

# Rationale Arzneimitteltherapie in Europa

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH



**ÖBIG**

Österreichisches Bundesinstitut  
für Gesundheitswesen



# Rationale Arzneimitteltherapie in Europa

Sabine Vogler  
Bettina Schmickl

Projektsekretariat:  
Monika Schintlmeister

Wien, im Februar 2010  
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN-978-3-85159-139-2

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,  
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, E-Mail: [vorname.nachname@goeg.at](mailto:vorname.nachname@goeg.at),  
Homepage: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

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

# Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte die Gesundheit Österreich GmbH / Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG/ÖBIG) mit dem Projekt „Rationale Arzneimitteltherapie“. Ein Bestandteil dieses mehrjährigen Projektes war die Erhebung der Instrumente einer rationalen Arzneimitteltherapie in Europa.

Die Erhebung gliederte sich in zwei Phasen:

- » Überblick über Mechanismen zur Förderung einer rationalen Arzneimitteltherapie in den 27 EU-Mitgliedstaaten in Hinblick auf die unterschiedlichen Akteure (z. B. Monitoring des Ordnungsverhaltens der Ärzte/Ärztinnen, Möglichkeit der Substitution von Originalpräparaten durch Generika seitens der Apotheker/innen, Informationen für Patienten/Patientinnen).
- » Untersuchung und Beschreibung der Mechanismen einer rationalen Arzneimitteltherapie in einigen gemeinsam mit dem Auftraggeber ausgewählten Ländern, die aufgrund in Phase 1 identifizierter Merkmale näher beleuchtet wurden (in Summe fünf Fallbeispiele: Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, die Niederlande).

Die Ergebnisse wurden dem Auftraggeber im Rahmen von zwei Besprechungen im Juli und im September 2009 vorgestellt. Weiters wurde eine Kurzfassung der Ergebnisse vor dem Ausschuss für rationale Arzneimitteltherapie des Arzneimittelbeirates am 23. September 2009 präsentiert.

Die vorliegende Aufbereitung fasst – wie mit dem Auftraggeber vereinbart – die Ergebnisse in tabellarischer Form zusammen.

Die Autorinnen danken den Mitgliedern des PPRI-Netzwerks (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information) und des CAPR-Netzwerks (Network of Competent Authorities for Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals) für die bei der Recherche bereitgestellten Auskünfte und Informationen.



# Überblick über rationale Arzneimitteltherapie in den EU-Mitgliedstaaten 2009





# Methodik

In der folgenden Tabelle werden zentrale Instrumente der rationalen Arzneimitteltherapie hinsichtlich ihrer Umsetzung in den 27 Ländern der Europäischen Union vorgestellt. Dazu zählen:

- » Wirkstoffverordnung: Der Arzt / die Ärztin verschreibt das Arzneimittel mit dem internationalen Wirkstoffnamen anstelle des Handelsnamens.
- » Verordnungsrichtlinien: Leitlinien für verschreibende Ärzte/Ärztinnen in Bezug auf bestimmte Therapien, Arzneimittel, Indikationen
- » Arzneimittelbudgets für Ärzte/Ärztinnen: Deckelung des Verordnungsvolumens der Ärzte/Ärztinnen seitens der Zahler (Sozialversicherung oder Nationaler Gesundheitsdienst) innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (üblicherweise ein Jahr)
- » Generikasubstitution: Der Apotheker / die Apothekerin gibt ein Generikum bzw. ein parallelimportiertes Arzneimittel anstelle des – im Allgemeinen teureren – Originalpräparates an die Patienten/Patientinnen ab.
- » Monitoring von Verordnungen: Seitens der Zahler (Sozialversicherung oder Nationaler Gesundheitsdienst) wird das Ordnungsverhalten der Ärzte/Ärztinnen beobachtet; in manchen Fällen erhalten die Ärzte/Ärztinnen Rückmeldung.
- » Informationsmaßnahmen für die Bevölkerung: Öffentlichkeitsarbeit der Zahler bzw. der Behörden zur Vermittlung der Gründe für eine rationale Arzneimitteltherapie und deren Instrumente (z. B. Kampagnen, um Generika den Patienten/Patientinnen nahezubringen).

Diese Instrumente können freiwillig oder verpflichtend zum Einsatz kommen. Eine verpflichtende Umsetzung kann Sanktionen für die betroffenen Akteure vorsehen.

Abkürzungen der EU-Mitgliedstaaten:

AT	Österreich	ES	Spanien	MT	Malta
BE	Belgien	FI	Finnland	NL	Die Niederlande
BG	Bulgarien	FR	Frankreich	RO	Rumänien
CY	Zypern	HU	Ungarn	PL	Polen
CZ	Tschechische Rep.	IE	Irland	PT	Portugal
DE	Deutschland	IT	Italien	SE	Schweden
DK	Dänemark	LT	Litauen	SI	Slowenien
EE	Estland	LU	Luxemburg	SK	Slowakei
EL	Griechenland	LV	Lettland	UK	Großbritannien

Quelle: Europäische Kommission



Maßnahmen der rationalen Arzneimitteltherapie in den 27 EU-Mitgliedstaaten 2009

Land	Wirkstoffverordnung		Verordnungsrichtlinien		Budgets für Ärzte/Ärztinnen		Generikasubstitution		Monitoring der VO	Informationsmaßnahmen für die Bevölkerung
	J/N	Verbindlichkeit	J/N	Verbindlichkeit	J/N	Verbindlichkeit	J/N	Verbindlichkeit	J/N	
AT	Nein	-	Ja (RöV)	Verpflichtend	Nein	-	Nein	-	Ja	Ja
BE	Ja	Freiwillig	Ja	Verpflichtend: Ärzte/Ärztinnen sind verpflichtet, einen best. Anteil der VO auf günstige AM auszustellen	Nein	-	Nein	-	Ja	Ja
BG	Ja	Freiwillig	Nein	Zwar keine offiziellen Richtlinien, aber gesetzl. Bestimmung zu VO	Nein	-	Nein	-	N. b.	N. b.
CY	Nein	Verboten im privaten Sektor (= Apotheken); verpflichtend im öffentl. Sektor (=NHS)	Ja	Nur im öffentlichen Sektor	Nein	-	Nein	Verboten im privaten Sektor (= Apotheken); verpflichtend im öffentl. Sektor (=NHS)	Nicht relevant im privaten Sektor	N. b.
CZ	Ja	Freiwillig	Ja	Freiwillige Richtlinien der Ärztekammer	Ja	Sanktionen sind möglich	Ja	Freiwillig	Ja	N. b.
DE	Ja	Freiwillig	Ja	Verpflichtend	Nein	Aber AM-Zielvereinbarungen zu Ausgaben (Sanktionen möglich)	Ja	Verpflichtend	Ja	Ja
DK	Nein	-	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Verpflichtend	Ja, Ordiprax-VO-System	Ja
EE	Ja	Verpflichtend	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Freiwillig	Ja	Ja
EL	Nein	-	Nein	-	Nein	-	Nein	-	Ja	N. b.
ES	Ja	Freiwillig	Ja	Je nach Region	Ja	In einigen Regionen mit finanziellen Anreizen (z. B. Andalusien)	Ja	Freiwillig	Ja, in einigen Regionen Tests mit diversen elektronischen Systemen	Ja
FI	Ja	Freiwillig, und in der Praxis nicht angewandt	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Verpflichtend	Ja	Ja
FR	Ja	Freiwillig	Ja	Freiwillig	Nein	Verordnungslimits mit finanziellen Anreizen	Ja	Freiwillig	Ja	Ja
HU	Ja	Freiwillig	Ja	Verpflichtend	Nein	-	Ja	Freiwillig	Ja	Ja

