

ARZNEIMITTEL: NUR REFORMEN GARANTIEREN NACHHALTIGKEIT

1. Einleitung	114
2. Was bisher geschah	115
3. Was es gebracht hat	120
4. Was liegt vor uns	124
5. Fazit	127

Auszug aus WISO 1/2009

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

Michaela Moritz
Claudia Habl
Sabine Vogler

ÖBIG
Österr.
Bundesinstitut für
Gesundheitwesen

Die Ausgaben für Arzneimittel belaufen sich auf rund 16 Prozent der österreichischen Gesundheitsausgaben. Um eine Balance zwischen der bestmöglichen und einer nachhaltig finanzierbaren, zielgenauen medikamentösen Versorgung der österreichischen Bevölkerung zu erreichen, hat die öffentliche Hand in Österreich immer wieder steuernd eingegriffen. Der vorliegende Artikel bietet einen Überblick über bisher gesetzte Maßnahmen im Arzneimittelbereich und deren Auswirkungen.

1. Einleitung

*Arzneimittel-
ausgaben
steigen jährlich
stärker als das
BIP*

Seit Beginn der 1990er-Jahre steigen die Arzneimittelaufwendungen der sozialen Krankenversicherung in Österreich im Normalfall jährlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) und beliefen sich zuletzt auf 2,36 Milliarden Euro exklusive Umsatzsteuer.¹ Die Hauptursachen dieses Anstiegs sind in der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt, der sich häufig in noch teureren Arzneimitteln manifestiert, zu sehen.

Österreich steht vor der Herausforderung, trotz knapper Budgets der Bevölkerung den Zugang zu qualitativ hochwertigen Arzneimitteln zu gewährleisten. Daher haben, wie in anderen EU-Mitgliedstaaten auch, Kostendämpfungsmaßnahmen das Erstattungs- und Preisbildungssystem in den letzten zehn Jahren geprägt.

*Maßnahmen sind
alle 3 – 5 Jahre
zu setzen*

Wie bereits in einigen ÖBIG-Publikationen² beschrieben, zeigt sich aber auch im Arzneimittelwesen das für viele Politikbereiche typische „Pendel“. Aufgrund der Unzufriedenheit mit einer bestimmten Ausgangslage werden bestimmte Maßnahmen gesetzt, die aber durch eine ständige Anpassung des Systems und der Akteure an geänderte Rahmenbedingungen mittelfristig verpuffen. Um eine nachhaltige Finanzierbarkeit des Arzneimittelsystems zu gewährleisten, sind daher im Schnitt mindestens alle drei bis fünf Jahre neue Maßnahmen erforderlich.

2. Was bisher geschah

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Maßnahmen der Jahre 1995 bis 2008 vorgestellt.

2.1. Änderungen der Distributionsvergütung

In Österreich wird sowohl dem Großhandel als auch Apotheken und hausapothekenführenden Ärzten und Ärztinnen die Distribution von Arzneimitteln mittels gesetzlich geregelter prozentueller Höchstaufschlagsätze vergütet. Die konkrete Höhe des Aufschlags hängt vom Preis des abgegebenen Produktes ab, wobei es sich um ein degressives Schema handelt.

*Spannenkürzungen
1995, 1997, 2000
und 2004*

Vor dem 1. April 1995 war die Großhandelsspanne unabhängig vom Preis der abgegebenen Arzneispezialität mit einem fixen Wert von 16,7 Prozent festgelegt, was die Abgabe teurer Arzneimittel begünstigte.³ Mit gleichem Stichtag wurden auch die maximal erlaubten Apothekenspannen amtlich gekürzt.

Da aber in den Jahren 1995 bis 2000 trotz der Einführung des degressiven Schemas die Arzneimittelausgaben der sozialen Krankenversicherung im Schnitt um acht Prozent jährlich stiegen, wurden die Großhandels- und die Apothekenspannen noch weitere zwei Mal gekürzt (Februar 1997, Juni 2000 – nur Großhandel). Um ihrerseits eine Spannenkürzung zu vermeiden, stimmte die Apothekerschaft zu, der sozialen Krankenversicherung einen Solidaritätsbeitrag von 13 Prozent des zukünftigen Umsatzzuwachses zugewähren,⁴ und schloss eine diesbezügliche Vereinbarung im Jahr 2000 für fünf Jahre ab.

