Distributionsstufe sind die Preise in Skandinavien im Mittel um 1,6 Prozent niedriger als der vergleichbare österreichische Kassenpreis ohne Berücksichtigung der Umsatzsteuer.

Der Publikumspreis ist immer in Schweden am niedrigsten: Dies ist aber ausschließlich darauf zurückzuführen, dass rezeptpflichtige Arzneimittel dort umsatzsteuerbefreit und in der Folge der AVP netto und der AVP brutto immer gleich hoch sind. Ein Vergleich der Publikumspreise zwischen Gesamtskandinavien und Österreich ist daher nur sehr eingeschränkt möglich. Die österreichischen Kassenpreise unter Berücksichtigung der Umsatzsteuer liegen bei den untersuchten fünf Arzneispezialitäten in der weiteren Folge im Schnitt um zirka acht Prozent über den vergleichbaren Arzneimittelpreisen (AVP brutto) in Skandinavien (vgl. Abschnitt 6.2 und auch ÖBIG 2001e).

Zusammenfassend ergibt sich die Vermutung, dass die Arzneimittelpreise in Österreich mit steigender Distributionsstufe im Vergleich zu den skandinavischen Ländern überdurchschnittlich zunehmen.

7 Resümee

In diesem abschließenden Kapitel werden die im vorangegangenen Kapitel 6 anhand einiger Produkte exemplarisch aufgezeigten Varianzen bei Arzneimittelpreisen auf den verschiedenen Distributionsstufen vor dem Hintergrund der bereits im Kapitel 5 herausgearbeiteten Unterschiede in der Arzneimitteldistribution zwischen Skandinavien und Österreich analysiert (Abschnitt 7.1). Aufbauend auf dieser Analyse entwickelt das ÖBIG Empfehlungen in Bezug auf internationale Arzneimittelpreisvergleiche (Abschnitt 7.2).

7.1 Analyse

Vorab ist eine grundlegende Einschätzung festzuhalten: Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln ist sowohl in Skandinavien als auch in Österreich nicht nur gesichert, sie befindet sich in all diesen Ländern auf einem hohen Niveau: Das heißt, Dänemark, Finnland, Österreich und Schweden gewähren ihren Einwohnern Zugang zu hochwertigen, sicheren Arzneimitteln und bauen laufend die Arzneimittelversorgung quantitativ und qualitativ aus. Im Detail bestehen allerdings Unterschiede, die großteils in - oftmals historisch gewachsenen - länderspezifischen Systemen und Strukturen in der Versorgung bedingt sind.

Vertriebsstrukturen

Bei Diskussionen über den Arzneimittelvertrieb in Skandinavien wird oft unverzüglich auf das Einkanalssystem im Großhandel verwiesen. Zu Recht: Diese besondere Struktur hat wesentliche Konsequenzen in Hinblick auf Wettbewerb, Preisgestaltung, Leistungsangebot und Versorgungsqualität für Konsumenten.

Einkanalssystem im Großhandel

Allerdings darf Skandinavien nicht automatisch mit dem Einkanalssystem gleichgesetzt werden. Das Einkanalssystem im Großhandel gibt es innerhalb der Europäischen Union nur in Finnland und Schweden, in letzterem Land aufgrund einer schon mehrmals gewährten, zeitlich befristeten Ausnahmeregelung der Wettbewerbsbehörde. In Finnland stünde es den Herstellern grundsätzlich frei, ihre Arzneimittel über mehrere Großhändler zu vertreiben, aber dennoch wählen sie von sich aus das Einkanalssystem. Es spricht also viel dafür, dass das Einkanalssystem nicht nur den Großhandelsunternehmen, sondern auch den pharmazeutischen Firmen entgegen kommt, wie auch die Ausführungen unter dem Punkt „Kunden“ weiter unten veranschaulichen.

Weniger Großhandelsunternehmen in Skandinavien

Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in der deutlich geringeren Anzahl an Großhandelsunternehmen in Skandinavien - eine Folge des Konzentrationsprozesses, der dort schon viel früher stattgefunden hat. Bezogen auf Österreich stellt sich die Frage, ob und

wann der Konzentrationsprozess die Zahl der österreichischen Großhandelsunternehmen dezimieren wird. Von bedeutenden Akteuren im österreichischen Großhandel wird die Ansicht vertreten, es wäre möglich, dass sich letztendlich drei führende Großhandelsunternehmen den Markt aufteilen werden. Es ist aber durchaus vorstellbar, dass sich in bestimmten Regionen bzw. Märkten kleinere (regionale bzw. auf die Belieferung der hausapothekenführenden Ärzte spezialisierte) Großhändler sehr wohl halten können. Stark spezialisierte Großhändler (regional bzw. bezogen auf die Kunden) sind in Finnland und in Schweden nicht vorhanden.

Versorgung

Im Vergleich zu den skandinavischen Ländern liegt die Apothekendichte in Österreich eher hoch, auch bezogen auf alle Abgabestellen von Arzneimitteln weist Österreich - nach dem Spitzenreiter Dänemark in dieser Reihung - eine relativ hohe Versorgungsdichte auf.

Apotheken und weitere Abgabestellen

Der entscheidende Unterschied zwischen Österreich und Skandinavien, wo es ebenfalls eine Arzneimittelversorgung in dünn besiedelten Gegenden zu gewährleisten gilt, besteht in der Wahl der Personen bzw. Stellen, die - ergänzend zu den Apotheken - zur Abgabe von Arzneimitteln befugt sind. Während in Österreich den Konsumenten fast gleich viele hausapothekenführende Ärzte wie öffentliche Apotheken zur Verfügung stehen, werden in den skandinavischen Ländern selbstdispensierende Ärzte in der Arzneimittelversorgung (fast) nicht eingesetzt. Stattdessen wurden in den drei untersuchten skandinavischen Staaten Filialapotheken und verschiedenste Typen von Abgabe- und Verkaufsstellen, welche im Allgemeinen einer Apotheke unterstellt sind, eingerichtet. Auch Internetapotheken - wobei die Arzneimittel über reale Apotheken zugestellt werden - haben in Skandinavien ganz legal ihren Betrieb aufgenommen.