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle

Land	Wirkstoffverordnung		Verordnungsrichtlinien		Budgets für Ärzte/Ärztinnen		Generikasubstitution		Monitoring der VO	Informationsmaßnahmen für die Bevölkerung
	Ja	Freiwillig	Nein	-	~ Ja	Art Budgets „Indicative Drug Target Scheme“, früher mit fin. Anreiz	Nein	-		
IE	Ja	Freiwillig	Nein	-	~ Ja	Art Budgets „Indicative Drug Target Scheme“, früher mit fin. Anreiz	Nein	-	Ja, im Rahmen des „Indicative Drug Target Scheme“	Ja
IT	Ja	Freiwillig	Ja	Produktspezifische Richtlinien	Nein	-	Ja	Freiwillig	Ja	Ja
LT	Ja	Verpflichtend	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Freiwillig	Ja	Ja
LU	Ja	Freiwillig	Ja	Freiwillig	Nein	-	Nein	-	Ja	N. b.
LV	Ja	Freiwillig	Ja	Freiwillig	Ja	Verpflichtend, Sanktionen möglich	Ja	Freiwillig	Ja	Nein
MT	Ja	Freiwillig	Nein	-	Nein	-	Ja	Verpflichtend (Erstattungs- markt)	N. b.	N. b.
NL	Ja	Freiwillig, unterstützt durch Verordnungs- software	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Freiwillig, jahrelang finanzieller Anreiz	Ja	Ja
PL	Ja	Freiwillig	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Freiwillig	Nein	Nein
PT	Ja	Verpflichtend	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Freiwillig	Nein	Ja
RO	Ja	Verpflichtend	Ja	Verpflichtend	Nein	Budgets für Apotheken	Ja	Freiwillig	Ja	N. b.
SE	Nein	-	Ja	Freiwillig	Ja	Je nach Region unterschiedlich ausgestaltet	Ja	Verpflichtend	Ja	Ja
SI	Ja	Freiwillig, aber in der Praxis nicht angewandt	Ja	Freiwillig	Nein	-	Ja	Freiwillig	Ja	Nein
SK	Ja	Freiwillig	Ja	Verpflichtend	Ja	Keine Sanktionen	Ja	Verpflichtend	Ja	Nein
UK	Ja	Freiwillig, sehr empfohlen und verbreitet	Ja	Freiwillig	Ja	Für NHS-Ärzte/Ärztinnen	Nein	Verpflichtend (2010 einge- führt)	Ja	Ja

AM = Arzneimittel, fin. = finanziell, INN = internationaler Wirkstoffname, J/N = Ja/Nein, N. b. = nicht bekannt, NHS = National Health Service, RöV = Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise, VO = Verordnungen, Verbindlichk. = Verbindlichkeit

Quellen: ÖBIG 2007, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH 2008, PPRI 2008c, persönliche Rückfragen und Recherchen bei Mitgliedern des PPRI-Netzwerks und des CAPR-Netzwerks

Fallbeispiele zu Maßnahmen  
der rationalen Arzneimitteltherapie  
2009



# Fact Sheet Rationale Arzneimitteltherapie — Dänemark

Rechtlicher Rahmen	<p>Dänemarks Gesundheitssystem ist im Rahmen eines nationalen Gesundheitsdienstes, der regional strukturiert ist, organisiert. Finanzierung, Planung und Management unterliegen der nationalen Gesundheitsbehörde SST. Das Gesundheitssystem wird großteils über Steuern finanziert, wobei die Mittel über eine zentrale staatliche Krankenversicherung eingehoben werden. Bei den Ausgaben für Arzneimittel treten die Regionen als Zahler auf.</p> <p>Die zentralen rechtlichen Grundlagen im Arzneimittelwesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Gesundheitsgesetz</li> <li>» Apothekengesetz</li> <li>» Arzneimittelgesetz</li> <li>» Verschreibungsrichtlinien</li> <li>» Leitlinien zur Generikasubstitution</li> <li>» 1993 wurde das Referenzpreissystem eingeführt.</li> </ul>
<b>Stelle(n) zum Arzneimittelmonitoring („Observatorien“)</b>	
Name	<p>Die dänische Arzneimittelagentur (DKMA) beobachtet, ob Arzneimittel zielgerichtet und wirtschaftlich eingesetzt werden.</p> <p>Im stationären Bereich kommt diese Monitoring-Aufgabe den Trägern der Krankenanstalten, den Regionen, zu. Jede Region in Dänemark hat einen oder mehrere Arzneimittelausschüsse, deren Mitglieder hauptsächlich Krankenhausärzte/-ärztinnen sind. In Teilbereichen unterstützt Amgros (= zentrale Einkaufsstelle für die öffentlichen Krankenanstalten) die Regionen dabei.</p>
Internet	<p><a href="http://www.dkma.dk/1024/visUKLSForside.asp?artikelID=728">http://www.dkma.dk/1024/visUKLSForside.asp?artikelID=728</a></p>
Aufgaben	<p>Neben regulatorischen Aufgaben kontrolliert die DKMA mit ihren nachgeordneten Stellen wie dem 1999 gegründeten Institut für rationale Pharmakotherapie (IRF) den Arzneimittelverbrauch – sowohl auf zentraler und regionaler Ebene als auch individuell, d. h. bezogen auf einzelne verschreibende Ärzte/Ärztinnen. Zugang zu Einzelpatientendaten hat die Behörde jedoch nicht.</p>

Instrumente	Zentrales Tool ist das 1994 eingerichtete Arzneimittelstatistikregister, das von der DKMA verwaltet wird. Seit 1996 umfasst es sämtliche Umsatzdaten des gesamten niedergelassenen Bereiches und seit 1997 auch die Daten des stationären Bereiches. Die regelmäßige Überwachung der Verordnungen wird durch Online-Monitoringsystem Ordiprax unterstützt, zu dem neben Ärzten/Ärztinnen auch die Patienten/Patientinnen Zugang haben.
Berichte	<p>Der Arzneimittelverbrauch im stationären Bereich wird von Amgros, der zentralen Einkaufsstelle für die öffentlichen Krankenhäuser, beobachtet und dokumentiert. In vierteljährlichen Marktüberwachungsberichten werden die Entwicklungen der Aufwendungen, untergliedert nach Regionen, ATC-Codes und Diagnosen, dargestellt.</p> <p>Das IRF erarbeitet gemeinsam mit dem Zentrum für Evaluation und HTA (DACEHTA) Empfehlungen zur Verwendung oder Nicht-Verwendung ausgewählter Arzneimittel bzw. Wirkstoffe.</p>
<b>Zielgruppenspezifische Maßnahmen</b>	
Ärzte/ Ärztinnen	<p><u>Vertragsrechtliches:</u></p> <p>» nicht bekannt</p> <p><u>Wirkstoffverordnung:</u></p> <p>» Ärzte/Ärztinnen dürfen nicht mit dem internationalen Wirkstoffnamen (INN) verschreiben. Unabhängig davon, ob ein Originalprodukt, ein Generikum oder ein parallelimportiertes Arzneimittel verordnet wird, muss immer der Handelsname des Arzneimittels angeführt werden.</p> <p><u>Verordnungsrichtlinien:</u></p> <p>» Das IRF erstellt für Ärzte/Ärztinnen Verordnungsrichtlinien, die allerdings nur Empfehlungscharakter haben. Somit können Ärzte/Ärztinnen in medizinisch begründeten Fällen abweichend verordnen. Ärzte/Ärztinnen dürfen auch die Generikasubstitution seitens der Apotheker/innen ausschließen. In diesem Fall sind die Patienten/Patientinnen von der bei Ausschluss von Generikasubstitution üblichen Zuzahlung befreit.</p>



	<p><u>Budgets/Verordnungsmonitoring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Keine Arzneimittelbudgets für Ärzte/Ärztinnen. Eine deutliche Abweichung des Verordnungsverhaltens vom regionalen Durchschnitt kann von der DKMA im Auftrag der Regionen bei den Ärzten/Ärztinnen hinterfragt werden. Ärzte/Ärztinnen können über Ordiprax tagesaktuell ihr eigenes Verordnungsverhalten abrufen und mit der durchschnittlichen Verschreibweise ihrer Kollegen/Kolleginnen in der Region vergleichen.</li> </ul> <p><u>Informationen an die Ärzte/Ärztinnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Das Institut für Rationale Pharmakotherapie (IRF) bietet Ärzten/Ärztinnen – unter anderem auch durch persönliche Besuche ihrer Mitarbeiter/innen – evidenzbasierte, industrieunabhängige Fachinformationen und fördert den Einsatz von Generika. Die DACEHTA organisiert das Erstellen dieser Fachinformationen.</li> </ul>
<p>Apotheker/ Apothekerinnen</p>	<p><u>Generikasubstitution:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Generikasubstitution ist verpflichtend. Gesetzliche Vorgaben legen fest, in welchen Fällen bzw. für welche Produkte (Liste „austauschbarer Arzneimittel“) Generikasubstitution möglich ist; in diesen Fällen müssen die Apotheker/innen die Substitution durchführen.</li> <li>» Generikasubstitution kann auch für nicht-erstattete Arzneimittel durchgeführt werden.</li> <li>» Finanzielle Anreize für die Generikasubstitution gibt es keine.</li> </ul> <p>Die Überprüfung der tatsächlichen Umsetzung der Generikasubstitution kann die DKMA mittels Verbrauchsstatistik nachvollziehen.</p>
<p>Patienten/ Patientinnen</p>	<p>Auf der Website der DKMA wird eine Vielzahl an Informationen, die sich an die Patienten/Patientinnen richten, angeboten. Die Patienten/Patientinnen können die Höhe ihrer Zuzahlungen für Arzneimittel online auf einem „Medizinprofil“ verfolgen und beobachten. (Hintergrund: Ab einer bestimmten Zuzahlungsgrenze werden innerhalb eines Jahres den Patienten/Patientinnen die Arzneimittel zu 100 % erstattet). Patienten/Patientinnen können die Substitution eines Originalpräparates durch ein Generikum oder parallelimportiertes Produkt ohne Angabe von Gründen ablehnen.</p>

