

ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN



ÖBIG

BENCHMARKING ARZNEIMITTELAUSGABEN

**Strategien zur Kostendämpfung
in der Europäischen Union**

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

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

BENCHMARKING ARZNEIMITTELAUSGABEN

Strategien zur Kostendämpfung
in der Europäischen Union

Ingrid Rosian

Katja Antony
Claudia Habl
Sabine Vogler
Marion Weigl

Wien, Dezember 2001

Im Auftrag des
Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

ISBN 3-85159-025-2

Zl.: 4320-01

Eigentümer und Herausgeber: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) - Für den Inhalt verantwortlich: Sebastian Kux - Lektorat: Johannes M. Treytl - Sekretariat: Silvia Laskaridis - Grafische Arbeiten: Renate Weidenhofer - Umschlaggestaltung 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

Knappe öffentliche Budgets bei einer verschärften Wirtschaftslage und geänderten Rahmenbedingungen (gestiegene Lebenserwartung, medizinisch-technischer Fortschritt) schufen in Europa der 90er Jahre einen Reformdruck auf die Gesundheitssysteme. Systemänderungen wurden eingeleitet, die primär auf Kostendämpfung abzielten.

Die Ausgaben für Arzneimittel, deren Anteile an den Gesundheitsausgaben in der Europäischen Union zwischen acht Prozent (Dänemark) und 26 Prozent (Portugal) variieren, stellen im Allgemeinen die drittgrößte Position in den Gesundheitsbudgets dar. In den 90er Jahren sind die Arzneimittelausgaben in Europa rasant angestiegen, meist stärker als das Bruttoinlandsprodukt und auch die Gesundheitsausgaben.

Europaweite ÖBIG-Untersuchung

Als Reaktion darauf leiteten nahezu alle EU-Mitgliedstaaten Reformen ein: Von 1990 bis 1999 wurden pro Mitgliedsland im Schnitt mehr als zehn einschneidende Maßnahmen zur Eindämmung der Arzneimittelausgaben gesetzt. Besonders häufig wurde in Belgien, Deutschland, Spanien, Italien, Dänemark und in den Niederlanden zu Sparmaßnahmen gegriffen. Lediglich Luxemburg folgte nicht dem allgemeinen Trend zur Kostendämpfung.

Die oben getroffene Aussage ist eines der Ergebnisse der vorliegenden Studie „Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“ des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), die eine fundierte Untersuchung der Gesundheits- und Arzneimittelsysteme in den EU-Mitgliedstaaten und eine Analyse der Sparmaßnahmen bei Arzneimitteln bietet.

Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union

Die Reformbemühungen in den EU-Mitgliedsländern waren nicht nur durch eine Vielzahl von Maßnahmen gekennzeichnet, sondern auch durch eine Vielfalt an Strategien, die sowohl auf die Preis- als auch die Mengenkomponekte (Arzneimittelverordnungen) wirkten.

Auf der Ebene der Preise setzten die EU-Mitgliedstaaten zunächst auf gesetzlich verordnete Arzneimittelpreise sowie Preisstopps und -senkungen. Seit Mitte der 90er Jahre sind auch die Vertriebsakteure pharmazeutischer Großhandel und Apotheken durch wiederholte Spannungsenkungen in zahlreichen EU-Ländern unter Druck geraten. Als EU-weiter Trend, der sich insbesondere Ende der 90er Jahre intensiviert, ist die Förderung der preisgünstigeren Generika (Arzneimittel mit patentfreien Wirkstoffen) zu beobachten.

Als weiteres Steuerungsinstrument werden Arzneimittelbudgets eingesetzt, die auf nationaler Ebene und/oder für Ärzte vorgegeben werden. Des Weiteren hat sich in allen EU-Ländern eine verstärkte Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte etabliert.

Um die öffentlichen Budgets zu entlasten, wurde in den 90er Jahren eine beachtliche Anzahl von Arzneimitteln aus der Erstattung gestrichen. Häufig erfolgten auch Rezeptfreistellungen,

womit die Ausgaben von der öffentlichen Hand auf die Patienten verlagert wurden. Zu den Standard-Instrumenten der Kostendämpfung zählte die Erhöhung der Patientenzuzahlungen: In Belgien wurden die Zuzahlungen fünf Mal im Laufe der 90er Jahre außerordentlich erhöht, in Deutschland, Italien und Schweden vier Mal.

Immer offensichtlicher wurde im letzten Jahrzehnt der Einfluss der Europäischen Union auf die Steuerung der Arzneimittelmärkte in den Nationalstaaten. Die Zulassung von Arzneimitteln ist innerhalb der EU bereits weitgehend harmonisiert. Aber auch bei der Preisbildung und der Aufnahme von Arzneimitteln ins Erstattungssystem, die grundsätzlich in die Kompetenz der Mitgliedstaaten fallen, zeigte sich in den letzten Jahren bei der Einführung bestimmter Maßnahmen bzw. deren Ausgestaltung der Einfluss der Europäischen Union, da nach der EU-Transparenzrichtlinie für die Aufnahme von Arzneimitteln in die Erstattung Vorschriften zu beachten sind und Entscheidungen der zuständigen Stellen auf transparenten Kriterien beruhen müssen.

Benchmarking der Arzneimittelausgaben

Belgien, Deutschland, Frankreich und Österreich liegen mit den höchsten Ausgaben für Arzneimittel pro Einwohner im Spitzenfeld: Belgien konnte trotz massiver Eingriffe in den Arzneimittelsektor die Ausgaben nicht in den Griff bekommen, in den drei anderen Ländern wurden jedenfalls die Steigerungsraten der Arzneimittelausgaben gedämpft. Zusätzlich problematisch sind der hohe Arzneimittelverbrauch in Frankreich und die schwache Entwicklung der Beitragseinnahmen der Krankenkassen in Österreich und Deutschland.

Die ÖBIG-Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass - mit Ausnahme von Belgien - Länder, die verstärkt Sparmaßnahmen gesetzt haben, die Entwicklung der öffentlichen Arzneimittelausgaben - zumindestens zeitweilig - eindämmen konnten. Ein gleichzeitiges Ansetzen sowohl bei der Preis- als auch der Mengenkomponente verstärkte die Wirkung. Zu den Ländern mit eher geringeren Steigerungsraten innerhalb der Europäischen Union zählen Dänemark, Deutschland, Italien und die Niederlande.

Bei den Analysen zeigten sich Unterschiede zwischen der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und jener der Verordnungen. Letztere konnten weitaus stärker eingebremst werden: Im Zeitraum 1990 bis 1999 nahm in Italien die Anzahl der Arzneimittelverordnungen um 40 Prozent ab, in Deutschland um immerhin 25 Prozent. In den übrigen EU-Ländern ist die Anzahl der Verordnungen zu Lasten der Krankenkassen bzw. der Nationalen Gesundheitsdienste nur eher mäßig gestiegen, jedenfalls deutlich geringer als die öffentlichen Arzneimittelausgaben.

Die durchschnittlichen Kosten pro verordnetem Arzneimittel haben hingegen in den 90er Jahren in Europa stark zugenommen. Dies ist als Hinweis auf den verstärkten Markteintritt von neuen, hochpreisigen Arzneimitteln zu werten. Einige EU-Länder versuchen mit gezielten Maßnahmen (etwa der Schaffung von Institutionen zur Bewertung des therapeutisch-ökonomischen Nutzens neuer Arzneimittel, z. B. das NICE in Großbritannien) diesem Trend entgegen zu wirken.

Erfolgreiches Sparen?

Den Preis für den „Erfolg“ der Sparmaßnahmen, also die Kostendämpfung bei den öffentlichen Arzneimittelausgaben, mussten die Patienten zahlen: Auf diese wurden die Ausgaben für Arzneimittel mittels höherer Zuzahlungen und/oder verstärkter Selbstmedikation abgewälzt.

Grundsätzlich ist auch im Arzneimittelbereich das für viele Politikbereiche typische „Pendel“ zu beobachten: Unzufriedenheit mit der Ausgangslage führt zu Reformmaßnahmen (Pendel schlägt in eine Richtung aus), die nach einiger Zeit aufgrund von Problemen bzw. geänderten Rahmenbedingungen (z. B. Regierungswechsel) zurückgenommen werden. Stattdessen werden neue, entgegengesetzte Strategien umgesetzt (Pendel schlägt in die andere Richtung aus). Beispiele dafür finden sich sowohl bei eher liberalen Ländern, die im Bedarfsfall auf staatliche Interventionen zurückgriffen (z. B. Dänemark, Großbritannien, Niederlande), als auch bei Staaten, die bislang eher auf staatliche Regulierung gesetzt hatten und nun marktwirtschaftliche Instrumente bemühten (z. B. Einführung eines Referenzpreissystems in Spanien und Italien).

Der Erfolg der Reformen ist zeitlich begrenzt: Da jeder Steuerungsansatz Schlupflöcher aufweist, kann kein Maßnahmenpaket zur Kostendämpfung dauerhaft sein. Aufgrund der Knappheit der Mittel müssen in den nächsten Jahren, wie auch die aktuellen Entwicklungen deutlich machen, die Bemühungen zur Kostendämpfung fortgesetzt werden. Ein Ende der Sparpolitik ist nicht in Sicht.

ÖBIG: Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung

November / Dezember 2001, Wien

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union

474 S., 115 Tabellen, 85 Abbildungen
ISBN 3-85159-024-4, ATS 4.816,10 / € 350,- Kostenersatz

Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union

97 S., 17 Tabellen, 8 Abbildungen
ISBN 3-85159-025-2, ATS 894,40 / € 65,- Kostenersatz

Benchmarking Pharmaceutical Expenditure. Cost-Containment Strategies in the European Union

Englische Übersetzung von „Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“
ISBN 3-85159-026-0, ATS 894,40 / € 65,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. BELGIEN

Ca. 30 S., 6 Tabellen, 4 Abbildungen
ISBN 3-85159-027-9, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. DÄNEMARK

Ca. 30 S., 8 Tabellen, 6 Abbildungen
ISBN 3-85159-028-7, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. DEUTSCHLAND

Ca. 30 S., 9 Tabellen, 6 Abbildungen
ISBN 3-85159-029-5, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. FINNLAND

Ca. 30 S., 8 Tabellen, 7 Abbildungen
ISBN 3-85159-030-9, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. FRANKREICH

Ca. 30 S., 5 Tabellen, 4 Abbildungen
ISBN 3-85159-031-7, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. GRIECHENLAND

Ca. 30 S., 5 Tabellen, 5 Abbildungen
ISBN 3-85159-032-5, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. GROSSBRITANNIEN

Ca. 30 S., 6 Tabellen, 6 Abbildungen
ISBN 3-85159-033-3, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. IRLAND

Ca. 30 S., 7 Tabellen, 4 Abbildungen
ISBN 3-85159-034-1, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. ITALIEN

Ca. 30 S., 6 Tabellen, 6 Abbildungen
ISBN 3-85159-035-X, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. LUXEMBURG

Ca. 30 S., 6 Tabellen, 4 Abbildungen
ISBN 3-85159-036-8, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. NIEDERLANDE

Ca. 30 S., 6 Tabellen, 5 Abbildungen
ISBN 3-85159-037-6, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. ÖSTERREICH

Ca. 30 S., 8 Tabellen, 6 Abbildungen
ISBN 3-85159-038-4, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. PORTUGAL

Ca. 30 S., 8 Tabellen, 6 Abbildungen
ISBN 3-85159-039-2, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. SCHWEDEN

Ca. 30 S., 8 Tabellen, 6 Abbildungen
ISBN 3-85159-040-6, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung. SPANIEN

Ca. 30 S., 7 Tabellen, 7 Abbildungen
ISBN 3-85159-041-4, ATS 247,70 / € 18,- Kostenersatz

Nähere Informationen zu den ÖBIG-Studien finden Sie
im Publikationsverzeichnis im Anhang bzw.
auf der ÖBIG-Homepage
<http://www.oebig.at>
unter dem Menüpunkt Publikationen

Danksagung

Um aktuelle Informationen und Daten aus erster Hand zu den Arzneimittelsystemen in den untersuchten Ländern zu erhalten, kontaktierte das ÖBIG zahlreiche Institutionen und Personen schriftlich und/oder mündlich. Das Interesse und die Hilfsbereitschaft waren hoch.

Wir möchten uns im Besonderen bei allen bedanken, die uns behilflich waren und freundlicherweise Unterlagen sowie Datenmaterial zur Verfügung stellten. Unsere Kontaktpersonen kommen aus folgenden Institutionen und Behörden:

Belgien

Association Générale de l'Industrie du Médicament (AGIM)
Association Pharmaceutique Belgique (APB)
Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité (INAMI)

Dänemark

Sundhedsministeriet (SUM), 4 Kontor
Danmarks Apotekerforeningen
Lægemiddelindustriforeningen (LIF)

Deutschland

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Finnland

Kansaneläkelaitos (Kela)
Lääkelaitos
Lääkeiden hintalautakunta
Suomen Apteekkariliitto / Tiedotus

Frankreich

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (SNIP)

Griechenland

Nationale Arzneimittelorganisation (EOF)
Pharmetrica S.A.
Vereinigung der griechischen Industrie (SFEE)
Versicherung für Soziale Sicherheit (IKA)

Großbritannien

Association of British Pharmaceutical Industry (ABPI)
British Association of Pharmaceutical Wholesalers (BAPW)
Department of Health (DoH), Medicines Pharmacy and Industry Branch
Medicines Control Agency (MCA)
Pharma Pricing & Reimbursement (PPR)
Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB)

Irland

Department of Health and Children, General Medical Services (GMS) Division
General Medical Services (Payments) Board
Irish Medicines Board (IMB)
Irish Pharmaceutical Healthcare Association (IPHA)
Irish Pharmaceutical Union (IPU)

Italien

Federfarma

Luxemburg

Groupement des Grossistes
Ministère de l'Économie, Office des Prix
Union des Caisses de Maladie

Niederlande

Ministerie van Volksgezondheit, Welzijn en Sport (VWS)

Österreich

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Österreichische Apothekerkammer (ÖAK)
Statistik Austria

Portugal

Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED)

Schweden

Kronans Droghandel
Läkemedelsverket
Landstingsförbundet
Riksförsäkringsverket (RFV)
Apoteket

Spanien

Ministerio de Sanidad y Consumo

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Zielsetzung.....	2
1.3 Methodik.....	2
1.4 Aufbau.....	3
2 Arzneimittelausgaben	5
2.1 Stellenwert.....	5
2.2 Einflussgrößen.....	6
2.3 Steuerungsmaßnahmen.....	6
3 Europäische Union	9
3.1 Aktuelle Regelungen.....	9
3.2 Ausblick.....	11
4 Gesundheitssysteme	13
4.1 Institutioneller Rahmen.....	13
4.2 Finanzierung.....	14
4.3 Ambulanter und stationärer Leistungsbereich.....	17
4.4 Reformen.....	21
5. Arzneimittelsysteme	25
5.1 Zulassung.....	25
5.2 Erstattung.....	25
5.3 Preise.....	29
5.4 Handelsspannen.....	32
5.5 Selbstbeteiligung.....	37
6 Strategien zur Kostendämpfung	41
6.1 Analyse nach Ländern.....	41
6.2 Analyse nach Häufigkeit der Eingriffe.....	44
6.3 Analyse nach Steuerungsrichtung.....	44
6.3.1 Preiskomponente.....	44
6.3.2 Mengenkompone	45
6.4 Analyse nach Akteuren.....	45
6.5 Zusammenfassung.....	46

7 Benchmarking	47
7.1 Kennzahlen im Vergleich.....	47
7.1.1 Ausgaben	47
7.1.2 Finanzierung	49
7.1.3 Verordnungen	51
7.2 Analyse nach Ländern.....	53
7.2.1 Belgien	53
7.2.2 Dänemark.....	54
7.2.3 Deutschland	55
7.2.4 Finnland	56
7.2.5 Frankreich	57
7.2.6 Griechenland.....	58
7.2.7 Großbritannien	59
7.2.8 Irland	60
7.2.9 Italien.....	60
7.2.10 Luxemburg	62
7.2.11 Niederlande.....	62
7.2.12 Österreich.....	64
7.2.13 Portugal.....	65
7.2.14 Schweden	66
7.2.15 Spanien	67
8 Resümee	75
Literaturverzeichnis.....	79
Anhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Arzneimittelausgaben - Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben 1997 / 1998 / 1999.....	5
Abbildung 5.1: Arzneimittelsysteme - Umsatzsteuersätze 2001.....	34
Abbildung 5.2: Arzneimittelsysteme - Durchschnittliche Spannen für den Großhandel und für Apotheken 1999.....	36
Abbildung 7.1: Benchmarking - Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro 1999.....	48
Abbildung 7.2: Benchmarking - Anteil der öffentlichen Finanzierung in Prozent der Arzneimittelausgaben 1999	50
Abbildung 7.3: Benchmarking - Anzahl der Verordnungen pro Kopf der Bevölkerung zu Lasten der öffentlichen Hand 1999.....	52
Abbildung 7.4: Benchmarking - Ausgaben pro Verordnung zu Lasten der öffentlichen Hand 1999	53
Abbildung 8.1: Resümee - Veränderung der öffentlichen Arzneimittelausgaben und der Anzahl der Verordnungen (bereinigt um Bevölkerungsentwicklung), 1999 gegenüber 1990 (indexiert).....	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Einleitung - Kontaktierte Stellen	3
Tabelle 2.1:	Arzneimittelausgaben - Steuerungsmaßnahmen zur Kostendämpfung	7
Tabelle 3.1:	Europäische Union - Überblick über die wichtigsten Rechtsvorschriften mit Bezug auf Arzneimittel	9
Tabelle 3.2:	Europäische Union - Vorschläge zur Revision der Gemeinschaftsverfahren für Humanarzneimittel	11
Tabelle 4.1:	Gesundheitssysteme - Organisationsformen	13
Tabelle 4.2:	Gesundheitssysteme - Allgemeine Kennzahlen der Länder	15
Tabelle 4.3:	Gesundheitssysteme - Leistungsangebot und Zugang	18
Tabelle 4.4:	Gesundheitssysteme - Honorierung	20
Tabelle 4.5:	Gesundheitssysteme - Wichtige Reformen	22
Tabelle 5.1:	Arzneimittelsysteme - Arzneimittellisten und Erstattungssätze 2001	27
Tabelle 5.2:	Arzneimittelsysteme - Weitere Regelungen auf Erstattungsebene 2001	28
Tabelle 5.3:	Arzneimittelsysteme - Regelung der Preise auf Herstellerebene 2001	31
Tabelle 5.4:	Arzneimittelsysteme - Regelung der Spannen für Großhandel und Apotheken 2001	33
Tabelle 5.5:	Arzneimittelsysteme - Selbstbeteiligungsregelungen 2001	39
Tabelle 6.1:	Strategien zur Kostendämpfung - Interventionen zur Kostendämpfung auf Preis- und Mengenebene 1990 - 2001	42
Tabelle 7.1:	Benchmarking - Zentrale Indikatoren, Stand 1999	69
Tabelle 7.2:	Benchmarking - Zentrale Indikatoren, Entwicklungen 1990 bis 1999	72

Abkürzungsverzeichnis

A	Österreich
AA	Arzneimittelausgaben
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (Deutschland)
ABPI	Association of British Pharmaceutical Industry (Großbritannien)
AEP	Apothekeneinstandspreis / Apothekeneinkaufspreis
AESGP	Association Européenne des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public (EU)
AGIM	Association Générale de l'Industrie du Médicament (Belgien)
AM	Arzneimittel
APB	Association Pharmaceutique Belgique (Belgien)
AVP	Apothekenverkaufspreis
B	Belgien
BAPW	British Association of Pharmaceutical Wholesalers (Großbritannien)
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Deutschland)
BfAI	Bundesstelle für Außenhandelsinformation (Deutschland)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Österreich)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland)
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Österreich)
CENSIS	Centro Studi Investimenti Sociali (Italien)
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Frankreich)
D	Deutschland
DK	Dänemark
DoH	Department of Health (Großbritannien)
€	Euro
E	Spanien
EFPIA	Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (Spanien)
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries Associations (EU)
EG	Europäische Gemeinschaft
EMA	European Medicines' Evaluation Agency (EU)
EOF	Nationale Arzneimittelorganisation (Griechenland)
erst.	erstattungsfähig
EU	Europäische Union
EW	Einwohner
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

F	Frankreich
GB	Großbritannien
GH	Großhandel
GHA	Gesundheitsausgaben
GMS	General Medical Services (Irland)
GR	Griechenland
HTA	Health Technology Assessment
I	Italien
IKA	Versicherung für soziale Sicherheit (Griechenland)
IMB	Irish Medicines Board (Irland)
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Portugal)
IPHA	Irish Pharmaceutical Health Association (Irland)
IPU	Irish Pharmaceutical Society (Irland)
IRL	Irland
IWI	Industriewissenschaftliches Institut (Österreich)
Jg.	Jahrgang
KELA	Kansaneläkelaitos (Finnland)
KH	Krankenhaus
KV	Krankenversicherung
LIF	Lægemiddelindustriforeningen (Dänemark), Läkemedelsindustrieföreningen (Schweden)
LUX	Luxemburg
MCA	Medicines Control Agency (Großbritannien)
Mio.	Millionen
MRFG	Mutual Recognition Facilitation Group (EU)
NHS	National Health Service (Großbritannien)
NICE	National Institute for Clinical Excellence (Großbritannien)
NL	Niederlande
Nr.	Nummer
n.v.	nicht verfügbar

ÖAK	Österreichische Apothekerkammer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
öff.	öffentlich
OTC	Over-the-Counter = rezeptfreie Arzneimittel
P	Portugal
Pkg.	Packung
PPR	Pharma Pricing Review, seit Mai 1999: Pharma Pricing & Reimbursement
PPRS	Pharma Price Regulation Scheme (Großbritannien)
priv.	privat
RFV	Riksförsäkringsverket (Schweden)
RPSGB	Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (Großbritannien)
Rx	rezeptpflichtige Arzneimittel
S.	Seite
SF	Finnland
SFEE	Vereinigung der pharmazeutischen Industrie (Griechenland)
SNIP	Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (Frankreich)
SNS	Sistema Nacional de Salud (Spanien)
SUM	Sundhedsministeriet (Dänemark)
SWE	Schweden
vgl.	vergleiche
VMRFG	Veterinary Mutual Recognition Facilitation Group (EU)
VO	Verordnung
Vol.	Volume
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Niederlande)
zit.	zitiert

1 Einleitung

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS), dem jetzigen Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG), beauftragt, eine Studie über die Steuerung der Arzneimittelmärkte in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu erstellen, die im November 2001 unter dem Titel „Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“ (ÖBIG 2001a) publiziert wurde. In dieser umfangreichen Studie von knapp 500 Seiten (Langfassung) werden die aktuellen Gesundheits- und Arzneimittelsysteme und die Sparmaßnahmen im Arzneimittelbereich sowohl in eigenen Länderportraits für alle fünfzehn EU-Mitgliedstaaten als auch in einer vergleichenden Zusammenschau auf EU-Ebene beschrieben und analysiert.

Mit der vorliegenden Publikation „Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“ geht das ÖBIG einen Schritt weiter und wird dem Bedarf nach komprimierten Ergebnissen gerecht: In kompakter Form bietet die Studie „Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“ eine systematische Aufbereitung der Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedsländern, eine vergleichende Untersuchung der Arzneimittelsysteme, eine chronologische Übersicht über zentrale Sparmaßnahmen bei Arzneimitteln sowie eine Analyse der Wirkungen dieser Strategien zur Kostendämpfung.

Die Publikation „Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“, die im Dezember 2001 publiziert wurde, ist sowohl auf Deutsch als auch in englischer Übersetzung unter dem Titel „Benchmarking Pharmaceutical Expenditure. Cost-Containment Strategies in the European Union“ erhältlich.

Des Weiteren bietet das ÖBIG Leserinnen und Lesern, die an Informationen zu einem bestimmten EU-Mitgliedsland interessiert sind, die jeweiligen Länderportraits einzeln zum Verkauf an (siehe Publikationsliste im Anhang).

1.1 Hintergrund

Geringes Wirtschaftswachstum, hohe Arbeitslosigkeit und Sparmaßnahmen des öffentlichen Sektors prägten die ökonomische Situation der europäischen Länder in den 90er Jahren. Die verschärfte wirtschaftliche Lage in Verbindung mit geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (Zunahme des Altenanteils an der Bevölkerung, steigende Lebenserwartung, medizinisch-technischer Fortschritt), schufen einen Reformdruck, auf den alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) mit Maßnahmen zur Kostendämpfung reagierten.

Die Ausgaben für Arzneimittel stellen nach den Ausgaben für den stationären und den ambulanten Bereich zumeist die drittgrößte Position in den Gesundheitsbudgets dar. Im EU-Schnitt entfallen 15 Prozent der Gesundheitsausgaben auf den Arzneimittelbereich (1999).

Im Laufe der 90er Jahre geriet der Arzneimittelbereich zunehmend in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses. Im letzten Jahrzehnt wurde in allen EU-Ländern eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, darunter mehrere einschneidende Systemänderungen. In den 1998 publizierten ÖBIG-Studien „Arzneimittel. Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern“ (ÖBIG 1998a) und „Arzneimittel. Vertrieb in Europa“ (ÖBIG 1998b) wurden die Steuerungsmaßnahmen in den europäischen Arzneimittelmärkten in der ersten Hälfte der 90er Jahre dokumentiert und analysiert. Doch der Reformprozess ging in allen EU-Ländern weiter und ist noch lange nicht abgeschlossen.

1.2 Zielsetzung

Die vorliegende Studie untersucht primär die Strategien zur Kostendämpfung der Arzneimittelausgaben in den fünfzehn Mitgliedsländern der Europäischen Union und analysiert den Erfolg der Reformen in Bezug auf eine Eindämmung der - öffentlichen - Arzneimittelausgaben.

Dazu werden in einer vergleichenden Gegenüberstellung

- die Gesundheits- und Arzneimittelsysteme skizziert und auf Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede hin untersucht sowie
- Maßnahmen im Arzneimittelbereich in den 90er Jahren ausführlich dokumentiert und auf Trends hin untersucht

und in einem Benchmarking

- die Strategien zur Kostendämpfung der Arzneimittelausgaben anhand eines Rankings zentraler Indikatoren analysiert sowie
- hinsichtlich ihrer Wirksamkeit beurteilt.

1.3 Methodik

Die Erhebung der Informationen und Daten basierte im Wesentlichen auf drei methodischen Säulen:

- Literatur- und Internetrecherchen (bis einschließlich Juni 2001),
- Ermittlung von Strukturdaten aus internationalen Publikationen und Datenbanken (z. B. OECD Health Data 2000) und
- eigene Erhebungen (schriftliche Anfragen mittels Fragebögen und -listen, Telefoninterviews, mündliche Nachrecherchen).

Bei der Recherche und Aufbereitung von Daten wurde insbesondere auf die Kriterien Vergleichbarkeit sowie Kontinuität geachtet.

Im Rahmen der empirischen Erhebungen kontaktierte das Projektteam im Zeitraum Juni 2000 bis April 2001 insgesamt 49 Institutionen in den fünfzehn EU-Ländern (vgl. Tabelle 1.1). Ansprechpartner waren primär Gesundheitsministerien, Arzneimittelagenturen und Krankenkassen, ergänzt um Interessenvertretungen der Akteure am Arzneimittelmarkt. Alle jene Stellen, die das Projektteam mit Informationen unterstützen konnten, werden in der Danksagung angeführt.

Tabelle 1.1: Einleitung - Kontaktierte Stellen

Institution	B	DK	D	SF	F	GR	GB	IRL	I	LUX	NL	A	P	SWE	E
Staat															
Gesundheitsministerium		✓	✓				✓	✓	✓		✓	✓			✓
Gesundheitsbehörde							✓ ¹	✓ ¹	✓ ¹					✓ ²	
Arzneimittelagentur ³				✓			✓	✓					✓	✓	
Erstattungsstelle				✓ ⁴		✓ ⁵									
Sozialversicherung															
Dachverband				✓										✓	
Krankenversicherung	✓				✓	✓				✓					
Interessenvertretung															
Industrie	✓	✓			✓		✓	✓							
Großhandel							✓	✓		✓		✓		✓ ⁶	
Apotheken	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Sonstige															
Sonstige Behörde										✓ ⁷				✓ ⁸	
Beobachtungsstelle						✓ ⁹									
Fachmedien							✓								

¹ Behörde im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes

² regionale Behörde für Gesundheitswesen

³ Zulassungsstelle

⁴ Nationales Amt für Arzneimittelpreisfestlegung und Erstattung

⁵ Expertenkomitee für Erstattung bei der Arzneimittelagentur

⁶ Großhandelsunternehmen

⁷ Wirtschaftsministerium

⁸ interregionale skandinavische Behörde

⁹ unabhängiges Institut für Arzneimittel-Monitoring

Quelle: ÖBIG

1.4 Aufbau

Die Studie „Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“ ist in acht Kapitel gegliedert, in denen folgende Inhalte bearbeitet werden:

- **Arzneimittelausgaben (Kapitel 2)**

Vor dem Hintergrund der aktuellen Niveaus der Arzneimittelausgaben in der Europäischen Union werden Einflussfaktoren der Arzneimittelausgaben diskutiert und grundlegende Steuerungsinstrumente skizziert.

- **Europäische Union (Kapitel 3)**

Das Kapitel vermittelt einen Überblick über die für den Arzneimittelbereich relevanten, aktuellen Bestimmungen auf EU-Ebene.

- **Gesundheitssysteme (Kapitel 4)**

In diesem Kapitel werden die Gesundheitssysteme in den fünfzehn Mitgliedstaaten in Bezug auf den institutionellen Rahmen und ihre Organisationsform (Sozialversicherungssystem versus Nationaler Gesundheitsdienst) und die Finanzierung einander gegenübergestellt. Das Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich und der Zugang zu diesen Leistungen (Stichwort: Gatekeeper) werden für die Mitgliedstaaten skizziert. Das Kapitel schließt mit einem Überblick über die Reformen im Gesundheitswesen.

- **Arzneimittelsysteme (Kapitel 5)**

Gegenstand dieses Kapitels ist eine vergleichende Darstellung der Arzneimittelsysteme der fünfzehn EU-Länder in Hinblick auf Zulassung, Erstattung, Preisfestsetzung und Selbstbeteiligungsregelungen. Ein Unterkapitel ist den Regelungen der Handelsspannen für Arzneimittel sowie einem Vergleich der durchschnittlichen Großhandels- und Apothekenspannen sowie der Umsatzsteuersätze im Arzneimittelbereich gewidmet.

- **Strategien zur Kostendämpfung (Kapitel 6)**

In einer umfassenden Übersichtstabelle wird ein chronologischer Überblick über zentrale Sparmaßnahmen im Arzneimittelwesen gegeben. Die Steuerungsstrategien werden unter Berücksichtigung der Zielrichtung der Aktivitäten (Preis- versus Mengenkomponekte), der Häufigkeit, der betroffenen Länder sowie der Akteure analysiert.

- **Benchmarking (Kapitel 7)**

Zentrale Indikatoren des Arzneimittelbereiches (Arzneimittelausgaben, öffentliche und private Finanzierung, Verordnungen, etc.) werden für die fünfzehn Länder tabellarisch dargestellt und in ein Ranking gebracht. Die Entwicklung der öffentlichen Arzneimittelausgaben im Zeitraum 1990 bis 1999 wird mit den Sparmaßnahmen in Zusammenhang gebracht und bewertet.

- **Resümee (Kapitel 8)**

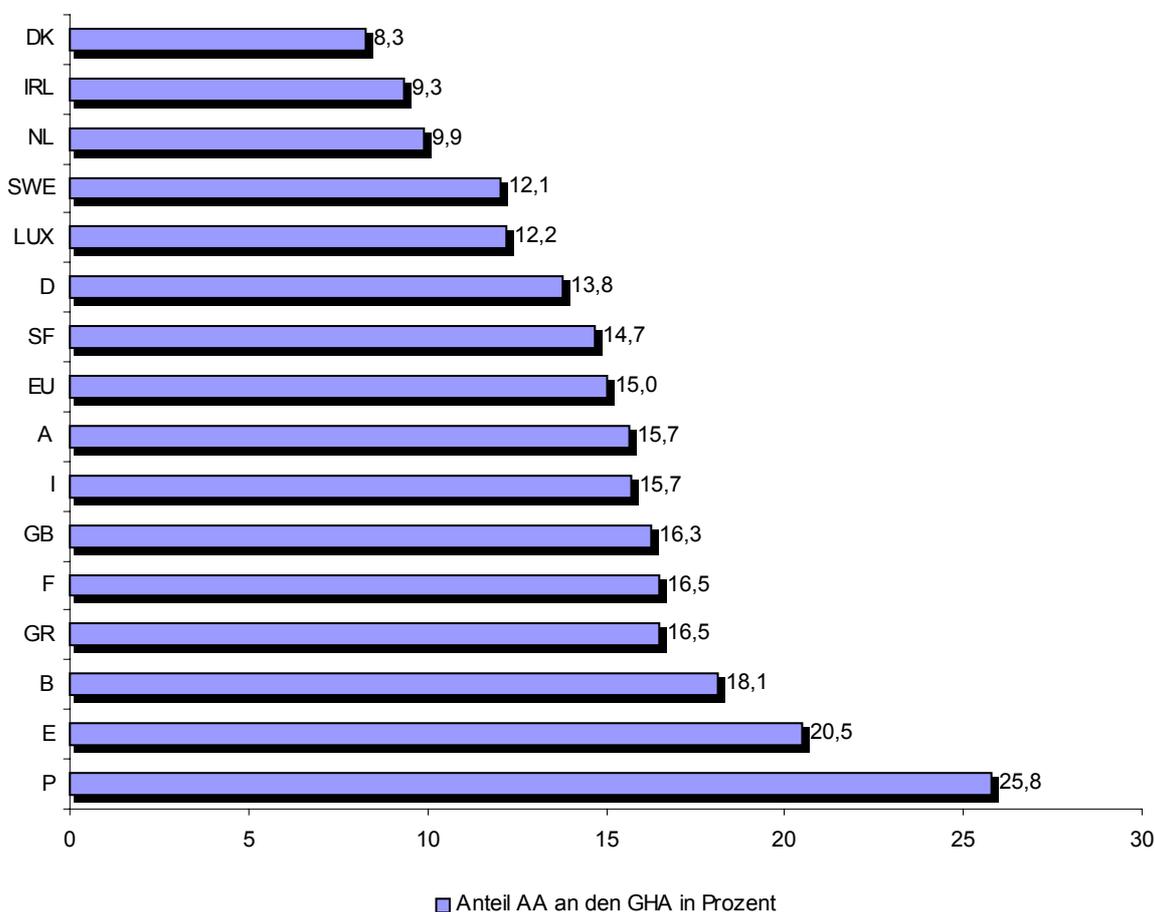
In einem abschließenden Resümee wird Bilanz gezogen, ob die Steuerungsmaßnahmen in den EU-Mitgliedstaaten in Hinblick auf die Kostendämpfung der Arzneimittelausgaben gegriffen haben.