Performance der Abgabestellen

Die skandinavischen Abgabestellen sind jedoch nicht völlig gleichwertig gegenüber den Apotheken, was das Leistungsangebot in quantitativer (eingeschränkte Produktpalette, manchmal nur OTC-Produkte) und in qualitativer Hinsicht (geringerer Personalstand, oft kein Pharmazeut vor Ort vertreten) betrifft.

Preise

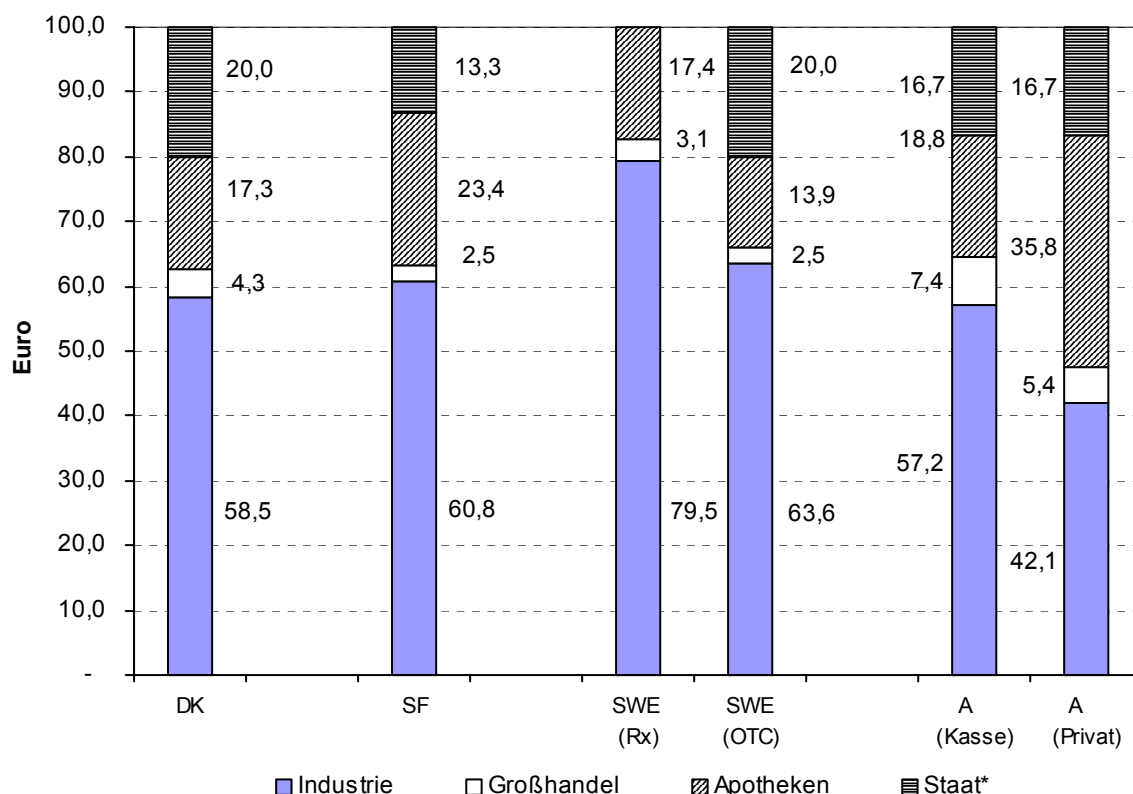
Wie der in dieser Studie vorgenommene Preisvergleich mit ausgewählten Arzneimitteln aufgezeigt hat, sind die österreichischen Preise auf Herstellerebene (Fabrikabgabepreise) im Vergleich zu Skandinavien eher niedriger, die Apothekenverkaufs- bzw. Kassenpreise - unter Außerachtlassung der Umsatzsteuer - hingegen höher. Die Ergebnisse des exemplarischen Preisvergleiches (vgl. Abschnitt 6.3) decken sich mit dem Bild, das die Aufgliederung der Preisstruktur für ein durchschnittliches Arzneimittel (auf Basis der durchschnittlichen Großhandels- und Apothekenspannen 2001) in Abbildung 7.1 ergibt.

Bei dem in dieser Studie vorgenommenen Preisvergleich wurden für die öffentliche Hand relevante Produkte ausgewählt, nämlich die ausgabenintensiven „Blockbuster“ in Skandinavien wie auch in Österreich (vgl. Abschnitt 6.1).

Aufgrund des Charakters als exemplarischer Preisvergleich wurde auf eine Umrechnung auf Kaufkraftparitäten verzichtet, welche mit großer Wahrscheinlichkeit die gegebenen Preisdifferenzen nivellieren würden.

Abbildung 7.1: Resümee - Durchschnittliche Preisstruktur von Arzneimitteln 2001

Von 100 Euro erhalten:



Kasse = Kassenmarkt, OTC = Over-the-Counter-Produkte (rezeptfrei), Privat = Privatmarkt, Rx = rezeptpflichtige Arzneimittel

* Umsatzsteuer sowie Apothekensteuer (Finnland)

Quellen: siehe Kapitel 2 - 4 Länderportraits, ÖBIG-eigene Erhebungen (Herba-Chemosan, ÖAK) und Berechnungen

Der Preisvergleich in der vorliegenden Studie führte interessanterweise zu ähnlichen Ergebnissen wie eine vor einem Jahrzehnt durchgeführte internationale Untersuchung der Arzneimittelpreise für rund hundert Spezialitäten (ÖBIG 1993).

Unterschiede nach Preisniveaus

Die skandinavischen Länder waren - und sind - Hochpreisländer auf Herstellerebene. Von ihrer einstigen eher liberalen Politik sind die Mitgliedsstaaten in Skandinavien im Laufe der 1990er-Jahre abgegangen und regulieren mittlerweile wieder mehr (in Finnland und in Dänemark indirekte Preisregelung im Rahmen der Erstattung, in Dänemark zeitweilig staatliche Preisbildung), während in Österreich von der staatlichen Preisfestlegung auf ein Meldeverfahren umgestellt wurde. Trotzdem bleiben die Unterschiede bei den Arzneimittelpreisen in Skandinavien im Vergleich zu Österreich weiterhin bestehen.

Erklärungsbedarf besteht insbesondere, was die höheren Apothekenverkaufspreise betrifft. Hier liegt die Vermutung nahe, dass das Leistungsangebot der österreichischen Apotheken umfassender ist.