	<p>In diesem Fall müssen sie jedoch die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und dem Preis des Arzneimittels zusätzlich zu ihrer sonstigen Zuzahlung zahlen.</p> <p>Das Institut für Rationale Pharmakotherapie veröffentlicht auf seiner Website (<a href="http://www.irf.dk">www.irf.dk</a>) unabhängige Arzneimittelinformation und gibt Empfehlungen ab.</p>
Setting Krankenhaus	<p>Arzneimittel im stationären Bereich werden aus dem Budget des Krankenhauses finanziert; die Spitalsmanager verfügen über ein eigenes Budget für den Kauf von Arzneimitteln. Öffentliche Krankenanstalten organisieren die Beschaffung von Arzneimitteln gemeinsam über die Einkaufsstelle AMGROS, die auf Basis von Empfehlungen der regionalen Arzneimittelkomitees agiert.</p> <p>Das Verschreibeverhalten der Ärzte/Ärztinnen im Krankenhaus wird von den Krankenhausapothekern/-apothekerinnen beobachtet.</p>
<b>Weitere Aktivitäten zur Förderung der rationalen Arzneimitteltherapie</b>	
Initiative	Übersichtlicher, leicht verständlicher Vergleich von Arzneimitteln (nur in dänischer Sprache) unter: <a href="http://www.medicinmedfornuft.dk">www.medicinmedfornuft.dk</a>

Quellen: GÖG/ÖBIG 2008, ÖBIG 2006b, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH 2008, PPRI 2007a, PPRI 2008c, GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen

# Fact Sheet Rationale Arzneimitteltherapie — Deutschland

Rechtlicher Rahmen	<p>Das Gesundheitssystem wird überwiegend aus Versicherungsbeiträgen finanziert, die zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden. In Deutschland besteht Versicherungspflicht, aber keine Pflichtversicherung.</p> <p>Der Großteil der deutschen Bevölkerung ist in der <u>Gesetzlichen Krankenversicherung</u> (GKV) versichert, deren Beiträge sich an der Einkommenshöhe der Versicherten orientieren. Familienmitglieder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert werden. Etwa 10,5 % der Bevölkerung sind <u>privat krankenversichert</u>.</p> <p>Grundsätzlich werden – bis auf wenige Ausnahmen – alle rezeptpflichtigen Arzneimittel erstattet. Auf einer Negativliste werden jene Arzneimittel angeführt, die von der Erstattung ausgeschlossen sind.</p> <p><u>Zentrale Akteure im deutschen Arzneimittelsystem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>» die Krankenkassen: sind Zahler und als solche an wichtigen Verhandlungen beteiligt;</li><li>» das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das den rechtlichen Rahmen für Herstellung, Zulassung, Vertrieb und Überwachung von Arzneimitteln gestaltet;</li><li>» der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA): ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Krankenanstalten und Krankenkassen. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden;</li><li>» die Verbände und Interessengruppen der Leistungsanbieter (Ärzte/Ärztinnen, Pharmaindustrie etc.).</li></ul> <p><u>Die zentralen rechtlichen Grundlagen im Arzneimittelwesen sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Arzneimittelgesetz (AMG),</li><li>» Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG),</li><li>» Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV).</li></ul> <p>Bereits 1989 führte Deutschland mit dem Festbetragssystem ein Referenzpreissystem ein; seit 2002 gilt die Aut-idem-Regelung.</p>
--------------------	--

Stelle(n) zum Arzneimittelmonitoring („Observatorien“)	
Name	<p>Die Verantwortung für das Arzneimittelmonitoring obliegt den Krankenkassen, wobei das <b>Wissenschaftliche Institut der deutschen Ortskrankenkassen (WIdO)</b> mit dem GKV-Arzneimittelindex (siehe unten) wichtige Unterstützungsleistungen erbringt.</p> <p>Der Bund bzw. das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) führt kein Verbrauchsmonitoring durch. Eine nachgeordnete Behörde des BMG, das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation), ist jedoch beauftragt, eine umfangreiche Arzneimitteldatenbank zu entwickeln, in der in einem ersten Schritt regulatorische Informationen (z. B. Beipackzettel) und die Preise der Arzneyspezialitäten erfasst werden. In einem zweiten Schritt ist angedacht, diese Informationen um die Mengenkompente, also um eine Verbrauchsstatistik, zu erweitern.</p>
Internet	<a href="http://wido.de/arzneimittel.html">http://wido.de/arzneimittel.html</a>
Aufgaben	Mit Hilfe des GKV-Arzneimittelindex wird die Entwicklung der Arzneiverordnungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung kontrolliert. Damit sollen die Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt verbessert und bedarfsgerechte und wirtschaftliche Arzneiverordnungen gewährleistet werden.
Instrumente/ Tools	<p>Der GKV-Arzneimittelindex bildet die Arzneimittelausgaben, die Preis- und Verbrauchsentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Die Darstellung erfolgt nach ATC-Gruppen (wobei die deutsche Systematik ein wenig von jener der WHO abweicht) und nach definierten Tagesdosen (DDD).</p> <p>Für eine individuelle Arzneimittelberatung der Kassenärzte/-ärztinnen steht ein EDV-Programm namens pharmPro zur Verfügung, mit dem die Beratungsapotheker/innen der Kassen die aktuelle Verordnungssituation und neue pharmakologische Erkenntnisse direkt in die Arztpraxen tragen.</p>
Berichte	Die zentrale industrieunabhängige wissenschaftliche Publikation ist der jährlich erscheinende <b>Arzneiverordnungs-Report</b> über die vertragsärztlichen Arzneiverordnungen. Darin werden seit nunmehr 25 Jahren die Ursachen für die teilweise massiv steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen analysiert. Der Arzneiverordnungs-Report enthält jährlich ungefähr 50 arzneitherapeutische und vier marktbezogene Kapitel über die 3.000 führenden Präparate des deutschen Arzneimittelmarktes, auf die 96 % aller Verordnungen entfallen.

	<p>Wo immer möglich, werden Arzneimittel nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin beurteilt. Das Projekt GKV-Arzneimittelindex im WIdO unterstützt dieses Standardwerk sowohl mit den Verordnungs- und Klassifikationsdaten als auch mit eigenen Beiträgen.</p> <p>Der Arzneiverordnungs-Report, der zu einer verbesserten Markt- und Kostentransparenz beitragen will, bietet Ärzten/Ärztinnen eine wichtige Entscheidungshilfe in der Pharmakotherapie.</p>
<b>Zielgruppenspezifische Maßnahmen</b>	
<p>Ärzte/ Ärztinnen</p>	<p><u>Vertragsrechtliches:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Dachorganisation der 17 <u>Kassenärztlichen Vereinigungen</u> unter Aufsicht des <u>Bundesministeriums für Gesundheit</u> schließt die sogenannten Bundesmantelverträge ab. Diese Verträge regeln als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge die (vertrags-)ärztliche Versorgung (unter anderem zur Vereinbarung „des <u>Einheitlichen Bewertungsmaßstabs</u>“, der <u>Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit</u> und der Einzelheiten der ärztlichen <u>Kassenabrechnung</u>).</li> </ul> <p>Den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gehören in Deutschland automatisch alle Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen an, die zur ambulanten Behandlung von Versicherten der <u>Gesetzlichen Krankenversicherungen</u> zugelassen oder ermächtigt sind. Zahnärzte/-ärztinnen sind in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) vertreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Kassenärzte/-ärztinnen sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln Preisvergleiche anstellen und günstige Arzneimittel verordnen. Sie können auf dem Rezept die Abgabe eines preisgünstigeren wirkstoffgleichen Arzneimittels anstelle des verordneten Produktes seitens der Apotheker/innen ausschließen.</li> </ul> <p><u>Wirkstoffverordnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» ist erlaubt, aber nicht verpflichtend.</li> </ul> <p><u>Verordnungsrichtlinien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Es gelten verpflichtende Verordnungs- und Behandlungsrichtlinien. Der „Gemeinsame Bundesausschuss“ gibt evidenzbasierte medizinische Leitlinien heraus, denen der Charakter untergesetzlicher Normen zukommt.</li> </ul>

Ärzte/  
Ärztinnen

- » Das heißt, sie gelten verbindlich für die gesetzlichen Krankenkassen und deren Versicherte für die behandelnden Ärzte/Ärztinnen sowie andere Leistungserbringer. Sollten Richtlinien nicht eingehalten werden, müssen Leistungserbringer Abschläge in der Vergütung in Kauf nehmen.
- » Die Richtlinien werden je nach Bedarf aktualisiert.