2 Arzneimittelausgaben

2.1 Stellenwert

Die Ausgaben für Arzneimittel stellen nach den Ausgaben für den stationären und den ambulanten Bereich zumeist die drittgrößte Position der jeweiligen Gesundheitsbudgets dar. Abbildung 2.1 zeigt die Bedeutung der Arzneimittelausgaben bezogen auf die Gesundheitsausgaben in den Mitgliedsländern der Europäischen Union.

Abbildung 2.1: Arzneimittelausgaben - Anteil der Arzneimittelausgaben¹ an den Gesundheitsausgaben 1997 / 1998 / 1999



AA = Arzneimittelausgaben, GHA = Gesundheitsausgaben

1997: IRL; 1998: P, E, B, GR, GB, SF, LUX, SWE, NL; 1999: F, I, A, D, DK

¹ ohne Krankenhausmarkt

Quellen: OECD 2000; ÖBIG-eigene Erhebungen

2.2 Einflussgrößen

Mehrere Faktoren sind für das Niveau der Arzneimittelausgaben bestimmend. Als Ausgaben beeinflussende Größen kommen in Frage:

- Allgemeines Einkommensniveau:
Je höher das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, desto höher sind auch die Ausgaben für Gesundheit bzw. für Arzneimittel.
- Honorierungssystem der niedergelassenen Ärzte:
Pauschale Honorierung der niedergelassenen Ärzte nach Anzahl der behandelten Patienten führt bei beschränktem Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu geringeren Arzneimittelausgaben, Einzelleistungsvergütung bei freier Arztwahl hingegen generell zu höheren Arzneimittelausgaben (BASYS 1995, Wieninger 1998).
- Altersstruktur der Bevölkerung:
Je älter die Bevölkerung, desto höher der Arzneimittelverbrauch, desto höher die Ausgaben.
- Regulierungs- und Steuerungssysteme:
Staatliche Interventionen und lenkende Eingriffe in den Arzneimittelmarkt wirken sich ebenfalls auf die Arzneimittelausgaben aus.

Darüber hinaus können politische und ökonomische Rahmenbedingungen, wie z. B. der Stellenwert der Pharma-Industrie im Land, eine Rolle spielen.

Für die Bestimmung des Niveaus und die Entwicklung von Arzneimittelausgaben sind mehrere Faktoren ausschlaggebend, die einander beeinflussen können.

Eine maßgebliche Einflussgröße ist aber sicherlich die Ausgestaltung der Regulierungs- und Steuerungssysteme.

2.3 Steuerungsmaßnahmen

Unter dem Begriff Steuerung wird im weiten Sinn jede Art von staatlicher Intervention in das Verhalten von Wirtschaftssubjekten verstanden. Nach dem Grad der Verhaltensdeterminierung wird zwischen Geboten, Verboten (direkte Steuerung) und monetären sowie nicht-monetären Anreiz- oder Abschreckungsinstrumenten (indirekte Steuerung) unterschieden. Der engere Steuerungs-begriff umfasst nur die direkten Eingriffe (vgl. auch Ewers 1989, Weizäcker 1982, zitiert in: Schöffski 1995). Mit Steuerungen sollen fehlende Marktwirkungen ersetzt oder unerwünschte Marktwirkungen korrigiert werden.

Im Gesundheitswesen generell wie auch in der Arzneimittelversorgung besteht aufgrund der Besonderheiten des Marktes wie

- dem dreigeteilten Nachfragesystem
(Arzt = Nachfrager, Patient = Konsument, Gesundheitsversorgungssystem = Zahler),
- der angebotsseitigen Wettbewerbsverzerrung
(zum Teil eingeschränkte Konkurrenz unter den Anbietern) und
- den positiven und negativen Externalitäten bzw. Effekten
(z. B. gesamtgesellschaftliche Auswirkungen der Bekämpfung oder Nicht-Bekämpfung von infektiösen Krankheiten)

größtenteils Konsens darüber, dass steuernd einzugreifen ist.

Damit ist gemeint, dass der Gesundheits- wie auch der Arzneimittelmarkt nicht dem idealtypischen Spiel von Angebot und Nachfrage überlassen werden.

Tabelle 2.1: Arzneimittelausgaben - Steuerungsmaßnahmen zur Kostendämpfung

Steuerungsmaßnahmen	Primäre Wirkungsebene		Art der Steuerungswirkung	
	Preis	Menge	direkt	indirekt
Staatliche Preisfestsetzungen	✓		✓	
Staatliche Preisstopps und -senkungen	✓		✓	✓
Referenzpreissystem ¹	✓			
Arzneimittelbudgets		✓		✓
Positiv- und Negativlisten ²	✓			✓
Ausschluss aus Positivliste ³		✓		✓
Rezeptfreistellung von Arzneimitteln ³		✓		✓
Selbstbeteiligung ⁴		✓		✓
Förderung von Generika	✓			✓

¹ Beim Referenzpreissystem werden ähnliche Gruppen von Arzneimitteln zusammengefasst und ein (Höchst-)Preis für die Erstattung festgelegt. Bei Preisüberschreitung ist die Differenz zum Referenzpreis von den Patienten zu zahlen.

² Listen, in denen Arzneimittel angeführt sind, die zu Lasten der Sozialversicherung bzw. des Nationalen Gesundheitsdienstes verordnet (Positivliste) oder nicht verordnet (Negativliste) werden dürfen.

³ Die Rezeptfreistellung von zuvor rezeptpflichtigen Arzneimitteln und das Streichen von Arzneimitteln aus der Erstattungsfähigkeit hat primär auf das Volumen verordneter Arzneimittel zu Lasten des Gesundheitsversorgungssystems eine einschränkende Wirkung. Zumeist kommt es zu einer Verlagerung der Kosten auf die Patienten.

⁴ Selbstbeteiligungen haben in der Regel nur einen geringen Effekt auf die Einschränkung der Menge. Um steuernd zu wirken, müssten diese laut Untersuchungen relativ hoch sein. Davon wären vor allem Kranke und sozial Bedürftige betroffen (Verteilungsproblem).

Quellen: ÖBIG 1998a, Scheil-Adlung 1998

Anfänglich konzentrierten sich staatliche und überstaatliche (der Europäischen Union) Regelungen am Arzneimittelmarkt darauf, die Sicherheit von Arzneimitteln zu gewährleisten (z. B. Bestimmungen für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln). Seit Beginn der 90er Jahre werden nunmehr in den einzelnen Ländern verstärkt steuernde Maßnahmen gesetzt, um die

Arzneimittelausgaben - vor allem der öffentlichen Hand - zu begrenzen. Um das stets gleiche Ziel zu erreichen, wurden jedoch oft unterschiedliche Wege eingeschlagen.

Prinzipiell können Steuerungsmaßnahmen zur Ausgabenbegrenzung danach unterschieden werden, ob sie primär die Preise und/oder das Volumen von Arzneimitteln beeinflussen und ob direkte oder indirekte Strategien angewendet werden:

- Zu den direkten Strategien zählen gesetzliche Bestimmungen, welche die beteiligten Akteure (Arzneimittelanbieter, Patienten) unmittelbar betreffen (Steuerung im engeren Sinne).
- Indirekte Strategien sind marktähnliche Verhaltensanreize, die mittelbar über (zumeist) finanzielle Folgen auf die beteiligten Akteure wirken.

Tabelle 2.1 zeigt typische Steuerungsinstrumente zur Ausgabenbegrenzung am Arzneimittelmarkt entsprechend der vorgenommenen Unterscheidung.

In den meisten Ländern wird zur Lenkung der Arzneimittelausgaben eine Mischung von marktwirtschaftlichen und staatlichen Steuerungselementen eingesetzt.

3 Europäische Union

3.1 Aktuelle Regelungen

Der europäische Arzneimittelmarkt ist sowohl durch gemeinschaftliche als auch durch nationalstaatliche Bestimmungen reguliert. Die Europäische Union (EU) zielt mit ihren Lenkungsmaßnahmen auf die Verwirklichung des Binnenmarktes für Arzneimittel (Sicherstellen des freien Warenverkehrs), die Regelungen betreffen daher primär die Bereiche Arzneimittelzulassung und -vertrieb. Ein Überblick über die wichtigsten Rechts- und Verwaltungsvorschriften der EU wird in Tabelle 3.1 gegeben.

Tabelle 3.1: Europäische Union - Überblick über die wichtigsten Rechtsvorschriften mit Bezug auf Arzneimittel

Bereich	Vorschriften
Patente	<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung (EWG) Nr. 1768/92 vom 18.6.1992 über die Schaffung des ergänzenden Schutzzertifikates für Arzneimittel
Zulassung	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlinie 65/65/EWG des Rates vom 3.5.1989 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über Arzneyspezialitäten • Richtlinie 75/319/EWG des Rates vom 20.5.1975 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über Arzneyspezialitäten • Richtlinie 87/22/EWG des Rates vom 22.12.1986 zur Angleichung der einzelstaatlichen Maßnahmen betreffend das Inverkehrbringen technologisch hochwertiger Arzneimittel, insbesondere aus der Biotechnologie • Richtlinie 93/39/EWG des Rates vom 14.6.1993 zur Änderung der Richtlinien 65/65/EWG, 75/318/EWG und 75/319/EWG betreffend Arzneimittel • Verordnung 2309/93/EWG zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Schaffung einer europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln
Klassifizierung	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlinie 92/26/EWG des Rates vom 31.3.1992 zur Einstufung bei der Abgabe von Humanarzneimitteln
Arzneimittelpreise	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21.12.1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme
Vertrieb	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlinie 92/25/EWG des Rates vom 31.3.1992 über den Großhandelsvertrieb von Humanarzneimitteln • Leitlinien für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln 94/C 63/03 • Richtlinie 97/7/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 20.5.1997 über den Verbraucherschutz bei Vertragsabschlüssen im Fernabsatz

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 3.1 (Fortsetzung): Europäische Union - Überblick über die wichtigsten Rechtsvorschriften mit Bezug auf Arzneimittel

Bereich	Vorschriften
Werbung	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlinie 92/28/EWG des Rates vom 31.3.1992 über die Werbung für Humanarzneimittel • Richtlinie 89/552/EWG des Rates vom 3.10.1989 zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Ausübung der Fernsehaktivität • Richtlinie 97/36/EWG des Europäischen Parlamentes 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 • Richtlinie 97/55/EWG vom 6.10.1997 über die vergleichende Werbung

Quellen: ÖBIG 1998a, 1998b und 2000b

In der EU gibt es seit 1.1.1995 drei mögliche Zulassungsverfahren:

- das zentralisierte Zulassungsverfahren für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (obligatorisch) und innovative Arzneimittel (fakultativ), bei dem die Zulassung durch die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMA) in London erfolgt und automatisch für alle Mitgliedsländer der EU gilt,
- das dezentrale Zulassungsverfahren, bei dem eine gegenseitige Anerkennung der einzelstaatlichen Zulassungen erfolgt, und
- das nationale Verfahren, wenn ein Arzneimittel nur in einem Land auf den Markt gebracht wird.

Von Anfang 1995 bis Januar 2001 wurden 155 Arzneimittel nach dem zentralisierten und 444 Arzneimittel nach dem dezentralen Verfahren zugelassen. Im dezentralen Verfahren wurden 182 Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff, 16 rezeptfreie Arzneimittel und 246 Generika zugelassen. Gleichzeitig führten 309 Verfahren in mindestens einem Mitgliedstaat zur Rücknahme eines Arzneimittels vom Markt, um ein Schiedsverfahren auf Gemeinschaftsebene zu vermeiden. Kommt es zu keiner gegenseitigen Anerkennung, so kann theoretisch von einem Mitgliedsland ein Schiedsverfahren eingeleitet werden. Dies wird jedoch in der Praxis vermieden, indem der Zulassungsantrag in mindestens einem Mitgliedsland zurückgezogen wird.

Im Dezember 1999 wurde eine Verordnung über Arzneimittel für seltene Leiden (Verordnung (EG) Nr. 141/2000) beschlossen, die ein Gemeinschaftsverfahren für die Klassifizierung von Arzneimitteln für die Anwendung bei seltenen Krankheiten (Orphan Drugs) einführt. Für die Prüfung dieser Anträge wurde ein eigener Ausschuss (Orphan Drug-Ausschuss der EMA) eingesetzt. Die Beantragung der Gemeinschaftsgenehmigung für das Inverkehrbringen, zehnjährige Marktexklusivrechte sowie die Kriterien für eine Förderung werden in dieser Verordnung geregelt. Ende 2000 erhielt das erste Arzneimittel nach dieser Verordnung den Status eines Arzneimittels für seltene Krankheiten.

Die Steuerungsmaßnahmen, etwa die Regulierung der Arzneimittelmärkte auf Ebene der Preise und der Erstattung, bleiben jedoch weitgehend nationalstaatlichen Regelungen über-

lassen. Es gibt lediglich eine Richtlinie der EU (89/105/EWG - Transparenzrichtlinie), die darauf abzielt, die Transparenz über die einzelstaatlichen Vereinbarungen zur Preisfestsetzung zu gewährleisten und die entsprechenden Verfahren zeitlich einzuschränken.

3.2 Ausblick

Da der rechtliche Rahmen der EU im Bereich der Arzneimittel in einer Vielzahl von Richtlinien zu finden ist, wurde 1999 ein Vorschlag zur Schaffung eines Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel vorgelegt. Durch diesen Gemeinschaftskodex soll eine einheitliche Rechtsquelle, ohne substanzielle Änderungen der bestehenden Gesetzgebung, geschaffen werden.

Um die Zulassungsverfahren zu optimieren, gab es in den letzten Jahren immer wieder Empfehlungen von Seiten der EU, z. B. an die Mitgliedsländer zur Verbesserung der Akzeptanz von Bioäquivalenzstudien aus anderen Ländern, oder an die Antragssteller, um formale Probleme zu reduzieren.

Eine Revision der Zulassungsverfahren aufgrund einer Evaluierung war bereits in der Verordnung 2309/93/EWG in Artikel 71 vorgesehen. Die Evaluierung ist im Jahr 2000 erfolgt. Am 22.1.2001 wurde ein erstes Diskussionsdokument von der Europäischen Kommission als Basis für eine Überarbeitung der Rechtsvorschriften veröffentlicht (Europäische Kommission 2001). Am 18. Juli 2001 wurde schließlich ein Vorschlag zur umfassenden Neugestaltung der EU-Rechtsvorschriften für Arzneimittel von der Kommission verabschiedet. Dieser enthält einen Verordnungsentwurf zu den Genehmigungen für das Inverkehrbringen und zur Funktionsweise der EMEA, einen Richtlinienentwurf über Tierarzneimittel und einen Richtlinienentwurf über Humanarzneimittel. Einige Vorschläge daraus sind in Tabelle 3.2 aufgelistet.

Tabelle 3.2: Europäische Union - Vorschläge zur Revision der Gemeinschaftsverfahren für Humanarzneimittel

Bereich	Vorschläge
Dauer der Zulassungsverfahren	Verkürzung der Fristen, so dass alle Verfahren unter einem Jahr ablaufen.
Erneuerungsverfahren	Die Erneuerung nach fünf Jahren wird gestrichen, alle Bewilligungen sollen unbegrenzt gültig sein.
Zentralisiertes Zulassungsverfahren	Da das zentralisierte Verfahren bei der Evaluierung sehr positiv bewertet wurde, soll der Anwendungsbereich dieses Verfahrens auf alle neuen Wirksubstanzen erstreckt, die Wahlmöglichkeit zwischen den Zulassungsverfahren ausgeweitet (für alle nicht-biotechnologischen Produkte) oder überhaupt eine generelle Wahlmöglichkeit eingeführt werden.
Generika	Für Generika von Originalpräparaten, die zentral zugelassen wurden, soll ebenfalls die Zulassung nach dem zentralisierten Verfahren möglich sein.

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 3.2 (Fortsetzung): Europäische Union - Vorschläge zur Revision der Gemeinschaftsverfahren für Humanarzneimittel

Bereich	Vorschläge
„Beschleunigtes Zulassungsverfahren“	Für Arzneimittel, die einen signifikanten therapeutischen Effekt haben und von Patienten dringend benötigt werden, könnte ein „beschleunigtes Zulassungsverfahren“ eingeführt werden.
„Geduldeter Gebrauch“	Die Verwendung noch nicht zugelassener Arzneimittel unter bestimmten Bedingungen könnte durch die Schaffung eines europäischen Systems des sogenannten „geduldeten Gebrauchs“ ermöglicht werden.
Dezentrales Verfahren	Es sollen unterschiedliche Modalitäten für bereits zugelassene und nicht zugelassene Arzneimittel eingeführt werden. Die informellen Gruppen für die gegenseitige Anerkennung (MRFG und VMRFG) erhalten einen formalen und rechtlichen Status. Das Schiedsverfahren soll verbessert und die Fristen für die Beurteilung gekürzt werden.
EMEA	Hinsichtlich der EMEA werden organisatorische Veränderungen vorgeschlagen, um Unabhängigkeit, Qualität und Effizienz zu erhöhen.
Beschlussfassungsverfahren	Um den Entscheidungsprozess bei der Kommission zu verkürzen, wurden bereits Bevollmächtigungen erweitert und Zeichnungsbefugnisse übertragen.

Quellen: Europäische Kommission 2001a und 2001b

Weiters wurde in Diskussionen über das unterschiedliche Preisniveau von Arzneimitteln in der EU von Rat und Kommission festgestellt, dass unter Wahrung der gesundheits- und wirtschaftspolitischen Interessen eine Preisfestsetzung auf EU-Ebene nicht wünschenswert ist. Der Binnenmarkt könnte aber durch ein nach bestimmten Arzneimittelgruppen (rezeptfreie/rezeptpflichtige, patentgeschützte/nicht patentgeschützte Arzneimittel) differenziertes Vorgehen vorangetrieben werden.

Auf Grund der gesundheits- und wirtschaftspolitischen Bedeutung von Innovationen im Bereich Arzneimittel soll die Forschung auch auf gemeinschaftlicher Ebene gefördert werden. Dabei wird einerseits die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten gefördert (z. B. Strategien gegen die Antibiotikaresistenz), andererseits sollen konkrete Programme auf EU-Ebene Innovationen ermöglichen.

4 Gesundheitssysteme

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Gesundheitssysteme der 15 EU-Länder gegeben. Dabei werden die Hauptcharakteristika der Gesundheitssysteme, wie institutioneller Rahmen, Finanzierung, Organisation und Besonderheiten der ambulanten und stationären Leistungserbringung sowie getroffene Reformmaßnahmen der letzten Dekade knapp dargestellt. Der Kernbereich der Studie - der Arzneimittelbereich - wird in den Kapiteln 5 bis 8 ausführlich behandelt und analysiert.

4.1 Institutioneller Rahmen

Alle EU-Länder bieten eine solidarisch finanzierte Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen. Die effektive Organisationsform als auch der Leistungsumfang variieren jedoch erheblich zwischen den Ländern.

In fünf EU-Ländern (Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Österreich) ist die Gesundheitsversorgung über Sozialversicherungen organisiert, welche sich aus korporatistischen - das heißt ständisch orientierten - Sicherungsstrukturen entwickelten.

Tabelle 4.1: Gesundheitssysteme - Organisationsformen

Land	Sozialversicherungssystem	Nationaler Gesundheitsdienst	Mischsystem
Belgien (B)	●		
Dänemark (DK)			●
Deutschland (D)	●		
Finnland (SF)		●	
Frankreich (F)	●		
Griechenland (GR)			●
Großbritannien (GB)		●	
Irland (IRL)		●	
Italien (I)		●	
Luxemburg (LUX)	●		
Niederlande (NL)			●
Österreich (A)	●		
Portugal (P)		●	
Schweden (SWE)			●
Spanien (E)		●	

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

Sechs Mitgliedstaaten (Finnland, Großbritannien, Irland, Italien, Portugal und Spanien) sichern die Basisversorgung mit Gesundheitsgütern durch einen Nationalen Gesundheitsdienst.

In den anderen EU-Ländern existieren Mischsysteme aus Sozialversicherung und staatlichem Gesundheitsdienst (Dänemark, Griechenland, Schweden). Einzig das niederländische Gesundheitssystem ist ein Mischsystem aus öffentlicher und privater Krankenversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung für Akuterkrankungen ist unter einer bestimmten Einkommensgrenze obligatorisch (Versicherungspflicht), Personen über dieser Einkommensgrenze sowie selbstständig Erwerbstätige können sich privat versichern lassen. Neben den Niederlanden ist auch Deutschland in den 90er Jahren großteils vom Konzept der Pflichtversicherung abgegangen.

Neben dem institutionellen Rahmen ist der Leistungsumfang der Grundversorgung von Bedeutung. Meist ist dieser nur sehr allgemein definiert, wohl sind aber in einigen Ländern medizinische Leistungsbereiche explizit von der Grundversorgung ausgenommen. So wurden z. B. in den Niederlanden Mitte der 90er Jahre die zahnärztliche Versorgung für Erwachsene sowie die physio-therapeutischen Behandlungskosten aus dem Leistungspaket der Krankenkassen gestrichen.

Neben dem Ausschluss gesamter Leistungsbereiche von der Grundversorgung bestimmt auch die Höhe der Zuzahlungen den Umfang der medizinischen Leistungsversorgung. Die Selbstbeteiligungen, welche bei Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen anfallen, differieren beträchtlich zwischen den Mitgliedstaaten. In Finnland sind z. B. für ambulante und stationäre Behandlungen Selbstbeteiligungen bis zu einer jährlichen Obergrenze von etwa € 600,- zu zahlen. Zusätzlich können Zuzahlungen für Arzneimittel bis zu einem jährlichen Limit von ungefähr € 600,- anfallen. In anderen Ländern, wie z. B. Großbritannien, sind im ambulanten und stationären Grundversorgungsbereich keine Zuzahlungen vorgesehen, wohl aber im Bereich der Versorgung mit Arzneimitteln.

4.2 Finanzierung

In den Ländern der EU werden derzeit im Schnitt 8,0 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen ausgegeben (vgl. Tabelle 4.2). Deutschland, Frankreich und Belgien wenden einen weit höheren Anteil des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen auf. Hingegen liegt die Gesundheitsquote von Luxemburg, Irland, Finnland, Großbritannien und Spanien unter dem Durchschnitt der Mitgliedstaaten.

Tabelle 4.2: Gesundheitssysteme - Allgemeine Kennzahlen der Länder

Kennzahlen ¹	Belgien	Dänemark	Deutschland	Finnland	Frankreich	Griechenland	Großbritannien	Irland	Ø EU
Demographische Kennzahlen									
Einwohner	10,2 Mio. (1999)	5,3 Mio. (1999)	82,1 Mio. (1999)	5,2 Mio. (1999)	59,1 Mio. (1999)	10,6 Mio. (1999)	59,3 Mio. (1999)	3,7 Mio. (1999)	-
Lebenserwartung Frauen (bei Geburt)	81,1 Jahre (1998)	78,8 Jahre (1999)	80,5 Jahre (1998)	81,0 Jahre (1999)	82,2 Jahre (1998)	79,4 Jahre (1999)	80,0 Jahre (1998) ²	78,5 Jahre (1996)	81,0 Jahre
Lebenserwartung Männer (bei Geburt)	74,8 Jahre (1998)	74,0 Jahre (1999)	74,5 Jahre (1998)	73,7 Jahre (1999)	74,6 Jahre (1998)	74,6 Jahre (1999)	75,1 Jahre (1998) ²	73,2 Jahre (1996)	74,8 Jahre
Ökonomische Kennzahlen									
Bruttoinlandsprodukt / Einwohner	22.700 € (1999)	30.608 € (1999)	24.150 € (1999)	23.360 € (1999)	22.775 € (1999)	11.086 € (1999)	22.486 € (1999)	22.329 € (1999)	22.381 €
Gesundheitsausgaben / Einwohner	1.937 € (1998)	2.562 € (1999)	2.532 € (1999)	1.538 € (1998)	2.085 € (1999)	853 € (1998)	1.585 € (1999)	1.360 € (1999)	1.713 €
Gesundheitsausgaben in % des BIP	8,8 % (1998)	8,3 % (1999)	10,5 % (1999)	6,9 % (1998)	9,5 % (1999)	8,3 % (1998)	7,0 % (1999)	6,4 % (1998)	8,0 %
Öffentliche Gesundheits- ausgaben in % des BIP	7,9 % (1998)	6,8 % (1999)	7,9 % (1999)	5,3 % (1998)	7,3 % (1999)	4,7 % (1998)	5,9 % (1999)	4,8 % (1998)	6,1 %
Kennzahlen des Leistungsangebots									
Akutstationäre KH- Betten/1.000 Einwohner	5,2 (1996) ³	3,5 (1998)	7,0 (1998)	2,5 (1999)	4,3 (1998)	4,0 (1997)	2,4 (1998)	3,3 (1997)	4,1
Einwohner/Arzt	256 (1998) ⁴	295 (1999)	282 (1999) ⁵	327 (1999)	336 (1998)	244 (1997)	582 (1998)	457 (1998)	350

Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde auf Basis der verfügbaren Jahre gebildet.

BIP = Bruttoinlandsprodukt, GHA = Gesundheitsausgaben, KH = Krankenhaus, Mio. = Millionen, Ø = Durchschnitt

Quellen: ¹ OECD 2000, außer anderweitig angegeben
² Office of National Statistics England 2000
³ European Observatory on Health Care Systems 2000a
⁴ European Observatory on Health Care Systems 2000a
⁵ BMG 2000

⁶ ÖBIG-eigene Erhebungen (Statistik Austria), Stand April 2001
⁷ European Observatory on Health Care Systems 2000c
⁸ Zornotta 2001
⁹ LIF 2000

⇨ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 4.2 (Fortsetzung): Gesundheitssysteme - Allgemeine Kennzahlen der Länder

Kennzahlen ¹	Italien	Luxemburg	Niederlande	Österreich	Portugal	Schweden	Spanien	Ø EU
Demographische Kennzahlen								
Einwohner	57,0 Mio. (1999)	0,4 Mio. (1999)	15,8 Mio. (1999)	8,1 Mio. (1999)	10,0 Mio. (1999)	8,9 Mio. (1999)	39,4 Mio. (1999)	-
Lebenserwartung Frauen (bei Geburt)	81,6 Jahre (1997)	80,0 Jahre (1996)	80,7 Jahre (1998)	80,9 Jahre (1998)	78,8 Jahre (1998)	81,9 Jahre (1999)	82,4 Jahre (1999)	81,0 Jahre
Lebenserwartung Männer (bei Geburt)	75,3 Jahre (1997)	73,0 Jahre (1996)	75,2 Jahre (1998)	74,7 Jahre (1998)	71,7 Jahre (1998)	77,0 Jahre (1999)	74,9 Jahre (1999)	74,8 Jahre
Ökonomische Kennzahlen								
Bruttoinlandsprodukt / Einwohner	18.919 € (1999)	40.776 € (1999)	23.521 € (1999)	24.255 € (1999)	10.410 € (1999)	24.145 € (1999)	14.190 € (1999)	22.381 €
Gesundheitsausgaben / Einwohner	1.593 € (1999)	2.260 € (1998)	1.909 € (1998)	1.876 € (1999) ⁶	765 € (1998)	1.915 € (1998)	932 € (1998)	1.713 €
Gesundheitsausgaben in % des BIP	8,4% (1999)	5,9% (1998)	8,6% (1998)	8,0% (1999) ⁶	7,8% (1998)	8,4% (1998)	7,1% (1998)	8,0 %
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP	5,6% (1998)	5,4% (1998)	6,0% (1998)	5,7% (1999) ⁶	5,2% (1998)	7,0% (1998)	5,4% (1998)	6,1 %
Kennzahlen des Leistungsangebots								
Akutenstationäre KH-Betten/1.000 Einwohner	5,2 (1997)	5,5 (1998)	3,6 (1999) ⁷	6,3 (1998)	3,1 (1998)	2,5 (1999)	3,2 (1996)	4,1
Einwohner/Arzt	170 (1998)	321 (1999)	788 (1999) ⁸	332 (1998)	321 (1998)	311 (1999) ⁹	230 (1998)	350

Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde auf Basis der verfügbaren Jahre gebildet.

BIP = Bruttoinlandsprodukt, GHA = Gesundheitsausgaben, KH = Krankenhaus, Mio. = Millionen, Ø = Durchschnitt

Quellen: ¹ OECD 2000, außer anderweitig angegeben
² Office of National Statistics England 2000
³ European Observatory on Health Care Systems 2000a
⁴ European Observatory on Health Care Systems 2000a
⁵ BMG 2000

⁶ ÖBIG-eigene Erhebungen (Statistik Austria), Stand April 2001
⁷ European Observatory on Health Care Systems 2000c
⁸ Zorgnota 2001
⁹ LIF 2000

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben pro Einwohner, so werden im EU-Schnitt € 1.713,- pro Kopf für Gesundheitsleistungen ausgegeben (vgl. Tabelle 4.2). Spanien, Griechenland und Portugal bilden mit Gesundheitsausgaben pro Kopf von unter € 1.000,- die Schlusslichter. Im Spitzenfeld finden sich Frankreich, Luxemburg, Deutschland und Dänemark mit Ausgaben über € 2.000,-. Vergleicht man die Gesundheitsausgaben pro Kopf kaufkraftbereinigt, so ändert sich die Reihung der Länder nicht wesentlich, jedoch reduziert sich die Bandbreite der Ausgaben.

In der überwiegenden Zahl der EU-Staaten war der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in den 90er Jahren rückläufig. Besonders auffällig war die Verschiebung der Finanzierungslast auf den privaten Bereich in Italien, Schweden, Griechenland und Finnland. Auch in Österreich und Spanien wurden die privaten Haushalte zunehmend belastet. In Deutschland und den Niederlanden stieg der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der ersten Hälfte der 90er Jahre, wurde aber durch die staatlichen Einsparungsmaßnahmen wieder reduziert. In Irland und Portugal ist der Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben in den vergangenen zehn Jahren etwas gestiegen. Großbritannien plant eine Ausweitung der öffentlichen Finanzmittel für das Gesundheitswesen, um die Versorgungslage zu verbessern.

4.3 Ambulanter und stationärer Leistungsbereich

Im EU-Schnitt versorgt ein Arzt 350 Einwohner - diese Zahl umfasst sowohl niedergelassene Ärzte als auch im stationären Bereich tätige. Die Ärztedichte variiert jedoch erheblich zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten. Versorgt ein Arzt in Italien im Schnitt 170 Einwohner, so kommen in den Niederlanden statistisch 788 Einwohner auf einen Arzt (vgl. Tabelle 4.2).

Die ambulante medizinische Versorgung ist in den EU-Mitgliedstaaten in Einzelpraxen, Gruppenpraxen, Gesundheitszentren und Spitalsambulanzen organisiert. In Ländern mit Nationalen Gesundheitsdiensten oder Mischsystemen werden allgemeinmedizinische Leistungen zum überwiegenden Teil in Gesundheitszentren erbracht, die fachärztliche Versorgung wird zumeist über Spitalsambulanzen sichergestellt. Die Allgemeinärzte agieren hier zumeist als Gate-Keeper und „regulieren“ in dieser Funktion den Zugang zum fachärztlichen und stationären Leistungsangebot. In EU-Staaten mit Sozialversicherungssystemen überwiegt die Bedeutung der Einzelpraxen, auch gewähren diese Länder freie Arztwahl und freien Zugang zum fachärztlichen Versorgungsbereich (vgl. Tabelle 4.3).

Die verschiedenen Honorierungsformen bergen unterschiedliche Anreize für die Leistungserbringer in sich. Von der Einzelleistungshonorierung gehen Anreize zur Mengenausweitung und Einkommensmaximierung anstatt zur Behandlungsoptimierung aus. Kopfpauschalen und fixe Gehälter bergen hingegen ein Risiko zu Qualitätsmängeln und der Unterversorgung chronisch Kranker in sich. Jene Mitgliedstaaten, welche die Grundversorgung über Nationale Gesundheitsdienste organisieren, tendieren zu einer Honorierung über Gehälter oder Kopfpauschalen. In den Ländern mit Sozialversicherungssystemen wird zumeist nach - mit den

Krankenversicherungsträgern ausgehandelten - Tarifen für Einzelleistungen abgerechnet. Daneben wird auch nach Mischformen zwischen Pauschalhonorierung und Einzelleistungshonorierung abgerechnet, diese versuchen die Nachteile beider Systeme zu reduzieren (vgl. Tabelle 4.4).

Ambulante Versorgung wird in der Mehrzahl der EU-Mitgliedstaaten überwiegend als Sachleistung erbracht. Das heißt, die Leistungserbringer werden - je nach System - direkt von den Krankenversicherungen oder öffentlichen Stellen honoriert. In Belgien, Frankreich und Luxemburg sowie in Irland - hier für Personen über einer festgelegten Einkommensgrenze, was etwa zwei Drittel der Bevölkerung betrifft - werden Leistungen der ambulanten medizinischen Grundversorgung mittels der Kostenerstattung erbracht. Im Kostenerstattungssystem wird der Leistungserbringer direkt vom Patienten bezahlt, dieser erhält dann einen Betrag bzw. Teilbetrag von der Versicherung rückerstattet.

In nur drei Mitgliedstaaten (Griechenland, Großbritannien und Spanien) sind bei Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Grundversorgung keine Selbstbeteiligungen zu zahlen. In allen anderen Staaten sind Zuzahlungen zu leisten, deren Höhe und konkrete Ausgestaltungsform (Sozialklauseln, etc.) zwischen den Mitgliedstaaten stark variieren.