Performance

Personal und Qualifikation

Ein zentraler Qualitätsunterschied bezüglich der Abgabe von Arzneimitteln wurde bereits angesprochen. In den skandinavischen Ländern wird, um die Arzneimittelversorgung zu gewährleisten, mit einer Reihe von Abgabestellen gearbeitet, die zum Teil geringer sortiert sind, aber auch bezüglich des Personals nicht so gut wie die österreichischen Apotheken ausgestattet sind. Dies zeigt sich sowohl quantitativ - der Personalstand in diesen Abgabestellen ist geringer -, als auch in Bezug auf die vertretenen Qualifikationen: In diesen - den Apotheken untergestellten - Abgabestellen in Skandinavien ist meist kein Apotheker (dauernd) anwesend.

Leistungen

Ob Qualitätsunterschiede in Bezug auf die in Apotheken erbrachten Beratungs- und Informationsleistungen bestehen, kann im Rahmen der vorliegenden Studie nur eingeschränkt beantwortet werden. Laut den Angaben der Apothekenvereinigungen scheinen in Skandinavien - mit Ausnahme von Finnland - individuelle Beratungsgespräche keine Rolle zu spielen. Dies ist unter anderem auch im Zusammenhang mit dem eher geringen Anteil an OTC-Präparaten (rund zehn Prozent der zugelassenen Arzneimittel) in Skandinavien zu sehen, da gerade im Bereich der rezeptfreien Arzneimittel verstärkt Beratung benötigt wird. Eine Rolle mag weiters spielen, dass andere Institutionen die Beratungsleistungen vorab übernehmen: In Finnland dürfen beispielsweise einige Gesundheitszentren Arzneimittel an ihre Patienten abgeben, so dass die Patienten die Arzneimittel gleich im Rahmen der Primärversorgung erhalten und nicht mehr eine öffentliche Apotheke aufsuchen müssen.

Produktpalette

Skandinavischen Patienten stehen nicht nur weniger rezeptfreie Arzneimittel zur Verfügung, das Sortiment an angebotenen Produkten ist überhaupt in den skandinavischen Ländern (insbesondere in Finnland und Schweden) deutlich geringer, weil grundsätzlich weniger Arzneimittel zugelassen sind. Darüber hinaus gehende apothekeneigene Zubereitungen - also

Arzneispezialitäten, die direkt in den Apotheken hergestellt werden - sind zwar eine Standardleistung aller Apotheken in Österreich, haben jedoch in den skandinavischen Mitgliedstaaten nur in Finnland Tradition und Verbreitung.

Verfügbarkeit

Ein eindeutiges Plus in der Arzneimittelversorgung kann Österreich hinsichtlich einer raschen Verfügbarkeit der Arzneimittel vorweisen. Meldet ein Patient etwa den Wunsch nach einem - nicht lagernden - Arzneimittel in der Früh an, so kann er - jedenfalls in einer Stadt-Apotheke - das Produkt wahrscheinlich noch vor der Mittagspause in der Apotheke abholen. Voraussetzung dafür ist die hohe Lieferhäufigkeit des österreichischen Großhandels, der den Apotheken zwei bis drei Mal täglich die Waren zustellt. In Skandinavien werden die Apotheken im Schnitt einmal pro Tag beliefert, was als Konsequenz der unterschiedlichen Wettbewerbsstrukturen - nicht zuletzt aufgrund des Einkanal-systems - zu sehen ist.

Wettbewerb

Das in Finnland und Schweden bestehende Einkanal-system im Großhandel wirkt wettbewerbshemmend. Um ein Arzneimittel geliefert zu bekommen, müssen sich die Apotheken in diesem System genau an einen bestimmten Lieferanten, der das Exklusivdistributionsrecht für das jeweilige Produkt hält, wenden. Im Gegensatz zu Apotheken in Mehrkanal-system-Ländern haben sie somit nicht die Wahl zwischen verschiedenen Großhandelsunternehmen.

In Österreich spielt sich der Wettbewerb im Großhandel sowohl auf der Preisebene (Gewährung von Rabatten an die Apotheken, was ja im Einkanal-system keine Relevanz hat) als auch bei den Leistungen - dies erklärt die hohe Lieferhäufigkeit des österreichischen Großhandels an die Apotheken - ab. Kurzfristige „Blitzlieferungen“, Umtausch von Produkten und die Vergabe besserer Bestellzeiten legen Zeugnis vom Leistungswettbewerb ab und sind Vorteile für die Apotheken, die letztlich - etwa im Fall der Zusatzlieferungen - auch den Patienten zugute kommen.

Umgekehrt können beispielsweise Lieferschwierigkeiten eines Großhändlers im Mehrkanal-system diesen leicht um Marktanteile bei seinen Kunden, den Apotheken, bringen. Denn auch die Apotheken - vor allem in der Stadt - stehen unter Wettbewerbsdruck. In diesem Zusammenhang sei schließlich noch auf die besondere Situation in Schweden hingewiesen, wo alle Apothekerinnen und Apotheker bei der staatlichen Apothekengesellschaft „Apoteket“ angestellt sind. Es gibt somit in Schweden keine selbstständigen Apotheker, die als Unternehmer auch kaufmännische Prinzipien anzuwenden haben.

Kunden

Im Einkanal-system richten sich alle verkaufsfördernden Maßnahmen des Großhandels an die „Principals“, also die Pharma-Firmen. Um diese bzw. um die von ihnen vergebenen Exklusivdistributionsverträge wird - unter anderem mit der Gewährung von Sonderkonditionen - geworben. Die Großhändler in Finnland und Schweden sehen die pharmazeutischen Firmen als ihre primären Kunden, nicht die Apotheken und damit die Patienten. In Schweden kommt

hinzu, dass der Großhandel zwar die einzelnen Apotheken beliefert, jedoch die Apoteket als alleinige Vertragspartnerin in Vertretung aller Apotheken auftritt.

Die finnischen und schwedischen Großhandelsunternehmen sind somit herstellerorientiert, auch ihre zusätzlichen Leistungen, die nicht im Rahmen der Großhandelsspanne abgedeckt werden, bieten sie den pharmazeutischen Unternehmen an (Pre-Wholesaling, Marketing- und Logistikaktivitäten, Lieferungen in andere skandinavische Länder, etc.). Die Arzneimitteldistribution ist also unter dem Einkanalsystem quasi „rückwärts“ gerichtet. Im Mehrkanalsystem stehen hingegen die Abgabestellen von Arzneimitteln und letztlich deren Kunden, die Patienten, stärker im Mittelpunkt.