Budgets/Verordnungsmonitoring:

- » Aktuell keine Arzneimittelbudgets für Ärzte/Ärztinnen. Das Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (kurz: Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG) von 2001 schaffte die bis Ende 2001 geltenden Budgets für die Ausgaben von Arznei-, Verband- und Heilmitteln aller Vertragsärzte/-ärztinnen einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.
- » Deutschland kannte von 1993 bis 2001 Arzneimittelbudgets für Ärzte/Ärztinnen, die allerdings im Laufe der Zeit unterschiedlich ausgestaltet waren (regionale Budgets, unterschiedliche Verbindlichkeit inkl. Sanktionen bei Überschreitung der Budgets).
- » Das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz ersetzt die Budgets durch Arzneimittel-Zielvereinbarungen, die sich auf Ausgabenvolumina beziehen. Diese Zielvereinbarungen werden zwischen den Krankenkassen und den 23 Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen und müssen von den KV umgesetzt werden. Dazu ermittelt die KV für die einzelne Kassenarztpraxis jeweils eine individuelle Richtgröße für das Verordnungsvolumen.
- » Für einzelne Facharztgruppen gelten außerdem spezifische Richtgrößen. Zur Unterstützung der Ärzte/Ärztinnen hinsichtlich der Einhaltung ihrer Richtwerte informieren Kassen und KV diese über preisgünstige und verordnungsfähige Arzneimittel und deren therapeutischen Nutzen.
- » Die aktuellen Arzneimittel-Zielvereinbarungen sind mit Sanktionen verbunden. Bei Überschreitung im Ausmaß von mehr als 25 % müssen die Ärzte/Ärztinnen Rückzahlungen leisten.

Informationen an die Ärzte/Ärztinnen:

- » Div. Berichte auf der Homepage des Ministeriums
- » Verschiedene Ärztezeitschriften

Apotheker/ Apothekerinnen	<p><u>Generikasubstitution:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Apotheker/innen sind verpflichtet, wirkungsgleiche, aber preisgünstigere Arzneimittel abzugeben, wenn der Arzt / die Ärztin statt des Handelsnamens den Wirkstoff verschrieben hat oder sofern der Arzt / die Ärztin nicht explizit die Generikasubstitution ausgeschlossen hat ("Aut-idem-Regelung").</li> <li>» Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis (inkl. Umsatzsteuer) um mindestens dreißig Prozent unter dem Festbetrag (= erstatteter Betrag seitens der Krankenkassen) liegt, können von den Spitzenverbänden der Krankenkassen von der Selbstbeteiligung befreit werden. In der Regel wird die Befreiung von der Zuzahlung bei fast allen Arzneimitteln, bei denen dies möglich ist, angewandt. Die Apotheker/innen stehen dieser Zuzahlungsbefreiung eher negativ gegenüber, da diese für sie Einbußen bei den Spannen bedeuten.</li> </ul>
Patienten/ Patientinnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Auf diversen Internet-Portalen (z. B. <a href="http://www.gelbe-liste.de">www.gelbe-liste.de</a>) werden Informationen für Patienten und Patientinnen angeboten. Allerdings wurde niemals eine an die Patienten/Patientinnen gerichtete Informationskampagne gestartet.</li> <li>» Seit Jänner 2004 gibt es in der Bundesregierung eine Beauftragte für die Belange der Patienten/Patientinnen.</li> </ul>
Setting Krankenhaus	Seit 2004 müssen die Krankenanstalten den Arzneimittelverbrauch dokumentieren.
<b>Weitere Aktivitäten zur Förderung der rationalen Arzneimitteltherapie</b>	
Initiativen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gibt laufend Therapieempfehlungen ab.</li> <li>» Es werden von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Therapie-Symposien abgehalten.</li> <li>» Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) veröffentlicht.</li> </ul>

Quellen: BKK Bundesverband 2007, ÖBIG 2006b, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH 2008, PPRI 2008b, PPRI 2008c, Schröder, H. et al. 2006, Schwabe, U., Paffrath, D. 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen

# Fact Sheet Rationale Arzneimitteltherapie — Frankreich

Rechtlicher Rahmen	<p>Frankreich verfügt über ein allgemeines Sozialversicherungssystem für den Großteil der unselbstständig Beschäftigten (85 % der Bevölkerung), parallel dazu bestehen Sozialversicherungssysteme für bestimmte Bevölkerungsgruppen.</p> <p>Die Sozialversicherungsträger sind zentrale Akteure im französischen Arzneimittelsystem. Sie sind für die Erstattung von Arzneimitteln, aber auch für zahlreiche Maßnahmen eines rationalen Arzneimitteleinsatzes zuständig. Daneben spielen Krankenversicherungen auf Gegenseitigkeit („Mutualités“) eine wichtige Rolle (in Frankreich werden Arzneimittel nach dem Kostenerstattungsprinzip vergütet; Patienten/Patientinnen reichen die Rechnungen bei der Sozialversicherung bzw. sogenannten Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit ein).</p> <p>Regelmäßig werden Reformen betreffend die Organisation der Sozialversicherung bzw. das Sozialversicherungsrecht durchgeführt. Die letzte größere Reform 2004 diente der Stärkung der Sozialversicherung und führte zur Neuorganisation des Dachverbandes (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, UNCAM).</p> <p><u>Die zentralen rechtlichen Grundlagen im Arzneimittelwesen sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Gesetzbuch für öffentliche Gesundheit (Code de la Santé Publique, CSP)</li> <li>» Sozialversicherungsgesetzbuch (Code de la Sécurité Sociale, CSS)</li> </ul> <p>Ergänzend zur gesetzlichen Basis schließt der Staat Verträge mit Berufsgruppen (z. B. mehrjährige Rahmenverträge mit der Pharma-Industrie; Verträge mit Ärzten/Ärztinnen — siehe unten) ab.</p>
<b>Stelle(n) zum Arzneimittelmonitoring („Observatorien“)</b>	
Name	Zurzeit gibt es kein offizielles „Observatorium“. Eine solches war geplant und eine Zeit lang (rund um Jahrtausendwende) als eine Abteilung der französischen Arzneimittelagentur tätig („Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments“).
Internet	Website der AFSSAPS (Arzneimittelagentur): <a href="http://www.afssaps.fr/">http://www.afssaps.fr/</a> Website/Portal der Sozialversicherung: <a href="http://www.ameli.fr">http://www.ameli.fr</a>
Aufgaben	» Das geplante „Observatorium“ der Arzneimittelagentur hätte regelmäßig Berichte zum Arzneimitteleinsatz und -verbrauch, z. B. in



	<p>einzelnen Indikationsgruppen, erstellen und diese mittels Informationskampagnen der Öffentlichkeit nahebringen sollen.</p> <p>» Die Sozialversicherung betreibt das Monitoring des Arzneimittelverbrauches und der Ausgaben im Erstattungsmarkt.</p>
Instrumente/ Tools	<p>Die IT-Systeme und Tools der Sozialversicherung wurden in den letzten Jahren stark ausgebaut. Diese bieten folgende Möglichkeiten (stets bezogen auf den Erstattungsmarkt):</p> <p>» Informationsleistungen (z. B. Preisdaten)</p> <p>» „Mon compte ameli“: Konto für Patienten/Patientinnen – siehe unten</p> <p>» Möglichkeit, das Ordnungsverhalten der Ärzte/Ärztinnen zu beobachten und die „Vielverschreiber/innen“ zu identifizieren</p> <p>» Die Sozialversicherung veröffentlicht auf Basis dessen jährlich die Ausgaben für alle von ihr erstatteten Arzneimittel.</p>
Berichte	<p>Publiziert wurden Berichte der Arzneimittelagentur zu Verordnung und Verbrauch von</p> <p>» Antidepressiva, Antibiotika (1998)</p> <p>» Vasodilatoren (1999)</p> <p>» Arzneimitteln gegen Asthma (2001)</p> <p>Siehe <a href="http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Rapports-et-syntheses">http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Rapports-et-syntheses</a></p> <p>Insbesondere die ersten Berichte waren von Info-Kampagnen an die Öffentlichkeit begleitet; ab 2003 wurden keine weiteren Berichte, in denen der Verbrauch in bestimmten Arzneimittelgruppen analysiert wurde, publiziert.</p>
<b>Zielgruppenspezifische Maßnahmen</b>	
Ärzte/ Ärztinnen	<p><u>Vertragsrechtliches:</u></p> <p>» Die Ärztekammern schließen mit der Sozialversicherung Rahmenverträge. Der letzte Rahmenvertrag datiert vom Februar 2005 und wurde im Gesetzbuch veröffentlicht.</p> <p>» Mit diesem Rahmenvertrag wurde eine neue Organisationsform für die niedergelassenen praktischen Ärzte/Ärztinnen eingeführt, nämlich ein „Gatekeeper-System“, d. h. der/die praktische Arzt/Ärztin (médecin traitant) überweist an den/die Facharzt/-ärztin (médecin correspondant).</p> <p>» Der Rahmenvertrag forciert Richtlinien für eine rationale Arzneimitteltherapie (z. B. Vorgaben zum Arzneimitteleinsatz in bestimmten</p>