Tabelle 4.3: Gesundheitssysteme - Leistungsangebot und Zugang

Land	Leistungserbringung		Zugang
	ambulant	stationär	
B	Einzelpraxen und Ambulanzen	überwiegend privat-gemeinnützige und öffentliche Träger	freie Arztwahl, Arztwechsel möglich, freier Zugang zum fachärztlichen und stationären Bereich
DK	Einzelpraxen, Hausarztssystem	überwiegend öffentliche Träger	regional beschränkte Arztwahl, Gate-Keeping zum fachärztlichen und stationären Bereich
D	primär Einzelpraxen	überwiegend öffentliche und privat-gemeinnützige Träger	freie Arztwahl pro Quartal
SF	primär Gesundheitszentren, zirka ein Fünftel der Gemeinden mit Hausarztssystem, fachärztliche Versorgung in Spitalsambulanzen	überwiegend öffentliche Träger, Organisation in 21 Krankenhausbezirken	Gate-Keeping zum fachärztlichen und stationären Bereich
F	primär Einzelpraxen, daneben Gesundheitszentren, Modellversuch Hausarztssystem	überwiegend öffentliche Träger, zirka ein Drittel der Betten entfallen auf private Träger	freie Arztwahl, freier Zugang
GR	überwiegend staatliche Gesundheitszentren, daneben Polikliniken der Sozialversicherungen und niedergelassene Ärzte	überwiegend öffentliche Träger, zirka ein Drittel der Betten entfallen auf private Träger	
GB	Primär Einzelpraxen, Hausarztssystem, fachärztliche Versorgung in Spitalsambulanzen	überwiegend öffentliche Träger	Gate-Keeping zum fachärztlichen und stationären Bereich

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 4.3 (Fortsetzung): Gesundheitssysteme - Leistungsangebot und Zugang

Land	Leistungserbringung		Zugang
	ambulant	stationär	
IRL	primär Einzelpraxen, fachärztliche Versorgung überwiegend in Spitalsambulanzen	überwiegend öffentliche Träger	regional beschränkte Arztwahl für zirka ein Drittel der Bevölkerung, sonst freie Arztwahl, Gate-Keeping zum fachärztlichen und stationären Bereich
I	primär Einzelpraxen, Hausarzt-system	überwiegend öffentliche Träger	Gate-Keeping zum fachärztlichen und stationären Bereich, regional beschränkte, sonst freie Arztwahl
LUX	primär Einzelpraxen	öffentliche und privat-gemeinnützige Träger	freie Arztwahl, freier Zugang zum fachärztlichen und stationären Bereich
NL	primär Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Hausarzt-system, fachärztliche Versorgung überwiegend in Spitalsambulanzen	primär privat-gemeinnützige Träger	Gate-Keeping zum fachärztlichen Bereich, freie Arztwahl
A	primär Einzelpraxen	primär öffentliche und privat-gemeinnützige Träger	freie Arztwahl (pro Quartal), limitiert freier Zugang zum fachärztlichen Bereich
P	primär Gesundheitszentren, Hausarzt-system, fachärztliches Angebot in Gesundheitszentren, Spitälern und Einzelpraxen	primär öffentliche Träger, private Träger zur Hälfte gewinnorientiert	Gate-Keeping zum fachärztlichen Bereich, freie Arztwahl
SWE	primär Gesundheitszentren, daneben öffentliche Hausarztpraxen und Einzelpraxen, fachärztliche Versorgung überwiegend in Spitalsambulanzen	primär öffentliche Träger, sechs Krankenpflegeregionen	direkter Zugang zu fachärztlicher Versorgung
E	Einzel- und Gruppenpraxen sowie Gesundheitszentren, Hausarzt-system, fachärztliche Versorgung primär in Ambulatorien	primär öffentliche Träger, daneben privat-gewinnorientierte Träger	Gate-Keeping zum fachärztlichen Bereich, freie Arztwahl

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

Im stationären Leistungsbereich kann in den EU-Ländern ein genereller Trend zur Reduktion von Kapazitäten festgestellt werden. Dabei wurden besonders im Pflegebereich die Bettenzahlen gesenkt und ambulante Betreuungseinrichtungen forciert. Großbritannien und Irland planen - auf Grund der schlechten Versorgungslage im stationären Bereich - einen Ausbau der Bettenkapazitäten im Akutbereich in den nächsten Jahren. Die Anzahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner liegt derzeit im EU-Schnitt bei 6,4 Betten und variiert zwischen 3,7 Betten pro 1.000 Einwohner in Irland und 11,3 Betten in den Niederlanden. Das Angebot an akutstationären Betten liegt im EU-Durchschnitt bei 4,1 Betten pro 1.000 Einwohner, mit einer Bandbreite von 2,4 Betten in Großbritannien bis 7,0 Betten in Deutschland (vgl. Tabelle 4.2).

Auch die mittlere Verweildauer war in allen EU-Ländern - sowohl im Krankenhausbereich insgesamt als auch im akutstationären Bereich - rückläufig.

Im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung haben in den 90er Jahren in nahezu allen Mitgliedstaaten Veränderungen stattgefunden, wobei sich die neuen Finanzierungsmodelle häufig in einer Erprobungsphase befinden.

Generell kann gesagt werden, dass ein Abgehen von pauschalen Pfelegetagsätzen hin zu leistungsorientierten Honorierungssystemen (Fallpauschalen), von retrospektiven - das heißt aus der Fortschreibung vergangener Daten bemessener - Budgets zu leistungs- oder funktionsgerichteten Budgets bzw. von einer staatlichen Defizitabdeckung zu fixen prospektiven - das heißt an Hand von künftigen Daten bemessenen - Budgets stattfindet (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4: Gesundheitssysteme - Honorierung

Land	Honorierung	
	ambulant	stationär
B	Honorierung nach Gebührensätzen der KV, für nicht vertraglich gebundene Ärzte freie Honorarfestsetzung	prospektiv kalkuliertes Budget, Leistungen des medizinischen Personals werden nach Gebührensätzen für Einzelleistungen abgegolten
DK	Honorierung über Kopfpauschalen und Einzelleistungen, Fachärzte werden nach Einzelleistungen honoriert	jährliche Budgets, die an Leistungsvereinbarungen mit den Regionen gekoppelt sind
D	Honorierung nach Einzelleistungen	gemischtes Vergütungssystem
SF	primär angestellte Ärzte (Gehaltsbezieher), weiters Einzelpraxen mit Honorierung nach Einzelleistungen	21 Krankenhausbezirke, Honorierung variiert zwischen den Krankenhausbezirken (Fallpauschalen, Tagsätze)
F	Honorierung primär nach Gebührenordnung der KV, daneben angestellte Ärzte	nach Diagnosefallgruppen
GR	angestellte Ärzte (staatliche Gesundheitszentren, Polikliniken der Sozialversicherungen, Gemeindeeinrichtungen)	öffentliche Budgets für öffentliche Spitäler, private Spitäler durch KV und private Mittel finanziert
GB	Allgemeinärzte: Honorierung über Kopfpauschalen, Einzelleistungen, Zuschläge; Fachärzte: Gehalt	jährliches Budget für Krankenanstalten (auf Grund demographischer Struktur)
IRL	Allgemeinärzte: je nach Versichertengruppe über variable Kopfpauschalen oder Einzelleistungen nach Gebührenordnung, weiters Fixbeträge; Fachärzte: Honorierung nach Gebührenordnung	jährliches Budget für öffentliche Krankenanstalten
I	teils angestellte Ärzte (Gehalt), teils Vertragsärzte mit Honorierung über Kopfpauschalen	leistungsorientiertes Modell auf Basis von Diagnosefallgruppen
LUX	Einzelleistungshonorierung nach Gebührensätzen der KV	jährlich ausgehandeltes Budget für Krankenanstalten - beinhaltet nicht die Honorare für ärztliche Leistungen, diese werden direkt mit den KV nach Gebührensätzen abgerechnet

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 4.4 (Fortsetzung): Gesundheitssysteme - Honorierung

Land	Honorierung	
	ambulant	stationär
NL	Pauschalhonorierung pro eingeschriebenen Patienten der gesetzlichen KV, Einzelleistungsverrechnung mit Privatversicherungen	„funktionsgerichtete Budgetierung“ (neben demographischer und Infrastruktur werden auch die Anzahl der ambulanten Patienten, Pflage, etc. berücksichtigt), daneben Modellversuche zu leistungsorientiertem Vergütungssystem
A	Honorierung der Vertragsärzte: Allgemeinärzte über Grundpauschale pro Krankenschein und Einzelleistungen, Fachärzte über Einzelleistungen laut Gebührenordnung der KV	leistungsorientierte Finanzierung (Diagnosefallgruppen plus Strukturkomponente)
P	angestellte Ärzte (Gehalt) im Nationalen Gesundheitsdienst, weitere Vertragsärzte mit Honorierung über Einzelleistungen	Spitäler im Nationalen Gesundheitsdienst: retrospektiv kalkulierte Budgets
SWE	primär angestellte Ärzte (Gehalt), daneben niedergelassene Ärzte mit Honorierung nach Einzelleistungen	Finanzierungsform variiert zwischen den Versorgungsregionen, teils fixe Jahresbudgets, teils Fallpauschalen aber auch Einzelleistungen
E	niedergelassene Ärzte: über Kopfpauschalen, Krankenhausärzte erhalten Gehalt und Kopfpauschalen	Finanzierung über retrospektive Globalbudgets, Erprobung neuer Finanzierungsformen in einigen Regionen

KV = Krankenversicherung

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

4.4 Reformen

Die EU-Mitgliedstaaten haben im letzten Jahrzehnt zahlreiche Reformmaßnahmen zur Dämpfung der Kostensteigerung sowie zum möglichst effizienten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen gesetzt.

Einige engagiert erarbeitete Reformkonzepte wurden jedoch auf Grund von Regierungswechseln und politischer Neuorientierung nie umgesetzt oder zurückgenommen. So wurden z. B. in Griechenland auf Grund von mehrfachen Regierungswechseln im letzten Jahrzehnt wenig staatliche Steuerungseingriffe umgesetzt, in Deutschland wurden nach einem Regierungswechsel zahlreiche Maßnahmen zurückgenommen.

Die gesetzten Kostendämpfungsmaßnahmen zielten sowohl auf eine Steuerung der Nachfrage, eine Angebotssteuerung auf Mikro- und Makroebene sowie die Veränderung des institutionellen Rahmens.

Zu den nachfrageorientierten Maßnahmen zählen die Ausweitung der Selbstbeteiligungen (Belgien, Deutschland, Österreich, Portugal, Schweden), die Leistungsausgrenzung (z. B. Belgien, Deutschland, Niederlande) und die Einführung marktwirtschaftlicher Elemente (Kas-

senwahlfreiheit in Deutschland und in einem Teilbereich der Akutversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Niederlanden). Gleichzeitig setzten einige Länder auch gegenläufige Maßnahmen wie die Reduktion von Patientenzuzahlungen (Deutschland nach dem Regierungswechsel, Italien vor den Wahlen) oder weiteten den Leistungsumfang der Grundversorgung aus (Irland).

Angebotsseitig wurden von nahezu allen Mitgliedstaaten staatliche Steuerungseingriffe auf Makroebene (Budgetierung, Begrenzung des Leistungsangebotes, Verzahnung der Versorgungsbereiche) getätigt. Auch auf Mikroebene setzten die Länder zahlreiche Maßnahmen (z. B. Einführung leistungsbezogener Finanzierungsformen im stationären Bereich).

Veränderungen des institutionellen und leistungsbezogenen Rahmens zielten vor allem auf eine Dezentralisierung der Verantwortung in den Gesundheitssystemen ab (Dänemark, Finnland, Irland, Italien, Portugal, Schweden und Spanien). In Dänemark und Schweden wurde z. B. die Verantwortung für die Bereitstellung von Pflegestrukturen an die Gemeinden übertragen.

Der Ressourcenbedarf im Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren insbesondere auf Grund der demographischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts, der Verlagerung der Beschäftigung in den Dienstleistungssektor sowie der Zunahme der Zivilisationskrankheiten weiterhin steigen und weitere Reformen der europäischen Gesundheitssysteme notwendig machen.

Tabelle 4.5: Gesundheitssysteme - Wichtige Reformen

Land	Reformen
B	<ul style="list-style-type: none"> • 1990 Einführung eines globalen Budgets für die Krankenversicherung sowie Teilbudgets für die einzelnen Bereiche der Gesundheitsversorgung, Festlegung von Korrekturmechanismen für den Fall von Budgetüberschreitungen • 1993 Änderung der Struktur des Nationalen Instituts für Kranken- und Invaliditätsversicherung (beaufsichtigt die Krankenkassen), Kürzung der Leistungen der Sozialversicherung und Erhöhung der Selbstbehalte • 1997 Maßnahmen zur Eindämmung der Anzahl an Ärzten, Dentisten und Physiotherapeuten
DK	<ul style="list-style-type: none"> • Verlagerung der Patientenversorgung vom stationären auf den ambulanten Sektor, Verpflichtung der Gemeinden zur Bereitstellung entsprechender Infrastruktur • Seit 1993 freie Wahl des Krankenhauses (zuvor Verpflichtung zur Behandlung im lokalen Krankenhaus)
D	<ul style="list-style-type: none"> • Zahlreiche Reformen im Gesundheitswesen mit den Zielen Förderung marktwirtschaftlicher Elemente und Beitragssatzstabilität • Kostendämpfungsmaßnahmen (gedeckelte Budgets, Erhöhung von Selbstbehalten, Ausschluss von Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen, etc.) • Änderungen der Strukturen im Gesundheitswesen (z. B. Wahlfreiheit der Versicherten hinsichtlich ihrer Krankenkasse 1996, Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen im Jahr 1994, integrierte Versorgung 2000)

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 4.5 (Fortsetzung): Gesundheitssysteme - Wichtige Reformen

Land	Reformen
SF	<ul style="list-style-type: none"> • Dezentralisierung im Gesundheitswesen: Primäre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung bei den Gemeinden • Änderung in der Organisation der ambulanten Versorgung (schrittweise Einführung eines Hausarztsystems seit 1994) • Einführung einer jährlichen Obergrenze für Selbstbehalte im ambulanten und stationären Sektor (ohne Berücksichtigung der Arzneimittelausgaben)
F	<ul style="list-style-type: none"> • Reformen der Sozialversicherung (Veil-Plan 1993, Juppé-Plan mit Deckelung der Sozialversicherungsausgaben durch jährliche, vom Parlament beschlossene Budgets, Einführung der „Allgemeinen Krankenversicherung“ im Jahr 2000 zur Gewährleistung der Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung) • Änderung in der Organisation der ambulanten Versorgung (Probemodell des „Referenzarztsystems“, eine Art Hausarztssystem) • Änderung der Krankenanstaltenfinanzierung (Einführung eines leistungsorientierten Honorierungssystems auf Basis von Diagnosefallgruppen)
GR	<ul style="list-style-type: none"> • 1983 Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes • 1992 Ankündigung zahlreicher Reformen (z. B. in Richtung mehr Wettbewerb), aufgrund von Regierungswechsel nie umgesetzt • 1998 Einführung einer Positivliste für Arzneimittel (Schritt in Richtung Harmonisierung der inhomogenen Leistungen im Gesundheitssystem)
GB	<ul style="list-style-type: none"> • Vielzahl an Reformen mit dem Ziel der Straffung des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS), Reduktion der Wartelisten, usw. • Gesundheitsgesetz vom Juni 1999: Grundlagen für weitreichende, rückwirkend für April 1999 und für April 2000 in Kraft getretene Änderungen, z. B. Abschaffung des Fundholding und Neuschaffung von 481 Gesundheitssprengeln (Primary Care Groups), denen alle niedergelassenen Ärzte und Mitglieder der anderen ambulanten Gesundheitsberufe einer Region beitreten mussten • Präsentation des Plans des Nationalen Gesundheitsdienstes für Reformen und Investitionen im Juli 2000: Forcierung der Finanzierung für den NHS mit dem Ziel der Erhöhung der Gesundheitsausgabenquote auf EU-Schnitt
IRL	<ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung der Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes in den 90er Jahren, zusätzlich Bemühungen zur Förderung von Qualitätssicherungsmaßnahmen • Maßnahmen zur Reduktion der Wartelisten • Regionalisierung der Gesundheitsversorgung (Ausweitung der Verantwortung der Health Boards 1996, Verstärkung ihrer finanziellen Rechenschaftspflicht)
I	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltungsreform im Nationalen Gesundheitsdienst (Neuorganisation der lokalen Gesundheitsbehörden als autonome profit-orientierte Zentren und deren Führung durch private Manager nach dem Wettbewerbsprinzip ab 1995, Zusammenlegung von lokalen Gesundheitseinheiten seit 1996) • Einführung neuer Selbstbeteiligungen (z. B. für Fachärzte sowie für Labor- und Röntgenuntersuchungen) und Erhöhung der Zuzahlungen • Änderung der Krankenanstaltenfinanzierung (Umstellung der Abrechnung nach Tagsätzen auf ein leistungsorientiertes System auf Basis von Diagnosefallgruppen) • Dezentralisierung der Finanzierung (seit 2000 verstärkte Finanzverantwortung der Regionen)
LUX	<ul style="list-style-type: none"> • 1992 Neuorganisation der Krankenkassen, Ausweitung der Kompetenzen des Dachverbandes, gleichzeitige Schaffung eines Leistungskataloges („Nomenclature“) zur Beschreibung und Bewertung aller medizinischen Leistungen • 1992 Begrenzung der staatlichen Subventionen auf einen Höchstsatz von 40 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 1999 weitere Reduktion der staatlichen Subventionen auf 37 Prozent • 1998 Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung, Ausbau von Programmen zur Verbesserung der häuslichen Pflege

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 4.5 (Fortsetzung): Gesundheitssysteme - Wichtige Reformen

Land	Reformen
NL	<ul style="list-style-type: none"> • 1992 Einführung einer Basisversicherung (nach zweijähriger Dauer im Jahr 1994 wieder abgeschafft) • Reformen zur Förderung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen für den Bereich der A-kutversorgung (z. B. Vertragsabschlüsse zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern, Reduzierung der Defizitabdeckung durch den Staat für die Krankenkassen, etc.) • Kostendämpfungsmaßnahmen (z. B. Streichung zahnärztlicher Leistungen, physio-therapeutischer Maßnahmen für Erwachsene sowie Sparmaßnahmen im Arzneimittelbereich)
A	<ul style="list-style-type: none"> • 1997 Einführung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (Neuregelung der Finanzierung des Krankenanstaltenwesens sowie begleitende Maßnahmen, wie Etablierung eines österreichweiten Krankenanstaltenplanes und Großgeräteplanes) • Ausbau der ambulanten Versorgung („ambulant vor stationär“) • Ab Mitte der 90er Jahre Sparmaßnahmen im Arzneimittelbereich (Spannen- und Preiskürzungen sowie Erhöhungen der Zuzahlungen für Arzneimittel)
P	<ul style="list-style-type: none"> • Dezentralisierung (Schaffung von fünf regionalen Gesundheitsdiensten mit umfassenden Kompetenzen im Jahr 1993) • Einführung von Selbstbeteiligungen (seit 1993 einkommensabhängige Zuzahlungen im Nationalen Gesundheitsdienst) • Änderung der Krankenanstaltenfinanzierung (Ablösung der Finanzierung aus Globalbudgets auf Basis der Fortschreibung vergangener Daten durch ausverhandelte Budgets)
SWE	<ul style="list-style-type: none"> • 1993/94 Einführung eines Hausarzt-systems, mit freier Arztwahl in der Folge (wurde danach wieder eingeschränkt im Jahr 1996) • Umstellung der Spitalsfinanzierung auf ein Abrechnungssystem über Fallpauschalen • Etablierung von wettbewerbsorientierten Strukturen („interner Markt“) zwischen Leistungserbringern und Finanziers
E	<ul style="list-style-type: none"> • Dezentralisierung (Schaffung von regionalen Gesundheitsdiensten in allen 17 Regionen, davon bislang sieben mit umfassenden Kompetenzen) • Neuregelung der Finanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes (Umstellung von Finanzierung aus Sozialversicherungsbeiträgen auf Finanzierung ausschließlich durch allgemeine Steuermittel - 1999 abgeschlossen) • Verwaltungsreform im Nationalen Gesundheitsdienst (Einführung privatwirtschaftlicher Führungsstrukturen) • Förderung des privaten Sektors (Contracting out bei Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes - Leistungserbringung durch private Anbieter)

NHS = National Health Service = Nationaler Gesundheitsdienst

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

5 Arzneimittelssysteme

Das vorliegende Kapitel skizziert den aktuellen regulatorischen Rahmen der Arzneimittelssysteme in den fünfzehn EU-Mitgliedstaaten (Stand: Juni 2001). Vor dem Hintergrund der Frage, welche Bestimmungen für ein neues Arzneimittel auf dem Weg zu seinem Markteintritt relevant sind, werden zentrale Systemkomponenten in den Ländern vorgestellt und strukturelle Muster herausgearbeitet.

Das Kapitel ist in die Abschnitte Zulassung, Erstattung, Preise, Handelsspannen sowie Selbstbeteiligung gegliedert.

5.1 Zulassung

Wie bereits in Abschnitt 3.1 beschrieben, bestehen in der Europäischen Union seit 1995 drei Varianten der Zulassung:

- die zentralisierte Zulassung für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (obligatorisch) und innovative Arzneimittel (fakultativ),
- die dezentrale Zulassung auf Basis der gegenseitigen Anerkennung der einzelstaatlichen Zulassungen sowie
- die nationale Zulassung, die immer mehr an Bedeutung verliert.

Die zentralisierte Zulassung erfolgt durch die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) mit Sitz in London, während für die beiden anderen Zulassungsverfahren nationale Behörden zuständig sind. In nur mehr vier EU-Ländern (Belgien, Italien, Luxemburg, Österreich) agieren Gesundheitsministerien als Zulassungsstelle, während in den übrigen Staaten eigene Arzneimittelbehörden diese Aufgabe übernommen haben. Diese - üblicherweise als Arzneimittelagentur bzw. -institut bezeichneten - Behörden, die den Gesundheitsministerien unterstellt sind, wurden im Allgemeinen im Laufe der 90er Jahre geschaffen (z. B. in Schweden bereits 1990, in Spanien 1999). In einigen Ländern (Dänemark, Frankreich, Irland, Portugal) umfasst die Kompetenz dieser Behörden neben Arzneimittel auch Medizinprodukte.

5.2 Erstattung

Der nächste Schritt nach der Zulassung eines Arzneimittels ist in vielen EU-Staaten die Entscheidung über die Erstattung, also ob das Arzneimittel zu Lasten der Sozialversicherung bzw. des Nationalen Gesundheitsdienstes abgegeben wird. Sogenannte erstattungsfähige Arzneimittel können zur Gänze oder auch nur zum Teil erstattet werden. In manchen Ländern wird vor der Entscheidung über die Erstattung der Preis des Arzneimittels festgelegt

bzw. verhandelt, in manchen Staaten (z. B. Schweden) werden diese beiden Fragen in einem Verfahren gemeinsam geklärt.

Die EU-Länder verfügen im Wesentlichen über zwei Erstattungssysteme, die zum Teil nebeneinander bestehen (für unterschiedliche Gruppen von Arzneimitteln):

- das Referenzpreissystem, das sowohl die Erstattung als auch die Preisbildung betrifft (zum Referenzpreissystem vgl. den folgenden Abschnitt 5.3), und
- ein System mit mehreren prozentuellen Erstattungssätzen, oft in Kombination mit Arzneimittellisten.

In einigen Mitgliedstaaten (Deutschland, Großbritannien, Niederlande, Österreich) werden alle erstattungsfähigen Arzneimittel, sofern sie nicht unter das Referenzpreissystem (in Deutschland und Niederlande) fallen, zur Gänze von der öffentlichen Hand erstattet. In anderen EU-Ländern sind unterschiedliche Sätze für erstattungsfähige Arzneimittel vorgesehen. Besonders detailliert sind die Systeme in Belgien (sechs Erstattungssätze) sowie in Portugal (jeweils unterschiedliche Erstattungssätze für Originalpräparate und Generika) ausgestaltet.

Ein Erstattungssatz zu 100 Prozent ist nicht in allen EU-Ländern gegeben: In drei Staaten (Dänemark, Griechenland und Spanien) werden Arzneimittel niemals zur Gänze erstattet.

Wie in Tabelle 6.1 im folgenden Kapitel dargestellt, wurden im Laufe der 90er Jahre Arzneimittellisten eingeführt bzw. diese hinsichtlich der darin enthaltenen Arzneimittel modifiziert. Listen führen entweder Arzneimittel an, die zu Lasten der Sozialversicherung bzw. des Nationalen Gesundheitsdienstes verordnet werden können (in manchen Ländern als Positivliste bezeichnet), oder sind als sogenannte Negativlisten ausgestaltet, mit denen Arzneimittel explizit von der Erstattung ausgeschlossen werden.

Negativlisten gibt es in neun Ländern der Europäischen Union. Vom Umfang her sind sie unterschiedlich: In einigen Ländern (z. B. Schweden) umfassen sie nur eine eher geringe Anzahl von Arzneimitteln, in anderen Ländern wiederum (z. B. Spanien) sind sie weitaus umfangreicher. Zwölf EU-Staaten verfügen über Arzneimittellisten für Produkte, die zu Lasten der öffentlichen Hand abgegeben werden können. In dieser Zählung sind das Arzneimittelbuch in Italien („Prontuario“) und das Heilmittelverzeichnis in Österreich, die erstattungsfähige Arzneimittel auflisten, berücksichtigt. Nicht enthalten ist die geplante Positivliste in Deutschland (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1: Arzneimittelsysteme - Arzneimittellisten und Erstattungssätze 2001

Land	Positiv- liste(n)	Erstattungs- sätze (in %)	Negativ- liste(n)	Anmerkungen
B	✓	100, 80, 75, 50, 40, 20	-	-
DK	✓	85, 75, 50	-	-
D	(✓)	100	✓	Positivliste ist geplant
SF	✓	100, 75, 50	-	-
F	✓	100, 65, 35	-	-
GR	✓	75	-	-
GB	-	100	✓	-
IRL	✓	100	✓	Erstattungssatz: unterschiedliche Systeme für Bevölkerungsgruppen, zum Teil 100-prozentige Erstattung erst ab Leistung eines bestimmten Selbstbehaltes
I	(✓)	100, 50	✓	„Positivliste“: Arzneimittelbuch „Prontuario“ listet die Arzneimittel auf, die erstattet werden Finanzgesetz 2001 schafft per 1.7.2001 Erstattungssatz von 50 Prozent ab
LUX	✓	100, 80, 40	✓	-
NL	✓	100	-	-
A	(✓)	100	✓	Arzneimittelliste: grundsätzlich sind alle Arzneimittel erstattungsfähig; Arzneimittel im Heilmittelverzeichnis werden ohne „chefärztliche“ Bewilligung erstattet Negativliste: umfasst nur wenige Arzneimittel
P	✓	100, 70, 40, 20	(✓)	Erstattungssätze: beziehen sich auf Originalpräparate, um jeweils 10 Prozent höhere Erstattungssätze für Generika Negativliste: Handbuch zur Information als Grundlage für Verordnungen
SWE	✓	100, 90, 75, 50	✓	-
E	-	90, 60	✓	-

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

In der Europäischen Union spielen auf der Erstattungsebene verstärkt Arzneimittelbudgets und Maßnahmen zur Steuerung und Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte eine Rolle.

Ein Steuerungselement, das vor allem auf die Mengenkomponekte wirkt, ist die Limitierung der Arzneimittelausgaben durch Vorgabe von Budgets. Arzneimittelbudgets können entweder als nationale Budgets (mit der Verantwortung aller Akteure im Arzneimittelsystem) oder als Budgets für bestimmte Akteure, im Allgemeinen Ärzte, ausgestaltet sein. Die Arzneimittelbudgets für Ärzte wiederum können eine individuelle Haftung pro Arzt oder eine kollektive Haftung für eine Gruppe von Ärzten vorsehen (z. B. regionale Budgets).

Tabelle 5.2: Arzneimittelsysteme - Weitere Regelungen auf Erstattungsebene 2001

Land	Arzneimittelbudgets	Maßnahmen zur Steuerung des Ordnungsverhaltens der Ärzte
B	nationale Arzneimittelbudgets (jährliche Planbudgets), Sanktionsmöglichkeit mit Rückzahlungen	Verordnungsrichtlinien Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte Überprüfung von Arzneimitteln in Bezug auf Erstattungsstatus innerhalb von drei Jahren
DK	Deckelung der Arzneimittelausgaben der Krankenversicherung 1998 und 1999	Generikaförderung Analyse und Überprüfung des Erstattungssystems Evaluierungsinstitut zur rationalen Verschreibweise
D	regionale Arzneimittelbudgets für Ärzte (Kollektiv- und Individualhaftung) Abschaffung der Kollektivhaftung 2002	Verordnungsrichtlinien Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte Generikaförderung
SF	-	Analyse und Überprüfung des Erstattungssystems
F	nationale Arzneimittelbudgets (jährliche Planbudgets) Befreiung der Pharma-Firmen von einer allgemeinen Rückzahlungsklausel durch individuelle Verträge zur Deckelung der Umsätze	Verordnungsrichtlinien „Referenzarztsystem“: Verpflichtung der Ärzte zu ökonomischer Verschreibweise Überprüfung von Arzneimitteln in Bezug auf Erstattungsstatus
GR	-	Arzneimittel-Monitoring Meldepflicht für Industrie über Umsatzdaten
GB	Globalbudgets im ambulanten Bereich (inklusive Arzneimittel)	Evaluierungsinstitut Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte
IRL	individuelle Arzneimittelbudgets für Ärzte mit finanziellem Anreiz	Förderung der Verordnung von Generika
I	nationale Arzneimittelbudgets (jährliche Planbudgets, von 1998 bis 2000 Sanktionsmöglichkeit mit Rückzahlungen) Arzneimittelbudgets für Ärzte (Pilotprojekt)	Verordnungsrichtlinien Generikaförderung Meldepflicht über Arzneimittelumsätze für Regionen und Apotheken
LUX	-	Vorgaben an Ärzte zu Ordnungsverhalten
NL	nationale Arzneimittelbudgets (jährliche Planbudgets), ohne Haftungsbestimmungen	pharma-ökonomische Richtlinien Generikaförderung
A	-	Verordnungsrichtlinien Ökonomieliste Kooperationsprojekte für „vernünftigen Arzneimitteleinsatz“ Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte
P	nationale Arzneimittelbudgets (jährliche Planbudgets), seit 1997 Sanktionsmöglichkeit mit Rückzahlungen	Handbuch zur Information als Grundlage für Ordnungen Überprüfung von Arzneimitteln auf Erstattungsstatus nach drei Jahren
SWE	-	Verordnungsrichtlinien Evaluierungsinstitut Revision des Erstattungssystems
E	nationale Arzneimittelbudgets mit Rückzahlungsklauseln (Vertrag mit Industrie) individuelle Arzneimittelbudgets für Ärzte in Pilotprojekten auf regionaler Ebene	Verordnungsrichtlinien (Pilotprojekte auf regionaler Ebene) individuelle Arzneimittelbudgets für Ärzte (Pilotprojekte auf regionaler Ebene)

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

In zehn von fünfzehn Mitgliedsländern der Europäischen Union werden die Arzneimittelausgaben der öffentlichen Hand „gedeckt“, wobei Unterschiede in der Ausgestaltung sowie

hinsichtlich der Sanktionierung allfälliger Überschreitungen bestehen. Individuelle Arzneimittelbudgets für Ärzte gibt es in Deutschland, Großbritannien, Irland sowie in regionalen Pilotprojekten in Spanien. In Belgien, Frankreich, Italien, Niederlande, Portugal und Spanien werden auf nationaler Ebene regelmäßig jährliche Planbudgets über die Höhe der Arzneimittelausgaben der öffentlichen Hand vorgegeben. Dänemark ergriff in den Jahren 1998 und 1999 Maßnahmen zur Deckelung der Arzneimittelausgaben.

Mit Ausnahme der Niederlande haben diese Länder auch Rückzahlungen seitens der Akteure im Falle einer Überschreitung der Planbudgets vorgesehen. Doch in den meisten Fällen wurden trotz überzogener Budgets keine Rückzahlungen geleistet bzw. konnten diese nicht durchgesetzt werden, wodurch die Maßnahme an Glaubwürdigkeit und letztlich auch an Wirksamkeit verlor. Beispielsweise war bei den Arzneimittelbudgets in Deutschland sowohl eine Kollektiv- als auch eine Individualhaftung der Ärzte vorgesehen. Da jedoch der Kollektivregress bisher nie durchgesetzt werden konnte sowie fehlende und verspätete Daten die zeitgerechte Information der Ärzte über ihr Budget erschwerten, sieht nun ein neuer Gesetzesentwurf vor, dass mit Beginn des Jahres 2002 der Kollektivregress rückwirkend abgeschafft wird. Der Selbstverwaltung wird in Zukunft mehr Spielraum eingeräumt, sie soll selbst Ausgabenobergrenzen für ihre Region und Richtgrößen für die Ärzte bestimmen.

Zur Steuerung des Ordnungsverhaltens der Ärzte wurden in acht Ländern (davon in Spanien nur in einigen Regionen) Ordnungsrichtlinien bzw. -empfehlungen erlassen, die aber nicht verpflichtend sind. In allen EU-Ländern wird das Ordnungsverhalten der Ärzte einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen; gröbere Abweichungen müssen die Ärzte vor den zuständigen Stellen begründen.

Sonstige wichtige Regelungen auf der Erstattungsebene können Tabelle 5.2 entnommen werden. Als weitere Trends in den EU-Ländern können beobachtet werden: Aufbau von Arzneimittel-Monitoring, Generikaförderung und Investitionen in den HTA-Bereich (Health Technology Assessment) wie etwa durch Schaffung eigener Evaluierungsinstitute (z. B. das National Institute for Clinical Excellence NICE in Großbritannien).

5.3 Preise

Im Wesentlichen bestehen drei Möglichkeiten, wie die Herstellerpreise für Arzneimittel festgelegt werden. Die Preise werden:

- von den pharmazeutischen Unternehmen bestimmt oder
- von den Pharma-Firmen mit dem Staat, im Allgemeinen vertreten durch Komitees bei den Arzneimittelagenturen bzw. durch interministerielle Komitees, oder mit der Krankenversicherung ausverhandelt oder
- amtlich, auf Basis von (Preis-)Gesetzen, festgelegt.

In den 90er Jahren waren bei der Bestimmung der Herstellerpreise einige systemische Änderungen zu beobachten. Die bislang weitverbreitete staatliche Preisfestsetzung wurde in einigen Ländern wie z. B. Frankreich, Italien und Österreich durch Verhandlungen abgelöst. Zum Teil blieben gesetzliche Regelungen in Kraft, so dass im Falle des Scheiterns der Verhandlungen der Staat weiterhin über Handlungsmöglichkeiten zur Preisfestsetzung verfügt. In anderen europäischen Ländern war allerdings ein umgekehrter Trend festzustellen: In den Niederlanden, wo es keine gesetzliche Preisfestsetzung gegeben hatte, wurde 1996 ein Preisgesetz eingeführt, und in Dänemark, wo grundsätzlich verhandelt wird, wurde nach gescheiterten Verhandlungen immer wieder der Preis staatlich fixiert.