7.2 Schlussfolgerungen

Mit der vorliegenden Studie wurden vielfach vermutete Unterschiede zwischen Skandinavien und Österreich in Bezug auf Preise und Leistungen in der Arzneimitteldistribution aufgezeigt. Bei Industrie und Großhandel bestehen in den skandinavischen Ländern unterschiedliche Leistungsprofile im Vergleich zu Österreich, was sich in unterschiedlichen Kosten niederschlägt.

Auf Basis der erhobenen Informationen und der Analyse geben die Autorinnen folgende Empfehlungen ab:

- Bei der Interpretation von Ergebnissen aus Arzneimittelpreisvergleichen gilt es, auch die in den Arzneimittel(vertriebs)systemen begründeten Unterschiede, insbesondere in Bezug auf die Leistungsangebote, mit zu berücksichtigen.
- Bei Vergleichen von Arzneimittelpreisen zwischen Österreich und den skandinavischen Ländern schlägt das ÖBIG vor, den Großhandelspreis (Apothekeneinkaufspreis) als Referenzgröße heranzuziehen. Bei EU-weiten Preisrecherchen empfiehlt es sich zwecks eines allgemeinen Überblicks, die Arzneimittelpreise auf allen Distributionsstufen zu erheben und auszuweisen: also Fabrikabgabepreis, Apothekeneinkaufspreis und Apothekenverkaufs- bzw. Kassenpreis - sofern einheitlich im ganzen Land (in manchen europäischen Ländern sind die Publikumspreise je nach Abgabestelle unterschiedlich hoch).
- Aus Sicht der Konsumenten sind die Publikumspreise relevant. Daher dürfen die unterschiedlichen Umsatzsteuersätze bei den Arzneimitteln, insbesondere etwaige gesplittete Sätze (z. B. Null für rezeptpflichtige Arzneimittel und 25 Prozent für OTC-Produkte in Schweden) und etwaige andere offizielle Zu- oder Abschläge (z. B. Apothekensteuer), nicht außer Acht gelassen werden.
- Die Arzneimittel(vertriebs)systeme sind einem ständigen Umbruch unterworfen, wie die Schaffung zahlreicher neuer Abgabestellen in Dänemark oder die Etablierung von Internetapotheken zeigt. Für Schweden wird eine Entscheidung der Wettbewerbsbehörde nach dem Ablauf der aktuellen Ausnahmeregelung Ende 2003 über die Zukunft des Einkanalsystems erwartet. Es empfiehlt sich daher, die Arzneimittelsysteme, einschließlich der Distribution, weiterhin zu beobachten.

Literaturverzeichnis

AESGP 1997

Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines in Europe. Brussels

AESGP 1998

Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines in Europe. Brussels

AESGP 1999

Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines in Europe. Brussels

AESGP 2000

Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines in Europe. Brussels

AESGP 2001

Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines in Europe. Brussels

Apotekerforeningen 2002

Årsberetning / Annual report 2001/2002. Zit. in online: www.apotekerforeningen.dk vom 8.3.01 und vom 7.5.02

Apoteket 2000

Svensk Läkemedelsstatistik 1999. Stockholm

Apoteket 2002

Årsredovisning 2000. Stockholm. Zit. in online: www.apoteket.se/apoteket/articles/800-899/891/apoteket2000_sv.pdf vom 9. April 2002

Arzneimittel Zeitung 1996

Europäische Gesundheitssysteme und Pharmamärkte. Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft, Neu-Isenburg

Bang & Tegner 2002

Company outline. Zit. in online: www.bangogtegnor.dk/indexgb.htm vom 20. Juni 2002

Bauer, E. 2001

Pharma-Länder-Dossiers: Die Arzneimittelversorgung in Europa. Eschborn 2001

BMSG o. J.

Pharmazeutisches Informationssystem. Wien

Danmarks Apotekerforeningen 2002

Hvad er hvad? Zit in online: www.apotekerforeningen.dk/dpa/default.asp?cat=2&ID=10 vom 19. Juni 2002

Dresdner Kleinwort Wasserstein 2001

Gehe. Europe's number one. 24 August 2001.

Zit. in online: www.mwg-biotech.com/docs/ir_ge/gehe_230801.pdf

EFPIA 1997

The Pharmaceutical Industry in Figures. 1997 Edition. Brussels

EFPIA 1998

The Pharmaceutical Industry in Figures. 1998 Edition. Brussels

EFPIA 1999

The Pharmaceutical Industry in Figures. 1999 Edition. Brussels

EFPIA 2000

The Pharmaceutical Industry in Figures. 2000 Edition. Brussels

EFPIA 2001

The Pharmaceutical Industry in Figures. 2001 Edition. Brussels

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2000

Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Kopenhagen

European Observatory on Health Care Systems 1996a

Health Care Systems in Transition (preliminary version). Sweden. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 2001a

Health Care Systems in Transition. Denmark. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 2001b

Health Care Systems in Transition. Sweden. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 2002

Health Care Systems in Transition. Finland. Copenhagen

GEHE AG 2002

Geschäftsbericht 2001 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2001

Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2001. Wien

GIRP o. J.

Member Profiles. Zit. in online: www.girp.org

HVSVT 2002

Heilmittelverzeichnis gültig ab 1. Jänner 2002, Stand per 1.4.2002. Wien

IMS 2002

Führende Präparate nach Zahlen. Österreich 1. Quartal 2002. Wien

IWI 2000

Empirische Grundlagen des österreichischen Pharmagroßhandels im europäischen Vergleich. Wien

Konkurrensverket / Swedish Competition Authority 2002
Annual Report 2001

Kronans Droghandel 1997

Årsredovisning 1996. Zit. in online: www.kronans.com/dokument/kdgroup/economicreports/kd_arsredovisning_1996_se.pdf

Kronans Droghandel 1999

Årsredovisning 1998. Zit. in online: www.kronans.com/dokument/kdgroup/economicreports/kd_arsredovisning_1998_se.pdf

Kronans Droghandel 2000

Årsredovisning 1999. Zit. in online: www.kronans.com/dokument/kdgroup/economicreports/kd_arsredovisning_1999_se.pdf