Im Zuge der Einführung des Erstattungskodex im Jahr 2004 (vgl. Abschnitt 2.3) wurden die Apotheken- und die Großhandelsspannen zum bisher letzten Mal reduziert. Im pharmazeutischen Großhandel gelten seither zwei unterschiedliche Aufschlagsmodelle, abhängig davon, ob die betreffende Arzneispezialität in der grünen oder gelben Box des Erstattungs-

kodex (vgl. Abschnitt 2.3) angeführt ist oder nicht. Im Apothekenbereich gibt es ebenfalls zwei Aufschlagsmodelle: eines für sogenannte „begünstigte“ Bezieher wie die soziale Krankenversicherung oder Krankenanstalten und eines für Privatkunden. Letzteres beinhaltet einen einheitlichen „Privatkundenaufschlag“ von 15 Prozent.⁵

Zuletzt betrug der durchschnittliche Großhandelsaufschlag in Österreich 10,5 Prozent (= eine Spanne von rund 9,5 %) und lag damit über dem europäischen Schnitt von 8,5 Prozent. Auch der durchschnittliche Apothekenaufschlag ist mit 38,7 Prozent (= eine Spanne von 27,9 %) weitaus höher als der europäische Vergleichswert von 28,7 Prozent.⁶

Krankenhausapotheken beziehen ihre Arzneimittel im Unterschied zu öffentlichen Apotheken in der Regel direkt vom Hersteller bzw. Depositeur. Krankenhäuser ohne Anstaltsapotheken dürfen nur von einer öffentlichen Apotheke beliefert werden. Die Apothekenspanne beträgt in diesem Fall acht bis zehn Prozent.⁷

2.2. Preisnachlässe/Rabatte

Vor der Einführung des neuen Höchstaufschlagschemas für Großhandel und Apotheken im Jahr 2004 (vgl. Abschnitt 2.1) gewährten die Apotheken der sozialen Krankenversicherung einen umsatzabhängigen Rabatt. Dieser sogenannte „Nachlass“ betrug im Durchschnitt 7,5 Prozent. Die „Nachlassregelung“ der Apotheker wurde in das neue System integriert und durch einen 2,5-prozentigen Rabatt auf jenen Teil des Kassenumsatzes, der über dem landesweiten Durchschnitt liegt, ergänzt. Arzneimittel mit einem Apothekeneinstandspreis über 200 Euro wurden von dem Preisnachlass ausgenommen.

Zugleich wurde auch von den vertriebsberechtigten pharmazeutischen Unternehmen ein Preisnachlass für die Jahre 2004 bis 2006, der sogenannte Finanzierungs-Sicherungs-Beitrag, gefordert. Gemäß der Verfahrensordnung Erstattungskodex

(VO-EKO) betrug im Jahr 2004 die Pauschalzahlung 23 Millionen Euro plus Umsatzsteuer, während sich der Beitrag in den Jahren 2005 und 2006 auf zwei Prozent des Jahresumsatzes für Umsätze über zwei Millionen Euro pro Pharmafirma belief.⁸

Im Jahr 2005 gerieten Naturalrabatte, die Pharmafirmen hausapothekenführenden Ärzten/Ärztinnen gewährten, ins Visier der öffentlichen Kritik und wurden schließlich durch eine Novelle des Arzneimittelgesetzes verboten. Geldrabatte wurden nicht explizit verboten, da der Apothekeneinkaufspreis (d. h. Großhandelspreis) für hausapothekenführende Ärzte/Ärztinnen nicht gesetzlich geregelt ist. Krankenhausapotheken ist es weiterhin erlaubt, Naturalrabatte zu lukrieren.