Ärzte/ Ärztinnen	<p>Indikationen, kostenwirksame Verordnung).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ärzte/Ärztinnen werden angehalten, das kostengünstigste Arzneimittel aus mehreren therapeutischen Alternativen zu verordnen.</li> <li>» Ergänzend zum Rahmenvertrag zwischen der Sozialversicherung und der Ärztevertretung, der weiterhin gültig ist, hat 2009 die Sozialversicherung begonnen, erstmals individuelle Verträge mit den Ärzten/Ärztinnen (nur mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen) abzuschließen. Dies stellte sich als erfolgreiche Initiative heraus; mittlerweile haben rund 10.000 Ärzte/Ärztinnen unterschrieben. Diese individuellen Verträge enthalten spezifische Verpflichtungen hinsichtlich einer rationalen Verschreibeweise.</li> </ul>
	<p><u>Wirkstoffverordnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Lt. Abkommen vom 5. 6. 2002 werden die Ärzte/Ärztinnen angehalten, Arzneimittel mit dem Wirkstoffnamen anstelle des Handelsnamens zu verschreiben. Verpflichtend ist die Wirkstoffverordnung allerdings nicht.</li> </ul> <p><u>Verordnungsrichtlinien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Die Sozialversicherung erlässt Verordnungs- und Behandlungsrichtlinien, allerdings nur mit Empfehlungscharakter.</li> <li>» Mittels Sozialversicherungsgesetz 2004 wurde die HAS (Haute Autorité de Santé) verpflichtet, für alle 30 Indikationen, deren Behandlung von der Sozialversicherung zur Gänze erstattet wird, Richtlinien zu entwickeln. Im Jahr 2008 wurde die Erstellung abgeschlossen; alle 30 Richtlinien wurden publiziert. Die HAS erarbeitet nun weitere Richtlinien (z. B. zu Hautkrebs gemeinsam mit dem französischen Institut für Krebsforschung).</li> </ul> <p><u>Budgets/Verordnungsmonitoring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Keine Arzneimittelbudgets für Ärzte/Ärztinnen</li> <li>» Monitoring der Verordnungen der Ärzte/Ärztinnen seitens der Sozialversicherung</li> </ul> <p><u>Informationen an die Ärzte/Ärztinnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Die französische Sozialversicherung schickt seit 2003 eigene Referenten/Referentinnen (Délégués d'Assurance Maladie, DAM) zu den Vertragsärzten/-ärztinnen.</li> </ul> <p><u>Diese erfüllen folgende Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Beratung über Regelungen der Sozialversicherung</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Beratung zur Verbesserung bei der Behandlung von langandauernden Krankheiten</li> </ul> <p>Im Jahr 2008 absolvierten die DAM 62.000 Besuche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Schriftliche Zusendungen der Sozialversicherung (z. B. „Mes Molécules“)</li> </ul>
Apotheker/ Apothekerinnen	<p><u>Generikasubstitution:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Generikasubstitution: ist erlaubt, aber nicht verpflichtend.</li> <li>» Finanzieller Anreiz zur Förderung der Generikasubstitution / Abgabe von Generika: Apotheker/innen erhalten als Vergütung den gleichen Betrag absolut (in €) wie bei der Abgabe des Originalpräparates (d. h. die Spanne wird vom Preis des wirkstoffgleichen Originalpräparates errechnet).</li> <li>» Der nationale Vertrag der Sozialversicherung mit den Apothekenvertretungen vom 25. 6. 2006 schreibt bestimmte Substitutionsraten für die Apotheker/innen fest.</li> </ul>
Patienten/ Patientinnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Die Sozialversicherung führt regelmäßig Informationskampagnen (z. B. über Massenmedien wie TV) für die Bevölkerung durch. Über ein Info-Portal auf der Website der Sozialversicherung sollen die Patienten/Patientinnen angesprochen werden.</li> <li>» Die Sozialversicherung kann die Entwicklung der Verordnungen der erstatteten Arzneimittel pro Patient/in verfolgen.</li> <li>» Auf der Website der Sozialversicherung haben Patienten/Patientinnen Zugang zu einem persönlichen Konto („mon compte ameli“), das zeigt, welche erstattungsfähigen Arzneimittel ihnen verordnet wurden. Bei Zustimmung der Patienten/Patientinnen können die Ärzte/Ärztinnen auch auf dieses Konto zugreifen.</li> <li>» Berichte zur Entwicklung von Verordnungen bzw. des Verbrauchs in einzelnen Arzneimittelgruppen (rund um Jahrtausendwende, siehe oben) waren von Info-Kampagnen begleitet.</li> </ul>
Setting Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Die Sozialversicherung schließt seit einiger Zeit auch Verträge mit den Krankenanstalten ab, u.a. um das Ordnungsverhalten zu ändern. So sollen die Krankenhausärzte/-ärztinnen dazu angehalten werden, die Behandlung mit den Arzneimitteln zu beginnen, die in den Apotheken im niedergelassenen Sektor verfügbar sind.</li> <li>» Finanzierung bestimmter krankenhausexklusiver Arzneimittel durch die Sozialversicherung: Anstaltsapotheken in öffentlichen Spitälern dürfen bestimmte Arzneimittel (eigene Liste) an ambulante Patienten/Patientinnen abgeben und diese mit der Sozialversicherung abrechnen.</li> </ul>

### **Allfällige weitere Aktivitäten zur Förderung der rationalen Arzneimitteltherapie**

<b>Initiative</b>	» Eine zukünftige Regionalisierung (zur Zeit der Berichtlegung wurde das Gesetz im Parlament diskutiert) könnte sich auf Maßnahmen der rationalen Arzneimitteltherapie auswirken.
-------------------	---

Quellen: ÖBIG 2006b, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH 2008, PPRI 2008a, PPRI 2008c; GÖG/ÖBIG eigene Erhebungen (darunter ein Interview mit einem Vertreter der Sozialversicherung)

# Fact Sheet Rationale Arzneimitteltherapie — Italien

Rechtlicher Rahmen	<p>In Italien wird die Gesundheitsversorgung durch den nationalen Gesundheitsdienst SSN (Servizio Sanitario Nazionale) bereitgestellt. Infolge der Regionalisierung nach der Jahrtausendwende spielen neben der nationalen und der lokalen Ebene die 21 Regionen Italiens eine wichtige Rolle bei Entscheidungen über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen.</p> <p>Die italienische Arzneimittelagentur AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) wurde 2004 gegründet und mit umfassender Kompetenz im Arzneimittelwesen ausgestattet, die von der Zulassung, Preisbildung, Erstattung, Vigilanz bis zur rationalen Arzneimitteltherapie reicht.</p> <p>Die rechtliche Grundlage verteilt sich auf zahlreiche Gesetze; in den letzten Jahren wurde eine Reihe von Kostendämpfungsmaßnahmen beschlossen. Im Jahr 2001 führte Italien ein Referenzpreissystem ein.</p>
<b>Stelle(n) zum Arzneimittelmonitoring („Observatorien“)</b>	
Name	Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED) / Nationales Observatorium über den Einsatz von Arzneimitteln
Internet	Auf der Website der AIFA: <a href="http://www.agenziafarmaco.it/ATTIVITA_EDITORIALE/gotopage_section318e.html?target=%A7ion_code=AIFA_PUB_RAP_OSMED">http://www.agenziafarmaco.it/ATTIVITA_EDITORIALE/gotopage_section318e.html?target=%A7ion_code=AIFA_PUB_RAP_OSMED</a>
Aufgaben	<p>Das Observatorium wurde auf Basis des Finanzgesetzes 1998 eingerichtet. Es ist seit 2000 tätig und mit folgenden Aufgaben betraut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Daten zum Verbrauch von Arzneimitteln zu sammeln,</li> <li>» den Verbrauch von Arzneimitteln zu untersuchen (z. B. Auswirkungen von Maßnahmen) und mit anderen Ländern zu vergleichen,</li> <li>» Monitoring und systematische Analysen vorzunehmen,</li> <li>» Informationsarbeit zu leisten und</li> <li>» Maßnahmen für einen verbesserten Verbrauch zu entwickeln.</li> </ul> <p><u>Konkrete aktuelle Tätigkeiten umfassen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Monatliche Erhebungen der Verbrauchs- und Ausgabendaten von erstattungsfähigen Arzneimitteln (Sammlung der Daten, die von den Apotheken über die Regionen an das Observatorium weitergeleitet werden) und Aufbereitung nach bestimmten Indikatoren</li> <li>» Jährliche Berichte</li> </ul>