Kronans Droghandel 2001

Annual Report 2000. Mölntyke, 11. April 2001. Zit. in online: www.kronans.com/dokument/kdgroup/economicreports/kd_annualreport_2000_eng_nogfx.pdf

Kronans Droghandel 2002

Orion förvärvar aktiemajoriteten i Kronans Droghandel. Mölntyke, 12. April 2002
Zit. in online: www.kronans.com/svenska/aktuellt/index.htm

KV Tjellesen 2002

Om Apoteksgrossist. Zit. in online: www.tjellesen.dk/Public/Info/?ID=8 vom 16. Mai 2002

Lääkelaitos 1996

Suomen Lääketilasto / Finnish Statistics on Medicines 1995. Helsinki

Lääkelaitos 1997

Suomen Lääketilasto / Finnish Statistics on Medicines 1996. Helsinki

Lääkelaitos 1998

Suomen Lääketilasto / Finnish Statistics on Medicines 1997. Helsinki

Lääkelaitos 1999

Suomen Lääketilasto / Finnish Statistics on Medicines 1998. Helsinki

Lääkelaitos 2000

Suomen Lääketilasto / Finnish Statistics on Medicines 1999. Helsinki

Lääkelaitos 2001

Suomen Lääketilasto / Finnish Statistics on Medicines 2000. Helsinki

Last, E. 2001

Denmark: LIF Guarantee Introduces Period of Stability. In: PPR 10/2001, S. 291-293

LIF 2000

Velkommen til Tal & Data 1999 / Welcome to Facts & Figures 1999. DataFile. Copenhagen

LIF 2001

Fakta 2001. Läkemedelsmarknaden och hälso- och sjukvården / Pharmaceutical market and healthcare. Stockholm

LIF 2002a

Fakta 2002. Läkemedelsmarknaden och hälso- och sjukvården / Pharmaceutical market and healthcare. Stockholm

LIF 2002b

Velkommen til Tal & Data 2001 / Welcome to Facts & Figures 2001. DataFile. Copenhagen

Lötsch, G. 2002

www.Babylon.at. Bringt das Internet neue Wege für rezeptfreie Arzneimittel.

In: ÖAZ 9/2002. 29.4.2002. S. 438 – 441

Macarthur, D. 1997

Pharmaceutical Distribution in Europe. London

Mason, P. 2000

Pharmacy in Finland. In: The Pharmaceutical Journal. Vol. 265, Nr. 7125, S. 827-829

Max Jenne o. J.

Lidt om os. Zit. in online: www.maxjenne.dk/public/lidt_om_os.html

Mehnert A. 1997

Regulierung auf europäischen Arzneimittelmärkten. Bern, Peter Lang. HealthEcon AG

Nomeco 2002

Leverandordivisionen. Zit. in online: www.nomeco.dk vom 12. Juni 2002

ÖAK 1999

Die österreichische Apotheke in Zahlen 1999. Wien

ÖAK 2000

Die österreichische Apotheke in Zahlen 2000. Wien

ÖAK 2001

Die österreichische Apotheke in Zahlen 2001. Wien

ÖAK 2002

Die Österreichische Apotheke in Zahlen 2002. Wien

ÖAV 2002

Warenverzeichnis I. Arzneispezialitäten und Mittel gemäß Gesamtvertrag Anlagen II und III.

Ausgabe Mai 2002

ÖBIG 1993

Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich / International comparison of pharmaceutical prices. Wien / Vienna

ÖBIG 1998a

Arzneimittel. Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern / Pharmaceuticals. Market Control in Nine European Countries. Wien / Vienna

ÖBIG 1998b

Arzneimittel. Vertrieb in Europa. Wien

ÖBIG 2000a

Öffentliche Apotheken in Europa. Performance – Benchmarking. Wien

ÖBIG 2000b

E-Pharma. Arzneimittelvertrieb im Internet. Wien

ÖBIG 2001a

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. DÄNEMARK. Wien

ÖBIG 2001b

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. FINNLAND. Wien

ÖBIG 2001c

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. SCHWEDEN. Wien

ÖBIG 2001d

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. ÖSTERREICH. Wien

ÖBIG 2001e

Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union / Benchmarking Pharmaceutical Expenditure. Cost-Containment Strategies in the European Union. Wien / Vienna

OECD 2001

OECD Health Data 2001. Paris

Orion 2002

Annual Report 2001. Zit. in online: www.orion.fi vom 12. Mai 2002

Pfaff M. et al. 2002

Analyse potentieller Auswirkungen einer Ausweitung des Pharmaversandes in Deutschland. Frankfurt am Main, Peter Lang

Pharmakon 2001

Annual Report 2001. Zit. in online: www.pharmakon.com/Phardir/Ärsreport%20200%20Uk.htm vom 22. Juni 2002

Phoenix Pharmahandel Aktiengesellschaft & Co KG 2001
Geschäftsbericht 2000/2001

PIC 1997
Pharma Facts Finland 1997. Helsinki

PIC 1998
Pharma Facts Finland 1998. Helsinki

PIC 1999
Pharma Facts Finland 1999. Helsinki

PIC 2000
Pharma Facts Finland 2000. Helsinki

PIC 2001
Pharma Facts Finland 2001. Helsinki

RFV 2002
Apotekens marginaler. Zit. in online : www.rfv.se/forsak/sjuk/lakeme/apotek.htm

Schöffski, O. 1995
Die Regulierung des deutschen Apothekenwesens. Eine ökonomische Analyse. Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 21. Baden-Baden

Statistik Austria 2002
Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000. Wien, Verlag Österreich

Statistiska centralbyrån / Statistics Sweden 2002
Statistisk årsbok för Sverige / Statistical Yearbook of Sweden. Jg. / Vol. 88 Sundbyberg.
Zit. in online: www.scb.se/publkat/allman/a01sa0201.asp vom 10. April 2002

Tamro 1999
Annual Report 1998. Vaanta.