Naturalrabatte wurden 2005 verboten

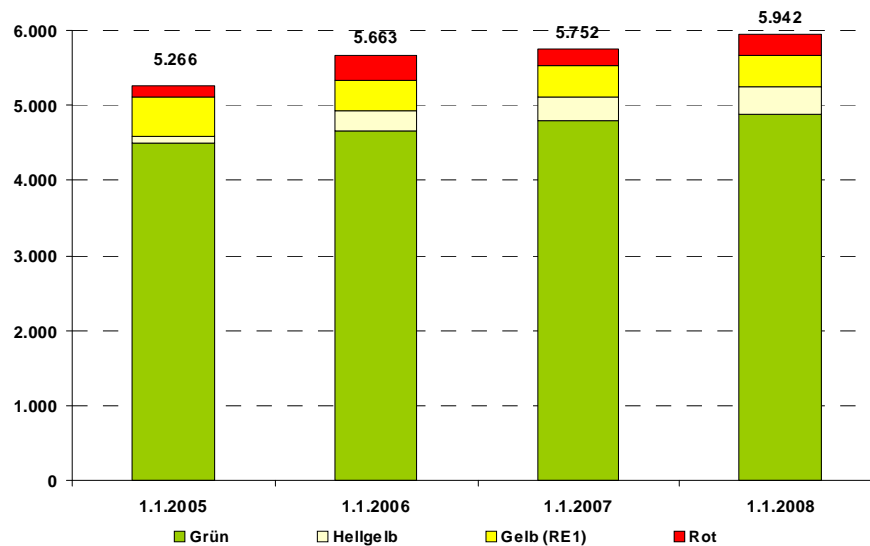
Hausapothekenführende Ärzte/Ärztinnen müssen den oben erwähnten „begünstigten Beziehern“ 3,6 Prozent Rabatt (2006) gewähren.

2.3. Einführung des Erstattungskodex

Eine der maßgeblichsten Änderungen nach der Etablierung des EU-Durchschnittspreisvergleichs⁹ war die Einführung des „Boxenmodells“ im Erstattungskodex (EKO), der ab 2005 das frühere Heilmittelverzeichnis ablöste. Der EKO ist eine Positivliste in Sinne der Europäischen Transparenzrichtlinie¹⁰, besteht aus drei Bereichen („Boxen“) und umfasste Ende 2008 etwa 6.000 Arzneimittelpackungen (vgl. Abbildung 1).

Erstattungskodex mit „Boxenmodell“ ersetzt das Heilmittelverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Arzneimittel im EKO nach Packungen, 2005– 2008



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2008

Die rote Box enthält alle neu auf den Markt kommenden Produkte, die erstattet werden sollen. Arzneimittel bleiben so lange in der roten Box, bis sie entweder in eine der anderen beiden Boxen (grün bzw. gelb) aufgenommen oder vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) als nicht erstattungsfähig beurteilt werden. Die gelbe Box enthält Arzneimittel, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten/Patientinnen aufweisen. Für viele dieser Produkte sind bestimmte Verordnungsvoraussetzungen (z. B. Abgabe nur als Second-Line-Therapie) definiert.

für Produkte der roten und der dunkelgelben Box ist chefärztliche Genehmigung erforderlich

Verordnungen für Arzneimittel der roten und gelben Box müssen durch den kontrollärztlichen Dienst der sozialen Krankenversicherung vorab bewilligt werden. In der hellgelben Box wird diese Vorabgenehmigung durch eine mögliche nachfolgende Mengenkontrolle des verschreibenden Arztes/der ver-

schreibenden Ärztin ersetzt. Die grüne Box beinhaltet alle von jedem Vertragsarzt/jeder Vertragsärztin frei verschreibbaren Arzneimittel. Zu Einschlusskriterien in den EKO zählen bestimmte Krankheitsbilder oder die Applikation des Produkts. Grundsätzlich ist der EKO nicht nur im extramuralen Bereich gültig, sondern die gelisteten Produkte sollten nach einer Bestimmung des Bundeskrankenanstaltengesetzes¹¹ auch im stationären Bereich bevorzugt verwendet werden. Diese Bestimmung ist noch nicht in allen Landesgesetzen umgesetzt, es gibt aber Bestrebungen, dies rasch durchzuführen.