Die Preisbildung ist in einigen Ländern eng mit der Erstattung verknüpft, da ein staatlich festgelegter bzw. ausverhandelter „angemessener“ Preis oft die Voraussetzung für die Aufnahme eines Arzneimittels in das Erstattungssystem bildet. Die staatliche Preisfestlegung bzw. die Preisbildung auf Verhandlungsebene gelten daher üblicherweise für Arzneimittel, die zu Lasten der öffentlichen Hand verordnet werden können. Nicht-erstattungsfähige Arzneimittel, die im Wesentlichen den Großteil des rezeptfreien Marktes abdecken, sind im Allgemeinen keiner Preisregelung auf Herstellerebene unterworfen (vgl. Tabelle 5.3). Nur in Griechenland werden die Herstellerpreise von allen Arzneimitteln staatlich bestimmt, während es in Großbritannien (Ausnahme: Generika) und Irland keine amtliche Preisfestsetzung gibt. Die Regelung in Großbritannien, das Gewinnlenkungsverfahren (Pharma Price Regulation Scheme, PPRS), bei dem in Verhandlungen zwischen dem Gesundheitsministerium und der Industrie die Gewinne der Unternehmen begrenzt werden, unterscheidet sich von der Vorgangsweise in den anderen Ländern, da hier eine indirekte Preisregelung vorgenommen wird.

Die Preise können - parallel dazu (gilt im Allgemeinen nur für einen Teil der Arzneimittel am Markt) - mittels eines Referenzpreissystems geregelt werden. Bei einem Referenzpreissystem - auch als Festbetragsregelung (in Deutschland) bezeichnet - werden ähnliche Gruppen von Arzneimitteln zusammengefasst; die Krankenkassen bzw. der Nationale Gesundheitsdienst legen dafür einen (Höchst-)Preis für die Erstattung, den sogenannten Referenzpreis, fest. Bei Erwerb eines Arzneimittels unter diesem System muss der Patient bei Preisüberschreitung die Differenz zum Referenzpreis selbst zahlen.

Deutschland spielte mit der Einführung des Festbetragssystems im Jahr 1989 eine Vorreiterrolle, in den frühen 90er Jahren wurden in drei weiteren Ländern (Dänemark, Niederlande, Schweden) Referenzpreissysteme etabliert.

In der zweiten Hälfte der 90er Jahre wurde die Einführung eines Referenzpreissystems in mehreren EU-Ländern diskutiert und zum Teil auch beschlossen. Doch die Umsetzung zog sich über Jahre, nicht zuletzt weil in diesen Ländern nicht ausreichend Generika am Markt angeboten wurden, was aber eine grundsätzliche Voraussetzung für ein Referenzpreissystem wäre. Es ist kein Zufall, dass es sich bei den Ländern, die als Erste ein Referenzpreissystem eingeführt haben, um „Generika-Länder“ handelt, also Länder mit einem hohen Anteil an Generika-Verordnungen und -umsatz (ÖBIG 2000b). In Spanien wurde im Dezember 2000 ein Referenzpreissystem eingeführt, in Belgien und Italien ist es geplant.

Tabelle 5.3: Arzneimittelsysteme - Regelung der Preise auf Herstellerebene 2001

Land	Preisbildung			Referenzpreissystem
	frei	Verhandlungen	staatliche Preisfestsetzung	
B	für OTC	-	für Rx (für nicht-erst. Rx de facto Preismeldung)	geplant
DK	für nicht-erst. AM	-	für erst. AM ¹	seit 1993
D	im „Nicht-Festbetragsmarkt“	-	-	seit 1989
SF	für nicht-erst. AM	-	für erst. AM (Festlegung eines GH-Preises als Voraussetzung für Erstattung)	-
F	für nicht-erst. AM	für erst. AM	-	-
GR	-	-	für alle AM (Kriterium für Importprodukte: GH-Preise in der EU)	-
GB	für nicht-erst. AM	für erst. AM / „Brands“ (Gewinnspanne im Rahmen des Gewinnlenkungsverfahrens PPRS begrenzt)	für Generika (Höchstpreise)	-
IRL	für OTC	für Rx (Verhandlung der GH-Preise, Kriterium: Preise in 5 Referenzländern)	-	-
I	für nicht-erst. AM	für erst. AM mit Zulassung nach zentralisierten oder dezentralen Verfahren	für erst. AM mit nationaler Zulassung	ab 9/2001 geplant
LUX	für nicht-erst. AM	-	für erst. AM (Kriterium: Preis im Herkunftsland)	-
NL	für nicht-erst. AM	-	für erst. AM (Kriterium: GH-Preis in 4 Referenzländern)	seit 1991
A	für alle AM (Preismeldev erfahren, vgl. staatliche Preisfestsetzung)	für erst. AM (Verhandlung mit Sozialversicherung für Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis)	für alle AM (grundsätzlich gesetzliche Basis für Preisfestsetzung, Umsetzung in Form eines Preismeldesystems)	-
P	für OTC (auf Anfrage der Behörden Meldepflicht)	-	für Rx (Kriterium: Preis in 3 Referenzländern)	-
SWE	für nicht-erst. AM	-	für erst. AM (Festlegung eines GH-Preises als Voraussetzung für Erstattung) ²	seit 1993
E	für EFP ³	-	für „Farmacéuticas Éticas“ ⁴ (Kriterien: Produktions- und Entwicklungskosten)	seit 12/2000

AM = Arzneimittel, EFP = Especialidades Farmacéuticas Publicitarias, erst. = erstattungsfähig, EU = Europäische Union, GH = Großhandel, OTC = Over-the-Counter = rezeptfreie AM, PPRS = Pharma Price Regulation Scheme, Rx = rezeptpflichtige AM

¹ abwechselnd Verhandlungen und staatliche Preisfestsetzung

² Verhandlungen gehen der Preisfestsetzung voraus

³ nicht-erstattungsfähige OTC

⁴ Rx plus erstattungsfähige OTC

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

5.4 Handelsspannen

Trotz des Aufkommens neuer Vertriebskanäle (wie Versandhandel, Einkauf über das Internet, vgl. ÖBIG 2000c) und neuer Abgabestellen (z. B. Reformhäuser, Supermärkte in einigen Ländern für bestimmte Arzneimittel, vgl. ÖBIG 1998b) ist der Vertrieb von Arzneimitteln über den pharmazeutischen Großhandel und die Apotheken als Abgabestellen für die Letztverbraucher in den Ländern der Europäischen Union immer noch die übliche Distributionsform.

Die Arzneimittelpreise auf der Ebene des Großhandels und der Apotheken basieren großteils auf gesetzlich geregelten Handelsspannen (vgl. Tabelle 5.4).

Dänemark hat als einziges EU-Land keine gesetzliche Spannenregelung beim Großhandel. In Finnland, den Niederlanden und in Schweden sind die Spannen auch nicht explizit gesetzlich geregelt, aber durch die staatliche Festlegung des Großhandelspreises, welche die Voraussetzung für die Aufnahme in die Erstattung bildet, de facto vorgegeben. In Großbritannien sind die Großhandelsspannen im Rahmen des Gewinnlenkungsverfahrens PPRS (vgl. den vorangegangenen Abschnitt 5.3) geregelt.

In den übrigen zehn EU-Mitgliedstaaten sind die Großhandelsspannen gesetzlich geregelt. In einigen Ländern gelten die Bestimmungen nur für einen Teil der Arzneimittel: in Deutschland für die apothekenpflichtigen, in Frankreich und in Italien für die erstattungsfähigen sowie in Portugal für die rezeptpflichtigen Arzneimittel.

Wie die Regelung der Spannen konkret ausgestaltet ist, kann unterschiedlich sein: Meist sind die Großhandelsspannen als lineare Sätze fixiert, es gibt aber auch degressive Schemen mit zwei (Frankreich, Spanien) bis zu zehn und mehr Stufen (Deutschland, Österreich).

Die Apothekenspannen sind in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union gesetzlich geregelt, und zwar in einem Großteil der Länder für alle Arzneimittel. In Frankreich, Großbritannien, Italien und den Niederlanden betrifft die gesetzliche Regelung der Apothekenspannen nur den erstattungsfähigen Markt, in Portugal die rezeptpflichtigen Arzneimittel.

Bei der Regelung der Apothekenspannen kam es - schwerpunktmäßig in der zweiten Hälfte der 90er Jahre - in einigen Ländern zu Änderungen. Im Rahmen der Umsetzung diverser Strategien zur Kostendämpfung wurden nicht nur die Spannen gesenkt, sondern deren Regelungen überhaupt neu gestaltet. Aktuell sind in fünf Ländern (Belgien, Griechenland, Luxemburg, Portugal sowie Italien für dezentral und national zugelassene Arzneimittel) die Apothekenspannen als lineare Taxen und in sieben Ländern in Form eines degressiven Schemas mit zwei (Frankreich, Spanien) bis zu 19 Stufen (Österreich) geregelt. In Großbritannien, Irland und den Niederlanden werden die Leistungen der Apotheken pauschaliert abgegolten.

Tabelle 5.4: Arzneimittelsysteme - Regelung der Spannen für Großhandel und Apotheken 2001

Land	Großhandel			Regelung	Apotheken			Regelung
	gesetzlich geregelt für				gesetzlich geregelt für			
	alle AM	erst. AM	Rx		alle AM	erst. AM	Rx	
B	✓			lineare Spanne	✓			lineare Spanne
DK				freie Preisbildung	✓			degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen
D	✓ ¹			degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen	✓ ¹			degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen
SF		(✓) ²		durch für die Erstattung festgelegten GH-Preis vorgegeben	✓			degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen
F		✓		degressives Schema		✓		degressives Schema
GR	✓			lineare Spanne	✓			lineare Spanne
GB		✓ ³		lineare Spanne		✓		pauschale Abgeltung
IRL	✓			lineare Spanne	✓			Pauschale/VO für erst. AM; Privatverkauf: Höchstaufschlagsätze
I		✓		linearer Aufschlagsatz		✓ ⁴		degressives Schema für zentral zugelassene AM, lineare Spanne für dezentral und national zugelassene AM
LUX	✓			lineare Spanne	✓			lineare Spanne
NL		(✓) ²		durch für die Erstattung festgelegten GH-Preis vorgegeben		✓		Pauschale/VO plus ein Drittel der Einsparungen bei Abgabe von Generika
A	✓			degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen	✓			degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen
P			✓	lineare Spanne			✓	lineare Spanne
SWE		(✓) ²		durch für die Erstattung festgelegten GH-Preis vorgegeben	✓			degressives Schema mit Höchstaufschlagsätzen
E	✓			degressives Schema	✓			degressives Schema

AM = Arzneimittel, erst. = erstattungsfähig, GH = Großhandel, Rx = rezeptpflichtige Arzneimittel, VO = Verordnung

¹ für apothekenpflichtige Arzneimittel

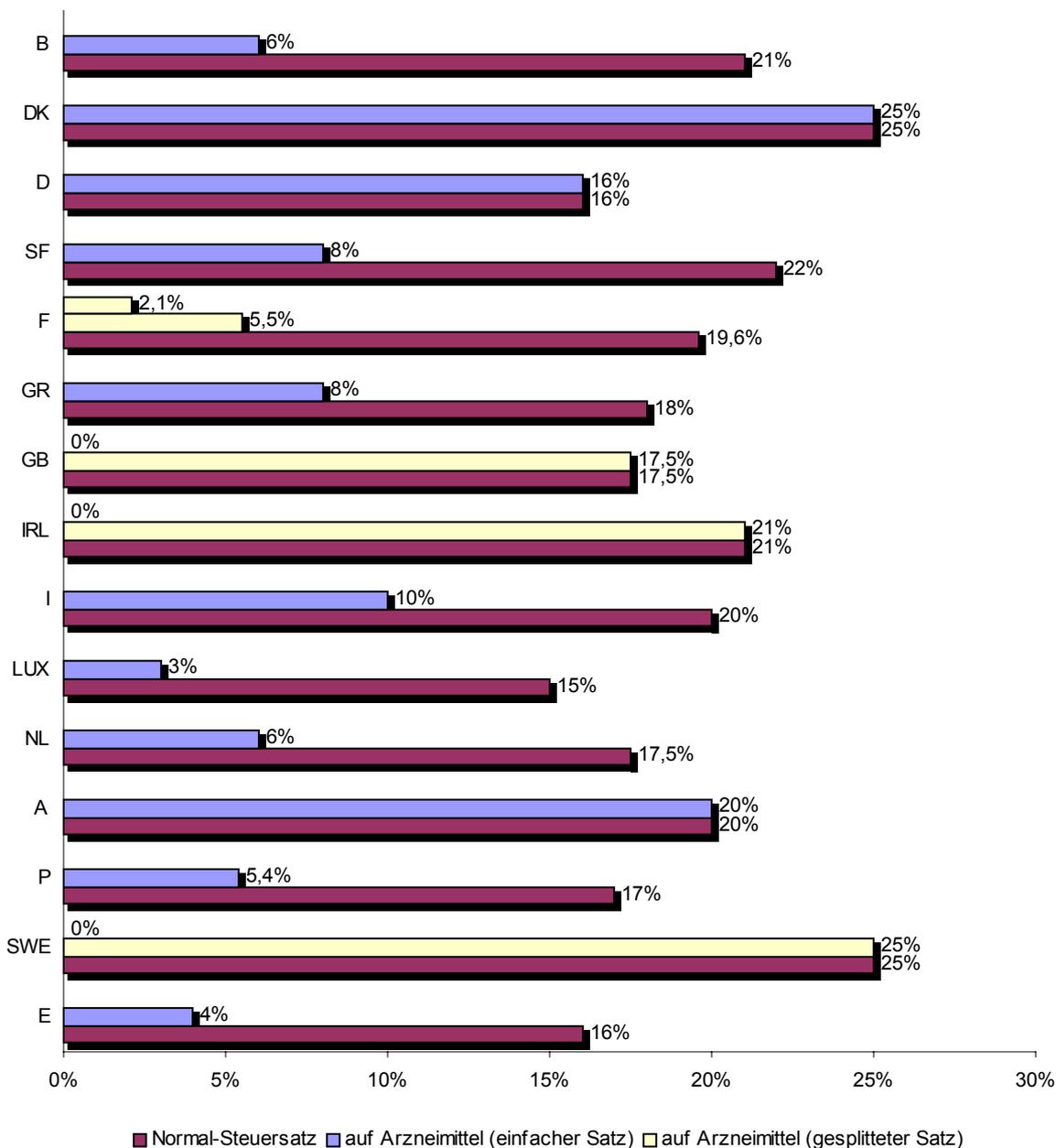
² grundsätzlich nicht gesetzlich geregelt, aber durch Festlegung des maximalen Großhandelspreises für erst. AM vorgegeben

³ im Rahmen des Gewinnlenkungsverfahrens (PPRS) geregelt, ausgenommen Generika und Parallelimporte

⁴ für nicht-erstattungsfähige Arzneimittel gilt eine gesetzliche Regelung, die eine Mindestspanne vorsieht

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

Abbildung 5.1: Arzneimittelsysteme - Umsatzsteuersätze 2001



Anmerkungen:

Finnland: plus Apothekensteuer von durchschnittlich 7 Prozent

Portugal: Umsatzsteuer für Arzneimittel von 5 Prozent, plus Gebühr für Arzneimittelagentur INFARMED von 0,4 Prozent

Gesplittete Sätze:

Frankreich: 2,1 Prozent für erstattungsfähige und krankenhausexklusive Arzneimittel; 5,5 Prozent für nicht-erstattungsfähige Arzneimittel

Großbritannien: 0 Prozent für erstattungsfähige Arzneimittel; 17,5 Prozent für nicht-erstattungsfähige Arzneimittel

Irland: 0 Prozent für orale Arzneimittel; 21 Prozent für nicht-orale Arzneimittel

Schweden: 0 Prozent für rezeptpflichtige Arzneimittel; 25 Prozent für rezeptfreie Arzneimittel

Quellen: EFPIA 2000, ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

Für die Finanziere der Arzneimittel (öffentliche Hand bzw. Patienten) ist schließlich auch die Höhe der Umsatzsteuer auf Arzneimittel von Relevanz, da diese den Publikumspreis mitbestimmt. In Finnland gilt darüber hinaus eine zusätzliche Apothekensteuer von sieben Prozent.

Mit Ausnahme von Dänemark, Deutschland und Österreich sind in den EU-Ländern die Umsatzsteuersätze auf Arzneimittel niedriger als der Standardsatz. In vier Ländern sind die Umsatzsteuersätze gesplittet: In Großbritannien, Irland und Schweden sind bestimmte Arzneimittel (erstattungsfähige, orale, rezeptpflichtige) überhaupt von der Umsatzsteuer befreit, und in Frankreich gilt eine niedrigere Umsatzsteuer für erstattungsfähige Arzneimittel.

Abbildung 5.1 gibt einen Überblick über die Umsatzsteuersätze auf Arzneimittel im Vergleich zum Standardsatz in den EU-Mitgliedstaaten. Die Umsatzsteuersätze auf Arzneimittel streuen beträchtlich: zwischen 2,1 Prozent in Frankreich (ermäßigte Umsatzsteuer auf erstattungsfähige Arzneimittel) und 25 Prozent in Dänemark.

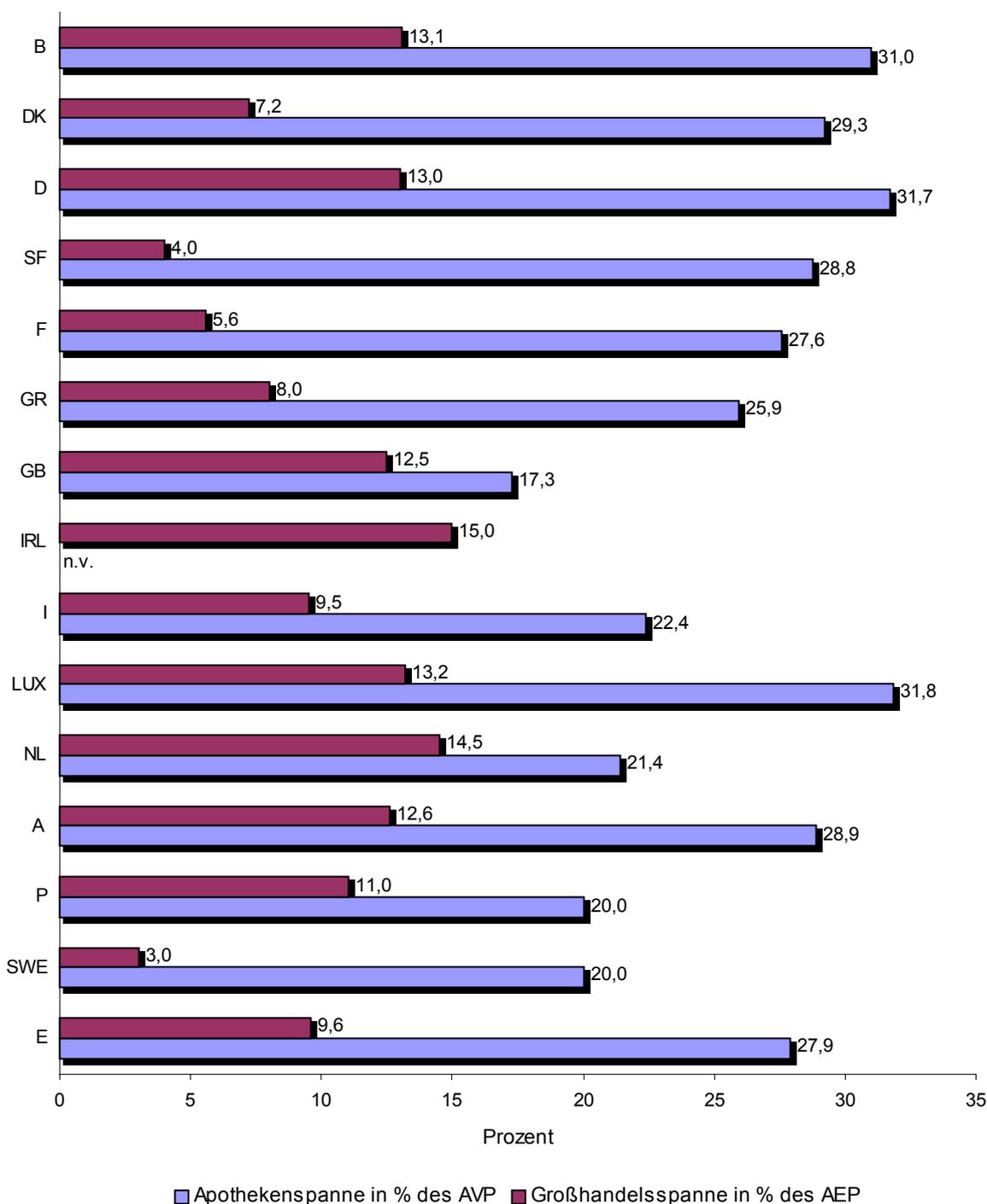
Im Zuge der vorliegenden Untersuchung wurden auch die durchschnittlich erzielten prozentuellen Spannen des Großhandels und der Apotheken erhoben (vgl. Abbildung 5.2).

Beim Vergleich der prozentuellen Handelsspannen ist zum einen das unterschiedliche Preisniveau für Arzneimittel auf Herstellerebene in den einzelnen Ländern mitzubedenken. So kann absolut gesehen z. B. ein Großhandelsunternehmen oder eine Apotheke in einem „Herstellerhochpreisland“ trotz eines niedrigeren prozentuellen Aufschlagsatzes mehr verdienen als ein Großhandelsunternehmen oder eine Apotheke in einem „Niedrigpreisland“.

Zum anderen sind die Strukturen - vor allem im Großhandel - in den einzelnen Ländern teilweise unterschiedlich ausgeprägt. Bei einem großhandelsspezifischen Vergleich fallen Schweden und Finnland mit sehr niedrigen Spannen auf. In diesen Ländern ist sowohl die Anzahl der Großhandelsunternehmen als auch der Betriebsstätten relativ gering. So sind in Schweden nur zwei Großhandelsunternehmen mit sieben Betriebsstätten und in Finnland drei Großhandelsunternehmen mit zehn Betriebsstätten tätig. Darüber hinaus besteht in diesen beiden Ländern das sogenannte „Einkanalsystem“, das heißt, ein Großhandelsunternehmen hat das exklusive Vertriebsrecht für die gesamte Produktpalette eines Herstellers. Zum Vergleich dazu: In Österreich gibt es zwölf Großhandelsunternehmen mit 27 Betriebsstätten, in Deutschland 16 Unternehmen mit 102 Betriebsstätten und Irland fünf Unternehmen mit 13 Betriebsstätten.

Österreich lag beim Vergleich der durchschnittlichen Großhandelsspannen 1999 mit 12,6 Prozent im Mittelfeld der Europäischen Union. Mitte 2000 wurde die Großhandelsspanne aufgrund von Sparmaßnahmen gesetzlich abgesenkt. Die durchschnittliche Spanne für das Jahr 2000 - also nach der Spannensenkung - belief sich auf 11,6 Prozent.

Abbildung 5.2: Arzneimittelsysteme - Durchschnittliche Spannen für den Großhandel und für Apotheken 1999



AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, n.v. = nicht verfügbar

Anmerkungen:

Dänemark: Großhandelsspanne für das Jahr 1998

Frankreich: Großhandels- und Apothekenspanne beziehen sich auf den erstattungsfähigen Markt

Großbritannien: Großhandelsspanne bezieht sich auf den erstattungsfähigen Markt; Apothekenspanne für das Jahr 1997

Österreich: Senkung der Großhandels- und Apothekenspanne im Jahr 2000

Dänemark, Niederlande, Schweden: Senkung der Apothekenspanne im Jahr 2000

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

Die durchschnittliche Apothekenspanne streute in der Europäischen Union zwischen 31,8 Prozent (Luxemburg) und 17,3 Prozent (Großbritannien). Eine durchschnittliche Spanne von über 30 Prozent wiesen neben Luxemburg auch Deutschland und Belgien auf, in Portugal, Schweden und Großbritannien lag die durchschnittliche Spanne bei 20 Prozent bzw. darunter. Die durchschnittliche Apothekenspanne von 28,9 Prozent in Österreich sank im Jahr 2000 auf 27,9 Prozent als Folge des sogenannten „Solidaritätsabkommens“, das zwischen der Österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung abgeschlossen wurde. Das Solidaritätsabkommen sieht vor, dass Teile der Umsatzsteigerungen in den Apotheken an die Krankenkasse abzuführen sind.

Luxemburg, Deutschland und Belgien wiesen im EU-Vergleich 1999 hohe Großhandels- und Apothekenspannen auf, Schweden hatte sowohl eine niedrige Großhandels- als auch Apothekenspanne.

5.5 Selbstbeteiligung

Die Erhöhung der Selbstbeteiligung der Patienten wurde - wie auch im folgenden Kapitel 6 deutlich wird - in den 90er Jahren als ein wichtiges Steuerungsinstrument gesehen und häufig eingesetzt.

Es gibt verschiedene Modelle der Selbstbeteiligung, die im Zusammenhang mit dem jeweiligen Erstattungssystem in einem Land stehen. Typische Selbstbeteiligungssysteme bei Arzneimitteln sind:

- Zuzahlungen für Arzneimittel, die unter ein Referenzpreissystem fallen. Eine allfällige Differenz zwischen erstattetem Festbetrag und dem Verkaufspreis eines Arzneimittels müssen die Patienten zahlen.
- Pauschalgebühren (z. B. Rezeptgebühren pro Verordnung) und
- prozentuelle Zuzahlungen für erstattungsfähige Arzneimittel.

In der Europäischen Union finden sich im Arzneimittelbereich folgende Selbstbeteiligungsmodelle, die oft nebeneinander in einem Land bestehen:

- Wie bereits in Abschnitt 5.2 ausgeführt, wurden bislang in fünf Ländern (Dänemark, Deutschland, Niederlande, Schweden, Spanien) Referenzpreissysteme eingeführt, in Belgien und Italien steht ihre Einführung bevor.
- In sechs Ländern müssen Patienten Pauschalgebühren beim Bezug von Arzneimitteln in der Apotheke leisten. Diese Pauschalen sind zum Teil als fixe Gebühren pro Verordnung festgelegt (Dänemark, Großbritannien, Österreich), zum Teil hängen sie von der Packungsgröße (Deutschland) oder von der Indikation des abgegebenen Arzneimittels (Finnland, Frankreich) ab. In Italien, wo die Pauschalgebühr 2001 abgeschafft wurde, variierte die Höhe der Gebühr von der Anzahl der Verordnungen pro Rezept. Die Höhe der Pauschalgebühren streut zwischen € 0,53 und € 9,25.

- In elf der 15 EU-Mitgliedsländer gibt es prozentuell ausgestaltete Selbstbeteiligungsregelungen. Der Höhe der prozentuellen Selbstbeteiligung hängt meist von der Schwere und Dauer der vorliegenden Krankheit ab, z. B. werden für therapeutisch als weniger wichtig erachtete Arzneimittel höhere Sätze bei den Zuzahlungen eingefordert. Die Zuzahlung kann aber auch null Prozent betragen, z. B. bei Arzneimitteln für chronische Krankheiten. Hingegen kann in Dänemark, Irland und Schweden für Arzneimittel, die grundsätzlich als erstattungsfähig eingestuft wurden, - aufgrund der dort gültigen Erstattungsregelungen - eine Selbstbeteiligung von 100 Prozent anfallen.

Im Zusammenhang mit der Selbstbeteiligung der Patienten sei weiters an die nicht-erstattungsfähigen Arzneimittel erinnert, die von den Patienten zur Gänze aus der eigenen Tasche bezahlt werden.

Tabelle 5.5 gibt einen Überblick über die Selbstbeteiligungsregelungen in den fünfzehn EU-Mitgliedstaaten einschließlich etwaiger Höchstgrenzen bei den Zuzahlungen.

Nicht in der Tabelle dargestellt sind Ausnahmestimmungen, die einzelne Bevölkerungsgruppen teilweise bzw. zur Gänze von der Selbstbeteiligung befreien. Abgesehen von Finnland gibt es in allen EU-Ländern Ausnahmeregelungen. Von der Zuzahlung (teilweise) befreit sind insbesondere chronisch Kranke und/oder bestimmte soziale Gruppen (einkommensschwache Personen, Pensionisten, Arbeitslose, Waisen, Schwangere, Kinder, etc.). Infolge der Ausnahmestimmungen werden in Großbritannien über 85 Prozent der Arzneimittelverordnungen zuzahlungsfrei abgegeben.

In Irland ist etwa ein Drittel der Bevölkerung aufgrund der Kriterien Einkommen, Anzahl der Familienangehörigen und Alter von sämtlichen Selbstbeteiligungen (auch im Arzneimittelbereich) befreit (das sogenannte GMS-Scheme). Personen, die anderen Schemen zugeordnet sind, müssen hingegen Selbstbehalte leisten (bei Arzneimitteln bis zu einer Höchstgrenze von € 54,30 im Monat).

In der Europäischen Union streuen die Anteile der Eigenbeteiligung und der Finanzierung durch private Haushalte bei den Arzneimittelausgaben (vgl. auch Tabelle 7.1). Im EU-Vergleich weist mit Abstand Finnland, gefolgt von Dänemark und Schweden eine hohe Selbstbeteiligung auf, Spanien und Frankreich sind hingegen Länder mit vergleichsweise niedriger Selbstbeteiligung.

Tabelle 5.5: Arzneimittelsysteme - Selbstbeteiligungsregelungen 2001

Land	Pauschale	Selbstbeteiligungssätze für erstattungsfähige Arzneimittel	Höchstgrenze der Zuzahlungen
B	-	20, 25, 50, 60, 80 Prozent	stationär: € 0,62 für erst. AM/Tag ¹
DK	Gebühr von € 1,04/VO	15, 25, 50, 100 Prozent Referenzpreissystem: Differenz zwischen erstattetem Betrag und Verkaufspreis	maximal € 497,61/Jahr für chronisch Kranke
D	packungsgrößenabhängige Gebühr von € 4,09, € 4,60 bzw. € 5,11	„Festbetragsmarkt“: Differenz zwischen erstattetem Betrag und Verkaufspreis	maximal zwei Prozent des Bruttoeinkommens
SF	Pauschale von € 8,41 (Kategorie „Normal-Erstattung“) bzw. € 4,20 („Spezial-Erstattung“)	25 und 50 Prozent	maximal € 593,80/Jahr ²
F	Packungsgebühr von € 0,53 (erhöhte Gebühr von € 0,84 für bestimmte AM)	35 und 65 Prozent	-
GR	-	10 und 25 Prozent	-
GB	Gebühr von € 9,25/VO	-	mittels Erwerb eines Vorverkaufsscheines für vier Monate (€ 48,40) bzw. ein Jahr (€ 132,90)
IRL	-	keine bzw. maximal bis zu € 53,20 pro Monat	unter bestimmten Schemen: monatliche Höchstgrenze von € 3,30
I	<i>Rezeptgebühr abgeschafft</i> ³	50 Prozent	-
LUX	-	22 und 60 Prozent	-
NL	-	Referenzpreissystem: Differenz zwischen erstattetem Betrag und Verkaufspreis	Selbstbehaltregelung für Gesundheitsleistungen inklusive AM (1997 - 1999), im Jahr 2000 wieder abgeschafft
A	Gebühr von € 4,07/VO („Rezeptgebühr“)	-	-
P	-	Originalpräparate: 30, 60, 80 Prozent Generika: 20, 50, 70 Prozent	-
SWE	<i>geplant</i>	10, 25, 50, 100 Prozent Referenzpreissystem: Differenz zwischen erstattetem Betrag und Verkaufspreis	maximal € 204,31/zwölf Monate
E	-	10 und 40 Prozent Referenzpreissystem: Differenz zwischen erstattetem Betrag und Verkaufspreis	-

AM = Arzneimittel, erst. = erstattungsfähig, VO = Verordnung

¹ nicht-erst. AM müssen Patienten bei stationärem Aufenthalt zur Gänze bezahlen

² bei Überschreiten der jährlichen Höchstgrenze Selbstbehalt von € 17,21/Packung

³ seit 1.1. 2001 abgeschafft. Aktuelle Diskussion um Wiedereinführung der Rezeptgebühr

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

6 Strategien zur Kostendämpfung

Die aktuelle Ausgestaltung der im vorangegangenen Kapitel 5 beschriebenen Arzneimittelsysteme in der Europäischen Union ist das Ergebnis zahlreicher Sparmaßnahmen, da in den 90er Jahren eine Reihe von unterschiedlichen Strategien zur Dämpfung der Arzneimittelausgaben ausprobiert wurden: Dabei wurden sowohl Maßnahmen, die auf die Preise von Arzneimitteln einwirken, als auch Aktivitäten, die auf den Verbrauch bzw. die Menge abzielen, eingesetzt (für einführende Informationen zu Steuerungsinstrumenten im Arzneimittelbereich vgl. Abschnitt 2.3).

Für die vorliegende Publikation wurden die im Zeitraum 1990 bis 2001 gesetzten Steuerungsmaßnahmen in allen EU-Staaten erhoben. Tabelle 6.1 listet zentrale Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in einem chronologischen Überblick unter Berücksichtigung der Zielrichtung der Aktivitäten (Preis- versus Mengenkomponente) auf. Eine Analyse der Maßnahmen zeigt trotz länderspezifischer Charakteristika einige zentrale Trends bei den Bemühungen der europäischen Staaten, die Arzneimittelausgaben in den Griff zu bekommen.

6.1 Analyse nach Ländern

Belgien, Deutschland, Spanien, Italien und Dänemark zählen zu den Staaten in der Europäischen Union, die in den 90er Jahren am häufigsten in den Arzneimittelmarkt eingegriffen haben.

Im Vergleich dazu wurden in Portugal, Griechenland, Großbritannien und Irland deutlich weniger Maßnahmen gesetzt.

Luxemburg griff - laut den zur Verfügung stehenden Informationen - zu überhaupt keinen relevanten Sparmaßnahmen, dort scheint die Entwicklung der Arzneimittelausgaben offenbar kein Problem darzustellen.

Grundsätzlich fällt bei der Analyse der Steuerungsmaßnahmen auf, dass selbst Länder, die im Allgemeinen als liberal gelten und die bei der Steuerung der Arzneimittelmärkte üblicherweise auf marktwirtschaftliche Instrumente setzen (z. B. Dänemark, Niederlande, Deutschland), bei der Kontrolle der Arzneimittelausgaben immer häufiger zu staatlichen Instrumenten greifen.