Tamro 2000
Annual Report 1999. Vaanta

Tamro 2001
Annual Report 2000. Vaanta

Tamro 2002
Annual Report 2001. Vaanta, 28 February 2002

Thybo, H. 2002
Regler om medicintilskud. Zit. in online:
www.sundhed.dk/servlet/generalarticle?cx=22&id=3051 vom 5. Juni 2002

ANHANG

Preisvergleich für Norvasc® (Mai 2002)

Land	Name	Wirkstoff	Pkg.	Stärke	Darreichungsform	Inhaber/Hersteller	ATC-Code	Indikation	Umsatzsteuer	Apothekenspanne	Großhandelspanne
DK	Norvasc	Amlodipin	30	5 mg	tabletter	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	25 %	Schema	6,8 %
DK	Norvasc	Amlodipin	100	5 mg	tabletter	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	25 %	Schema	6,8 %
DK	Norvasc	Amlodipin	200	5 mg	tabletter	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	25 %	Schema	6,8 %
SF	Norvasc	amlodipiinia	98	5 mg	Tablette	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	8 %	Schema	4,0 %
SF	Norvasc	amlodipiinia	28	5 mg	Tablette	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	8 %	Schema	4,0 %
SWE	Norvasc	Amlodipin	28	5 mg	Tabl (tryckförp.)	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	0 %	Schema	3,0 %
SWE	Norvasc	Amlodipin	98	5 mg	Tabl (tryckförp.)	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	0 %	Schema	3,0 %
A	Norvasc	Amlodipin	28	5 mg	Tablette	Pfizer	C08CA01	Kalziumantagonist	20 %	Schema	Schema

Wären in SWE auch einzeln verpackt erhältlich

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

AEP = Apothekeneinstandspreis

AVP = Apothekenverkaufspreis

FAP = Fabrikabgabepreis

Inhaber = Zulassungsinhaber

LW = Landeswährung

Name = Handelsname

Pkg. = Packungsgröße

Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Norvasc® (Mai 2002) - Fortsetzung

Land	Name	LW (in €)	AVP brutto (in €)	AVP netto (in €)	AEP netto (in €)	FAP netto (in €)	AVP brutto (in €) pro Stück	AVP netto (in €) pro Stück	AEP netto (in €) pro Stück	FAP netto (in €) pro Stück
DK	Norvasc	0,1349	27,79	22,23	17,88	16,66	0,93	0,74	0,60	0,56
DK	Norvasc	0,1349	83,15	66,52	56,75	52,89	0,83	0,67	0,57	0,53
DK	Norvasc	0,1349	162,66	130,13	112,57	104,92	0,81	0,65	0,56	0,52
SF	Norvasc	0,1682	74,55	69,03	48,44	46,50	0,76	0,70	0,49	0,47
SF	Norvasc	0,1682	23,27	21,55	14,37	13,79	0,83	0,77	0,51	0,49
SWE	Norvasc	0,1095	19,27	19,27	14,69	14,25	0,69	0,69	0,52	0,51
SWE	Norvasc	0,1095	58,89	58,89	51,55	50,01	0,60	0,60	0,53	0,51
A	Norvasc	0,0730	27,00 ¹	22,50 ¹	15,11	13,43	0,96 ¹	0,80 ¹	0,54	0,48

Wären in SWE auch einzeln verpackt erhältlich

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

¹ Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung des Kassenrabatts

AEP = Apothekeneinstandspreis

AVP = Apothekenverkaufspreis

FAP = Fabrikabgabepreis

Inhaber = Zulassungsinhaber

LW = Landeswährung

Name = Handelsname

Pkg. = Packungsgröße

Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Seropram® (Mai 2002)

Land	Name	Wirkstoff	Pkg.	Stärke	Darreichungsform	Inhaber/Hersteller	ATC-Code	Indikation	Umsatzsteuer	Apothekenspanne	Großhandelspanne
DK	Cipramil	Citalopram	14	20 mg	tablette (blister)	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	25 %	Schema	6,8 %
DK	Cipramil	Citalopram	28	20 mg	tablette (blister)	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	25 %	Schema	6,8 %
DK	Cipramil	Citalopram	56	20 mg	tablette (blister)	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	25 %	Schema	6,8 %
DK	Cipramil	Citalopram	100	20 mg	tablette (unit-dose blister)	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	25 %	Schema	6,8 %
SF	Cipramil	Sitalopraami-hydrobromidi	14	20 mg	tabl	Lundbeck	N06AB04	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	8 %	Schema	4,0 %
SF	Cipramil	Sitalopraami-hydrobromidi	28	20 mg	tabl	Lundbeck	N06AB04	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	8 %	Schema	4,0 %
SF	Cipramil	Sitalopraami-hydrobromidi	56	20 mg	tabl	Lundbeck	N06AB04	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	8 %	Schema	4,0 %
SF	Cipramil	Sitalopraami-hydrobromidi	98	20 mg	tabl	Lundbeck	N06AB04	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	8 %	Schema	4,0 %
SWE	Cipramil	Citalopram hydrobrom.	28	20 mg	tablette	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	0 %	Schema	3,0 %
SWE	Cipramil	Citalopram hydrobrom.	49	20 mg	einzelns verpackt	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	0 %	Schema	3,0 %
SWE	Cipramil	Citalopram hydrobrom.	98	20 mg	tablette	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	0 %	Schema	3,0 %
A	Seropram	Citalopram hydrobromid	14	20 mg	Filmtablette	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	20 %	Schema	Schema
A	Seropram	Citalopram hydrobromid	28	20 mg	Filmtablette	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	20 %	Schema	Schema
A	Seropram	Citalopram hydrobromid	98	20 mg	Filmtablette	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	20 %	Schema	Schema
A	Seropram	Citalopram hydrobromid	100	20 mg	Filmtablette	Lundbeck	N06AB07	Antidepressivum, Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	20 %	Schema	Schema

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

AEP = Apothekeneinstandspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, FAP = Fabrikabgabepreis, Inhaber = Zulassungsinhaber, LW = Landeswährung, Name = Handelsname, Pkg. = Packungsgröße, Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Seropram® (Mai 2002) - Fortsetzung