*EKO soll auch in
Krankenanstalten
verwendet
werden*

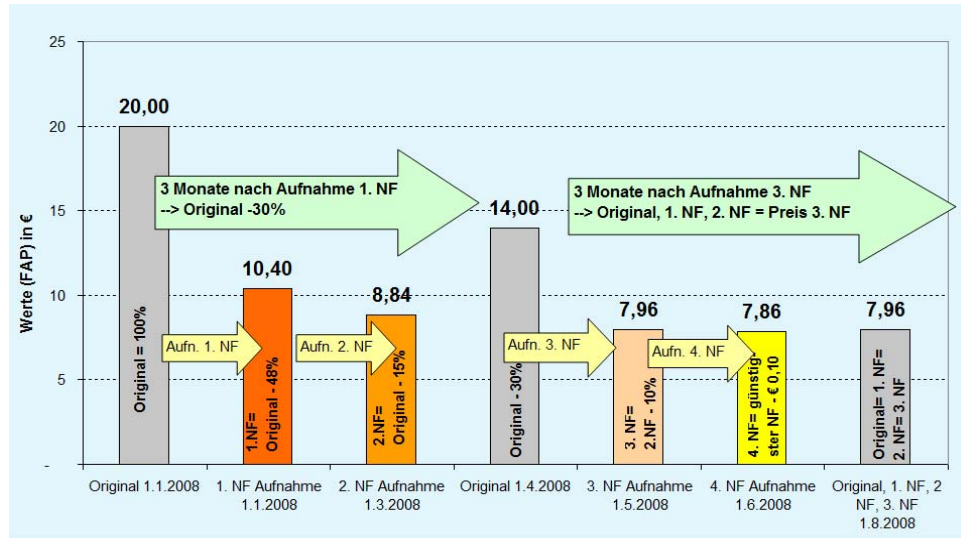
2.4. Generikapreismodell

Bei der Aufnahme von Generika, also wirkstoffidenten Nachfolgern von Arzneimitteln, deren Patent abgelaufen ist, in den EKO kommen unterschiedliche Regelungen der Preisbildung zur Anwendung. Generika werden üblicherweise in die grüne Box aufgenommen.

Nach § 351c Abs. 10 ASVG und der Verfahrensordnung zur Herausgabe des EKO (VO-EKO) ist die Wirtschaftlichkeit des ersten wirkstoffidenten Nachfolgeproduktes im Erstattungssystem gegeben, wenn der Preis um mindestens 48 Prozent unter dem Preis des in der grünen Box angeführten Originalproduktes liegt. Die Wirtschaftlichkeit des zweiten und jedes weiteren wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes ist somit gegeben, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum jeweils zuletzt aufgenommenen Nachfolgeprodukt besteht (z. B. der zweite Nachfolger muss einen um 15 Prozent niedrigeren Preis im Vergleich zum ersten Nachfolger haben).

*erster
Nachfolger im
EKO muss um
48 % günstiger
sein als das
Originalprodukt*

Abbildung 2: Preisentwicklung vom Original und Nachfolger bei Aufnahme von Nachfolgern in den grünen Bereich des EKO, 2008



Quelle: Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG

Die Wirtschaftlichkeit des Originalprodukts in der grünen Box ist dann gegeben, wenn der Preis spätestens drei Monate nach der Aufnahme des ersten wirkstoffidenten Nachfolgeproduktes um mindestens 30 Prozent gesenkt wird. Spätestens drei Monate nach Aufnahme des dritten wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes ist, wie Abbildung 2 illustriert, der Preis des im grünen Bereich angeführten Originalproduktes sowie des 1. und des 2. Nachfolgers neuerlich zu senken, damit die Wirtschaftlichkeit gegeben ist.