Instrumente/ Tools	<ul style="list-style-type: none"> <li>» IT-Ausstattung der AIFA zum Monitoring des Arzneimittelverbrauchs und der Ausgaben</li> <li>» Projekt zur Nachverfolgung von Arzneimitteln (siehe unten)</li> </ul>
Berichte	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Jährliche Berichte zum Arzneimittelverbrauch in Italien (auch in englischer Sprache) werden auf der Website der AIFA publiziert.</li> </ul>
<b>Zielgruppenspezifische Maßnahmen</b>	
Ärzte/ Ärztinnen	<p><u>Vertragsrechtliches:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vertragsärzte/-ärztinnen sind relativ frei in ihrem Verordnungsverhalten.</li> </ul> <p><u>Wirkstoffverordnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verordnung des Wirkstoffnamens – ist erlaubt, aber nicht verpflichtend.</li> <li>» Ärzte/Ärztinnen sind verpflichtet, bei der Verordnung von patentfreien Arzneimitteln die Patienten/Patientinnen auf die kostengünstigste Alternative hinzuweisen.</li> </ul> <p><u>Verordnungsrichtlinien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Nationales Richtlinien-Programm (Piano Nazionale Linee Guida, <a href="http://www.pnlg.it">www.pnlg.it</a>): <ul style="list-style-type: none"> <li>» In einer Datenbank werden internationale, nationale und regionale Richtlinien gesammelt.</li> <li>» Angebot von Weiterbildungsmaßnahmen</li> </ul> </li> <li>» Erarbeitung von Empfehlungen für EBM</li> <li>» Verordnungsrichtlinien („Note“): Seitens der AIFA werden verpflichtende Verordnungsrichtlinien erlassen. Falls ein Arzneimittel der Klasse A (d. h. mit 100-% iger Erstattung) in einer anderen Indikation als in den „Note“ empfohlen verordnet wird, wird es nicht erstattet.</li> </ul> <p><u>Budgets/Verordnungsmonitoring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Keine Arzneimittelbudgets für Ärzte/Ärztinnen</li> <li>» Das Ordnungsverhalten der Ärzte/Ärztinnen wird von den Regionen und lokalen Gesundheitsbehörden beobachtet; es bestehen allerdings keine finanziellen Sanktionen.</li> <li>» Allgemeine „Arzneimittelbudgets“ legen pro Jahr fest, wie viel des Gesundheitsbudgets für Arzneimittel (inkl. der Ausgaben im stationären Sektor) ausgegeben werden darf. Im Falle einer Überschrei-</li> </ul>

<p>Ärzte/ Ärztinnen</p>	<p>tung tragen die erhöhten Ausgaben zu 60 % die Pharma-Unternehmen und zu 40 % die Regionen. In den 1990er Jahren waren Rückzahlungen vorgesehen; diese wurden von der Industrie vor Gericht erfolgreich angefochten. Aufgrund dieser Erfahrungen setzte die Arzneimittelagentur in den letzten Jahren die „Rückzahlungen“ der Industrie in Form von Preiskürzungen durch.</p> <p><u>Informationen an die Ärzte/Ärztinnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Auf der Website der AIFA (z. B. Datenbanken)</li> <li>» Schriftliche Zusendungen (Brief an die Ärzte/Ärztinnen: „Gentile Dottore“)</li> <li>» Telefon-Hotline (Farmaci-line) der Arzneimittelagentur kann auch von Ärzten/Ärztinnen in Anspruch genommen werden.</li> </ul>
<p>Apotheker/ Apothekerinnen</p>	<p><u>Generikasubstitution:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Generikasubstitution: ist erlaubt, aber nicht verpflichtend.</li> </ul>
<p>Patienten/ Patientinnen</p>	<p>Regelmäßige Kampagnen, meist von bzw. unter Leitung der Arzneimittelagentur AIFA. Aktuell laufen folgende Kampagnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Kampagne zu Antibiotika („Antibiotici si, ma con cautela“ – Ja zu Antibiotika, aber Achtung), <a href="http://www.agenziafarmaco.it/COMUNICAZIONE/campagna_antibiotici.htm">http://www.agenziafarmaco.it/COMUNICAZIONE/campagna_antibiotici.htm</a></li> <li>» Kampagne mit zwei Zielen: 1. Vernünftiger Einsatz von Arzneimitteln 2. Förderung gleichwertiger Arzneimittel („Usa bene i farmaci. Farmaci equivalenti un vantaggio per tutti“), <a href="http://www.agenziafarmaco.it/COMUNICAZIONE/section3ed2.html?target=&amp;area_tematica=COMUNICAZIONE&amp;section_code=AIFA_CAMP_FARM_EQUIV&amp;cache_session=false">http://www.agenziafarmaco.it/COMUNICAZIONE/section3ed2.html?target=&amp;area_tematica=COMUNICAZIONE&amp;section_code=AIFA_CAMP_FARM_EQUIV&amp;cache_session=false</a></li> </ul> <p>Die Website der Arzneimittelagentur AIFA stellt Informationen für Patienten/Patientinnen bereit.</p> <p>Die AIFA betreibt eine Telefon-Hotline (Farmaci-line) für Patienten/Patientinnen und für Angehörige von Gesundheitsberufen.</p>
<p>Setting Krankenhaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Im Rahmen des Projektes zur Nachverfolgung von Arzneimitteln (siehe unten) sind die Pharma-Unternehmen seit 2002 gesetzlich verpflichtet, die Arzneimittellieferungen an die Krankenanstalten inkl. der Preise monatlich zu melden.</li> <li>» Die Pharma-Unternehmen müssen bei Belieferung der öffentlichen Krankenanstalten dem Nationalen Gesundheitsdienst Rabatte gewähren.</li> </ul>

#### Allfällige weitere Aktivitäten zur Förderung der rationalen Arzneimitteltherapie

Initiativen	<ul style="list-style-type: none"><li>» Projekt zur Nachverfolgung von Arzneimitteln (Progetto Tracciabilità del Farmaco): Aufbau einer zentralen Datenbank zur Nachverfolgung aller am Markt befindlichen Arzneimittelpackungen, siehe <a href="http://www.ministerosalute.it/tracciabilita/tracciabilita.jsp">http://www.ministerosalute.it/tracciabilita/tracciabilita.jsp</a></li><li>» Projekt „Monitoring von Arzneimitteln“ („Farmaci sottoposto a monitoraggio“) für bestimmte Arzneimittelgruppen (z. B. Orphan Drugs, HIV-Mittel, Antidiabetika, Herz-Kreis-Mittel etc.), siehe <a href="http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it/">http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it/</a></li></ul>
-------------	---

Quellen: ÖBIG 2006b, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH 2008, PPRI 2007b, PPRI 2008c; GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen



# Fact Sheet Rationale Arzneimitteltherapie — Die Niederlande

Rechtlicher Rahmen	<p>Das niederländische Gesundheitssystem basiert auf dem Sozialversicherungsprinzip. Es herrscht allgemeine Versicherungspflicht für medizinische Grundleistungen bei freier Wahl der Versicherungsgesellschaft. Der Umfang des Standard-Leistungspakets ist gesetzlich geregelt. Die Versicherungsgesellschaften konkurrieren untereinander: Die Versicherten dürfen einmal pro Jahr den Anbieter wechseln; die Anbieter dürfen keine Personen aus ihrem Einzugsgebiet ablehnen. Die Ausgestaltung des Standard-Leistungspakets (als Sachleistungen, Kostenerstattung oder eine Kombination) steht den Versicherungen frei.</p> <p>Die Gesundheitsleistungen werden aus drei verschiedenen Quellen finanziert. Die erste Säule, die Allgemeine Versicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ), ist eine allgemeine Pflichtversicherung für alle Einwohner/innen. Daneben gibt es die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Knapp zwei Drittel der Niederländer/innen sind in einer der gesetzlichen Krankenversicherungen pflichtversichert.</p> <p><u>Die zentralen rechtlichen Grundlagen im Arzneimittelwesen sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Arzneimittelpreissetz (Wet Geneesmiddelen Prijzen, WGP) vom 25. Jänner 1996</li> <li>» Arzneimittelversorgungsgesetz (Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, WOG), vom 28. Juli 1958, i.d.F. von 30. Mai 2006</li> <li>» Krankenversicherungsgesetz (Zorgverzekeringswet, ZVW)</li> </ul> <p>Als eines der ersten europäischen Länder führten die Niederlande 1991 ein Referenzpreissystem ein.</p>
<b>Stelle(n) zum Arzneimittelmonitoring („Observatorien“)</b>	
Name	Die Stiftung für Arzneimittelstatistik (Stichting Farmaceutische Kengedallen, SFK) beobachtet die Arzneimittelausgaben.
Internet	<a href="http://www.sfk.nl/algemeen/english.html">http://www.sfk.nl/algemeen/english.html</a>
Aufgaben	<p><u>Die SFK:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» sammelt Daten zur Entwicklung der Arzneimittelausgaben,</li> <li>» stellt diese übersichtlich dar,</li> <li>» veröffentlicht jährliche Berichte.</li> </ul>