Tabelle 6.1: Strategien zur Kostendämpfung - Interventionen zur Kostendämpfung auf Preis- und Mengenebene 1990 - 2001

Maßnahmen (Monat / Jahr)	B	DK	D	SF	F	GR	GB
PREISE							
Hersteller							
Preisstopp	1992; 1993; 1995; 5/96; 1997; 1998; 4/00	1994 bis 1998; 3/98 bis 2/00 ¹ ; 11/00 bis 6/01	1993 bis 1995	1/94 bis 1996 ²	-	1994 bis 1996	10/93 bis 10/96; 10/99 bis 1/01
Preissenkung	1995; 5/96; 3/97 ³ ; 2/99; 4/00	4/95	1/93	01/98 bis 12/99	9/95; 1/98 ⁴ ; 9/98; 10/00	9/94; 1997	10/93; 10/99; 8/00 ⁵
Großhandel							
Spannensenkung	5/96	-	7/98	-	9/99	4/96	-
Apotheken							
Spannensenkung	5/96	9/97; 7/00 ⁶ ; 10/00	7/98	4/98	9/99 ⁷	4/96	-
Preisbildung							
Einführung Referenz- preissystem	2000	6/93	1/89	-	-	-	-
Generikaförderung	8/93 ⁸ ; 4/00	1991; 1993; 1997	1989 ⁹	1993; 3/96	4/96; 1997; 9/98; 1999	-	1995
MENGE							
Arzneimittellisten							
Einführung Positivliste	-	-	1/00 ¹⁰	-	-	4/98	-
Delisting	1995; 2/97	2/98; 2/00	-	9/92	12/94; 9/98	-	-
Einführung Negativliste(n)	-	-	-	-	-	-	1985
Erweiterung Negativliste	1995	-	1/91; 10/00	-	-	-	1992; 11/93
Selbstbeteiligung							
Erhöhung	9/92; 10/92; 2/97; 2/98; 7/99	7/90 ¹¹ ; 3/00; 1/01	1/92; 1/93; 1/97; 7/97	9/92; 4/94	1/94	-	-
OTC-Förderung							
Switches	-	2/98	1992 bis 1999	-	12/94	-	laufend
Arzneimittelbudgets							
Einführung nationales Arzneimittelbudget	1996 ¹²	2/98 ¹³	1/93	-	1/94 ¹⁴	-	4/99 ¹⁵
Einführung regionales Arzneimittelbudget	-	-	1/94	-	-	-	-
Einführung individuelles Arzneimittelbudget	-	-	1/99 ¹⁶	-	-	-	1/90 ¹⁷

¹ in den Jahren gab es laufend zum Teil freiwillige, zum Teil gesetzliche Preisstopps; von 3/98 bis 2/00 nur für erst. AM

² nur für erstattungsfähige Arzneimittel

³ Einführung einer Sondersteuer auf Umsätze der Pharmaindustrie im Ausmaß von vier Prozent

⁴ Abschaffung einer umsatzbezogenen Steuer

⁵ Festlegung gesetzlicher Höchstpreise für Generika

⁶ Kürzung des Apothekengewinns um Anteil an Einkaufsrabatten, gefolgt von der Anpassung des Gewinnzuschlages 10/00

⁷ Änderung des Honorierungssystems für Apotheken

⁸ Schaffung der gesetzlichen Grundlage, im April 2000 folgte eine Informationskampagne

⁹ im Zuge der Einführung des Festbetragssystems

¹⁰ Schaffung der Rechtsgrundlage für Einführung einer Positivliste

¹¹ Erhöhung der Rezeptgebühr

¹² ohne Sanktionsmöglichkeit

¹³ Deckelung des Arzneimittelbudgets der staatlichen Krankenversicherung für 1998 und 1999

¹⁴ seit 1999 mit Sanktionsmöglichkeit, Rückzahlungen der Industrie für 2001 geplant

¹⁵ globales Budget für ambulanten Bereich

¹⁶ Einführung einer Rückzahlungsverpflichtung der Ärzteschaft, Änderung mit 1.1.2001 geplant

¹⁷ inzwischen wieder abgeschafft

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 6.1 (Fortsetzung): Strategien zur Kostendämpfung - Interventionen zur Kostendämpfung auf Preis- und Mengenebene 1990 - 2001

Maßnahmen (Monat / Jahr)	IRL	I	LUX	NL	A	P	SWE	E
PREISE								
Hersteller								
Preisstopp	1993 bis 1996	-	-	1994 bis 1996	-	1997 bis 1999	-	1993 bis 1999
Preissenkung	1993 bis 1996	3/94; 1/95; 7/96; 1/97; 1/99; 7/98; 1/00	-	6/94	1997; 1998; 1999	-	-	1993; 9/1999
Großhandel								
Spannensenkung	-	2/92; 1/97	-	1996 bis 1997 ¹⁸	4/95; 2/97; 6/00	-	-	3/97; 6/99
Apotheken								
Spannensenkung	-	1/99 ¹⁹	-	10/98 ²⁰ ; 1/00	4/95; 2/97; 1/00 bis 1/05 ²¹	-	1/94 ²² ; 2/00	1994 bis 1996 ²³ ; 2/97
Preisbildung								
Einführung Referenzpreissystem	-	Plan	-	7/91	-	-	1/93	12/00
Generikaförderung	1993; 2000	6/96; 10/98	-	1991	2000 ²⁴	9/98; 9/00	1994; 1997	1997; 12/00
MENGE								
Arzneimittelliste								
Einführung Positivliste	-	-	-	7/91	-	-	-	-
Delisting	-	7/96	-	1/94; 4/96; 1999	1996; 1997	8/98	6/92 ²⁵	-
Einführung Negativliste(n)	-	-	-	7/93	-	-	6/92	7/93; 3/98
Erweiterung Negativliste	-	-	-	-	-	-	-	-
Selbstbeteiligung								
Erhöhung	-	1/92; 1/93; 1/94; 1/95	-	1/97	8/96 ²⁶ ; 10/00 ²⁶	6/92; 8/98	7/92; 7/95; 1/97; 6/99	1993; 1995
OTC-Förderung								
Switches	-	6/05	-	10/95	1996	-	2000	-
Arzneimittelbudgets								
Einführung nationales Arzneimittelbudget	-	1/98 ²⁷	-	-	-	3/97 ²⁷	-	7/95 ²⁸ ; 8/96 ²⁸ ; 1/98 ²⁸
Einführung regionales Arzneimittelbudget	-	-	-	-	-	-	-	-
Einführung individuelles Arzneimittelbudget	1994	-	-	-	-	-	-	-

AM = Arzneimittel, erst. = erstattungsfähig, OTC = Over-the-Counter = rezeptfreie AM, Rx = rezeptpflichtige Arzneimittel, SNS = Sistema Nacional de Salud = Nationaler Gesundheitsdienst

¹⁸ gesetzliche Festlegung von Höchstpreisen

¹⁹ Änderung des Honorierungssystems für Apotheken

²⁰ verpflichtende Weitergabe von Einkaufsrabatten an Kassa, im Jänner 2000 wurden diese Rabatte erhöht

²¹ „Solidaritätsbeitrag“ der Apotheker gültig von 1/2000 bis 1/2005

²² Senkung betraf nur Rx, Spannen für OTC wurden erhöht

²³ verpflichtende Weitergabe von Einkaufsrabatten an SNS, seit August 2000 behält der Staat bei Verordnungen zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes einen Teil der Zahlungen an die Apotheken ein

²⁴ durch einzelne Kassen

²⁵ OTC

²⁶ außerordentliche Erhöhung der Rezeptgebühr pro Verordnung

²⁷ Einführung von Sanktionsmöglichkeiten

²⁸ zum angegebenen Zeitpunkt wurde jeweils ein Vertrag mit Industrie abgeschlossen, in dem das Budget festgelegt wurde

Quellen: ÖBIG 2001; ÖBIG-eigene Erhebungen

6.2 Analyse nach Häufigkeit der Eingriffe

Trotz länderspezifischer Unterschiede lässt sich für (fast) alle EU-Staaten sagen, dass in den 90er Jahren kaum ein Jahr verging, in dem nicht eine größere Intervention im Arzneimittelbereich erfolgte. Im Schnitt wurden pro Mitgliedsland mehr als zehn einschneidende Sparmaßnahmen gesetzt. Die Bandbreite reicht von keiner (Luxemburg) bis an die 20 (Belgien) Interventionen.

6.3 Analyse nach Steuerungsrichtung

Die Maßnahmen setzten sowohl auf der Preis- als auch der Mengenebene an (vgl. Tabelle 6.1).

6.3.1 Preiskomponente

Auf der Ebene der Preise spielten neben der Einführung von Referenzpreissystemen und der Generikaförderung vor allem Preissenkungen eine Rolle.

Mit Ausnahme von Luxemburg und Schweden kam es in allen Mitgliedstaaten im Laufe der 90er Jahre zu Preisstopps oder -senkungen bei den Fabriksabgabepreisen. In zahlreichen EU-Ländern mit gesetzlicher Regelung der Großhandelsspannen (vgl. Abschnitt 5.4) wurden diese gesenkt, auch die Apothekenspannen wurden den meisten Mitgliedstaaten - manchmal sogar mehrmals - gesenkt bzw. wurde das Honorierungssystem geändert (Frankreich, Italien).

Die Einführung von Referenzpreissystemen steht, wie schon in Abschnitt 5.3 ausgeführt, im Zusammenhang mit der Generikaförderung, da eine gewisse Anzahl von Generika am Markt eine grundlegende Voraussetzung für ein Referenzpreissystem bildet. In Europa gelten die Niederlande, Dänemark und Deutschland als die „Generika-Länder“, in denen die preisgünstigen Nachahmerprodukte mit patentfreiem Wirkstoff seit längerem stark vertreten sind. In diesen Ländern wurden bereits in den frühen 90er Jahren Referenzpreissysteme eingeführt und Anreizmechanismen zur Förderung von Generika (z. B. verpflichtende Generikasubstitution) geschaffen. In den letzten Jahren folgten mehrere Länder diesen Beispielen: In Frankreich, wo 1999 die Generikasubstitution eingeführt wurde, lukrieren Apotheken bei Abgabe eines Generikum den gleichen Beitrag wie bei einem Originalpräparat, in Irland erhalten die durch individuelle Arzneimittelbudgets gedeckelten Ärzte regelmäßig Informationen über Einsparpotenziale durch Generika bei ihren Verordnungen, und in Schweden werden immer wieder Informationskampagnen für die Öffentlichkeit durchgeführt.

6.3.2 Mengenkomponente

Mit Ausnahme von Irland und Luxemburg haben in den 90er Jahren alle EU-Mitgliedstaaten eine oder mehrere Maßnahmen in Bezug auf die Erstattung gesetzt: Zahlreiche - insbesondere rezeptfreie - Arzneimittel werden nicht (mehr) erstattet (Delisting) oder auf eine (neuegeschaffene) Negativliste gesetzt.

Eine Limitierung der Arzneimittelausgaben mittels Budgets wurde im Untersuchungszeitraum in neun EU-Ländern vorgegeben. Wie bereits in Abschnitt 5.2 ausgeführt, wurden dabei verschiedene Modelle (auf nationaler, regionaler oder individueller Ebene, Verantwortlichkeit der Ärzte oder mehrerer Akteure des Arzneimittelsystems, unter Berücksichtigung von Sanktionsmöglichkeiten) ausprobiert.

Als ein zentrales Instrument zur Eindämmung der öffentlichen Arzneimittelausgaben wurde in fast allen EU-Staaten (Ausnahmen waren Griechenland, Großbritannien, Irland, Luxemburg) auf die Erhöhung der Selbstbeteiligung zurückgegriffen (zu den verschiedenen Formen der Selbstbeteiligung im Arzneimittelbereich vgl. den vorangegangenen Abschnitt 5.5). In einigen Ländern wurde die Selbstbeteiligung mehrmals (in etwa alle zwei bis drei Jahre) erhöht. Diesbezügliche Spitzenreiter waren Schweden, Deutschland, Italien und Belgien. In Deutschland und Italien, die Mitte der 90er Jahre die Zuzahlungen massiv erhöhten, wurden Ende des Jahrzehnts die Zuzahlungen erstmals abgesenkt.

6.4 Analyse nach Akteuren

Angesichts der Verlagerung der Finanzierung von der öffentlichen Hand auf die privaten Haushalte (Erhöhung der Selbstbeteiligung, Streichen von Arzneimitteln aus der Erstattung) verwundert es nicht, dass die Patienten besonders stark von den Sparmaßnahmen betroffen waren. Eine deutliche Verschiebung der Finanzlast auf die Patienten war insbesondere in Italien, Spanien, Großbritannien und Deutschland zu beobachten, die höhere Zuzahlungen leisten und/oder Arzneimittel verstärkt aus eigener Tasche finanzieren müssen (Ausweitung der Selbstmedikation).

Hinsichtlich der Akteure am Arzneimittelmarkt lässt sich feststellen, dass bis Mitte der 90er Jahre in erster Linie die Industrie von Maßnahmen zur Dämpfung der Arzneimittelpreise betroffen war. Danach kamen auch die Akteure des Arzneimittelvertriebs unter Druck, wie die Kürzung der Gewinnspannen der Apotheken und des Großhandels in zahlreichen Mitgliedstaaten zeigt. Auch in Österreich wurden die Großhandels- und Apothekenspannen mehrfach abgesenkt.

6.5 Zusammenfassung

Trotz der massiven Sparpolitik am Arzneimittelsektor im letzten Jahrzehnt ist kein Ende absehbar. Wie aus Tabelle 6.1 hervorgeht, werden die Intervalle zwischen den gesetzten Maßnahmen immer kürzer, da die Strategien zur Kostendämpfung zumeist nur vorübergehend Erfolge aufwiesen.

Die meisten EU-Länder planen daher weitere Eingriffe. Insbesondere sehen einige Länder das verstärkte Auftreten von neuen, teuren Arzneimitteln als ein Problem. Um diesem entgegen zu treten, setzen sie in jüngster Zeit auf eine therapeutisch-ökonomische Evaluierung als Entscheidungshilfe für die Aufnahme dieser Arzneimittel ins Erstattungssystem (z. B. Großbritannien, Niederlande). Auch wollen die EU-Länder den Verbrauch von Arzneimitteln zu Lasten der öffentlichen Hand einschränken, indem sie beispielsweise vermehrt auf die Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte und der Arzneimittelbudgets setzen.

7 Benchmarking

In diesem Kapitel werden unter Abschnitt 7.1 relevante Kennzahlen der EU-Länder zu den Arzneimittelausgaben, deren Finanzierung sowie des Verbrauchs von Arzneimitteln gegenübergestellt und in eine Rangordnung gebracht.

In Abschnitt 7.2 erfolgt eine detaillierte Untersuchung der einzelnen EU-Mitgliedsländer. Hier wird ein Überblick über die jeweiligen Verfahren zur Regelung der Aufnahme von Arzneimitteln ins Erstattungssystem gegeben und der Modus zur Preisbestimmung von Arzneimitteln beschrieben. In der Folge wird schwerpunktmäßig die Entwicklung der öffentlichen Arzneimittelausgaben im Zeitraum 1990 bis 1999 in Zusammenhang mit den gesetzten Sparaktivitäten gebracht und analysiert.

Am Ende des Kapitels sind in den Tabellen 7.1 und 7.2 die zentralen Indikatoren der Länder zusammengeführt.

7.1 Kennzahlen im Vergleich

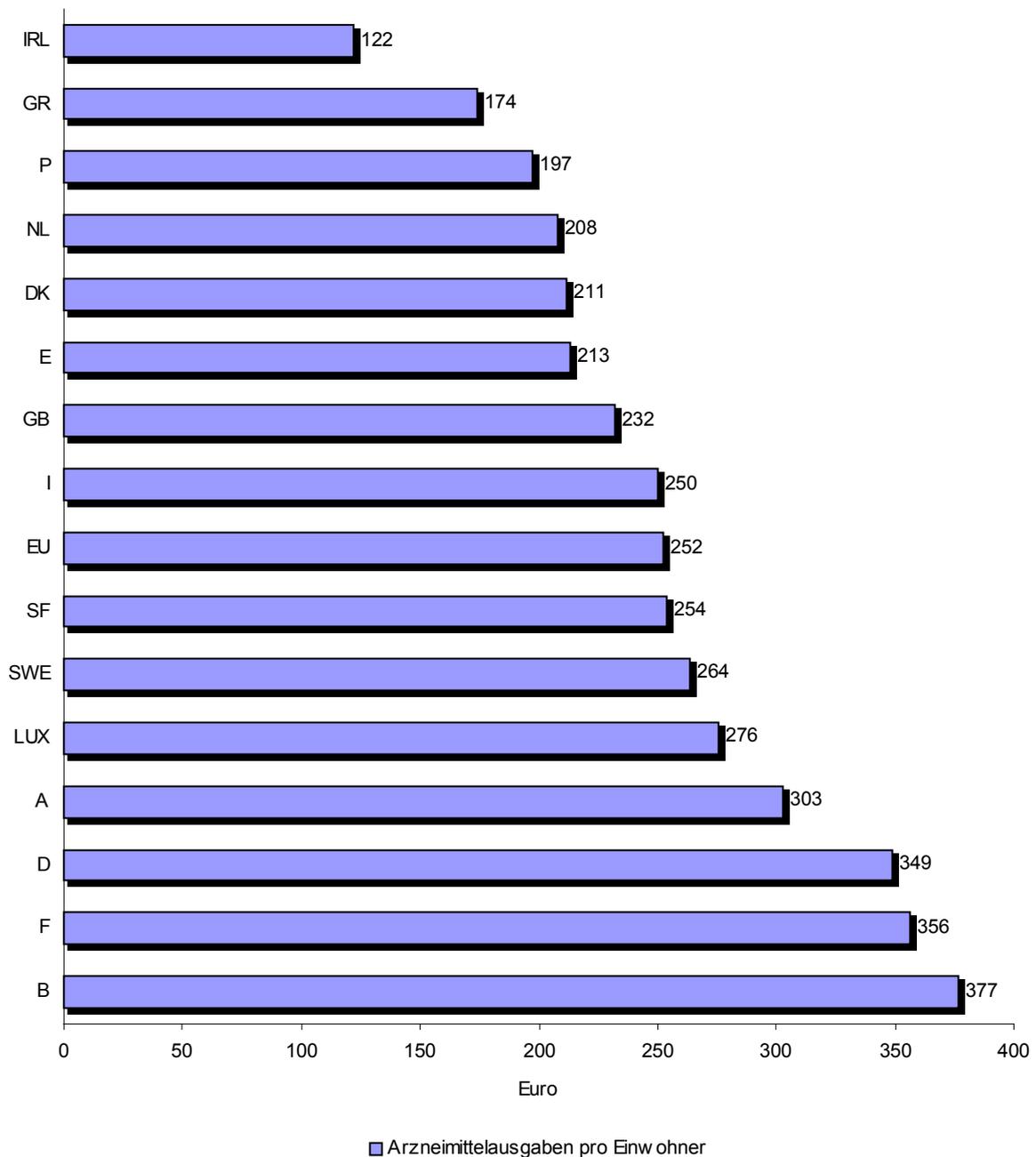
7.1.1 Ausgaben

Im EU-Schnitt wurden im Jahr 1999 insgesamt € 252,- pro Kopf der Bevölkerung für Arzneimittel ausgegeben, innerhalb der EU-Mitgliedsländer zeigen sich jedoch große Unterschiede, wie aus Abbildung 7.1 hervorgeht.

Mögliche Erklärungsfaktoren für die Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedsländern sind unter anderem im gesamtwirtschaftlichen Wohlstand eines Landes sowie der Altersstruktur der Bevölkerung zu sehen. So weisen vor allem jene Länder mit einem sehr niedrigen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf der Bevölkerung (siehe hierzu auch Kapitel 4, Tabelle 4.2) wie Portugal, Griechenland und Spanien geringere Arzneimittelausgaben auf. Irland hat im EU-Vergleich die geringsten Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung. Der Anteil der älteren Bevölkerung ist im EU-Vergleich auch der niedrigste, so sind nur fünf Prozent der Bevölkerung älter als 75 Jahre, zudem liegt das irische Bruttoinlandsprodukt auch nur knapp unter dem EU-Schnitt.

Die reicheren Länder weisen im EU-Vergleich im Allgemeinen höhere Arzneimittelausgaben auf. Nur in Dänemark und in den Niederlanden, die beide reiche Länder sind, liegen die Arzneimittelausgaben unter dem EU-Schnitt. Hier dürfte sich offenbar der relativ niedrige Arzneimittelkonsum niederschlagen (vgl. hierzu auch Abbildung 7.3 und Tabelle 7.1). Unter den Ländern mit hohen Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung finden sich verstärkt Sozialversicherungsländer wie Luxemburg, Österreich, Deutschland, Frankreich und Belgien.

Abbildung 7.1: Benchmarking - Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro 1999



Portugal, Großbritannien, Luxemburg: Daten für 1998
Irland: Daten für 1997

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

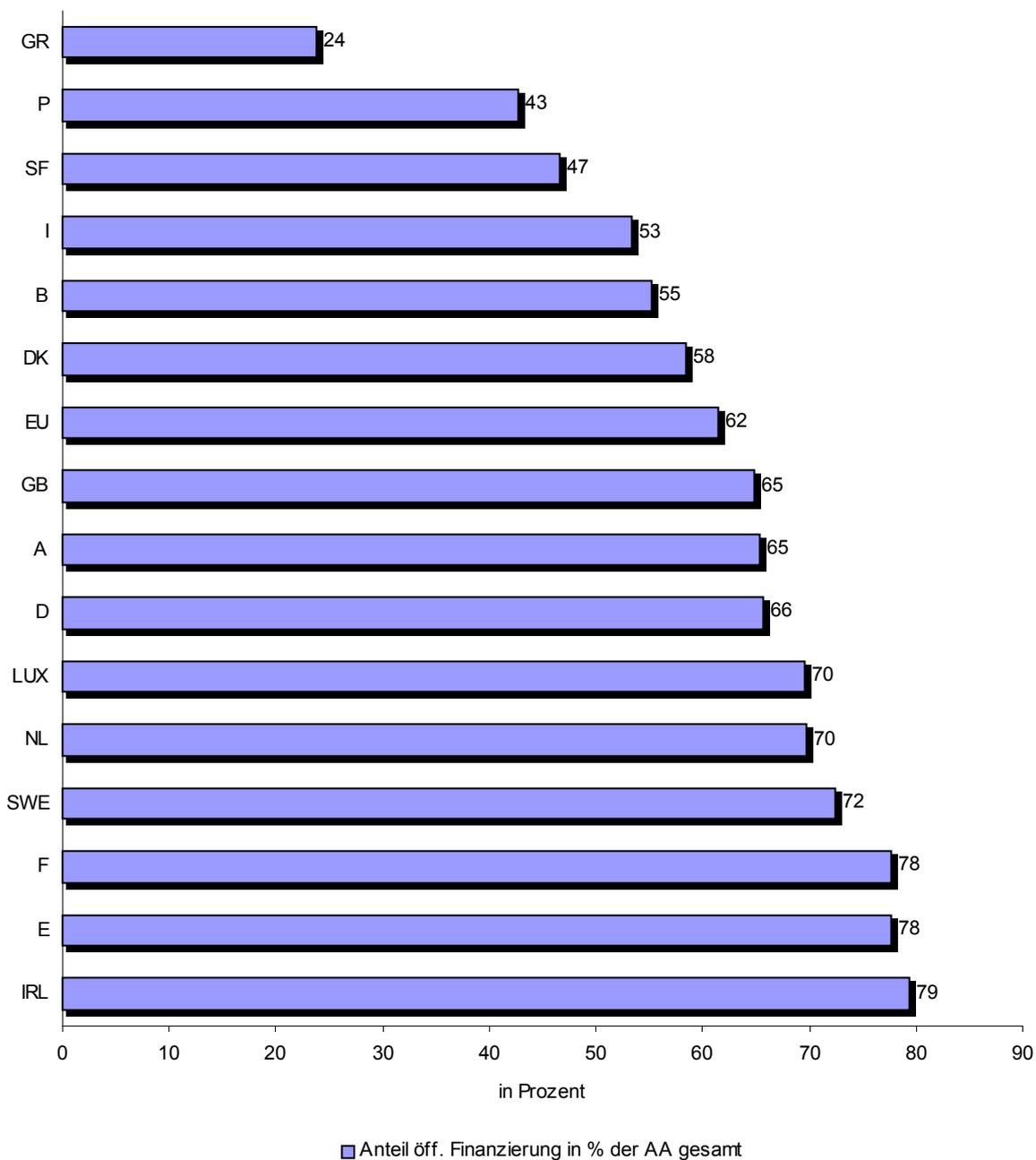
7.1.2 Finanzierung

Innerhalb der Europäischen Union werden im Schnitt fast zwei Drittel der Arzneimittelausgaben von der öffentlichen Hand - von der Sozialversicherung oder dem Nationalen Gesundheitsdienst - getragen (vgl. Abbildung 7.2). Das verbleibende Drittel wird von den privaten Haushalten finanziert, entweder mittels Zuzahlungen oder im Zuge der Selbstmedikation.

Einen geringen öffentlichen Finanzierungsanteil mit unter 50 Prozent weisen Griechenland, Portugal und Finnland auf. Für Griechenland waren nur Daten vom größten Krankenversicherungsträger, der Versicherung für Soziale Sicherheit, die etwa die Hälfte der Bevölkerung abdeckt, verfügbar. Nach diesen Daten ist der private Finanzierungsanteil in Griechenland bei Arzneimitteln der höchste im EU-Vergleich. In Portugal wurde im Laufe der 90er Jahre der öffentliche Finanzierungsbeitrag leicht erhöht. Dennoch wurde im Jahr 1999 immer noch ein großer Teil der Aufwendungen für Arzneimittel von den Privaten aufgebracht, wovon etwas mehr als die Hälfte auf Zuzahlungen für erstattungsfähige Arzneimittel und der Rest auf Selbstmedikation entfielen. In Finnland ist der niedrige öffentliche Finanzierungsanteil vor allem auf die hohe Eigenbeteiligung der Patienten für erstattungsfähige Arzneimittel zurückzuführen: Im Jahr 1999 betragen die Zuzahlungen 77 Prozent der öffentlichen Arzneimittelausgaben. Die Zuzahlungen sind vor allem seit Mitte der 90er Jahre aufgrund der Erhöhung der Patientenselbstbeteiligung stark angestiegen. Für den Großteil der erstattungsfähigen Arzneimittel werden die Kosten nur zur Hälfte von der Sozialversicherung übernommen, aber erst ab einem Sockelbetrag von € 8,4 bzw. € 4,2.

In fast allen EU-Ländern hat in den 90er Jahren der öffentliche Finanzierungsanteil bei Arzneimitteln abgenommen. Besonders auffällig war die Entwicklung in Italien, wo der öffentliche Finanzierungsanteil von rund 67 Prozent im Jahr 1990 auf 50 Prozent im Jahr 1995 zurückging und danach wieder auf rund 53 Prozent im Jahr 1999 anstieg.

Abbildung 7.2: Benchmarking - Anteil der öffentlichen Finanzierung in Prozent der Arzneimittelausgaben 1999



öff. = öffentliche

AA = Arzneimittelausgaben

Irland: Daten für 1997

Luxemburg, Großbritannien, Portugal: Daten für 1998

Griechenland: Daten nur für den größten Sozialversicherungsträger (umfasst etwa die Hälfte der griechischen Bevölkerung)

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

7.1.3 Verordnungen

Im Jahr 1999 entfielen im Schnitt in der Europäischen Union - ohne Belgien, Frankreich, Griechenland, wo Daten nicht verfügbar sind - auf jeden Einwohner 8,3 Verordnungen (vgl. Abbildung 7.3). Vergleichsweise wenig verordnet wird in Luxemburg, Finnland, Dänemark, Niederlande und Italien. Deutschland, Großbritannien, Portugal, Österreich und Spanien lagen hingegen über dem EU-Schnitt.

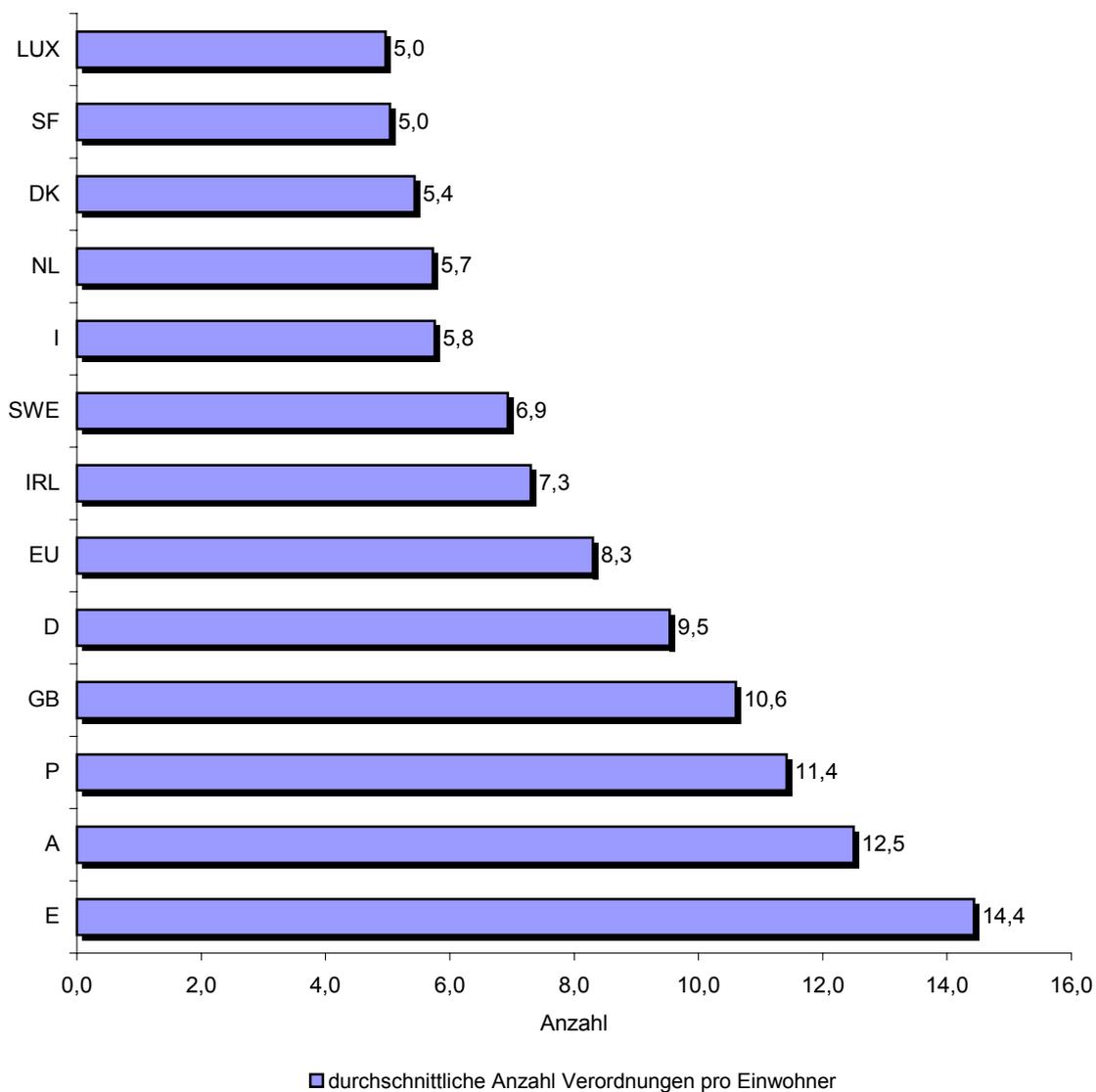
Am stärksten nahmen die Verordnungen pro Kopf der Bevölkerung mit 33 Prozent zwischen 1990 bis 1999 in Schweden zu. Schweden ist innerhalb der EU-Mitgliedsländer auch das Land mit dem höchsten Anteil älterer Menschen (neun Prozent der Bevölkerung sind älter als 75 Jahre). In Italien und Deutschland hingegen gingen im gleichen Zeitraum die Verordnungen aufgrund massiver Sparmaßnahmen absolut zurück (vgl. hierzu auch Abbildung 8.1).

Ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der öffentlichen Finanzierung (vgl. Abbildung 7.2) und der Anzahl der zu Lasten der öffentlichen Hand verordneten Arzneimittel kann nicht abgeleitet werden. Luxemburg, Niederlande, Schweden, Irland haben beispielsweise einen hohen öffentlichen Finanzierungsanteil, während sie mit den Arzneimittelverordnungen unter dem EU-Schnitt liegen.

In den EU-Mitgliedsländern werden im Schnitt € 20,- für eine Verordnung von der öffentlichen Hand aufgewendet, wobei sich zwischen den Ländern größere Differenzen zeigen (vgl. Abbildung 7.4). Bei den durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung schlägt unter anderem das Preisniveau von Arzneimitteln durch. Zudem spielt es eine Rolle, ob die öffentliche Hand primär teurere Arzneimittel finanziert und beispielsweise günstigere Arzneimittel aus der Erstattung nimmt. Auch bestehen länderweise Unterschiede hinsichtlich der Verschreibungsgewohnheiten und zwar, ob verstärkt Groß- oder Kleinpackungen verordnet werden. Direkte Rückschlüsse auf das Preisniveau in den einzelnen Ländern anhand der durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung sind daher nur sehr eingeschränkt zulässig.

Grundsätzlich lässt sich bei einem Vergleich der Kennzahlen zur Anzahl der durchschnittlichen Verordnungen pro Einwohner und den durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung ein negativer Zusammenhang feststellen. Länder mit einer unter dem EU-Schnitt liegenden durchschnittlichen Verordnungszahl, wie z. B. Luxemburg, Niederlande, Dänemark, Finnland, weisen überdurchschnittliche Arzneimittelausgaben pro Verordnung auf. Lediglich in Deutschland liegen sowohl die Arzneimittelverordnungen pro Einwohner als auch die durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung über dem EU-Schnitt. Die Höhe der „zulässigen“ Arzneimittelausgaben scheint als limitierender Faktor zu wirken: Die Steuerung der öffentlichen Arzneimittelausgaben erfolgt entweder stärker über die Menge (Anzahl der Verordnungen) oder über die Preise.