Land	Name	LW (in €)	AVP brutto (in €)	AVP netto (in €)	AEP netto (in €)	FAP netto (in €)	AVP brutto (in €) pro Stück	AVP netto (in €) pro Stück	AEP netto (in €) pro Stück	FAP netto (in €) pro Stück
DK	Cipramil	0,1349	21,94	17,55	13,77	12,84	1,57	1,25	0,98	0,92
DK	Cipramil	0,1349	39,60	31,68	26,17	24,39	1,41	1,13	0,93	0,87
DK	Cipramil	0,1349	74,23	59,38	50,48	47,05	1,33	1,06	0,90	0,84
DK	Cipramil	0,1349	122,89	98,31	84,65	78,90	1,23	0,98	0,85	0,79
SF	Cipramil	0,1682	27,81	21,12	14,06	13,50	1,63	1,51	1,00	0,96
SF	Cipramil	0,1682	40,22	37,24	25,58	24,56	1,44	1,33	0,91	0,88
SF	Cipramil	0,1682	75,49	69,90	49,11	47,15	1,35	1,25	0,88	0,84
SF	Cipramil	0,1682	122,01	112,97	82,24	78,95	1,25	1,15	0,84	0,81
SWE	Cipramil	0,1095	29,39	29,39	24,06	23,34	1,05	1,05	0,86	0,83
SWE	Cipramil	0,1095	45,05	45,05	38,61	37,45	0,92	0,92	0,79	0,76
SWE	Cipramil	0,1095	86,43	86,43	77,28	74,96	0,88	0,88	0,79	0,76
A	Seropram	0,0730	22,32 ¹	18,60 ¹	12,47	10,89	1,59 ¹	1,33 ¹	0,89	0,78
A	Seropram	0,0730	36,54 ¹	30,45 ¹	21,13	18,78	1,31 ¹	1,09 ¹	0,75	0,67
A	Seropram	0,0730	110,58 ¹	92,15 ¹	68,75	62,22	1,13 ¹	0,94 ¹	0,70	0,63
A	Seropram	0,0730	112,80 ¹	94,00 ¹	70,16	63,49	1,13 ¹	0,94 ¹	0,70	0,63

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

¹ Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung des Kassenrabatts

AEP = Apothekeneinstandspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, FAP = Fabrikabgabepreis, Inhaber = Zulassungsinhaber, LW = Landeswährung, Name = Handelsname, Pkg. = Packungsgröße, Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Zocord® (Mai 2002)

Land	Name	Wirkstoff	Pkg.	Stärke	Darreichungsform	Inhaber/ Hersteller	ATC-Code	Indikation	Umsatz- steuer	Apotheken- spanne	Großhandel- spanne
DK	Zocor	Simvastatin	28	40 mg	filmovertrokne tabl.	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	25 %	Schema	6,8 %
DK	Zocor	Simvastatin	28	20 mg	filmovertrokne tabl.	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	25 %	Schema	6,8 %
SF	Zocor	simvastatiini	28	40 mg	tabl	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	8 %	Schema	4,0 %
SF	Zocor	simvastatiini	28	20 mg	tabl	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	8 %	Schema	4,0 %
SWE	Zocord	Simvastatin	98	40 mg	tabletter	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	0 %	Schema	3,0 %
SWE	Zocord	Simvastatin	28	20 mg	tabletter	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	0 %	Schema	3,0 %
A	Zocord	Simvastatin	30	20 mg	Filmtablette	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	20 %	Schema	Schema
A	Zocord	Simvastatin	30	40 mg	Filmtablette	MSD	C10AA01	Cholesterinsenker	20 %	Schema	Schema

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

AEP = Apothekeneinstandspreis
 AVP = Apothekenverkaufspreis
 FAP = Fabrikabgabepreis
 Inhaber = Zulassungsinhaber
 LW = Landeswährung
 Name = Handelsname
 Pkg. = Packungsgröße
 Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Zocord® (Mai 2002) - Fortsetzung

Land	Name	LW (in €)	AVP brutto (in €)	AVP netto (in €)	AEP netto (in €)	FAP netto (in €)	AVP brutto (in €) pro Stück	AVP netto (in €) pro Stück	AEP netto (in €) pro Stück	FAP netto (in €) pro Stück
DK	Zocor	0,1349	69,21	55,37	46,96	43,77	2,47	1,98	1,68	1,56
DK	Zocor	0,1349	53,73	42,98	36,09	33,64	1,92	1,54	1,29	1,20
SF	Zocor	0,1682	80,48	74,52	52,66	50,56	2,87	2,66	1,88	1,81
SF	Zocor	0,1682	50,24	46,52	32,21	30,92	1,79	1,66	1,15	1,10
SWE	Zocord	0,1095	158,46	158,46	144,60	140,26	1,62	1,62	1,48	1,43
SWE	Zocord	0,1095	40,83	40,83	34,67	33,63	1,46	1,46	1,24	1,20
A	Zocord	0,0730	54,78 ¹	46,65 ¹	32,83	29,18	1,83 ¹	1,52 ¹	1,09	0,97
A	Zocord	0,0730	89,16 ¹	74,30 ¹	53,47	47,53	2,97 ¹	2,48 ¹	1,78	1,58

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

¹ Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung des Kassenrabatts (inkl. Refakzie bei 10 mg)

AEP = Apothekeneinstandspreis

AVP = Apothekenverkaufspreis

FAP = Fabrikabgabepreis

Inhaber = Zulassungsinhaber

LW = Landeswährung

Name = Handelsname

Pkg. = Packungsgröße

Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Zyprexa® (Mai 2002)

Land	Name	Wirkstoff	Pkg.	Stärke	Darreichungsform	Inhaber/ Hersteller	ATC-Code	Indikation	Umsatzsteuer	Apothekenspanne	Großhandels- spanne
DK	Zyprexa	Olanzapin	28	10 mg	tabletter	Eli Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	25 %	Schema	6,8 %
DK	Zyprexa	Olanzapin	56	10 mg	tabletter	Eli Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	25 %	Schema	6,8 %
SF	Zyprexa	Olantsapiini	28	10 mg	tabl	Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	8 %	Schema	4,0 %
SF	Zyprexa	Olantsapiini	56	10 mg	tabl	Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	8 %	Schema	4,0 %
SWE	Zyprexa	Olanzapin	56	10 mg	tabletter	Eli Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	0 %	Schema	3,0 %
SWE	Zyprexa	Olanzapin	28	10 mg	tabletter	Eli Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	0 %	Schema	3,0 %
A	Zyprexa	Olanzapin	56	10 mg	Filmtablette	Eli Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	20 %	Schema	Schema
A	Zyprexa	Olanzapin	28	10 mg	Filmtablette	Eli Lilly	N05AH03	Neuroleptikum	20 %	Schema	Schema