Instru- mente/ Tools	EDV-Unterstützung bietet eine Verordnungssoftware (Elektronisch Voorschrijf Systeem, EVS).
Berichte	Die SFK publiziert jährlich einen Bericht zum Arzneimittelverbrauch („Data en Feiten“ / „Daten und Fakten“).
<b>Zielgruppenspezifische Maßnahmen</b>	
Ärzte/ Ärztinnen	<p><u>Vertragsrechtliches:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Seit dem neuen Krankenversicherungsgesetz 2006 können die Kassenkassen Verträge mit den Ärzten/Ärztinnen abschließen.</li> </ul> <p><u>Wirkstoffverordnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Wirkstoffverordnung: ist erlaubt, aber nicht verpflichtend. D. h. die Ärzte/Ärztinnen dürfen Arzneimittel mit dem internationalen Wirkstoffnamen verordnen, müssen dies aber nicht.</li> <li>» Allerdings wird die Wirkstoffverordnung seitens einer Verordnungssoftware (Elektronisch Voorschrijf Systeem, EVS), die von der Mehrzahl der Ärzte/Ärztinnen verwendet wird, unterstützt. Dabei wird der vom Arzt / von der Ärztin eingegebene Handelsname automatisch in den Wirkstoffnamen umgewandelt.</li> </ul> <p><u>Verordnungsrichtlinien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verordnungs- und Behandlungsrichtlinien bestehen.</li> </ul> <p><u>Budgets/Verordnungsmonitoring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Kein Arzneimittelbudget für Ärzte/Ärztinnen</li> </ul> <p><u>Informationen an die Ärzte/Ärztinnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Nicht bekannt</li> </ul>
Apothe- ker/ Apotheke- rinnen	<p><u>Generikasubstitution:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Generikasubstitution: ist erlaubt, aber nicht verpflichtend.</li> <li>» Jahrelang wurde die Generikasubstitution durch einen finanziellen Anreiz für die Apotheker/innen gefördert. Die Apotheker/innen durften ein Drittel des durch die Substitution eingesparten Betrags behalten. Dieser finanzielle Anreiz wurde 2004 abgeschafft.</li> <li>» Stattdessen haben die Apotheker/innen in einem Vertrag zwischen dem Gesundheitsministerium, der Apothekenvereinigung, dem</li> </ul>

Patienten/ Patientin- nen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Dachverband der Krankenkassen und dem Verband der Generika-hersteller ihre Bereitschaft festgehalten, weiterhin – wo möglich – Originalpräparate durch Generika oder parallelimportierte Arzneimittel zu substituieren. Tatsächlich sind die Substitutionsraten unverändert hoch geblieben.</li> <li>» Auf der Website <a href="http://www.medicijnkosten.nl">www.medicijnkosten.nl</a> finden Patienten/Patientinnen Informationen über die aktuellen Preise eines Arzneimittels.</li> <li>» Patientenvertretungen werden im Rahmen von geplanten Änderungen (z. B. Reformvorschlag des Dachverbands der Krankenkassen zur Modernisierung des Erstattungssystems) gemeinsam mit anderen Akteuren eingeladen, ihre Positionen vorzubringen.</li> </ul>
Setting Kranken- haus	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Generell werden Arzneimittel, die im Krankenhaus abgegeben werden, aus dem Krankenhausbudget auf Basis einer Art DRG-System (leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) vergütet.</li> <li>» Allerdings gibt es zwei Gruppen von Arzneimitteln, deren Einsatz im Krankenhaus von der Sozialversicherung extra abgegolten wird: nämlich neue kostenintensive Arzneimittel und Arzneimittel für seltene Krankheiten. <ul style="list-style-type: none"> <li>» Neue, kostenintensive Arzneimittel werden zu 80 % von der Sozialversicherung vergütet, während die verbleibenden 20 % aus dem Krankenhausbudget zu tragen sind. Hintergrund für den „Eigenanteil“ der Krankenanstalten ist, dass mit dieser Mitverantwortung ein möglichst effizienter Einsatz der Arzneimittel erreicht werden soll.</li> <li>» Arzneimittel für seltene Krankheiten („Orphan Drugs“) werden zu 100 % von der Sozialversicherung vergütet.</li> </ul> </li> <li>» Das Arzneimittelbudget in den Krankenanstalten wird entweder von dem/der Krankenhausapotheker/in oder dem/der jeweiligen Oberarzt/-ärztin der Abteilung verwaltet. Mit dieser Regelung wird auch die Verantwortung für einen effizienten Einsatz von Arzneimitteln personenspezifisch zugeordnet.</li> </ul>

#### Weitere Aktivitäten zur Förderung der rationalen Arzneimitteltherapie

Initiative	<p>„Preferential Pricing“: Versicherungen verfolgen eine „Präferenzstrategie“ in Hinblick auf Generika, bei der sie für bestimmte Wirkstoffe, bei denen es ausreichend generische Alternativen gibt, Ausschreibungen durchführen und für einen bestimmten Zeitraum nur mit dem günstigsten Preis angebotene Arzneimittel erstatten. Die übrigen Arzneimittel mit demselben Wirkstoff werden während dieser Zeit nicht erstattet.</p>
------------	--

Quellen: CVZ 2007, ÖBIG 200ba, ÖBIG 2007b, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH 2008, PPRI 2006, PPRI 2008c, SFK 2006, Simoens, S.; Coster, S. 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen

# Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Eine Reihe von Instrumenten, mit denen ein rationaler Einsatz von Arzneimitteln erzielt werden soll, wendet sich an Ärzte/Ärztinnen:

- » In 23 der 27 EU-Mitgliedstaaten bestehen von den Zahlern (Sozialversicherung bzw. Nationaler Gesundheitsdienst) herausgegebene Verordnungsrichtlinien. In neun Mitgliedstaaten gelten diese verbindlich.
- » In de facto allen Mitgliedstaaten der EU wird das Verschreibverhalten der Ärzte/Ärztinnen von den Zahlern beobachtet; allerdings bestehen zwischen den Ländern Unterschiede, wie häufig bzw. institutionalisiert die Ärzte/Ärztinnen Feedback auf ihr Ordnungsverhalten erhalten bzw. dieses begründen müssen.
- » Eher unüblich sind Arzneimittelbudgets für Ärzte/Ärztinnen, die nur in sechs der 27 EU-Mitgliedstaaten zum Einsatz kommen. Nur in Lettland und der Tschechischen Republik sind diese Arzneimittelbudgets mit Sanktionen gekoppelt.

Eine wichtige Gruppe sind in diesem Zusammenhang Generika. Zwei zentrale Maßnahmen für einen verstärkten Einsatz von Generika sind die Wirkstoffverordnung und die Generikasubstitution.

- » Im Falle der Wirkstoffverordnung werden die Ärzte/Ärztinnen dazu angehalten, das Arzneimittel mit dem internationalen Wirkstoffnamen anstelle des Handelsnamens zu verordnen. Diese Möglichkeit besteht in 22 EU-Mitgliedstaaten, in vier Ländern (Estland, Litauen, Portugal, Rumänien) sind die Ärzte/Ärztinnen zur Wirkstoffverordnung verpflichtet.
- » In 21 EU-Mitgliedstaaten dürfen Apotheker/innen ein verordnetes Arzneimittel (im Allgemeinen ein Originalpräparat) durch ein anderes gleichwertiges günstigeres (z. B. ein Generikum oder ein parallelimportiertes Produkt) ersetzen. In sechs Ländern (Dänemark, Deutschland, Finnland, Malta, Schweden, Slowakei) sind die Apotheker/innen verpflichtet, stets die Generikasubstitution durchzuführen – außer der Patient / die Patientin lehnt dies ab oder der Arzt / die Ärztin hat die Substitution ausgeschlossen, was unter bestimmten, klar definierten Voraussetzungen möglich ist.