Abbildung 7.3: Benchmarking - Anzahl der Verordnungen pro Kopf der Bevölkerung zu Lasten der öffentlichen Hand 1999

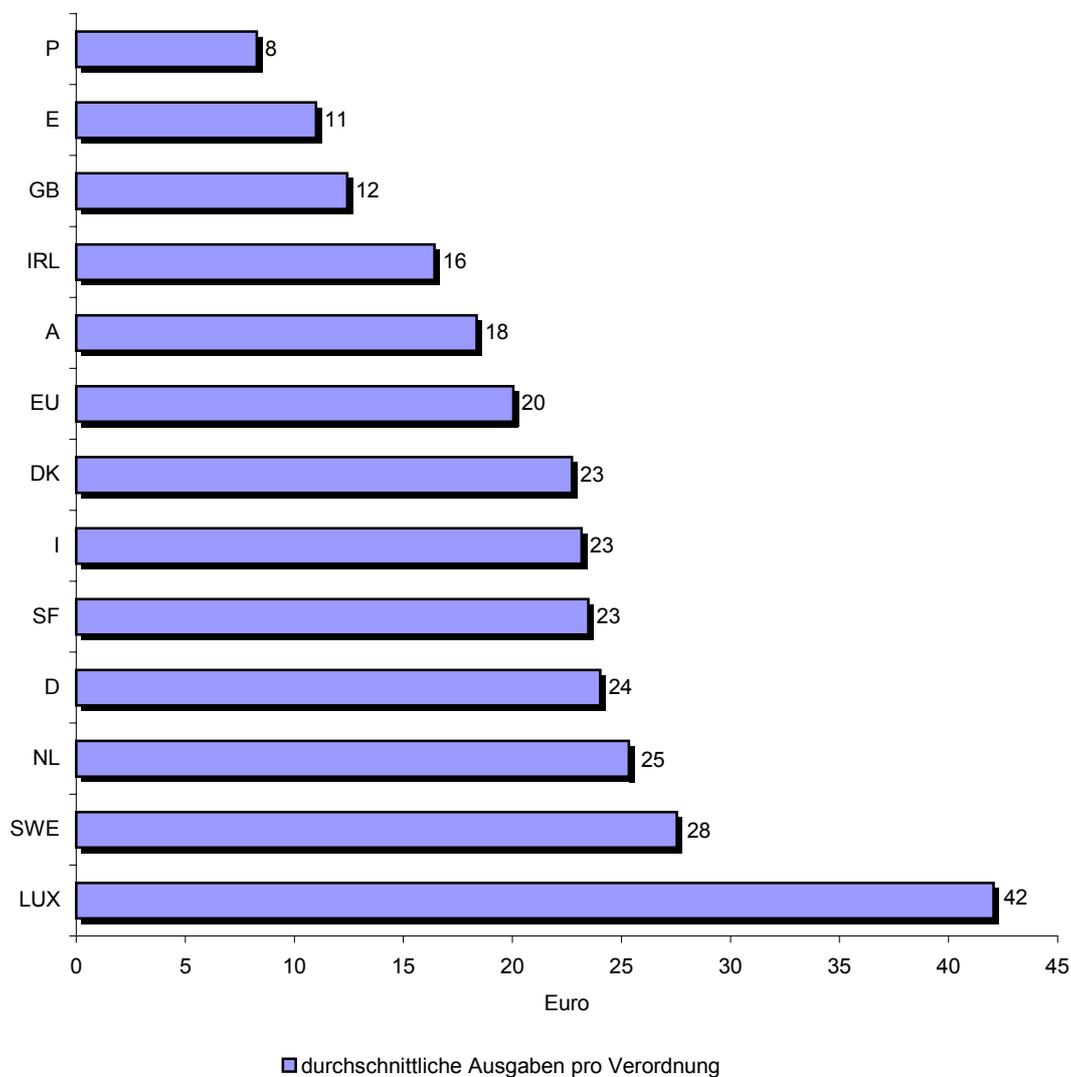


Belgien, Frankreich, Griechenland: Daten nicht verfügbar

Großbritannien: Angaben beziehen sich nur auf England

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

Abbildung 7.4: Benchmarking - Ausgaben pro Verordnung zu Lasten der öffentlichen Hand 1999



Belgien, Frankreich, Griechenland: Daten nicht verfügbar

Großbritannien: Angaben beziehen sich nur auf England

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

7.2 Analyse nach Ländern

7.2.1 Belgien

Zentraler Akteur im belgischen Arzneimittelsystem ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt, das durch ein Komitee der Krankenversicherung beraten wird. Das Ministe-

rium für Soziales, Gesundheit und Umwelt entscheidet über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Positivliste und über die Höhe der Erstattung von Arzneimitteln. Für die Preisfestlegung von rezeptpflichtigen und erstattungsfähigen Arzneimitteln ist das Wirtschaftsministerium zuständig. Das Wirtschaftsministerium legt Höchstpreise fest. Als Entscheidungsgrundlage dient eine Empfehlung des Preiskomitees, in dem unter anderem die pharmazeutische Industrie, die Großhändler, die Apotheker, die Gewerkschaften und Krankenkassen vertreten sind.

Belgien weist im EU-Vergleich die höchsten Arzneimittelausgaben pro Einwohner auf. Ein großer Teil der Arzneimittelausgaben wird privat finanziert, der öffentliche Finanzierungsanteil ist mit rund 55 Prozent vergleichsweise niedrig. Beim Verbrauch von Arzneimitteln (es liegen nur Daten über den Verbrauch gemessen in Packungen vor) liegt Belgien im oberen Drittel der EU-Länder.

Mit einem Plus von 40 Prozent stiegen zwischen 1995 und 1999 die öffentlichen Arzneimittelausgaben besonders an. Mitte der 90er Jahre lagen die Zuwächse bei den öffentlichen Ausgaben im zweistelligen Bereich. Es folgten zahlreiche Maßnahmen zur Kostendämpfung, wie z. B. Erhöhung der Selbstbeteiligung, mehrfache Preisstopps und -senkungen für Arzneimittel, die Festsetzung eines nationalen Arzneimittelbudgets, das jedoch von keinen Anreiz- oder Sanktionsmöglichkeiten begleitet war. Weitere Maßnahmen waren die Implementierung einer Datenbank zur Optimierung und Dokumentation der Verordnungspraxis der Ärzte, eine Begrenzung der Spannen für Apotheken und Großhandel sowie die Einführung einer Sondersteuer auf die Arzneimittelumsätze der Pharmaindustrie. Im Gefolge dieser Maßnahmen reduzierten sich die Zuwächse der Arzneimittelausgaben, jedoch nahmen diese Ende der 90er Jahre wieder stärker zu. Daraufhin wurden Strategien entwickelt, um die Arzneimittelausgaben längerfristig zu senken, wie z. B. Kampagnen zur Förderung von sogenannten „vernünftigen“ Verordnungen und zur verstärkten Verordnung von Generika sowie die Einführung eines Referenzpreissystems und neuen Erstattungsschemas mit Juni 2001.

Belgien setzte im Analysezeitraum die meisten Sparmaßnahmen. Es ist jedoch trotz der zahlreichen Interventionen nicht gelungen, die Ausgabenentwicklung einzudämmen.

7.2.2 Dänemark

Eine wichtige Rolle im Arzneimittelsystem in Dänemark kommt der Arzneimittelagentur zu. Die Arzneimittelagentur entscheidet über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Positivliste, über die Erstattungssätze von Arzneimittel, die sich zwischen 50 und 100 Prozent belaufen, sowie über den Erstattungspreis. Grundsätzlich steht den Herstellern die Preisfestlegung von Arzneimitteln frei, sie müssen jedoch nach der Zulassung bei der Arzneimittelagentur eine Preismeldung vornehmen. Die Arzneimittelagentur legt dann für wirkstoffgleiche Arzneimittel - also jene, für die ein Generikum zur Verfügung steht - einen Referenzpreis fest. Dieser wird aus dem Mittelwert der beiden günstigsten Arzneimittel einer Gruppe berechnet. Für neue Arzneimittel, für die keine Generika oder parallelimportierte Arzneimittel zur Verfügung stehen, wird der Preis auf Basis des europäischen Durchschnittspreises festgelegt, wobei die Preise in Italien und Griechenland nur ein geringes Gewicht haben.

Dänemark weist sowohl niedrige Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung auf, was auch auf den - wie in den skandinavischen Ländern generell - niedrigen Arzneimittelkonsum zurückzuführen ist. Die Arzneimittelausgaben bezogen auf die Einwohnerzahl haben sich als Folge einer Vielzahl von Sparmaßnahmen deutlich verringert.

Die öffentlichen Arzneimittelausgaben stiegen in einem Jahr (1990 auf 1991) um über 50 Prozent an. Dieser extreme Anstieg ist auf die Abschaffung der sogenannten „800-Kronen-Regel“ zurückzuführen, wonach Patienten ihre Ausgaben für Arzneimittel für ein Jahr erst ab einem Limit von 800 Kronen/€ 101,78 zum Teil erstattet wurden. Diese Regelung führte zu massiven Protesten der Bevölkerung, worauf sie nach 18 Monaten wieder abgeschafft wurde. In den Folgejahren konnte die Ausgabenentwicklung durch zahlreiche Interventionen, die sowohl bei den Preisen (wie staatliche Preisstopps, verstärkte Förderung von Generika, Senkung der Apothekenspannen) als auch bei der Menge (z. B. Ausschluss von Arzneimitteln aus der Erstattung) ansetzten, deutlich eingebremst werden. Die Kosten wurden jedoch nicht auf die privaten Haushalte abgewälzt. Der öffentliche Finanzierungsanteil - der vergleichsweise noch immer gering ist - stieg zwischen 1990 und 1999 an. Die privaten Arzneimittelausgaben gingen im Verhältnis zu den öffentlichen sogar zurück.

Anfang 2000 - also nach dem Analysezeitraum - wurde jedoch das Selbstbeteiligungssystem geändert. Bis zu € 67,24 sind nunmehr die Kosten für Arzneimittel zur Gänze von den Patienten zu tragen, wobei die Kostentragung auf ein jährliches Limit von insgesamt € 484,20 beschränkt ist.

Dänemark ist es mit einem Bündel von Maßnahmen im letzten Jahrzehnt gelungen, die Arzneimittelausgaben annähernd unter Kontrolle zu halten. Dennoch scheint dies nach Ansicht der Regierung nicht ausreichend zu sein, vor allem werden die Arzneimittelpreise als zu hoch angesehen. In den Jahren 2000 und 2001 wurden daher wieder zahlreiche Änderungen im System eingeführt (Änderung des Erstattungssystems, Erhöhungen der Selbstbeteiligung, Preisstopps und Spannensenkungen). Darüber hinaus wurden Liberalisierungsschritte im Apothekensektor eingeleitet. So dürfen ausgewählte OTC-Produkte unter bestimmten Voraussetzungen in Supermärkten und Tankstellen verkauft werden. Auch die Apothekenöffnungszeiten wurden freigegeben.

7.2.3 Deutschland

Dem Bundesministerium für Gesundheit kommt in Deutschland eine wichtige Rolle bei der Steuerung des Arzneimittelmarktes zu. Das Ministerium entscheidet nach Beratung durch Sachverständigenausschüsse über die Aufnahme von Arzneimitteln in Negativlisten bzw. in die geplante Positivliste. Grundsätzlich gilt in Deutschland freie Preisfestsetzung für Herstellerpreise. Indirekt werden diese jedoch durch das sogenannte „Festbetragssystem“ beeinflusst. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen fasst in einem ersten Schritt gleichwertige Arzneimittel zu Gruppen zusammen, und in einem zweiten Schritt setzen die Spitzenverbände der Krankenkasse die Höhe jenes Betrages fest, den sie maximal für die betroffenen Arzneimittel erstatten, den sogenannten Festbetrag. Die Differenz zwischen Festbetrag und Verkaufspreis eines Arzneimittels hat der Versicherte selbst zu tragen.

Die öffentlichen Arzneimittelausgaben entwickelten sich in Deutschland mit einer Zunahme von rund 30 Prozent zwischen 1991 und 1999 relativ moderat. Beim Arzneimittelverbrauch (Anzahl der Verordnungen pro Einwohner) liegt Deutschland 1999 etwas über dem EU-Schnitt, durch zahlreiche kostendämpfende Interventionen ging jedoch die Zahl der Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung massiv zurück. Mit Arzneimittelausgaben von € 349,- pro Einwohner liegt Deutschland 1999 nunmehr an der dritten Stelle der EU-Mitgliedsländer. 1990 hatte Deutschland noch die zweithöchsten Arzneimittelausgaben pro Kopf. Mit einem öffentlichen Finanzierungsanteil von rund zwei Drittel liegt Deutschland im EU-Mittelfeld.

Mit einer Vielzahl von kostendämpfenden Interventionen mit dem Ziel, die gesetzlichen Beiträge zur Krankenversicherung stabil zu halten, gelang es zwischen 1992 und 1998, die Zunahme der öffentlichen Arzneimittelausgaben deutlich einzubremsen. Die rigide Sparpolitik, die sowohl bei den Preisen als auch beim Verbrauch von Arzneimitteln ansetzte (z. B. mehrmalige Erhöhungen der Zuzahlungen für Arzneimittel, Einführung von Arzneimittelbudgets für Ärzte, Preisstopps und Spannensenkungen), ging zu Lasten der Patienten. Es wurden weniger Arzneimittel verordnet, und der private Finanzierungsanteil stieg. Nach einem Regierungswechsel kam es im Jahr 1999 erstmals zu einer Entlastung der Patienten (Senkung der Zuzahlungen).

Angesichts aktuell steigender Arzneimittelausgaben (Zunahme um über zehn Prozent) hat die Regierung im Oktober 2001 ein neues Sparpaket vorgelegt. So soll es künftig beispielsweise den Apotheken erlaubt sein, ein kostengünstigeres, wirkstoffidentisches Arzneimittel abzugeben, wenn der Arzt nicht ausdrücklich kennzeichnet, dass er auf die Abgabe eines bestimmten Arzneimittels besteht. Der gesetzliche Rabatt, den Apotheken den Krankenkassen gewähren müssen, wird von fünf Prozent auf sechs Prozent erhöht und die Herstellerpreise um vier Prozent abgesenkt (dies gilt für die Jahre 2002 und 2003). Künftig soll auch in den Entlassungsberichten der Krankenhäuser der Wirkstoff des Arzneimittels und preisgünstigere Alternativvorschläge für die ambulante Therapie angeführt werden.

7.2.4 Finnland

Eine dem Gesundheitsministerium unterstellte Behörde, das Nationale Amt für Preisfestsetzung und Erstattung, ist zuständig für die Entscheidung, ob Arzneimittel in die Positivliste aufgenommen und in welchem Ausmaß sie erstattet werden (zu 50, 75 oder 100 Prozent). Auch wird der Großhandelspreis für jene Arzneimittel festgelegt, die in die Positivliste aufgenommen werden. Dabei werden Preisvergleiche sowie gesundheits-ökonomische Beurteilungen durchgeführt.

Finnland findet sich hinsichtlich der Arzneimittelausgaben pro Einwohner im EU-Vergleich im Mittelfeld. Auffällig ist hingegen, dass die finnische Bevölkerung ihre Arzneimittel überwiegend (zu mehr als 50 Prozent) aus privater Tasche zahlen muss. Der öffentliche Finanzierungsanteil ist gering. In Finnland sind insbesondere die Zuzahlungen für erstattungsfähige Arzneimittel sehr hoch. Vergleichsweise wenig - aber offenbar teure - Arzneimittel werden zu

Lasten der Sozialversicherungsanstalt (KELA) verschrieben. Finnland weist hohe durchschnittliche Ausgaben pro Verordnung auf.

Im Zeitraum 1990 bis 1999 stiegen die öffentlichen Arzneimittelausgaben um fast das Doppelte an. Die Sparmaßnahmen zielten anfänglich auf die Einschränkung des - an und für sich niedrigen - Verbrauchs von Arzneimitteln zu Lasten der öffentlichen Hand ab. Dies hatte den Effekt, dass die Verordnungszahlen kaum zunahmen und dass noch mehr Arzneimittel privat zu finanzieren waren. Kontraproduktiv für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben war die Freigabe der Arzneimittelpreise und die Erhöhung der Umsatzsteuer im Juni 1994, was zu einer zweistelligen Zuwachsrate führte. Ab dem Jahr 1998 wurde auch auf die Preise eingewirkt (Preiskürzungen bei über 250 Arzneimitteln und Reduktion der Apothekenspanne). Vor allem die neuen und teuren Arzneimittel wurden als ein Problembereich für die Ausgabenentwicklung identifiziert. Allerdings waren die Maßnahmen nur kurzfristig erfolgreich und die Zuwächse erreichten bald wieder das alte Niveau.

7.2.5 Frankreich

Für die Aufnahme von Arzneimitteln in das Erstattungssystem (Positivlisten) ist die dem Ministerium für Beschäftigung und Solidarität unterstellte Arzneimittelagentur zuständig. Als beratendes Gremium, das sich aus Vertretern des Ministeriums, der Sozialversicherung und der Interessenvertretung der Pharma-Industrie zusammensetzt, steht der Arzneimittelagentur eine sogenannte „Transparenzkommission“ zur Verfügung. Voraussetzung für die Aufnahme eines Arzneimittels in eine der zwei Positivlisten (eine gilt für den Apothekenmarkt, eine für den Krankenhausmarkt) ist die Anerkennung des therapeutischen Nutzens. Auch pharmakökonomische Studien werden von einer Expertengruppe kritisch geprüft. Die Transparenzkommission beurteilt auch den „Innovationswert“ eines Arzneimittels in Bezug auf gleichwertige Produkte. Die Bewertung der Transparenzkommission ist für die darauf folgenden Preisverhandlungen von Relevanz. Die Transparenzkommission wurde aufgefordert, alle erstattungsfähigen Arzneimittel hinsichtlich des therapeutischen Nutzens zu überprüfen. Das Ergebnis der Evaluation war, dass jedes fünfte erstattungsfähige Arzneimittel als „unzureichend“ eingestuft wurde.

Die Fabriksabgabepreise von erstattungsfähigen Arzneimitteln werden von einem interministeriellen Preiskomitee mit der Industrie verhandelt und in individuellen Verträgen festgelegt. Das System der Preisverhandlungen, das 1994 eingeführt wurde, löste die zuvor bestehende staatliche Preisregelung ab.

Frankreich sticht mit dem höchsten Arzneimittelkonsum innerhalb der EU hervor, der mit rund 50 Packungen pro Einwohner und Jahr mehr als doppelt so hoch ist wie der EU-Durchschnitt. Entsprechend hoch sind damit auch die Arzneimittelausgaben pro Einwohner: Frankreich liegt nach Belgien auf Rang zwei. Die Kosten für das Gros der Arzneimittel übernimmt die Sozialversicherung (öffentlicher Finanzierungsanteil von rund 78 Prozent).

Die öffentlichen Arzneimittelausgaben sind zwischen 1990 und 1999 im EU-Vergleich nicht überdurchschnittlich gestiegen. In Frankreich wurden einige, aber nicht außergewöhnlich vie-

le Sparaktivitäten gesetzt. Nachdem die Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung von 1991 auf 1992 um über 20 Prozent gestiegen waren, setzten im Jahr 1993 Sparmaßnahmen ein (Einführung einer neunprozentigen Werbesteuer für erstattungsfähige Arzneimittel, Senkung der Erstattungssätze, Richtlinien für Ärzte bezüglich Therapie- und Verschreibeverhalten). Aufgrund von chronischen Defiziten bei den Krankenkassen intensivierten sich die Sparaktivitäten. Die Steuerungsmaßnahmen betrafen zuerst die mengenmäßige Komponente und in späterer Folge auch die Preise (z. B. Preissenkungen, verstärkte Generika-Förderung, Kürzung der Handelsspannen). Der Arzneimittelkonsum konnte dadurch - wenn auch auf hohem Niveau - relativ konstant gehalten werden. Frankreich hat im EU-Vergleich ein niedriges Preisniveau bei Arzneimitteln. Es besteht eher die Tendenz, diese dem europäischen Durchschnittsniveau anzugleichen - so werden für innovative Arzneimittel höhere Preise zugestanden.

7.2.6 Griechenland

In Griechenland gibt es erst seit 1998 eine einheitliche und für alle Krankenversicherungsträger verbindliche Positivliste. Ein Expertenkomitee, das beim Ministerium für Gesundheit, Vorsorge und Soziale Sicherheit angesiedelt ist, entscheidet über die Aufnahme von Arzneimitteln auf Basis bestimmter Kriterien (wie z. B. Berücksichtigung der Behandlungskosten im Vergleich zur Wirksamkeit). In Griechenland unterliegen alle Arzneimittel (rezeptpflichtige, rezeptfreie, krankenhausexklusive) einer staatlichen Preisregelung. Für die Festlegung der Preise ist das Handelsministerium zuständig, wobei zwischen Import- und Inlandsprodukten unterschieden wird. Für Importprodukte wird der niedrigste Großhandelspreis in der Europäischen Union herangezogen. Für Inlandsprodukte mit abgelaufenem Patentschutz (Generika) wird unter der Voraussetzung, dass die Arzneimittel unter ihrem generischen Namen in den Verkehr gebracht werden, im Vergleich zum Originalpräparat ein um 20 Prozent niedriger Preis festgelegt, bei Verwendung eines Handelsnamens muss der Preis zehn Prozent geringer sein.

Griechenland als eines der ärmsten Länder in der EU hat nach Irland die zweitniedrigsten Arzneimittelausgaben pro Kopf. Hingegen ist der Arzneimittelkonsum in Griechenland hoch (in Packungen gemessen der höchste nach Frankreich).

Im letzten Jahrzehnt war Griechenland bemüht, den Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen zu verbessern. Auch bei Arzneimitteln bestand Aufholbedarf, dies zeigt sich an den höchsten Zuwächsen bei den Arzneimittelausgaben im EU-Vergleich. Über die Finanzierungsstruktur der Arzneimittelausgaben gibt es für Griechenland keine vollständigen Daten. Vermutlich wird der Großteil der Arzneimittel - wie viele andere Gesundheitsleistungen auch - aus privater Tasche finanziert (hoher Selbstmedikationsanteil).

Sparmaßnahmen waren in Griechenland erst ab Mitte der 90er Jahre notwendig, als die zuvor gute wirtschaftliche Entwicklung nachließ. Es wurden in erster Linie Interventionen auf Preisebene gesetzt (z. B. Preisstopp für erstattungsfähige Arzneimittel, gesetzlich verordnete Preissenkung für Generika, Einführung eines neuen Preissystems im Jahr 1997), obwohl Griechenland eines der niedrigsten Preisniveaus in Europa hat. Im Zuge der Einführung der

Positivliste (1998) wurden zahlreiche Präparate aus der Erstattung gestrichen, die Positivliste wurde jedoch zwischenzeitlich wieder aufgestockt.

7.2.7 Großbritannien

In Großbritannien sind im Prinzip alle Arzneimittel - sofern sie nicht auf der Negativliste stehen - nach ihrer Zulassung automatisch zur Gänze zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes erstattungsfähig. Über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Negativliste entscheidet das Gesundheitsministerium mit Unterstützung eines beratenden Expertengremiums anhand von Kriterien wie „geringer therapeutischer Wert“, „überhöhte Kosten“ oder das Vorhandensein günstigerer Generika. Speziell bei innovativen bzw. teuren Arzneimitteln wird für die Entscheidungsfindung das „National Institute for Clinical Excellence“ (NICE), das zur Evaluierung neuer Technologien Anfang 1999 gegründet wurde, herangezogen. Das NICE kann Empfehlungen abgeben, ob ein Arzneimittel erstattet werden soll oder nicht.

Das Gesundheitsministerium ist auch die zuständige Behörde für die Regelung der Arzneimittelpreise im Zuge des sogenannten „Gewinnlenkungsverfahrens“. Dabei werden nicht die Preise von einzelnen Arzneimitteln, sondern ein maximal erlaubter (prozentueller) Gewinn eines Unternehmens individuell in Verträgen zwischen dem Verband der Britischen Pharmazeutischen Industrie und dem Nationalen Gesundheitsdienst vereinbart.

Die Arzneimittelausgaben pro Kopf liegen in Großbritannien unter dem EU-Durchschnitt. Bei den Verordnungszahlen positioniert sich Großbritannien etwas über dem EU-Schnitt. Rund 65 Prozent der Arzneimittelkosten werden vom Nationalen Gesundheitsdienst finanziert. Der Verbrauch - in Packungen gemessen - ist gering, was zum Teil durch die bis 1999 sehr gebräuchliche „Auseinzelung“ bedingt war (aus Großpackungen wurden Arzneimittel „einzeln“ abgegeben).

Die Arzneimittelausgaben sind Anfang der 90er Jahre stärker gestiegen (zweistellige Zuwachsraten). Durch einige dämpfende Maßnahmen Mitte der 90er Jahre (Ausweitung der Negativliste, Preissenkung der Industrie) konnte der Anstieg der öffentlichen Arzneimittelausgaben zu Lasten der privaten Ausgaben gebremst werden. Ab 1997 gingen die privaten Ausgaben anteilmäßig zurück, und die öffentlichen Arzneimittelausgaben stiegen wieder stärker an, was in der Ausweitung jenes Personenkreises, der von der Rezeptgebühr befreit ist, bedingt ist.

Großbritannien hat zwischen 1990 und 1999 vergleichsweise wenig in den Arzneimittelmarkt eingegriffen, wohl auch weil andere Probleme im Gesundheitswesen vorrangig waren (z. B. Wartelisten, Unterfinanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes). Seit dem Jahr 2000 werden allerdings erstmals staatliche Höchstpreise für Arzneimittel festgesetzt, nachdem bei Generika die Preise stark angestiegen waren und der Nationale Gesundheitsdienst mit hohen Arzneimittelausgaben konfrontiert war. Eine weitere einschneidende Neuerung war die Gründung des „National Institute for Clinical Excellence“ (NICE) im Jahr 1999, mit dem Ziel, neue und teure Arzneimittel zu evaluieren, die in den letzten Jahren auch in Großbritannien

vermehrt auf dem Markt kamen. Das NICE evaluiert nun, ob bei einem neuen Arzneimittel ein therapeutischer Fortschritt zu einem angemessenen Preis gegeben ist.

7.2.8 Irland

In Irland entscheidet das Gesundheitsministerium, ob ein Arzneimittel in das Erstattungssystem (Positivliste) aufgenommen wird oder nicht. Die entsprechenden Kriterien sind therapeutische Notwendigkeit und die Verfügbarkeit von Generika. Arzneimittel, die nach Meinung des Gesetzgebers problemlos durch Generika ersetzt werden könnten, sind nicht erstattungsfähig und werden im „National Drug Formulary“ ausgewiesen.

Das Gesundheitsministerium legt auch die Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel fest. Seit Mitte 1997 gibt es eine Vereinbarung zwischen der Vertretung der Industrie und dem Gesundheitsministerium, wonach für die Preisfestlegung der durchschnittliche Großhandelspreis in den Ländern Großbritannien, Deutschland, Dänemark, Niederlande und Frankreich herangezogen wird. Rezeptfreie Arzneimittel unterliegen keiner Preisfestlegung.

In Irland wird pro Kopf der Bevölkerung sehr wenig für Arzneimittel ausgegeben. Beim Ranking - Daten für Irland aus 1997 - lag Irland an der letzten Stelle. Auch der Verbrauch von Arzneimitteln (sowohl hinsichtlich der Anzahl der verordneten Arzneimittel zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes als auch bezogen auf die Anzahl der verkauften Packungen) liegt unter dem EU-Durchschnitt.

Da in Irland bereits in den 80er Jahren starke Kürzungen im Gesundheitswesen erfolgten, die mit einer Verschlechterung der Versorgungslage der Bevölkerung einhergingen, war das primäre Ziel des letzten Jahrzehnts, den Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen und auch Arzneimitteln zu verbessern. Die öffentlichen Arzneimittelausgaben stiegen zwischen 1995 und 1999 um über 60 Prozent an, die Anzahl der Verordnungen nahm gleichzeitig zu, wenngleich mit rund 28 Prozent geringer. Der öffentliche Finanzierungsanteil - der nunmehr mit rund 80 Prozent der höchste im EU-Vergleich ist - stieg ebenfalls an. Die privaten Arzneimittelausgaben gingen hingegen zurück, was auch dem Ziel der Regierung entsprach.

7.2.9 Italien

Nach Vorliegen der Zulassung nimmt eine beim Gesundheitsministerium angesiedelte Arzneimittelkommission eine grundlegende Klassifizierung von Arzneimitteln vor. Diese Arzneimittelkommission bewertet die Arzneimittel hinsichtlich ihres therapeutischen Nutzens sowie der Schwere der Krankheit, die dann im Hinblick auf die Erstattung relevant ist. Seit Juli 2001 gibt es nur mehr zwei Klassen von Arzneimitteln: die Klasse A (sehr wichtige Arzneimittel und Arzneimittel für chronische Krankheiten), die zur Gänze erstattet wird, sowie die Klasse C, die nicht erstattet wird. Zuvor hat es noch Arzneimittel der Klasse B gegeben, die zu 50 Prozent erstattet wurden. Die Klasse B betraf etwa sieben Prozent des verschreibungsfähigen

gen Marktes und enthielt vor allem orale Kontrazeptiva, die nunmehr entweder der Klasse A oder Klasse C zugewiesen sind.

Im Zusammenhang mit der Preisfestsetzung von Arzneimitteln kommt dem sogenannten Interministeriellen Komitee für Wirtschaftsplanung, das beim Ministerium für Finanzen, Budget und Wirtschaftsplanung angesiedelt ist, als auch der Arzneimittelkommission des Gesundheitsministeriums eine wichtige Rolle zu. Der Modus der Preisbildung ist unterschiedlich, je nachdem, ob ein neues Arzneimittel nach einem EU-Verfahren (zentrales oder dezentrales Zulassungsverfahren) oder national zugelassen wurde. Für national zugelassene Arzneimittel gilt die Methode des „europäischen Durchschnittspreises“, die Preise von Arzneimitteln werden mittels Kaufkraftparitäten umgerechnet und mit allen EU-Mitgliedsländern außer Dänemark und Luxemburg verglichen. Für zugelassene Arzneimittel nach dem zentralen oder dezentralen Verfahren werden die Preise seit 1998 zwischen den Pharma-Unternehmen und der Arzneimittelkommission verhandelt, wobei auch Preisvergleiche angewandt werden.

Die Preise von nicht-erstattungsfähigen Arzneimitteln (Klasse C) können die Unternehmen frei bestimmen. Allerdings dürfen die Preise in der Folge nur einmal pro Jahr geändert werden und müssen im Voraus sowohl dem Gesundheitsministerium als auch dem Interministeriellen Komitee für Wirtschaftsplanung gemeldet werden. Das Ministerium kann im Falle von „nicht gerechtfertigten“ Preiserhöhungen aktiv werden.

In Italien wurde von Seiten des Staates massiv in den Arzneimittelmarkt eingegriffen. Vor allem in der ersten Hälfte der 90er Jahre wurden zahlreiche kostendämpfende Maßnahmen gesetzt, die insbesondere auf die Mengen- (z. B. Rezeptgebührenerhöhungen, Ausschluss von Arzneimittel aus der Erstattung), aber auch auf die Preiskomponente (z. B. Preissenkungen, Reduzierung Großhandelsspannen) wirkten. Die Steuerungsmaßnahmen erwiesen sich dahingehend als erfolgreich, als die öffentlichen Ausgaben nicht nur eingedämmt, sondern über mehrere Jahre (1992 bis 1995) absolut verringert wurden. Nunmehr liegt Italien bei den Arzneimittelausgaben pro Kopf im EU-Schnitt. Anfang der 90er Jahre lag Italien diesbezüglich im Spitzenfeld.

Der öffentliche Arzneimittelkonsum (Verordnungen) ging massiv zurück. Im Jahr 1999 wurden um fast 40 Prozent weniger Arzneimittel gegenüber dem Jahr 1990 verordnet. Mit dieser Abnahme ist Italien im Ländervergleich Spitzenreiter. Der Rückgang der Verordnungen ging mit einer massiven Steigerung der Ausgaben der Bevölkerung für Selbstmedikation einher. Folglich stieg auch der private Finanzierungsanteil. So bezahlte der Nationale Gesundheitsdienst im Jahr 1999 nur etwas mehr als die Hälfte der Arzneimittelausgaben, die andere Hälfte brachten die privaten Haushalte auf. Der Verbrauch von Arzneimitteln - gemessen in durchschnittlichen Packungen pro Einwohner - ist im EU-Vergleich hoch, wenngleich er leicht zurückging.

Nachdem ab Mitte der 90er Jahre die öffentlichen Ausgaben wieder stärker und die Verordnungen leicht zunahmen, wurden wiederum Sparmaßnahmen gesetzt, die primär auf das Preisniveau abzielten (Preissenkungen, Kürzungen der Spannen des Großhandels und der Apotheken). Die Bevölkerung sollte nicht mehr so stark belastet werden, daher wurde auch die Rezeptgebühr Anfang 2001 abgeschafft, wenngleich nunmehr Überlegungen angestellt werden, diese wieder einzuführen. Diese Maßnahmen und auch die Budgetierung der Arz-

neimittelausgaben, deren Überschreitung zwar mit Pönalezahlungen verbunden war, jedoch nicht konsequent eingefordert wurde, zeigten jedoch nicht die erwünschten Wirkungen. Es wird daher mit neuen Maßnahmen versucht, die Entwicklung der Arzneimittelausgaben zukünftig wieder in den Griff zu bekommen. So wurden im Jahr 2001 probeweise Arzneimittelbudgets für Ärzte sowie ein Referenzpreissystem eingeführt.

7.2.10 Luxemburg

In Luxemburg entscheidet der Dachverband der Krankenkassen, in welchem Ausmaß die Kosten für Arzneimittel von der Krankenkasse übernommen werden. Arzneimittel für bestimmte chronische oder besonders schwere Erkrankungen werden zur Gänze erstattet (kein Selbstbehalt). Für das Gros der Arzneimittel gilt die normale Erstattungsrate mit einem Selbstbehalt von 22 Prozent, für sogenannte Komfortarzneimittel (z. B. leichte Schmerzmittel) beträgt der Selbstbehalt 40 Prozent. In einer Negativliste sind Arzneimittel aufgenommen, deren Wirkstoffe als umstritten gelten, aber auch OTC-Produkte und freiverkäufliche Präparate. Diese Arzneimittel sind von der Erstattung ausgenommen.

Die Preise von erstattungsfähigen Arzneimitteln werden vom Preisbüro des Wirtschaftsministeriums festgelegt, das sich bei der Entscheidung an den Preisen im Herkunftsland orientiert.

Die öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel stiegen zwischen 1995 und 1999 nur um etwa ein Viertel insgesamt an, die Verordnungen nahmen um rund acht Prozent zu. Auffällig ist, dass die durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung in Luxemburg am höchsten sind (vermutlich hohes Preisniveau bzw. Übernahme der Kosten von teuren Arzneimitteln durch die Krankenversicherung). Mit einem öffentlichen Finanzierungsanteil von rund 70 Prozent liegt Luxemburg über dem EU-Durchschnitt.

Luxemburg hat das höchste Bruttoinlandsprodukt pro Kopf der Bevölkerung in der EU. Sowohl die Gesundheitsausgaben als auch die Arzneimittelausgaben sind im Analysezeitraum (1995 bis 1999) schwächer angestiegen als das Bruttoinlandsprodukt. Angesichts der guten wirtschaftlichen Lage ist es in Luxemburg als einzigem der EU-Länder - nach den zur Verfügung stehenden Informationen - zu keiner Sparmaßnahme gekommen.