3. Was es gebracht hat

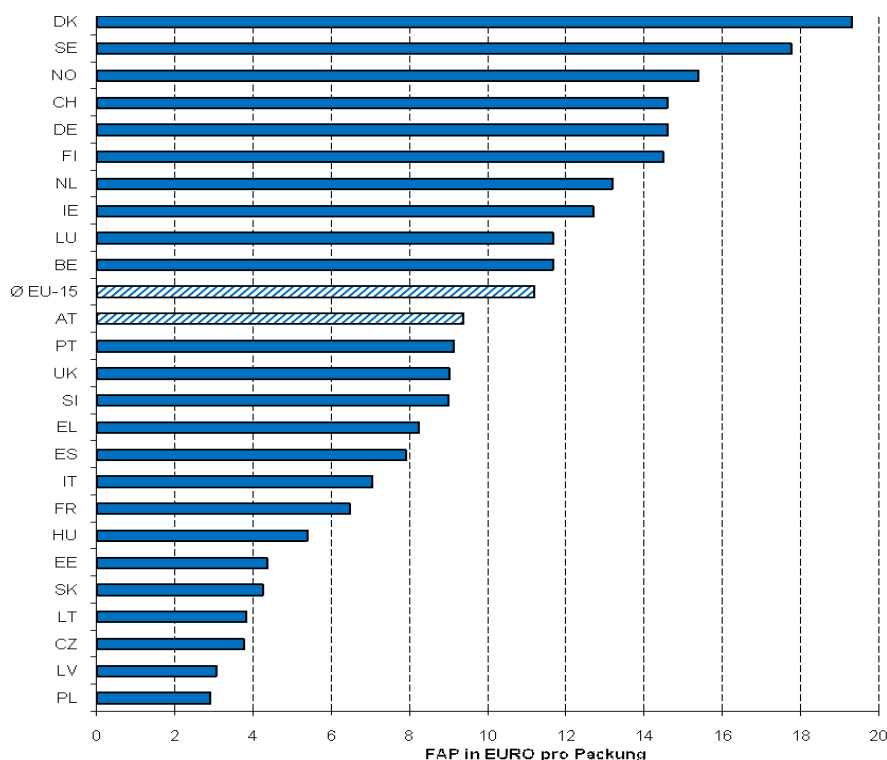
3.1. Preisniveau

Eine aktuelle Analyse¹² des Instituts für pharmaökonomische

Forschung (IPF) auf Basis von IMS-Daten zeigt, dass Österreichs Arzneimittelpreisniveau auf Herstellerebene mit 9,37 Euro pro Packung unter dem EU-15-Durchschnitt von 11,20 Euro liegt (vgl. Abbildung 3).¹³

Preisniveau liegt unter dem EU-Schnitt – das EU-Durchschnittspreis-system funktioniert

Abbildung 3: Arzneimittelpreisniveau auf Herstellerebene (FAP), 2006



Quelle: IPF 2008

Dies weist auf das Funktionieren des EU-Durchschnittspreisverfahrens hin, das gemeinsam mit dem Erstattungskodex und dem Boxensystem eingeführt wurde. Das Preisniveau in den skandinavischen Ländern liegt hingegen deutlich über den anderen EU-15-Ländern, was insbesondere auf die relativ freie Preisbildung in diesen Ländern, verbunden mit einem

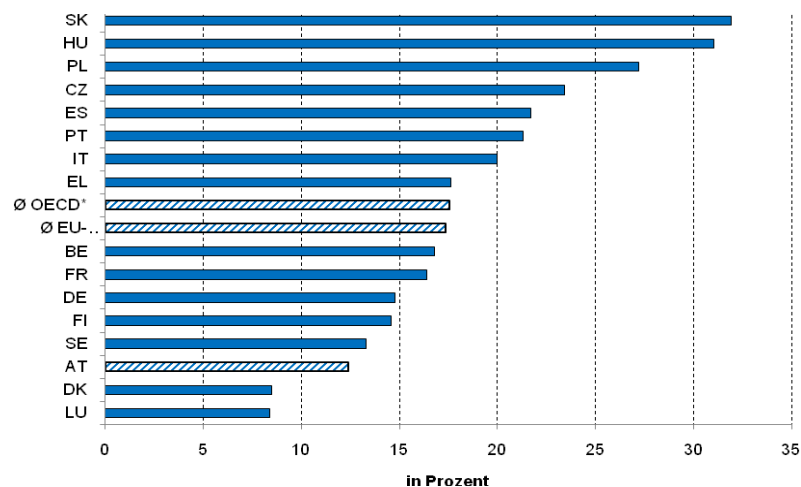
allgemein hohen Preisniveau, zurückzuführen ist.

Außerdem hat die konsequente Generikapreispolitik des HVB zu vergleichsweise niedrigen Preisen im EKO geführt, was sowohl in einer internen Untersuchung des Schweizer Sozialversicherungsinstituts Santésuisse aus dem Jahr 2008 als auch in einer norwegischen Studie¹⁴ bestätigt wird: In Letzterer weist Österreich unter zehn untersuchten europäischen Ländern im Durchschnitt den niedrigsten Abgabepreis pro Packung bei patentfreien Arzneimitteln auf.

3.2. Entwicklung der Arzneimittelausgaben

Arzneimittelausgaben machen in den meisten Ländern einen beachtlichen Anteil an den Gesundheitsausgaben aus. In der EU-15 werden durchschnittlich zirka 17 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Arzneimittel ausgegeben (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Anteil der gesamten Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben in ausgewählten EU-Mitgliedstaaten, 2006



2005: LU, SK

Quelle: OECD Gesundheitsdatenbank 2008

Der prozentuelle Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben ist in neuen Mitgliedstaaten wie der Slowakei (31,9 %) und Ungarn (31 %) jedoch deutlich höher als in den westlichen EU-Ländern wie Dänemark (8,5 %) und auch Österreich (12,4 %). Die Hauptursache für die vergleichsweise hohen Arzneimittelausgaben in den „ärmeren“ EU-Ländern sind die weltweit sehr ähnlichen Arzneimittelpreise für patentgeschützte neue Arzneispezialitäten, die das Budget von Ländern mit geringerer Kaufkraft als Österreich überproportional belasten.

Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben in Österreich: 12,4 %

In Österreich ist nicht der relative Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben – die im Übrigen schneller steigen als das Bruttoinlandsprodukt – Grund für die Kostendämpfungsmaßnahmen, sondern das überdurchschnittlich hohe Ausgabenwachstum in diesem Bereich (1994–2003: im Jahresschnitt + 7,4 % im Kassenmarkt).¹⁵ Dieses belastet die Krankenversicherungsträger überproportional, da Österreich neben Deutschland, Großbritannien, Italien, Irland und den Niederlanden zu den wenigen Ländern¹⁶ zählt, wo die Kosten für erstattungsfähige Arzneimittel zur Gänze (abzüglich einer geringen Rezeptgebühr) abgegolten werden. Alle übrigen EU-Staaten kennen eine 100%ige Erstattung oft nur für bestimmte Arzneimittel oder bei Vorliegen spezieller Umstände (z. B. Palliativtherapie).

hohe Steigerungsraten bei den Arzneimittelausgaben machen Kostendämpfungsmaßnahmen erforderlich

Ein Ziel der Einführung des EKO war, das Wachstum der jährlichen öffentlichen Arzneimittelausgaben auf drei bis vier Prozent zu begrenzen. Dieses Ziel wurde in den Jahren 2004 (+ 3,5 %) und 2005 (+ 2,2 %) erreicht. Danach ist die Wachstumsrate wieder gestiegen und lag beispielsweise 2007 mit 7,3 Prozent wieder beim langjährigen Durchschnitt.

Für die Jahre 2009 und 2010 prognostizierte der HVB ursprünglich wieder einen Anstieg der Heilmittelaufwendungen um 7,6 bzw. 7,3 Prozent.¹⁷ Dieser Anstieg war zum größten Teil durch einen Struktureffekt, d. h. den Markteintritt neuer, teurer Arzneispezialitäten, bedingt. Der Mengeneffekt, d. h.

der Anstieg der Verordnungen pro Versichertem, spielte eine geringere und der Preiseffekt, wie schon in Abschnitt 3.1 erläutert, kaum eine Rolle.

aufgrund der Umsatzsteuer-senkung erstmalig ein negatives Ausgabenwachstum von 1,4 % erwartet

Die aktuellste Kostendämpfungsmaßnahme, die mit 1. Jänner 2009 in Kraft getreten ist und neben der sozialen Krankenversicherung insbesondere den Patientinnen und Patienten zugutekommt, ist die Reduktion der Umsatzsteuer auf Arzneimittel um die Hälfte auf nunmehr zehn Prozent. Unter Berücksichtigung dieses Effekts geht der HVB für das Jahr 2009 erstmalig von einem Negativwachstum von –1,4 Prozent aus.

Dieser so erkaufte „Aufschub“ kann und sollte zur Planung und Implementierung weiterer Maßnahmen verwendet werden.

4. Was liegt vor uns

4.1. Vernünftiger Umgang mit Arzneimitteln

Forcierung einer rationalen Arzneimitteltherapie notwendig

Die in Kapitel 3 beschriebenen Maßnahmen zeigen, dass der Fokus der letzten zehn bis 15 Jahre auf die Preisbildung gelegt wurde, während eine „rationale Arzneimitteltherapie“ nicht im Vordergrund stand. Ein regelmäßiges Monitoring des Ordnungsverhaltens von Ärzten und Ärztinnen sowie eine Steuerung des Arzneimittelverbrauchs – zum Teil verbunden mit Generikaförderung – sind typische Maßnahmen für einen vernünftigen Umgang mit Arzneimitteln, wie sie in anderen Ländern gesetzt werden. Eine andere Facette der rationalen Arzneimitteltherapie ist die verstärkte Berücksichtigung ökonomischer Aspekte bei der Auswahl von Behandlungsoptionen.