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

AEP = Apothekeneinstandspreis

AVP = Apothekenverkaufspreis

FAP = Fabrikabgabepreis

Inhaber = Zulassungsinhaber

LW = Landeswährung

Name = Handelsname

Pkg. = Packungsgröße

Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Zyprexa® (Mai 2002) - Fortsetzung

Land	Name	LW (in €)	AVP brutto (in €)	AVP netto (in €)	AEP netto (in €)	FAP netto (in €)	AVP brutto (in €) pro Stück	AVP netto (in €) pro Stück	AEP netto (in €) pro Stück	FAP netto (in €) pro Stück
DK	Zyprexa	0,1349	183,16	146,53	126,97	118,34	6,54	5,23	4,53	4,23
DK	Zyprexa	0,1349	361,06	288,85	251,87	234,75	6,45	5,16	4,50	4,19
SF	Zyprexa	0,1682	158,60	146,85	108,92	104,56	5,66	5,24	3,89	3,73
SF	Zyprexa	0,1682	279,00	258,33	201,82	193,75	4,98	4,61	3,60	3,46
SWE	Zyprexa	0,1095	283,09	283,09	263,58	255,67	5,06	5,06	4,71	4,57
A	Zyprexa	0,0730	324,54 ¹	270,45 ¹	244,21	224,04	5,80 ¹	4,83 ¹	4,36	4,00
A	Zyprexa	0,0730	177,36 ¹	147,80 ¹	123,78	112,02	6,33 ¹	5,28 ¹	4,42	4,00

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

¹ Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung des Kassenrabatts (inkl. Refakzie)

AEP = Apothekeneinstandspreis

AVP = Apothekenverkaufspreis

FAP = Fabrikabgabepreis

Inhaber = Zulassungsinhaber

LW = Landeswährung

Name = Handelsname

Pkg. = Packungsgröße

Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Sortis® (Mai 2002)

Land	Name	Wirkstoff	Pkg.	Stärke	Darreichungsform	Inhaber/ Hersteller	ATC-Code	Indikation	Umsatzsteuer	Apothekenspanne	Großhandelspanne
DK	Zarator	Atorvastatin	30	10 mg	filmovertukne tabl.	Pfizer	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	25 %	Schema	6,8 %
DK	Zarator	Atorvastatin	30	20 mg	filmovertukne tabl.	Pfizer	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	25 %	Schema	6,8 %
DK	Zarator	Atorvastatin	30	40 mg	filmovertukne tabl.	Pfizer	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	25 %	Schema	6,8 %
SF	Lipitor	atorvastatiini	30	10 mg	tabl	Pfizer	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	8 %	Schema	4,0 %
SF	Lipitor	atorvastatiini	30	20 mg	tabl	Pfizer	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	8 %	Schema	4,0 %
SF	Lipitor	atorvastatiini	30	40 mg	tabl	Pfizer	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	8 %	Schema	4,0 %
SWE	Lipitor	Atrovastatin	30	10 mg	filmdragerade tabletter	Pfizer AB	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	0 %	Schema	3,0 %
SWE	Lipitor	Atrovastatin	30	20 mg	filmdragerade tabletter	Pfizer AB	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	0 %	Schema	3,0 %
SWE	Lipitor	Atrovastatin	30	40 mg	Filmdragerade tabletter	Pfizer AB	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	0 %	Schema	3,0 %
A	Sortis	Atorvastatin	30	10 mg	Filmtablette	Pfizer / Warner-Lambert	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	20 %	Schema	Schema
A	Sortis	Atorvastatin	30	20 mg	Filmtablette	Pfizer / Warner-Lambert	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	20 %	Schema	Schema
A	Sortis	Atorvastatin	30	40 mg	Filmtablette	Pfizer / Warner-Lambert	C10AA05	Cholesterin + Triglyzerid-senker	20 %	Schema	Schema

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

AEP = Apothekeneinstandspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, FAP = Fabrikabgabepreis, Inhaber = Zulassungsinhaber, LW = Landeswährung, Name = Handelsname, Pkg. = Packungsgröße, Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

Preisvergleich für Sortis® (Mai 2002) - Fortsetzung

Land	Name	LW (in €)	AVP brutto (in €)	AVP netto (in €)	AEP netto (in €)	FAP netto (in €)	AVP brutto (in €) pro Stück	AVP netto (in €) pro Stück	AEP netto (in €) pro Stück	FAP netto (in €) pro Stück
DK	Zarator	0,1349	40,49	32,39	26,79	24,97	1,35	1,08	0,89	0,83
DK	Zarator	0,1349	61,56	49,25	41,59	38,76	2,05	1,64	1,39	1,29
DK	Zarator	0,1349	95,12	76,09	65,15	60,72	3,17	2,54	2,17	2,02
SF	Lipitor	0,1682	38,38	35,54	24,36	23,39	1,28	1,18	0,81	0,78
SF	Lipitor	0,1682	60,53	56,05	39,01	37,45	2,02	1,87	1,30	1,25
SF	Lipitor	0,1682	97,82	90,57	65,01	62,41	3,26	3,02	2,17	2,08
SWE	Lipitor	0,1095	31,69	31,69	26,19	25,41	1,06	1,06	0,87	0,85
SWE	Lipitor	0,1095	45,87	45,87	39,38	38,20	1,53	1,53	1,31	1,27
SWE	Lipitor	0,1095	59,77	59,77	52,37	50,80	1,99	1,99	1,75	1,69
A	Sortis	0,0730	40,56 ¹	33,80 ¹	24,69	21,95	1,35 ¹	1,13 ¹	0,82	0,73
A	Sortis	0,0730	66,18 ¹	55,15 ¹	39,67	35,26	2,21 ¹	1,84 ¹	1,32	1,18
A	Sortis	0,0730	81,66 ¹	68,05 ¹	48,95	43,51	2,72 ¹	2,27 ¹	1,63	1,45

Wechselkurs: Valutenkurs „Die Presse“ vom 31.5.2002

¹ Verrechnungspreis der Sozialversicherung in Österreich ohne Berücksichtigung des Kassenrabatts (inkl. Refakzie bei 10-mg-Präparat)

AEP = Apothekeneinstandspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, FAP = Fabrikabgabepreis, Inhaber = Zulassungsinhaber, LW = Landeswährung, Name = Handelsname, Pkg. = Packungsgröße, Schema = offizielles Kalkulationsschema

Quelle: ÖBIG - PPI

ISBN 3-85159-060-0