7.2.11 Niederlande

In den Niederlanden entscheidet das Gesundheitsministerium, das durch eine Arzneimittelkommission (unabhängiges Expertengremium) beraten wird, über die Aufnahme von Arzneimitteln ins Erstattungssystem. Dabei werden zwei Listen unterschieden. Die Liste 1 A enthält Arzneimittel, die unter das „Referenzpreissystem“ fallen (austauschbare Arzneimittel). Bei dieser Gruppe von Arzneimitteln müssen die Patienten eine allfällige Differenz zwischen Referenzpreis und tatsächlichem Verkaufspreis aufzahlen. Fällt ein Arzneimittel nicht unter das Referenzpreissystem, erfolgt eine therapeutische und ökonomische Evaluierung durch die Arzneimittelkommission. Dem Gesundheitsministerium obliegt die Letztentscheidung über die Aufnahme dieser Arzneimittel in das Vergütungssystem. Bei positivem Entscheid

kommen diese Arzneimittel in Liste 1 B und ihre Kosten werden zur Gänze von der Krankenversicherung übernommen. Grundsätzlich nicht erstattet werden homöopathische und alle rezeptfreien Arzneimittel, ausgenommen einige wenige für chronische Erkrankungen.

Bis Ende 1995 bestand in den Niederlanden keine staatliche Regelung hinsichtlich der Arzneimittelpreise auf Hersteller- und Großhandelsebene. Die Preise wurden indirekt durch das Referenzpreissystem beeinflusst. Nachdem die Regierung zur Ansicht gelangte, dass das Referenzpreissystem nicht ausreichte, um geplante Kosteneinsparungen zu realisieren, wurde mit 1. Januar 1996 ein Arzneimittelpreisgesetz verabschiedet. Das Gesundheitsministerium kann nach dem Arzneimittelpreisgesetz einen Höchstpreis (maximaler Apothekeneinstandspreis) für erstattungsfähige Arzneimittel festlegen. Zur Bestimmung des Höchstpreises zieht das Ministerium die durchschnittlichen Apothekeneinstandspreise vergleichbarer Produkte in den vier Referenzländern Belgien, Deutschland, Frankreich und Großbritannien heran.

In den Niederlanden hat es in den 90er Jahren zwei größere Systemänderungen gegeben, die auch den Arzneimittelmarkt betrafen. Zum einen wurde eine Basisversicherung eingeführt, mit der Kosten für Arzneimittel von der öffentlichen Hand fast zur Gänze abgedeckt wurden. Diese Maßnahme wurde jedoch 1996 wieder abgeschafft. Zum anderen galt von 1997 bis Ende 1999 eine allgemeine Selbstbehaltsregelung, die vorsah, dass die Versicherten für bestimmte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einen Selbstbehalt in Höhe von 20 Prozent bis maximal € 90,76 bzw. € 45,38 (für einkommensschwache Personen) jährlich selbst aufzubringen haben. Unter diese Bestimmung fielen auch Arzneimittel. Diese Maßnahmen führten zu sprunghaften Entwicklungen bei den Arzneimittelausgaben und deren Finanzierung.

Die Niederlande weisen geringe Arzneimittelausgaben und einen geringen Arzneimittelkonsum auf. Sowohl die Arzneimittelausgaben als auch der Arzneimittelverbrauch zu Lasten der Krankenkassen sind nicht außergewöhnlich gestiegen.

Die Niederlande setzten in den 90er Jahren relativ viele Sparmaßnahmen, die einerseits auf die Preise, andererseits auch auf die Menge einwirkten, mit dem Effekt, dass der Anstieg der öffentlichen Arzneimittelausgaben hinten gehalten werden konnte. Mit einem öffentlichen Finanzierungsanteil von rund 70 Prozent (1999) liegt die Niederlande über dem EU-Schnitt. Auffällig ist hingegen, dass die durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung im Spitzenfeld liegen. Das kann zum einen auf höhere Preise und zum anderen auch darauf zurückzuführen sein, dass die Krankenversicherung die Kosten für die - üblicherweise günstigeren - rezeptfreien Arzneimittel nicht mehr übernimmt. Die ab Mitte der 90er Jahre eingeleiteten Kostendämpfungsmaßnahmen haben in den Niederlanden Wirkung gezeigt.

Die derzeitige Regierung betrachtet die gesetzten Schritte nur als kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen. Für das Jahr 1999 hatte die Regierung das ambitionierte Ziel, den Zuwachs auf 2,3 Prozent zu beschränken, der jedoch überschritten wurde. Um einen langfristigen Effekt zu erzielen, setzt die Regierung zukünftig auf die Kontrolle neuer und teurer Arzneimittel, auf Maßnahmen zur Senkung des Verbrauchs (z. B. Verbesserung des Ordnungsverhaltens) und auf die Wirkungen des verstärkten Wettbewerbs bei den Krankenkassen. So sollen nach den Vorschlägen einer Arzneimittelkommission beispielsweise die Kran-

kenkassen unterschiedliche Leistungspakete und Prämien anbieten und die Arzneimittelpreise mit den Unternehmen selbst verhandeln sowie mit dem Großhandel und den Apotheken gesonderte Vereinbarungen abschließen können.

7.2.12 Österreich

Nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz sind in Österreich prinzipiell alle Arzneimittel erstattungsfähig, soweit sie für eine „ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung erforderlich“ sind. Bei den Erstattungsmodalitäten wird allerdings zwischen zwei Gruppen von Arzneimitteln unterschieden: Jene Arzneimittel, die im sogenannten „Heilmittelverzeichnis“ aufgenommen sind, können von den Ärzten frei verschrieben werden. Die Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherung für jene Arzneimittel, die nicht im Heilmittelverzeichnis angeführt sind, bedarf zusätzlich noch einer sogenannten „chefärztlichen“ Bewilligung (Genehmigung durch die Krankenkasse). Über die Aufnahme von Arzneimitteln in das Heilmittelverzeichnis entscheidet der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Dachorganisation der Sozialversicherungsträger). Im Zuge des Aufnahmeverfahrens werden von Seiten des Hauptverbandes neben formalen auch medizinisch-therapeutische sowie ökonomische Kriterien (z. B. Vergleich von Behandlungskosten, Vergleich der Preise in anderen europäischen Ländern) zur Beurteilung herangezogen. Die Patienten haben für Arzneimittel zu Lasten der Sozialversicherung eine fixe Rezeptgebühr zu entrichten (2001: € 4,07).

Die Grundlage für die Regelung der Arzneimittelpreise bildet das Preisgesetz aus dem Jahr 1992. Nach dem Preisgesetz ist das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) unter Beiziehung eines beratenden Organs (Preiskommission) berechtigt, einen „volkswirtschaftlich gerechtfertigten Höchstpreis“ festzusetzen. Nach einer Vereinbarung der Sozialpartner (Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter) vom September 1999 änderte sich die Handhabung des Preisgesetzes. Nunmehr müssen die Pharma-Unternehmen von sich aus keinen Antrag auf Preisfestsetzung bzw. Genehmigung einer Preiserhöhung beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen stellen. Anstelle dessen wurde eine Meldeverpflichtung eingeführt. Das heißt, der Höchstpreis eines Arzneimittels bzw. eine allfällige Preisänderung muss dem BMSG bekannt gegeben werden. Das BMSG kann im Anlassfall - z. B. wenn ein Preis überhöht erscheint - ein Verfahren zur Preisfestsetzung einleiten.

Österreich verzeichnete im Analysezeitraum einen dynamischen Anstieg der öffentlichen Arzneimittelausgaben und liegt nunmehr bei den durchschnittlichen Arzneimittelausgaben pro Kopf im EU-Ranking an der vierten Stelle. Die öffentlichen Arzneimittelausgaben sind im EU-Vergleich nach Griechenland am stärksten gewachsen. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass ein Teil des Anstiegs auf die Einführung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel, die zu Lasten der Sozialversicherung gehen, zurückzuführen ist. Jedoch stiegen auch die um die Umsatzsteuer bereinigten Arzneimittelausgaben zwischen 1990 und 1999 um mehr als das Doppelte an, und damit liegt Österreich hinsichtlich der Dynamik der Zunahme der öffentlichen Arzneimittelausgaben im Ranking noch immer im Spitzenfeld.

Hinsichtlich der Mengenkomponekte positioniert sich Österreich mit durchschnittlich 12,5 Verordnungen pro Einwohner und Jahr ebenfalls im Spitzenfeld, wenngleich die Anzahl der Verordnungen im Analysezeitraum weit weniger stark zunahm (um ein Viertel) als die öffentlichen Ausgaben.

Angesichts von Defiziten bei den Krankenkassen ab Mitte der 90er Jahre wurden Sparmaßnahmen eingeleitet. In erster Linie handelte es dabei um Maßnahmen zur Eindämmung der Preisentwicklung (mehrfache Preissenkungen und -stopps bei der pharmazeutischen Industrie, Spannensenkungen bei den Apotheken und dem Großhandel etc.). Auch die Rezeptgebühr wurde im Jahr 1996 um 20 Prozent erhöht. Die Maßnahmen zeigten kurzfristig Wirkung, nach zwei bis drei Jahren waren jedoch die Effekte verpufft und neue notwendig. Das letzte Sparpaket fand im Jahr 2000 statt. Unter anderem wurden die Spannen für den Großhandel erneut gekürzt und mit den Apotheken eine „Umsatzvereinbarung“ abgeschlossen. Nach dieser Vereinbarung muss ein Teil der Zuwächse bei den Apothekenumsätzen an die Krankenkassen rückerstattet werden. Das Abkommen wurde für fünf Jahre geschlossen. Ende 2000 wurde die Rezeptgebühr erneut deutlich erhöht. Diese Maßnahmen bewirkten nach ersten Zahlen eine deutliche Eindämmung der Zuwächse bei den Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung. Es stellt sich jedoch die Frage, wie lange diese Maßnahmen greifen und wann die nächsten folgen, insbesondere da die Krankenkassen - auch aufgrund der schwachen Entwicklung der Beitragseinnahmen - wieder Defizite ausweisen.

7.2.13 Portugal

In Portugal entscheidet das Gesundheitsministerium auf Basis der Vorarbeiten der Arzneimittelagentur über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Erstattung (Positivliste) und über den Erstattungssatz. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln in die Erstattung sind mittels Dekreten gesetzlich festgelegt. Dies sind der therapeutische Nutzen, die Wirksamkeit sowie ökonomische Kriterien wie Preisvergleiche und Ergebnisse von pharma-ökonomischen Studien, welche pharmazeutische Unternehmen seit Anfang 1999 vorlegen müssen.

Bei den Erstattungssätzen werden vier Kategorien unterschieden: Kategorie A umfasst lebensnotwendige bzw. zur Behandlungen chronischer Krankheiten eingesetzte Arzneimittel, bei denen keine Zuzahlung für die Patienten anfällt. Kategorie B enthält wichtige Arzneimittel, die bei schweren langwierigen Krankheiten eingesetzt werden, hier beträgt die Zuzahlung 30 Prozent. Bei der Kategorie C handelt es sich um Arzneimittel, die als nicht „prioritär“ angesehen werden, deren therapeutischer Nutzen aber bestätigt ist (z. B. Impfstoffe, Sera). Für diese Arzneimittel beträgt die Zuzahlung 50 Prozent. Die Kategorie D, die erst im September 2000 eingeführt wurde, soll als vorübergehende Kategorie für neue Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen unsicher ist, Anwendung finden. Die Zuzahlung der Patienten beläuft sich hier auf 80 Prozent. Im Frühjahr 2001 war jedoch noch kein Arzneimittel in dieser Kategorie eingeordnet. Neu ist ebenfalls seit September 2000 die Bestimmung, dass für Generika die Selbstbeteiligung um jeweils zehn Prozent geringer ist.

Für die Festsetzung der Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel ist das Wirtschaftsministerium zuständig. Als Entscheidungsgrundlage werden die Preise in den Referenzländern Spanien,

Italien und Frankreich herangezogen. Der Fabriksabgabepreis darf nicht höher sein als der jeweils niedrigste Preis einer identen oder ähnlichen Arzneispezialität mit dem gleichen Wirkstoff in den Referenzländern. Für rezeptfreie Arzneimittel, die bereits am Markt sind, müssen die Pharma-Unternehmen auf Anfrage des Wirtschaftsministerium die Preise bzw. Preiserhöhungen melden. Der Modus der Preisbildung für rezeptfreie Arzneimittel, die neu auf dem Markt kommen, ist nicht geregelt.

Portugal ist innerhalb der EU das Land mit dem geringsten Bruttoinlandsprodukt pro Kopf. Portugal weist nach Irland und Griechenland die niedrigsten Arzneimittelausgaben pro Einwohner auf, deren Kosten nur zu einem geringen Teil (rund 43 Prozent) von der öffentlichen Hand übernommen werden. Die Zuzahlungen für Arzneimittel sind in Portugal beträchtlich. Dennoch ist der Arzneimittelverbrauch - wie in vielen südlichen Ländern - vergleichsweise hoch.

Wenngleich die öffentlichen Arzneimittelausgaben im Portugal stark anstiegen (in vielen Jahren mit zweistelligen Zuwachsraten), wurden nur wenige Sparmaßnahmen gesetzt (z. B. Preisstopps und Erhöhungen der Zuzahlungen). In den letzten Jahren wird verstärkt auf Generika gesetzt, z. B. indem die Patienten hier eine geringere Zuzahlung als bei Originalpräparaten zu leisten haben.

Von der Regierung wird die dynamische Entwicklung der öffentlichen Arzneimittelausgaben im zweistelligen Bereich als das große zukünftige Problem angesehen, da auch der allgemeine wirtschaftliche Aufschwung nachlässt.

7.2.14 Schweden

In Schweden entscheidet die Sozialversicherungsbehörde über die Aufnahme von Arzneimitteln ins Erstattungssystem. Neben therapeutischen Kriterien spielt auch der Preis eines Arzneimittels für die Kostenübernahme eine Rolle. Im Jahr 1993 wurde in Schweden die gesetzliche Preisregelung für Arzneimittel abgeschafft. Seitdem ist die Sozialversicherungsbehörde auch für die Festlegung eines „angemessenen“ Großhandelspreises zuständig, und zwar für jene Produkte, die in die Positivliste aufgenommen werden. Dabei handelt es sich vor allem um rezeptpflichtige Arzneimittel. Als Kriterien für die Preisfestsetzung werden unter anderem der Preis des Produktes im Ausland - speziell im Herkunftsland - sowie die Preise für vergleichbare Produkte in Schweden herangezogen. In der Praxis gehen der Preisfestlegung Verhandlungen mit der Industrie voraus.

Anfang 1998 kam es in Schweden zu einer größeren Systemänderung. Im Zuge der Dezentralisierung wurde die Verantwortlichkeit für Arzneimittelausgaben von der Nationalen Sozialversicherungsbehörde auf die lokale Ebene, den Provinziallandtagen, übertragen. Die Provinziallandtage erhalten vom Zentralstaat jährlich ein Budget zugewiesen, mit dem sie die Gesundheitsversorgung einer Region sichern müssen und in dem auch ein Budget für Arzneimittel enthalten ist. Aufgrund des kontinuierlichen Wachstums der Arzneimittelausgaben reicht das zugewiesene Budget jedoch nicht immer aus. Daher fordern die Provinziallandtage auch ein stärkeres Mitspracherecht bei den Preisverhandlungen zwischen Industrie und Sozialversicherungsbehörde, da sie die Arzneimittelkosten tragen müssen.

Bei den Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung liegt Schweden etwas über dem EU-Durchschnitt, der Arzneimittelkonsum (sowohl gemessen an verkauften Packungen als auch verordneten Arzneimitteln) liegt unter dem EU-Schnitt. Schweden sticht mit einer hohen Zunahme der öffentlichen Arzneimittelausgaben sowie mit hohen durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung hervor. Da in der ersten Hälfte der 90er Jahre die durchschnittliche Steigerungsrate jährlich 12,5 Prozent betrug, wurden viele Interventionen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gesetzt. Diese sollten in erster Linie die Anzahl der Verordnungen einschränken. So wurde die Selbstbeteiligung für Arzneimittel fünf Mal erhöht, mehrfach die Bestimmungen hinsichtlich der Selbstbeteiligung geändert und zuletzt Arzneimittel aus der Erstattung genommen. Diese Maßnahmen konnten den massiven Anstieg der öffentlichen Arzneimittelausgaben nur leicht einbremsen, gingen jedoch auf Kosten der privaten Haushalte (höhere Zuzahlungen, mehr Selbstmedikation). Ende der 90er Jahre wurden auch die Spannen der Apotheken abgesenkt und Informationskampagnen zur stärkeren Förderung von Generika gestartet.

Im Oktober 2000 wurde ein Bericht der Regierungskommission veröffentlicht, der einige Vorschläge für eine Änderung des derzeitigen Erstattungssystems enthält. Nach diesem Bericht soll die komplex ausgestalteten Selbstbehaltsbestimmungen insofern vereinfacht werden, als dass die Patienten die vollen Kosten für Arzneimittel bis zu € 204,31 pro Jahr selbst tragen sollen. Diese Änderung bedeutet eine deutliche Erhöhung der Zuzahlungen, was auch auf massive öffentliche Kritik stieß. Nach weiteren Empfehlungen des Regierungsberichts sollen die Provinziallandtage das Ordnungsverhalten der Ärzte stärker beobachten und Richtlinien für medikamentöse Behandlungsstrategien entwickeln. Da ein hoher Prozentsatz der Arzneimittel öffentlich finanziert wird, will die Regierung auch zukünftig den Zugang von Arzneimitteln ins Erstattungssystem stärker kontrollieren und einschränken. Unter anderem ist auch die Einrichtung eines Evaluierungsinstitutes geplant, das neue Therapien, Arzneimittel und medizinischen Technologien beurteilen soll.

7.2.15 Spanien

Über die Aufnahme von Arzneimitteln ins Erstattungssystem entscheidet das Gesundheitsministerium. Als Entscheidungskriterien werden die Schwere der Krankheit und der therapeutische Nutzen herangezogen. In einigen Fällen verlangt das Gesundheitsministerium von den Unternehmen pharmakökonometrische Studien. Die Patienten müssen für erstattungsfähige Arzneimittel im Allgemeinen einen Selbstbehalt von 40 Prozent leisten. Bei chronischen und schweren Erkrankungen gilt eine reduzierte Zuzahlung von zehn Prozent.

Alle erstattungsfähigen Arzneimitteln unterliegen einer gesetzlichen Preisregelung. Zuständig dafür ist ein interministerielles Preiskomitee, in dem das Wirtschafts-, Finanz-, Industrie- und Gesundheitsministerium vertreten sind. Das Preiskomitee bestimmt den Fabriksabgabepreis auf Basis der Produktions- und Entwicklungskosten plus einer Gewinnspanne.

In Spanien ist der hohe öffentliche Finanzierungsanteil sowie der hohe Verbrauch von Arzneimitteln (gemessen sowohl in Packungen als auch in Verordnungen) auffällig. Die Arzneimittelausgaben pro Kopf liegen unter dem EU-Durchschnitt, haben aber in den letzten Jah-

ren stark zugenommen. Die öffentlichen Arzneimittelausgaben stiegen zwischen 1990 und 1999 um das Zweieinhalbfache an.

Auch in Spanien wurden viele kostendämpfende Maßnahmen - vor allem auf der Ebene der Preise - verstärkt ab Mitte der 90er Jahre gesetzt. In der Folge kam es zu einer Verlagerung der Finanzierung der Arzneimittelausgaben auf die privaten Haushalte. Vor allem die Ausgaben für Selbstmedikation stiegen überdurchschnittlich an. Doch die zahlreichen Sparmaßnahmen konnten die zunehmenden Arzneimittelausgaben nicht einbremsen. Die Reformen gehen daher weiter. So wurde Ende 2000 ein Referenzpreissystem und die Verpflichtung der Apotheker zur Generikasubstitution eingeführt. Das Gesundheitsministerium legte Mitte 2001 einen neuen Plan zur Kostendämpfung vor, der eine Verschreibung von Arzneimitteln mit dem internationalen Wirkstoffnamen, die Abgabe des günstigsten Arzneimittels in Apotheken sowie eine Kürzung der Großhandelsspannen und jährliche Beiträge der Pharma-Industrie vorschlägt.

Tabelle 7.1: Benchmarking - Zentrale Indikatoren, Stand 1999

Indikatoren / Land	B			DK			D			SF			F			Ø EU
Arzneimittelausgaben																
AA gesamt / EW	in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	377	1	1 ¹	211	11	7	349	3	2	254	7	6	356	2	3	
Ø öff. AA / VO	in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	n.v.	n.v.	n.v.	23	7	2	24	4	7	23	5	6	n.v.	n.v.	n.v.	
Finanzierung²																
Anteil öff. AA an AA gesamt	in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %
		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990	
	55,2	11	11 ³	58,4	10	14	65,7	7	6 ⁴	46,6	13	12	77,7	3	9	
Anteil priv. AA an AA gesamt	in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %
		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990	
	34,5	7	n.v.	41,6	4	1 ⁵	25,2	11	13 ⁴	53,4	1	2	22,3	12	5	
Arzneimittelverbrauch																
Ø Anzahl VO ⁶ / EW	Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl
		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990	
	n.v.	n.v.	n.v.	5,4	10	8 ³	9,5	5	2 ⁴	5,0	11	9	n.v.	n.v.	n.v.	
Ø Anzahl Pkg. / EW	Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl
		1999	1989		1999	1989		1999	1989		1999	1989		1999	1989	
	23,2 ⁷	5	3	12,1 ⁸	14	11 ⁹	19,3 ⁷	8	8	15,8 ⁷	9	9	51,5 ⁷	1	1	

Anmerkung: Rangreihung absteigend, 1 = höchster Wert bzw. Anteil, 15 = geringster Wert bzw. Anteil

AA = Arzneimittelausgaben, EW = Einwohner, n.v. = nicht verfügbar, öff. = öffentlich, priv. = privat, Pkg. = Packungen, VO = Verordnungen, Ø = Durchschnitt/durchschnittlich

¹ 1995, entspricht im 95er Ranking der Nummer 1

² Die Summe der privaten und der öffentlichen Anteile an den Arzneimittelausgaben ergibt aufgrund von Datenlücken nicht immer 100 %.

³ 1995

⁴ 1991

⁵ 800 Kronen-Regel (hoher Selbstbehalt, der wieder abgeschafft wurde)

⁶ Verordnungen zu Lasten der öffentlichen Hand

Quellen: ÖBIG 2001a, OECD 2000; ÖBIG-eigene Erhebungen

⁷ 1998

⁸ 1997

⁹ 1993

¹⁰ durchschnittliche Kosten pro Packung

¹¹ nur IKA (= größte Krankenversicherung)

¹² Angaben beziehen sich nur auf England

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 7.1 (Fortsetzung): Benchmarking - Zentrale Indikatoren, Stand 1999

Indikatoren / Land	GR			GB			IRL			I			LUX			Ø EU
Arzneimittelausgaben																
AA gesamt / EW	in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	174	14	15	232 ⁷	9	11	122 ⁸	15	14	250	8	4	276 ⁷	5	5	252
ø öff. AA / VO	in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	6 ¹⁰	13	13	12	10	11	16	9	8	23	6	5	42	1	1	20
Finanzierung²																
Anteil öff. AA an AA gesamt	in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	23,8 ¹¹	15	15	64,9 ⁷	9	8	79,3 ⁸	1	2 ³	53,3	12	5	69,6 ⁷	6	3 ³	61,5
Anteil priv. AA an AA gesamt	in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	n.v.	n.v.	n.v.	35,1 ⁷	5	6	20,7 ⁸	14	10 ³	46,7	3	8	30,4 ⁷	8	11 ³	33,7
Arzneimittelverbrauch																
ø Anzahl VO ⁶ / EW	Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	n.v.	n.v.	n.v.	10,6 ¹²	4	6 ⁴	7,3	6	12	5,8	8	4	5,0	12	10 ³	8,3
ø Anzahl Pkg. / EW	Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl
	1999	1999	1989	1999	1999	1989	1999	1999	1989	1999	1999	1989	1999	1999	1989	
	30,7	2	5	14,7 ⁷	10	10	14,7 ⁷	10	13	26,2 ⁷	3	2	n.v.	n.v.	n.v.	21,6

Anmerkung: Rangreihung absteigend, 1 = höchster Wert bzw. Anteil, 15 = geringster Wert bzw. Anteil

AA = Arzneimittelausgaben, EW = Einwohner, n v. = nicht verfügbar, öff. = öffentlich, priv. = privat, Pkg. = Packungen, VO = Verordnungen, ø = Durchschnitt/durchschnittlich

¹ 1995, entspricht im 95er Ranking der Nummer 1

² Die Summe der privaten und der öffentlichen Anteile an den Arzneimittelausgaben ergibt aufgrund von Datenlücken nicht immer 100 %.

³ 1995

⁴ 1991

⁵ 800 Kronen-Regel (hoher Selbstbehalt, der wieder abgeschafft wurde)

⁶ Verordnungen zu Lasten der öffentlichen Hand

Quellen: ÖBIG 2001a, OECD 2000; ÖBIG-eigene Erhebungen

⁷ 1998

⁸ 1997

⁹ 1993

¹⁰ durchschnittliche Kosten pro Packung

¹¹ nur IKA (= größte Krankenversicherung)

¹² Angaben beziehen sich nur auf England

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 7.1 (Fortsetzung): Benchmarking - Zentrale Indikatoren, Stand 1999

Indikatoren / Land	NL			A			P			SWE			E			Ø EU
Arzneimittelausgaben																
AA gesamt / EW	in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	208	12	10	303	4	9	197 ⁷	13	13	264	6	8	213	10	12	252
ø öff. AA / VO	in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €	Rang		in €
	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	1999	1999	1990	
	25	3	4	18	8	9	8	12	12	28	2	3	11	11	10	20
Finanzierung²																
Anteil öff. AA an AA gesamt	in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %
		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990	
	69,8	5	7	65,4	8	10	42,7 ⁷	14	13	72,4	4	4	77,7	2	1	61,5
Anteil priv. AA an AA gesamt	in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %	Rang		in %
		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990	
	30,2	9	7	34,6	6	4	47,0 ⁷	2	3 ⁹	27,6	10	9	22,3	13	12	33,7
Arzneimittelverbrauch																
ø Anzahl VO ⁶ / EW	Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl
		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990		1999	1990	
	5,7	9	11	12,5	2	3	11,4	3	5 ³	6,9	7	7	14,4	1	1 ⁹	8,3
ø Anzahl Pkg. / EW	Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl	Rang		Anzahl
		1999	1990		1999	1989		1999	1989		1999	1989		1999	1989	
	14,0 ⁷	12	15	19,9 ⁷	7	6	22,2 ⁷	6	7	12,5 ⁷	13	12	25,4 ⁷	4	4	21,6

Anmerkung: Rangreihung absteigend, 1 = höchster Wert bzw. Anteil, 15 = geringster Wert bzw. Anteil

AA = Arzneimittelausgaben, EW = Einwohner, n.v. = nicht verfügbar, öff. = öffentlich, priv. = privat, Pkg. = Packungen, VO = Verordnungen, ø = Durchschnitt/durchschnittlich

¹ 1995, entspricht im 95er Ranking der Nummer 1

² Die Summe der privaten und der öffentlichen Anteile an den Arzneimittelausgaben ergibt aufgrund von Datenlücken nicht immer 100 %.

³ 1995

⁴ 1991

⁵ 800 Kronen-Regel (hoher Selbstbehalt, der wieder abgeschafft wurde)

⁶ Verordnungen zu Lasten der öffentlichen Hand

⁷ 1998

⁸ 1997

⁹ 1993

¹⁰ durchschnittliche Kosten pro Packung

¹¹ nur IKA (= größte Krankenversicherung)

¹² Angaben beziehen sich nur auf England

Quellen: ÖBIG 2001a, OECD 2000; ÖBIG-eigene Erhebungen

Tabelle 7.2: Benchmarking - Zentrale Indikatoren, Entwicklungen 1990 bis 1999

Index: 1990 (bzw. frühest verfügbares Jahr) = 100											
Indikatoren / Land	B		DK		D		SF		F		Ø EU
Allgemeine ökonomische Daten											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index						
Bruttoinlandsprodukt	141,9	12	146,7	11	159,8	6	137,3	14	133,4	15	169,8
Gesundheitsausgaben	(163,7) ¹	(10)	145,5	12	191,9	4	(115,4) ¹	(15)	144,5	13	171,7
Arzneimittelausgaben											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index						
AA gesamt	(123,8) ²	(14)	149,3	11	(133,3) ³	(13)	201,4	6	157,7	8	180,7
öff. Arzneimittelausgaben	(140,2) ²	(12)	247,3	4	(129,1) ³	(13)	198,4	7	191,4	9	191,9
priv. Arzneimittelausgaben	(102,5) ⁴	(11)	95,9	14	(183,6) ³	(6)	204,2	5	97,7	12	158,2
Arzneimittelverbrauch											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index						
Ø Ausgaben pro Verordnung	n.v.	n.v.	(106,4) ²	(13)	(167,4) ³	(6)	185,7	3	n.v.	n.v.	158,4
Anzahl VO gesamt	n.v.	n.v.	(111,2) ²	(9)	(77,1) ³	(12)	106,8	11	n.v.	n.v.	116,2

Anmerkung: Rangreihung absteigend, 1 = höchster Zuwachs, 15 = geringster Zuwachs
 EU-Durchschnitt wurde auf Basis der verfügbaren Jahre / Daten berechnet

AA = Arzneimittelausgaben, n. v. = nicht verfügbar, öff.= öffentliche, priv.= private, VO = Verordnungen, Ø = Durchschnitt/durchschnittlich

¹ 1990 - 1998

² 1995 - 1999

³ 1991 - 1999

⁴ 1998 - 1999

⁵ 1990 - 1997

⁶ 1995 - 1998

⁷ nur von IKA (= größte Krankenversicherung)

⁸ 1995 - 1997

⁹ durchschnittliche Kosten pro Packung

¹⁰ Angaben beziehen sich nur auf England, 1991 - 1999

¹¹ verkaufte Packungen

¹² 1993 - 1998

¹³ zum Teil auf die Berücksichtigung der Umsatzsteuer im Kassenmarkt ab 1997 zurückzuführen

¹⁴ 1993 - 1999

Quellen: ÖBIG 2001a, OECD 2000; ÖBIG-eigene Erhebungen

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 7.2 (Fortsetzung): Benchmarking - Zentrale Indikatoren, Entwicklungen 1990 bis 1999

Index: 1990 (bzw. frühest verfügbares Jahr) = 100											
Indikatoren / Land	GR		GB		IRL		I		LUX		Ø EU
Allgemeine ökonomische Daten											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index
Bruttoinlandsprodukt	290,0	1	158,6	8	239,3	2	159,2	7	205,1	4	169,8
Gesundheitsausgaben	(296,1) ¹	(1)	186,2	5	208,4	3	165,0	9	(173,0) ¹	(7)	171,7
Arzneimittelausgaben											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index
AA gesamt	412,0	1	(205,0) ¹	(5)	(155,6) ⁵	(9)	146,4	12	(117,2) ⁶	(15)	180,7
öff. Arzneimittelausgaben	(332,3) ⁷	(1)	225,0	6	(162,6) ²	(11)	113,7	15	(124,7) ²	(14)	191,9
priv. Arzneimittelausgaben	n.v.	n.v.	(215,1) ¹	(4)	(96,5) ⁸	(13)	218,0	3	(124,0) ⁶	(10)	158,2
Arzneimittelverbrauch											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index
Ø Ausgaben pro Verordnung	(275,9) ⁹	(1)	(160,1) ¹⁰	(7)	(126,8) ²	(10)	183,4	4	(115,4) ²	(12)	158,4
Anzahl VO gesamt	(149,4) ¹¹	(2)	(130,3) ¹⁰	(5)	186,8	1	62,0	13	(108,0) ²	(10)	116,2

Anmerkung: Rangreihung absteigend, 1 = höchster Zuwachs, 15 = geringster Zuwachs
 EU-Durchschnitt wurde auf Basis der verfügbaren Jahre / Daten berechnet

AA = Arzneimittelausgaben, n. v. = nicht verfügbar, öff.= öffentliche, priv.= private, VO = Verordnungen, Ø = Durchschnitt/durchschnittlich

¹ 1990 - 1998

² 1995 - 1999

³ 1991 - 1999

⁴ 1998 - 1999

⁵ 1990 - 1997

⁶ 1995 - 1998

⁷ nur von IKA (= größte Krankenversicherung)

⁸ 1995 - 1997

⁹ durchschnittliche Kosten pro Packung

¹⁰ Angaben beziehen sich nur auf England, 1991 - 1999

¹¹ verkaufte Packungen

¹² 1993 - 1998

¹³ zum Teil auf die Berücksichtigung der Umsatzsteuer im Kassenmarkt ab 1997 zurückzuführen

¹⁴ 1993 - 1999

Quellen: ÖBIG 2001a, OECD 2000; ÖBIG-eigene Erhebungen

☞ Fortsetzung der Tabelle

Tabelle 7.2 (Fortsetzung): Zusammenführung - Zentrale Indikatoren, Entwicklungen 1990 bis 1999

Index: 1990 (bzw. frühest verfügbares Jahr) = 100											
Indikatoren / Land	NL		A		P		SWE		E		Ø EU
Allgemeine ökonomische Daten											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index
Bruttoinlandsprodukt	158,1	9	149,3	10	211,4	3	138,7	13	185,6	5	169,8
Gesundheitsausgaben	(146,4) ¹	(11)	165,5	8	(244,9) ¹	(2)	(126,6) ¹	(14)	(177,0) ¹	(6)	171,7
Arzneimittelausgaben											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index
AA gesamt	178,0	7	233,3	4	(154,1) ¹²	(10)	244,3	3	258,8	2	180,7
öff. Arzneimittelausgaben	183,5	10	(272,9) ¹³	(2)	(193,3) ¹⁴	(8)	251,7	3	246,7	5	191,9
priv. Arzneimittelausgaben	166,3	8	183,2	7	(140,9) ¹²	(9)	226,9	2	312,0	1	158,2
Arzneimittelverbrauch											
	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index	Rang 1999	Index
Ø Ausgaben pro Verordnung	140,8	9	208,1	2	(124,0) ²	(11)	183,0	5	(151,7) ²	(8)	158,4
Anzahl VO gesamt	130,3	4	125,0	6	(124,9) ²	7	137,5	3	(112,7) ²	(8)	116,2

Anmerkung: Rangreihung absteigend, 1 = höchster Zuwachs, 15 = geringster Zuwachs
 EU-Durchschnitt wurde auf Basis der verfügbaren Jahre / Daten berechnet

AA = Arzneimittelausgaben, n.v. = nicht verfügbar, öff. = öffentliche, priv. = private, VO = Verordnungen, Ø = Durchschnitt/durchschnittlich

¹ 1990 - 1998

² 1995 - 1999

³ 1991 - 1999

⁴ 1998 - 1999

⁵ 1990 - 1997

⁶ 1995 - 1998

⁷ nur von IKA (= größte Krankenversicherung)

⁸ 1995 - 1997

⁹ durchschnittliche Kosten pro Packung

¹⁰ Angaben beziehen sich nur auf England, 1991 - 1999

¹¹ verkaufte Packungen

¹² 1993 - 1998

¹³ zum Teil auf die Berücksichtigung der Umsatzsteuer im Kassenmarkt ab 1997

zurückzuführen

¹⁴ 1993 - 1999

Quellen: ÖBIG 2001a, OECD 2000; ÖBIG-eigene Erhebungen

8 Resümee

Die wichtigsten Untersuchungsergebnisse zu den EU-Arzneimittelsystemen sowie der Strategie zur Kostendämpfung und deren Wirkungen können folgendermaßen zusammengefasst werden:

Die Arzneimittelmärkte unterliegen einer Vielzahl von Regelungen sowohl seitens der Europäischen Union als auch auf nationaler Ebene. Die Europäische Union hat zur Sicherstellung des Prinzips des freien Binnenmarktes zwischenzeitlich großen Einfluss auf die Zulassung von Arzneimitteln gewonnen. Die diesbezüglichen Regelungen wurden in allen Ländern umgesetzt, und es kam zu einer Harmonisierung innerhalb der Europäischen Union.