Auch in Österreich gibt es diesbezügliche Initiativen, so gelten im niedergelassenen Bereich die „Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen“ (RöV)¹⁸. Die RöV zielen auf eine angemessene und ökonomische Verordnung von Arzneimitteln ab und fordern die Ärzte/Ärztinnen dazu auf, die ökonomisch effizienteste Behandlungsalternative zu verschreiben, falls mehrere ähnliche Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen. Dadurch wird

die Verordnung von Generika gefördert.

Weitere typische Generikaförderungsmaßnahmen (wie z. B. Generikasubstitution – „aut-idem“) oder die Möglichkeit, ärztliche Verordnungen mit einem Wirkstoffnamen anstelle eines Handelsnamens auszustellen, gibt es in Österreich jedoch nicht, obwohl dieses Themenfeld im Sommer 2008 breit diskutiert wurde.

4.2. Arzneimittleinsatz im Krankenhaus

Ein wichtiger Diskussionspunkt in Österreich ist das Schnittstellenmanagement der Arzneimitteltherapie zwischen stationärem und niedergelassenem Versorgungsbereich. Da für die Finanzierung der Arzneimittel in diesen beiden Bereichen unterschiedliche Akteure zuständig sind, wird beobachtet, wie „teure“ Behandlungen zwischen diesen beiden Sektoren hin- und hergeschoben werden. Da auch die Erstbehandlung von vielen Krankheitsbildern zuerst im Krankenhaus stattfindet und damit der Behandlungspfad für die weitere Therapie festgelegt wird, ist nicht sonderlich überraschend, dass die derzeit noch geringe Verwendung von kostengünstigen Arzneispezialitäten wie Generika im stationären Bereich einen gravierenden Einfluss auf die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung hat.¹⁹

Aus Finanzierungssicht ist außerdem problematisch, dass die Preise von krankenhausexklusiven Arzneimitteln nicht der EU-Durchschnittspreisregelung unterliegen und in der Folge auch höchst unterschiedlich sind. Hier setzt ein von der Gesundheit Österreich geleitetes EU-Projekt mit dem Namen „PHIS – Pharmaceutical Health Information System“²⁰ an. In diesem sollen neben anderen Aktivitäten erstmals in einer mehrere EU-Länder umfassenden Erhebung die tatsächlichen Preise überwiegend im Krankenhaus verwendeter, neuer Arzneimittel recherchiert werden.

Darüber hinaus gibt es in Österreich aufgrund der föderalen Trägerstruktur der Krankenanstalten weder eine einheitliche

Arzneimittelverwendung im Krankenhaus hat hohe Auswirkungen auf den niedergelassenen Bereich

Liste mit bevorzugt zu verwendenden Arzneimitteln²¹, wie es beispielsweise in Dänemark oder Großbritannien der Fall ist, noch einen gemeinsamen Einkauf von Arzneimitteln. In einigen Bundesländern wie Niederösterreich oder Wien wurde in den letzten Jahren dieser Thematik verstärkt Beachtung geschenkt und ein gemeinsamer Einkauf, wenngleich nur auf jeweiliger Landesebene, installiert. Als nächster Schritt könnte hier z. B. die Gründung eines gemeinsamen Einkaufspools zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenhäusern – zumindest auf Landesebene – zur Verbesserung der transmuralem Abstimmung und in weiterer Folge zur Kostendämpfung beitragen.

Fälschlicherweise wird das Problem der verstärkt auf den Markt kommenden neuen, häufig sehr teuren und nur für einen eingeschränkten Patientenkreis bestimmten Arzneispezialitäten oft getrennt nur aus Spitalssicht (z. B. bei monoklonalen Antikörpern) oder primär aus Sicht der sozialen Krankenversicherung („Orphan-Drugs-Problematik“²²) gesehen. Das Problem kann aber – wie auch Beispiele aus Ländern wie den Niederlanden zeigen – nur durch beide Seiten gemeinsam gelöst werden.

*Nahtstellen-
management
muss verbessert
werden*

Ein wichtiger Kooperationsbereich ist die Abstimmung des Ordnungsverhaltens von niedergelassenen und Spitalärzten/-ärztinnen. Hier gibt es zwar schon gesetzliche Regelungen, so sieht § 24 Abs. 2 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes vor, dass sich die Wahl der Entlassungsmedikation immer am EKO und den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Richtlinien über ökonomische Verordnung (RÖV) orientieren soll. Die Umsetzung dieser Bestimmung ist jedoch noch nicht in allen Landesgesetzen erfolgt und wird generell zu wenig „gelebt“. Ein positives Beispiel für eine Kooperation besteht in der Steiermark. Hier trägt die Steiermärkische Gebietskrankenkasse seit einigen Jahren die Kosten von Krebsmedikamenten bei der Anbehandlung im Krankenhaus.