In den fünf näher untersuchten Ländern zeigen sich folgende bemerkenswerte Modelle und Entwicklungen im Bereich rationaler Arzneimitteltherapie:

- » Dänemark: Dänemark zeichnet sich durch ein sehr transparentes System aus, in dem allen Akteuren (Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/innen, Patienten/Patientinnen) zahlreiche Pharmaindustrie-unabhängige Informationen zur Verfügung gestellt werden. Ein von der Arzneimittelagentur betriebenes elektronisches Monitoring-system (Odriprax) ermöglicht nicht nur den Behörden eine Kontrolle des Verordnungsverhaltens der Ärzte/Ärztinnen, sondern erlaubt auch den Ärzten/Ärztinnen, dieses mit dem Durchschnitt ihrer Kollegen/Kolleginnen in der Region zu vergleichen. Darüber hinaus können auch die Patienten/Patientinnen laufend Einblick in ihre Ausgaben für Arzneimittel erhalten – eine wichtige Information für sie, da sich steigende Arzneimittelausgaben innerhalb eines Kalenderjahres dämpfend auf die Zuzahlungen auswirken.
- » Deutschland: Deutschland führte als erstes Land Europas mit seinem Festbetrags-system ein Referenzpreissystem ein (1989). Ergänzt wird dieses durch verpflichtende Generikasubstitution („Aut-idem-Regelung“) sowie eine Deckelung bei den Verordnungen (1993–2001 Arzneimittelbudgets für die Ärzte/Ärztinnen, seit 2001: Zielvereinbarungen mit finanziellen Sanktionen). Seit fast 25 Jahren werden die Arzneimittelverordnungen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung im unabhängigen „Arzneiverordnungs-Report“ analysiert.
- » Frankreich: Vertragsrechtliche Bestimmungen für Ärzte/Ärztinnen (z. B. zur Verschreibeweise) und für Apotheker/innen (z. B. ein bestimmtes Ausmaß an Generikasubstitution) charakterisieren das System in Frankreich. Informationsmaßnahmen seitens der Sozialversicherung – seien sie an die Patienten/Patientinnen gerichtet (Informations-Kampagnen) oder in Richtung Ärzte/Ärztinnen, die von Referent/innen der Sozialversicherung besucht werden, – werden großgeschrieben.
- » Italien: Die Arzneimittelagentur hat ein „Observatorium“ eingerichtet, das den Arzneimittelverbrauch beobachtet, analysiert und in ansprechenden jährlichen Berichten dokumentiert. Dies ist nur ein Teil einer umfassenden Informationsarbeit der Arzneimittelagentur, die sich auch an die Öffentlichkeit richtet. Weitreichende IT-Vorbereitungen, aber auch gesetzliche Rahmenbedingungen waren erforderlich, um ein Projekt aufzusetzen, mit dem mittlerweile sämtliche auf den Markt gebrachten Arzneimittelpackungen dauerhaft nachverfolgt werden können.

- » Die Niederlande: Elemente zur Förderung des Wettbewerbs prägen das Arzneimittelsystem in den Niederlanden (z. B. konkurrierende Versicherungsgesellschaften im Sozialversicherungssystem; „Präferenzstrategie“ einzelner Versicherungen, bei dem nach einem Ausschreibungsmodell nur die günstigsten Angebote erstattet werden). Instrumente zur Förderung von Generika (z. B. Wirkstoffverordnung – unterstützt durch eine Verordnungssoftware) sind seit langem im Einsatz und allgemein akzeptiert, so dass etwa die Streichung eines finanziellen Anreizes zur Generikasubstitution zu keinen Einbrüchen in den Substitutionsraten führte.

# Web-Links

## Dänemark

Arzneimittelagentur: [www.dkma.dk/](http://www.dkma.dk/)

Institut für rationale Arzneimitteltherapie: [www.irf.dk/](http://www.irf.dk/)

## Deutschland

Wissenschaftliches Institut der deutschen Ortskrankenkassen (WIdO):  
[www.wido.de/arzneimittel.html](http://www.wido.de/arzneimittel.html)

## Frankreich

Arzneimittelagentur: [www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr)

Sozialversicherung: [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

Berichte der Arzneimittelagentur zur Analyse bestimmter Arzneimittelgruppen:  
[www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Rapports-et-syntheses](http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Rapports-et-syntheses)

## Italien

Arzneimittelagentur: [www.agenziafarmaco.it/](http://www.agenziafarmaco.it/)

Nationales Observatorium zum Einsatz von Arzneimitteln:  
[www.agenziafarmaco.it/ATTIVITA\\_EDITORIALE/gotopage\\_section318e.html?target=%A7ion\\_code=AIFA\\_PUB\\_RAP\\_OSMED](http://www.agenziafarmaco.it/ATTIVITA_EDITORIALE/gotopage_section318e.html?target=%A7ion_code=AIFA_PUB_RAP_OSMED)

Jahresberichte über Arzneimittelverbrauch in Italien:  
[www.agenziafarmaco.it/ATTIVITA\\_EDITORIALE/gotopage\\_section318e.html?target=%A7ion\\_code=AIFA\\_PUB\\_RAP\\_OSMED](http://www.agenziafarmaco.it/ATTIVITA_EDITORIALE/gotopage_section318e.html?target=%A7ion_code=AIFA_PUB_RAP_OSMED)

Nationales Richtlinien-Programm: [www.pnlq.it](http://www.pnlq.it)

Projekt zur Nachverfolgung von Arzneimitteln:  
[www.ministerosalute.it/tracciabilita/tracciabilita.jsp](http://www.ministerosalute.it/tracciabilita/tracciabilita.jsp)

## Niederlande

Stiftung für Arzneimittelstatistik: [www.sfk.nl/](http://www.sfk.nl/)

Informationsseite zu Arzneimittelpreisen für Patienten/Patientinnen:  
[www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl)

# Literatur

BKK Bundesverband (2007): Arzneimittel Vertragspolitik. Betriebskrankenkassen Essen. Juni

CVZ (2007): Proposal for modernising the GVS. Issued to the Minister of Health, Welfare and Sport. Draft

Espin, J.; Rovira, J. (2007): Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe. DG Enterprise and Industry of the European Commission. Brüssel. Juni

GÖG/ÖBIG (2008): Steuerung des Arzneimittelverbrauchs am Beispiel Dänemark. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

ÖBIG (2006a): Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln. Österreich und Niederlande im Vergleich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien

ÖBIG (2006b): Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States. Im Auftrag von DG Competition. Luxemburg

ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (2008): Referenzpreissysteme in Europa. Analyse und Umsetzungsvoraussetzungen für Österreich im Auftrag des Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

PPRI (2006): PPRI Pharma Profile Netherlands. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (vorläufige, unpublizierte Fassung).

PPRI (2007a): PPRI Pharma Profile Denmark.  
[http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/Denmark\\_PPRI\\_2007.pdf](http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/Denmark_PPRI_2007.pdf) (Stand Februar 2007)

PPRI (2007b): PPRI Pharma Profile Italy.  
[http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/Italy\\_PPRI\\_2007.pdf](http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/Italy_PPRI_2007.pdf) (Stand Oktober 2007)

PPRI (2008a): PPRI Pharma Profile France.  
[http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/France\\_PPRI\\_2008.pdf](http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/France_PPRI_2008.pdf) (Stand Juli 2008)

PPRI (2008b): PPRI Pharma Profile Germany.  
[http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/Germany\\_PPRI\\_2007.pdf](http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/Germany_PPRI_2007.pdf) (Stand Mai 2008)

PPRI (2008c): PPRI Report. Erstellt von GÖG/ÖBIG gemeinsam mit der WHO. Wien  
[http://ppri.goeg.at/Downloads/Publications/PPRI\\_Report\\_final.pdf](http://ppri.goeg.at/Downloads/Publications/PPRI_Report_final.pdf)



Schröder, H., et al. (2006): Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Bonn. Juni

Schwabe, U.; Paffrath, D. (2009): Arzneiverordnungsreport. Heidelberg

SFK (2008): Data en feiten 2008.

<http://www.sfk.nl/publicaties/2008denf.pdf>

Simoens, S.; Coster, S. (2006): Sustaining Generics Medicines Markets in Europe. Research Centre for Pharmaceutical Care and Pharmaco-economics. Leuven University. April

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (2009): Statistics 2009. Berlin

[http://www.vfa.de/download/de/presse/publikationen/statistics-2009.pdf.HTML?CMS\\_forinput\[sprache\]=de](http://www.vfa.de/download/de/presse/publikationen/statistics-2009.pdf.HTML?CMS_forinput[sprache]=de)

Vogler, S.; Habl, C.; Leopold, C. (2007): Arzneimittel: Wer zahlt? Erstattung und Selbstbeteiligung in der erweiterten EU. In: Soziale Sicherheit 10/2007







Gesundheit Österreich  
GmbH ● ● ●