Die Preisgestaltung und die Aufnahme von Arzneimitteln ins Erstattungssystem sind grundsätzlich Angelegenheit der Nationalstaaten. Daher bestehen in diesem Bereich in den Mitgliedsländern die unterschiedlichsten Regelungen, die teilweise sehr komplex ausgestaltet sind. Jedoch zeigt sich auch hier in den letzten Jahren der Einfluss der Europäischen Union. So müssen die einzelnen Nationalstaaten verstärkt nachweisen, dass es transparente Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln in das Erstattungssystem gibt und es zu keiner Diskriminierung oder Bevorzugung - z. B. der heimischen Pharma-Industrie - kommt.

Bezüglich der Preis- und Spannenregelungen ist der Gesetzgeber primär daran interessiert, die öffentlichen Ausgaben unter staatlicher Kontrolle zu halten. So werden in den meisten Fällen die Arzneimittelpreise und die Spannen des Großhandels sowie der Apotheken nur für erstattungsfähige Arzneimittel geregelt.

In fast allen EU-Mitgliedsländern stiegen die Arzneimittelausgaben deutlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt, aber auch kräftiger als die Gesundheitsausgaben an. In der Folge kam es mit einer Ausnahme (Luxemburg) in allen EU-Mitgliedsländern zu einer Fülle von Sparmaßnahmen. Das Ausmaß, die Intensität und die eingesetzten Steuerungsinstrumente fielen jedoch aufgrund der länderspezifischen Problemlagen und „Regulierungsphilosophien“ unterschiedlich aus. Folgende allgemeine Schlussfolgerungen lassen sich in Bezug auf die gesetzten Sparmaßnahmen und deren Auswirkungen ziehen:

- Mit Ausnahme Luxemburgs setzten alle EU-Mitgliedsländer mehr oder weniger zahlreiche Aktivitäten, um die Entwicklung der Arzneimittelausgaben in den Griff zu bekommen.
- Die Sparmaßnahmen konzentrierten sich auf jene Arzneimittel, dessen Kosten vom jeweiligen Gesundheitssystem zu tragen waren. Die Maßnahmen wurden immer dann dringend, wenn sich die allgemeine wirtschaftliche Lage verschlechterte und/oder bei den Krankenkassen Defizite auftraten.
- Länder, die einen Aufholbedarf hinsichtlich der Arzneimittelversorgung haben und ein dementsprechend niedriges Niveau an Gesundheits- und Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung aufweisen (wie z. B. Griechenland, Irland, Portugal), intervenierten in einem geringeren Ausmaß.

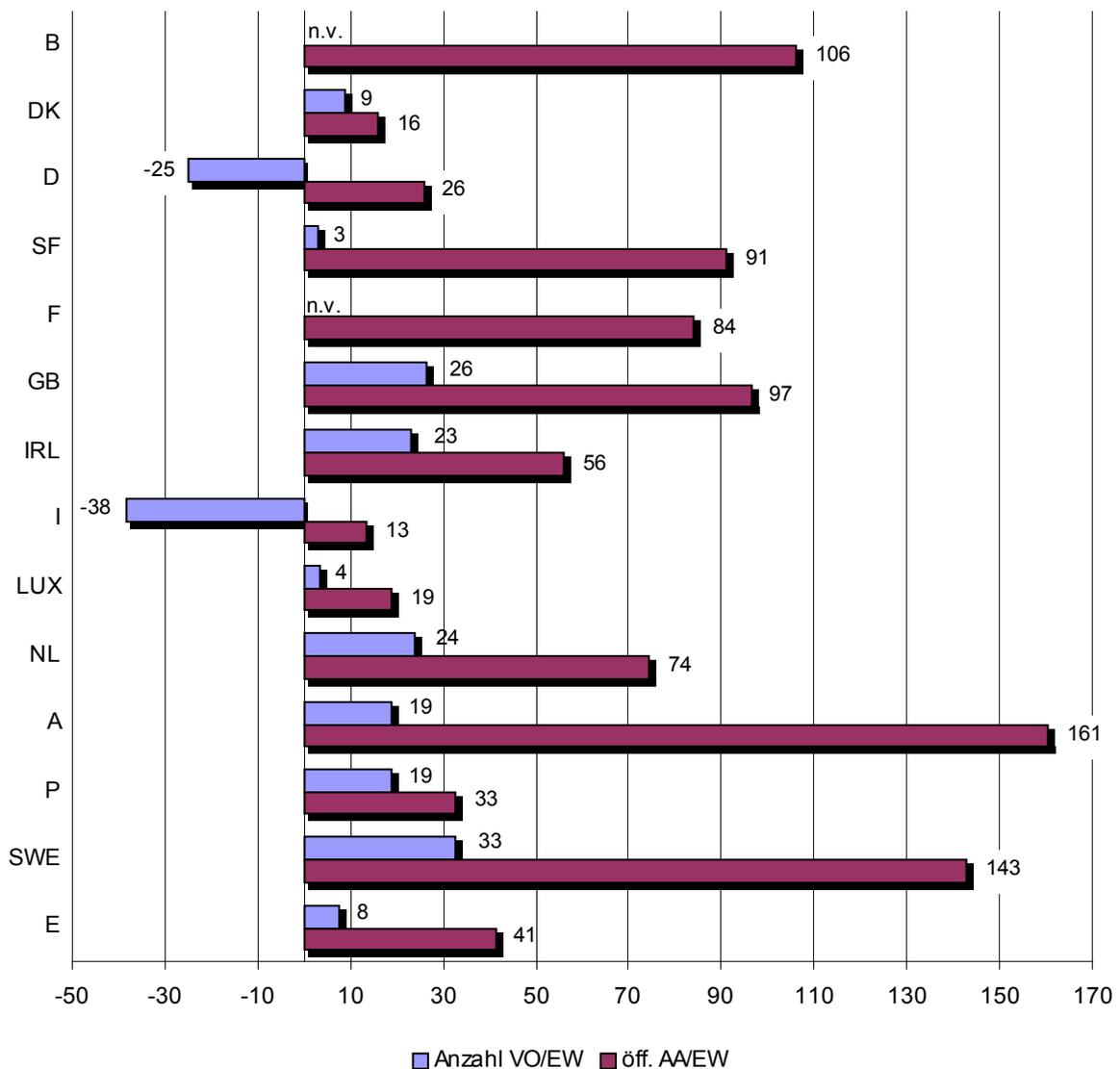
- Am häufigsten zu Sparmaßnahmen griffen Belgien, Deutschland, Spanien und Italien, Dänemark und die Niederlande. Die Maßnahmen zeigten auch Wirkung. Es stellte sich heraus, dass jene Länder, die gleichzeitig auf die Preis- und Mengenkomponeute einwirkten, „erfolgreicher“ waren.
- Der Erfolg der Sparmaßnahmen ging jedoch zumeist zu Lasten der Patienten, die höhere Zuzahlungen leisten und/oder Arzneimittel verstärkt aus eigener Tasche finanzieren müssen (Ausweitung der Selbstmedikation).
- Die Anzahl der verordneten Arzneimittel sinkt bzw. steigt schwächer als die öffentlichen Arzneimittelausgaben an (vgl. Abbildung 8.1). Dies gilt besonders für Deutschland und Italien, also Länder, in denen massiv eingespart wurde.
- In den meisten Ländern haben die durchschnittlichen Aufwendungen der öffentlichen Hand pro verordnetem Arzneimittel deutlicher zugenommen als die Verordnungszahlen. Ein Hinweis dafür, dass neue und hochpreisige Arzneimittel verstärkt auf den Markt kommen. Dies wird auch in vielen Ländern so gesehen, und es werden Gegenstrategien überlegt, da der preisdämpfende Effekt der preisgünstigeren Arzneimittel wie Generika den Preisanstieg der neuen Arzneimittel offenbar nicht ausreichend kompensieren kann.
- Einige Länder (Großbritannien, Niederlande) reagierten bereits auf die Tatsache, dass vermehrt neue, teure Arzneimittel auf den Markt kommen, indem sie deren therapeutisch-ökonomischen Nutzen evaluieren.
- Ein weiterer Trend geht in die Richtung, das Ordnungsverhalten der Ärzteschaft verstärkt zu überprüfen, aber auch qualitativ zu verbessern. Dies letztlich auch mit dem Ziel der Kosteneinsparung.

Die bereits in der ÖBIG-Untersuchung „Arzneimittel. Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern“ (ÖBIG 1998a) ausgeführten Schlussfolgerungen hinsichtlich der Regulierungsstrategien wurden im Rahmen dieser Untersuchung erneut bestätigt. Es zeigte sich das für viele Politikbereiche typische „Pendel“. Unzufrieden mit der Ausgangslage wurden Veränderungen eingeleitet, sodass das Pendel in die entgegengesetzte Richtung ausschlug. Zeigten sich Mängel oder Probleme oder wechselte die Regierung, bewegte sich das Pendel wieder in die andere Richtung. Einige liberalere Länder griffen im Bedarfsfall verstärkt auf staatliche Interventionen zurück (z. B. Dänemark, Großbritannien, Niederlande). Andere Länder, die bislang stärker staatlich regulierten, versuchen es mit mehr marktwirtschaftlichen Instrumenten (z. B. Spanien und Italien mit der Einführung von Referenzpreissystemen). Die skandinavischen Länder und auch die Niederlande, die oft eine Vorreiterrolle einnehmen, kombinieren in letzter Zeit beide Strategien. Alles in allem vermitteln viele Staaten - bedingt durch budgetäre Restriktionen - den Eindruck einer gewissen Unsicherheit und Ratlosigkeit bei der Steuerung der Arzneimittelmärkte.

Darüber hinaus hat sich auch die in der zitierten ÖBIG-Untersuchung (ÖBIG 1998a) getroffene Einschätzung der kurzfristigen Wirksamkeit von Maßnahmen bestätigt: Jeder regulierende Ansatz weist Schlupflöcher auf. Er wirkt deshalb nur eine begrenzte Zeit, eben solange, bis die Marktbeteiligten sich mit den neuen Bedingungen arrangiert haben und anfangen,

diese Schlupflöcher zu nutzen. Denn kein System zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen wirkt dauerhaft, sondern ist ständig Änderungen unterworfen.

Abbildung 8.1: Resümee - Veränderung der öffentlichen Arzneimittelausgaben und der Anzahl der Verordnungen (bereinigt um Bevölkerungsentwicklung), 1999 gegenüber 1990¹ (indexiert)



EW = Einwohner, n.v. = nicht verfügbar, öf. AA = öffentliche Arzneimittelausgaben, VO = Verordnungen

Anmerkung für Österreich: umsatzsteuerbereinigte Steigerung der öf. AA pro Einwohner beträgt 1990 bis 1999 116 Prozent

¹ DK, IRL, LUX, E 1999 gegenüber 1995; D, GB 1999 gegenüber 1991; P 1998 gegenüber 1995

Quellen: ÖBIG 2001a; ÖBIG-eigene Erhebungen

Literaturverzeichnis

AESGP 1997

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

Arzneimittel Zeitung 1996

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

Arzneimittel Zeitung 1998

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

BASYS 1995

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Augsburg

BASYS 1999

Die deutschen Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich. Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Augsburg

BASYS 2000

Die Regulierung von Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich. Auswirkungen von Positivlisten, Festbeträgen, Zuzahlungen und Arzneimittelbudgets. Augsburg

Bauer, E. 2001

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

BfAI (Hrsg.) 1999

Europäische Union. Arzneimittel. Köln

BMG 2000

Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000. Bonn

BMG 2001

Qualität zu vernünftigen Preisen. Pressemitteilung Nr. 107 vom 19. Oktober 2001. Zit. in online: www.bmggesundheit.de/presse/2001/2001/107.htm

CENSIS 1997

Farmaco e distribuzione. Un'indagine sulla farmacia in Italia e in Europa. Franco Angeli, Milano

Datamonitor 1998

The role of pharmaco-economics in pricing and reimbursement. O.O

EFPIA 2000

The Pharmaceutical Industry in Figures. 2000 Edition. Brussels

Europäische Kommission 2001a

Revision der Pharmazeutischen Gesetzgebung. Diskussionsdokument. Brüssel

Europäische Kommission 2001b

Reform der EU-Rechtsvorschriften für Arzneimittel. Zit. in online: <http://pharmasos.eudra.org> vom 9.8.2001

European Observatory on Health Care Systems 1996a

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

European Observatory on Health Care Systems 1996b

Health Care Systems in Transition. Greece. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 1996c

Health Care Systems in Transition. Finland. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 1999a

Health Care Systems in Transition. Luxembourg. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 1999b

Health Care Systems in Transition. Portugal. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 2000a

Health Care Systems in Transition. Belgium. Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 2000b

Health Care Systems in Transition. Spain. Draft, Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 2000c

Health Care Systems in Transition. The Netherlands. Draft, Copenhagen

European Observatory on Health Care Systems 2000d

Health Care Systems in Transition. United Kingdom. Copenhagen

Ewers, H. J.; Wein, T. 1989

Gründe und Richtlinien für eine Deregulierungspolitik. Diskussionspapier 139 der Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation der Technischen Universität Berlin

IWI 2000

Die Entwicklung des Arzneimittelsektors am Apothekenmarkt Österreichs im internationalen Vergleich 1989 - 1998. Wien

Kemenade van, Y. W. 1997

Health care in Europe 1997. The finance and reimbursement systems of 18 European countries. Zoetermeer

LIF 2000

Fakta 2000. Läkemedelsmarknaden och hälso- och sjukvården. Stockholm

Macarthur, D. 1997

Pharmaceutical Distribution in Europe. 1997 Edition. London

ÖÄK 1999

Vergleich: Gesundheitssysteme in der EU. Zit. in online:
www.aek.or.at/text.html?systeme.html vom 23.11.1999

ÖBIG 1993

Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich / An 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 (unveröffentlicht). Wien

ÖBIG 2000b

Generika. Wien

ÖBIG 2000c

E-Pharma. Arzneimittelvertrieb im Internet. Wien

ÖBIG 2001a

Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union. Wien

ÖBIG 2001b

Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich. Wien

OECD 2000

Health Database 2000. Paris

Office of National Statistics England 2000

Latest figures. Zit. in online: www.statistics.gov.uk/press_release/default.asp

Rosian, I.; Vogler, S.; Habl, C. 2000

Frankreich, Großbritannien, Italien. In: Klauber, J.; Schröder, H.; Selke, G.W. (Hrsg.): Innovation im Arzneimittelmarkt. Springer, Berlin et al.

Scheil-Adlung, X. 1998

Marktorientierte Kostenkontrolle in Gesundheitssystemen: Wirkungen von Verhaltensanreizen in ausgewählten OECD-Ländern. In: Soziale Sicherheit 3/98

Schöffski, O. 1995

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

Weizsäcker, C. C. 1982

Staatliche Regulierung - positive und normative Theorie. In: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik 118, Nr. 3, S. 324-343

Wieninger, P. 1998

Honorierungssysteme ambulanter ärztlicher Leistungen. In: Soziale Sicherheit 3/98

Zorgnota 2001

Ministerie voor Volksgezondheit, Welzijn en Sport: Zorgnota 2001 (Care memorandum). Zit. in online: www.minvws.nl/zoek/zoek_index.htm vom 19.9.2000

ANHANG

Verzeichnis der lieferbaren Publikationen

Eine Liste der aktuellen Publikationen finden Sie auch auf unserer Homepage unter <http://www.oebig.at>

Informationen über das ÖBIG

Jahresbericht 2000

90 S., Abb., Ringbindung

ÖBIG, Wien 2001, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

ALTEN- UND LANGZEITVERSORGUNG

Wie behindertengerecht sind Österreichs Kultureinrichtungen?

304 S., zahlreiche Tab., Grafiken, Pläne, Fotodokumente in Farbe, Ringbindung

ÖBIG und Institut für soziales Design, Wien 1993, ATS 440,- / € 31,98 Kostenersatz

IGSS - Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel/Handbuch

308 S., 41 Abb., Muster und Arbeitsblätter, Ringbindung

ÖBIG, Wien 1993, ATS 175,- / € 12,72 Kostenersatz

Ansätze zur Kooperation und Koordination zwischen medizinischen, pflegerischen und sozialen Diensten in fünf europäischen Ländern (Bundesrepublik Deutschland, Niederlande, Österreich, Schweden, Tschechien):

New Forms of Health and Social Care - Five National Reports

100 S., 3 Tab., 11 Abb., Ringbindung

ÖBIG, Wien 1994, ATS 255,- / € 18,53 Kostenersatz

Kultur ohne Barrieren - Hinweise für Kulturveranstalter

87 S., zahlreiche Abb., Adressen-, Literatur- und Gesetzesverzeichnis

erstellt von ÖBIG und Institut für soziales Design, hrsg. vom Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Wien 1995, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

Pflegevorsorge in der Steiermark

Teil A: Seniorenbereich/Kurzfassung

51 S., zahlreiche Tab., Abb. und Karten, Ringbindung

ÖBIG, Wien 1996, ATS 145,- / € 10,45 Kostenersatz

Teil B: Behindertenbereich/Kurzfassung

87 S., zahlreiche Tab., Abb. und Karten, Ringbindung

ÖBIG, Wien 1996, ATS 180,- / € 13,08 / Kostenersatz

Teil A: Seniorenbereich/Langfassung

573 S., umfangreicher Anhang, zahlreiche Tab., Abb. und Karten, Ringbindung

ÖBIG, Wien 1996, ATS 595,- / € 43,24 / Kostenersatz

Teil B: Behindertenbereich/Langfassung

287 S., Anhang, zahlreiche Tab., Abb. und Karten, Ringbindung

ÖBIG, Wien 1996, ATS 350,- / € 25,44 / Kostenersatz

Partnerschaften zur Förderung des sozialen Zusammenhalts - Länderbericht Österreich

127 S., Tab. und Abb.

erstellt vom ÖBIG, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Reihe „Soziales Europa“ Nr. 7, Wien 1997, kostenlos zu beziehen über das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Bericht an das Austrian Chapter des Club of Rome:

Alte Menschen in Österreich. Lebensverhältnisse, Probleme, Zukunftsperspektiven

65 S., zahlreiche Tab. und Grafiken, Ringbindung

ÖBIG, Wien 1998, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder

171 S., zahlreiche Tab., Abb. und Karten

erstellt vom ÖBIG, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1999, kostenlos zu beziehen über das Broschürentelefon des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen: Tel. 01/71100-6140, Fax: 01/715 58 30, e-mail: manon.kianpour@bmsg.gv.at, Internet: bmsg.gv.at

Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen - Expertise

47 S., Tab.; erstellt vom ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts, publiziert in der Reihe „Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte“, Nr. 2/99, kostenlos zu beziehen über das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

DROGEN

REITOX Focal Point Österreich: Bericht zur Drogensituation 2001

VIII und 121 S., zahlreiche Tab., Grafiken und Karten, Ringbindung

ÖBIG, Wien, Oktober 2001, deutsche und englische Fassung, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

Restexemplare der Berichte zur Drogensituation 1996, 1997, 1998 (nur englisch), 1999 und 2000 können ebenfalls kostenlos über das ÖBIG bezogen werden.

Laufende Informationen zum Thema „Drogen“ aus Europa und Österreich (Literatur, Abstracts, Veranstaltungskalender, Internet-Tipps, etc.):

Zeitschrift DrugNet Austria (zweimonatlich)

Pro Ausgabe ca. 20 Seiten, kostenloser Bezug über das ÖBIG

Europäische Woche der Suchtprävention 1998 - Aktivitäten und Erfahrungen in Österreich

VI und 66 S., Anhang, Ringbindung

ÖBIG, Wien 1999, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

GESUNDHEITSBERUFE & CURRICULUMENTWICKLUNG

Amtsarzt - Tätigkeitsbereich und Ausbildung

239 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1991, ATS 150,-- / € 10,90 Kostenersatz

Arbeitssituation ambulante Pflege- und Sozialdienste Wiens

196 S., Anhang Fragebogen, Tab., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1997, ATS 250,-- / € 18,17 Kostenersatz

Schulungsmodelle für Typ-2 Diabetes

60 S., Tab., Anhang, Ringbindung
ÖBIG, Wien 1999, ATS 150,-- / € 10,90 Kostenersatz

Curriculum Kinderkrankenpflege und Säuglingspflege

3 Bände, insgesamt 800 S., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1991, ATS 350,-- / € 25,44 Kostenersatz

Curriculum Pflegehelfer und Ergänzungscurricula

278 S.
ÖBIG, Wien 1991, ATS 105,-- / € 7,63 Kostenersatz

Curriculum Heimhelferinnen und Heimhelfer

113 S., Spiralbindung
ÖBIG, Wien 1993, ATS 175,-- / € 12,72 Kostenersatz

Curriculum Hebammen

468 S., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1996, ATS 290,-- / € 21,08 Kostenersatz

Newsletter Curriculum

hrsg. vom Facultas Universitätsverlag in Zusammenarbeit mit dem ÖBIG, erscheint vierteljährlich, Jahresabonnement ATS 100,-- / € 7,27, über den Verlag zu beziehen

Offenes Curriculum Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege - Zwischenbericht (Projektphase II)

ca. 180 S., Tab., Abb., geheftet
ÖBIG, Wien 1999, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

Offenes Curriculum Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege - Zwischenbericht (Projektphase III)

ca. 200 S., Tab., Abb., geheftet
ÖBIG, Wien, Juli 2000, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

GESUNDHEITSÖKONOMIE

Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich/ International comparison of pharmaceutical prices

134 S., 32 Tab., 22 Abb.
ÖBIG, Wien 1993, ATS 280,-- / € 20,35 Kostenersatz
(Bitte die gewünschte Fassung - deutsch oder englisch - angeben!)

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

280 S., 84 Tab., 40 Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1998, ATS 490,-- / € 35,61 Kostenersatz
(Bitte die gewünschte Fassung - deutsch oder englisch - angeben!)

Arzneimittel. Vertrieb in Europa

400 S., 76 Tab., 31 Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1998, ATS 650,-- / € 47,24 Kostenersatz

Biotechnologie - Pharmazeutische Industrie und Forschung in Österreich

154 S., Anhang, zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1998, ATS 390,-- / € 28,34 Kostenersatz

Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa

220 S., zahlreiche Tab. u. Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1999, ATS 480,-- / € 34,88 Kostenersatz

Health Care System in Central and Eastern Europe

Booklet - 30 pages, 20 tables, 4 figures
ÖBIG, Vienna 1999, ATS 65,-- / € 4,72
Kombinationsangebot/Double pack: Studie/Report (in Deutsch/in German) und/and Broschüre/Booklet (in Englisch/in English): ATS 520,-- / € 37,79 Kostenersatz

Generika

XII und 103 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien, Juli 2000, ATS 550,-- / € 39,97 Kostenersatz

E-Pharma. Arzneimittelvertrieb im Internet

XIII und 111 S., Anhang, zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien, August 2000, ATS 690,-- / € 50,14 Kostenersatz

Apothekenleistungen im europäischen Vergleich - Kurzzusammenfassung

9 S., Ringbindung
ÖBIG, Wien, August 2000, ATS 70,-- / € 5,07 Kostenersatz

Medikamente aus dem Internet

Broschüre 16 S., ÖBIG, Wien 2001, kostenlos über das ÖBIG zu beziehen

Präventionsausgaben

44 S., Tab. und Abb.
Erstellt vom ÖBIG, hrsg. vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001, kostenlos zu beziehen über das BMSG /Frau Brigitte Haferl
Tel. 01/711100-4370, E-mail: brigitte.haferl@bmsg.gv.at

Generika - Modell Burgenland

50 S., 7 Tab., 12 Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien, Oktober 2001, ATS 330,25 / € 24,-- Kostenersatz (inkl. Versandkosten, exkl. Bankspesen)

**Arzneimittelausgaben.
Strategien zur Kostendämpfung in der
Europäischen Union**

474 S., 115 Tab., 85 Abb., umfangreiches Glossar,
Ringbindung
ÖBIG, Wien, November 2001, ATS 4.816,10 / € 350,--
Kostenersatz (inkl. Versandkosten, exkl. Bankspesen)

**Benchmarking Arzneimittelausgaben.
Strategien zur Kostendämpfung in der
Europäischen Union**

97 S., 17 Tab., 8 Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien, Dezember 2001 (in deutscher oder engli-
scher Sprache)
ATS 894,40 / € 65,- Kostenersatz (inkl. Versandkosten,
exkl. Bankspesen)

**Arzneimittelausgaben.
Strategien zur Kostendämpfung - Länder-
portraits**

Zu jedem Mitgliedsland der Europäischen
Union können Länderportraits bestellt werden.
Ein Länderportrait umfasst ca. 30 Seiten
ÖBIG, Wien, Dezember 2001, ATS 247,70 / € 18,-- pro
Länderportrait (inkl. Versandkosten, exkl. Bankspesen)

GESUNDHEITSPLANUNG

**Kooperationsformen in der ambulanten Ge-
sundheitsversorgung in Österreich**

106 S., 19 Tab. und Abb.
ÖBIG, Wien 1990, ATS 115,-- / € 8,36 Kostenersatz

Ärztliche Versorgung in Österreich 1990 - 2010

224 S., ca. 100 Tab., Abb. und Karten
ÖBIG, Wien 1991, ATS 165,-- / € 11,99 Kostenersatz

Turnusärzte in Österreich

216 S., über 100 Tab. und Abb.
ÖBIG, Wien 1991, ATS 235,-- / € 17,08 Kostenersatz

Die aktuelle Studie zum Thema mit Planungshorizont
2020:

Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich

67 S., Anhang, zahlreiche Tab., Abb. und Karten, Ring-
bindung
ÖBIG, Wien 2000, ATS 290,-- / € 21,08 Kostenersatz

**Österreichischer Krankenanstalten- und Groß-
geräteplan 2001 (ÖKAP/GGP 2001)**

Anlage zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die
Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Kran-
kenanstaltenfinanzierung, herausgegeben vom
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generatio-
nen

143 S., zahlreiche Tab., Ringbindung
ÖBIG, Wien, November 2000, ATS 350,-- / € 25,44 Kos-
tenersatz

**Raumplanung der Gesundheitsfürsorge in Ös-
terreich - Analyse und Steuerung regionaler Un-
gleichheiten in der gesundheitlichen Versor-
gung**

157 S., Tab. und Abb., Kartenanhang
Institut für Stadt- und Regionalforschung der TU Wien/
ÖBIG, Wien 1999, ATS 250,-- / € 18,17 Kostenersatz

Entwicklung des Personalangebots in 14 ausgewählten
Gesundheitsberufen (Krankenpflegefachdienst, Sanitäts-
hilfsdienste, Gehobene medizinisch-technische Dienste,
Medizinisch-technischer Fachdienst, Hebammen) bis
zum Jahr 2010 unter den gegebenen Rahmenbedingun-
gen bzw. bei gezielten Eingriffen:

**Personalangebot in ausgewählten Gesundheits-
berufen**

Angebotsprognose in Szenarios 1993 - 2010
242 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1995, ATS 230,-- / € 14,71 Kostenersatz

Medizinische Versorgung im Katastrophenfall

210 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1995, ATS 275,-- / € 19,99 Kostenersatz

PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG

**Ambulante psychotherapeutische Versorgung in
Österreich**

175 S. und Anhang, zahlreiche Tab. und Grafiken
ÖBIG, Wien 1997, ATS 250,-- / € 18,17 Kostenersatz

Psychotherapie. Wenn die Seele Hilfe braucht.

Informationsbroschüre, erstellt vom ÖBIG in Verbindung
mit dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales (Hrsg.)

46 S., Serviceteil, Wien 1999

Kostenlos zu beziehen über das Broschürentelefon des
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generatio-
nen: Tel. 01/71100-6140, Fax: 01/715 58 30, e-mail: ma-
non.kianpour@bmsg.gv.at, Internet: www.bmsg.gv.at

**Psychotherapeuten, Klinische Psychologen,
Gesundheitspsychologen - Entwicklungsstatis-
tik 1991 - 2000**

124 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 2001 (aktualisierte Fassung), ATS 190,-- /
€ 13,81 Kostenersatz

PUBLIC HEALTH

Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1994

Berichtszeitraum 1989 - 1992

160 S., zahlreiche Tab., Abb. und Karten
Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Sport und
Konsumentenschutz, Wien 1994, ATS 180,-- / € 13,08
Kostenersatz

Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1997

Berichtszeitraum 1993 - 1995
174 S., zahlreiche Tab., Abb. und Karten
Hrsg. vom BMASG, Wien 1997, ATS 200,-- / € 14,53
Kostenersatz

Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2000

Berichtszeitraum 1996 - 1998
176 S., zahlreiche Tab. und Abb.
Hrsg. vom BMSG, Wien 2000, ATS 250,-- / € 18,17 Kos-
tenersatz

Kombinationsangebote:

- a) ein Exemplar Gesundheitsbericht 2000, dazu wahlwei-
se ein Exemplar Gesundheitsbericht 1994 oder Ge-
sundheitsbericht 1997, zusammen zwei Exemplare,
ATS 350,-- / € 25,44 Kostenersatz
- b) je ein Exemplar Gesundheitsbericht 1994, Gesund-
heitsbericht 1997 und Gesundheitsbericht 2000,
ATS 440,-- / € 31,98 Kostenersatz

Stillen in Österreich

97 S., zahlreiche Tab. und Abb., Anhang, Ringbindung
ÖBIG, Wien 1998, ATS 175,-- / € 12,72 Kostenersatz

Neubewertung von Fluoriden zur Kariesprophy- laxe

188 S., 7 Tab., 4 Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1993, ATS 155,-- / € 11,26 / Kostenersatz

Vergleichende Bewertung kariesprophylakti- scher Maßnahmen

87 S., 4 Tab., 9 Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1994, ATS 100,-- / € 7,27 Kostenersatz

Zahnstuserhebung 1996

bei fünf- bis sechsjährigen Kindergartenkindern
35 S. und Anhang, 20 Tab., 23 Abb., 1 Farbtafel, Ringb.
ÖBIG, Wien 1997, ATS 100,-- / € 7,27 Kostenersatz

Zahnstuserhebung 1997 bei Zwölfjährigen

35 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1998, ATS 100,-- / € 7,27 Kostenersatz

Zahnstuserhebung 1998 bei Achtzehnjährigen

47 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1999, ATS 100,-- / € 7,27 Kostenersatz

Kariesprophylaxe in Österreich

Dokumentation der Aktivitäten, Stand 1997
61 S. und Anhang, Ringbindung
ÖBIG, Wien 1998, ATS 150,-- / € 10,90 Kostenersatz

Kariesprophylaxe in Österreich

Dokumentation der Aktivitäten, Stand 2000
23 S. und Anhang, Ringbindung
ÖBIG, Wien 2001, ATS 150,-- / € 10,90 Kostenersatz

Risikogruppenbetreuung im Rahmen der Kariesprophylaxe

Dokumentation der Tagung vom 26. November 1998
Ca. 60 S., zahlreiche Tab., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1999, ATS 150,-- / € 10,90 Kostenersatz

Kieferorthopädie und Prophylaxe - Dokumenta- tion der Tagung vom 11. November 1999

81 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 2000, ATS 100,-- / € 7,27 Kostenersatz

Kariesprophylaxe in Österreich

Konzepte – Strategien. Dokumentation der Tagung vom
23. November 2000

49 S. und Anhang, Ringbindung
ÖBIG, Wien 2001, ATS 100,-- / € 7,27 Kostenersatz

TRANSPLANTATION & TRANFUSION

Common Standards for Musculo Skeletal Tissue Banking

hrsg. von der European Association of Tissue Banks und
der Association of Musculo Skeletal Transplantation mit
Unterstützung von ÖBIG-Transplant
Loseblattsammlung in Ringmappe, ATS 200,-- / € 14,53
Kostenersatz

Koordinationsbüro für das Transplantationswe- sen ÖBIG-Transplant-Jahresbericht 2000

ca. 60 S., zahlreiche Tab. und Grafiken, Anhang, Ring-
bindung, ÖBIG, Wien, Frühjahr 2001
Dieser Bericht kann kostenlos über das ÖBIG bezogen
werden.

General Standards for Tissue Banking

Loseblattsammlung in Ringmappe, hrsg. European As-
sociation of Tissue Banks (EATB), 1995, ATS 200,-- /
€ 14,53 / Kostenersatz

UMWELT

Luftverunreinigungen in Innenräumen

175 S., zahlreiche Tab. und Abb., Ringbindung
ÖBIG, Wien 1995, ATS 230,-- / € 16,71 Kostenersatz

Restexemplare des reich ausgestatteten „Standardwerks“
(Wr. Zeitung) zum Sonderpreis:

Wald - Empfehlungen zur Umweltgestaltung und Umweltpflege, Teil IV

200 S., über 100 zum Großteil farbige Abb. und Karten,
zahlreiche Tab., Hardcover, ÖBIG (Hrsg.), Fric und Manz,
Wien 1990, ATS 150,-- / € 10,90 /

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

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

Bestellungen richten Sie bitte an das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen
A-1010 Wien, Stubenring 6.

Der schnellste Bestellweg:

Tel. (01) 515 61-152 DW

Fax (01) 513 84 72

e-mail misar@oebig.at

ISBN 3-85159-025-2