4.3. Stärkung der Patientenverantwortung

Neben den zuvor angeführten Maßnahmen ist es auch wichtig, das Schlagwort vom „mündigen Patienten“ oder der „mündigen Patientin“ in Österreich mit Leben zu erfüllen. Dies ist einerseits relevant, um die Therapietreue („Compliance“) speziell bei chronischen Erkrankungen zu verbessern, andererseits um Patienten/Patientinnen für die Kosten medikamentöser Therapien zu sensibilisieren.

Eine – wie Beispiele aus anderen Ländern wie der Schweiz zeigen – relativ rasch umsetzbare und Erfolg versprechende Maßnahme ist eine Reduktion der Rezeptgebühr (derzeit: 4,90 Euro pro abgegebener Packung) für das jeweils kostengünstigste Produkt der gleichen Wirkstoffstärke und Darreichungsform. Die soziale Krankenversicherung hat bereits vor drei Jahren ein entsprechendes Pilotprojekt in einer Betriebskrankenkasse durchgeführt, das positiv evaluiert wurde.

5. Fazit

Im Arzneimittelbereich hat Österreich zwar einige seiner „Hausaufgaben“ zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Systems ausgezeichnet erledigt, allerdings manche wichtige Bereiche noch zu wenig beachtet. Es muss immer berücksichtigt werden, dass beide, Preis und Menge (= Verbrauch), das Ausgabenniveau gleichermaßen beeinflussen.

*Ausgaben
werden durch
Preis und Menge
bestimmt*

Im Fokus der meisten Maßnahmen der letzten zehn bis 15 Jahre stand das Preiswachstum, das – wie in Kapitel 3 erläutert wurde – durch eine Vielzahl von Maßnahmen wie Spannenkürzungen oder Einführung eines Generikapreismodells in Zaum gehalten werden konnte.

Ausbaufähig sind in Österreich noch Maßnahmen, die geeignet sind, den Struktur- und den Mengeneffekt des Ausgabenwachstums zu beeinflussen. Neben den unter Kapitel 4 genannten Punkten sind die Einführung eines Beirats für ratio-

nale Arzneimitteltherapie, wie sie beispielsweise das Bundesministerium für Gesundheit plant, und die Entwicklung einer nationalen HTA-Strategie durch das Bundesinstitut für Qualität und Wirtschaftlichkeit sicherlich Schritte in die richtige Richtung.

*Fokussierung auf
Struktur- und
Mengeneffekt
sinnvoll*

Außerdem sollte – unbelastet von früheren Reformdiskussionen – die Verwendung kostengünstiger Generika gefördert werden. Eine mögliche Maßnahme wäre die Ermächtigung von Ärzten/Ärztinnen, Rezepte nur mit Wirkstoffnamen auszustellen und dem Apotheker/der Apothekerin die Abgabe des jeweils kostengünstigsten identen Produkts zu überlassen. Das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen), seit August 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, beobachtet und analysiert seit rund fünfzehn Jahren die Arzneimittelsysteme in der Europäischen Union (EU), darunter insbesondere auch das österreichische System.

Anmerkungen:

- 1 http://www.sozvers.at/hvb/statistik/ESV_Statistik/Heilmittel_a.htm, Zugriff vom 13. Jänner 2009
- 2 ÖBIG: Benchmarking Arzneimittelausgaben – Strategien zur Kostendämpfung in der EU. Wien 2001; Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern. Wien 1998
- 3 http://www.argeph.at/arge_arzneimittel/arzneimittel.htm#05, Zugriff vom 5. Februar 2009
- 4 ÖAK: Österreichische Apotheke in Zahlen. Wien 2001
- 5 GÖG/ÖBIG: PPRI-Pharma-Profil Österreich 2008. Wien 2008
- 6 IPF: Der österreichische Pharmamarkt: ein europäischer Preisvergleich. Wien 2008
- 7 GÖG/ÖBIG: Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln. Wien 2006
- 8 § 52 bis 55 VO-EKO; Beitrag zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit gemäß § 609 Abs. 19 ASVG.
- 9 Seit 2004 bildet der Durchschnitt der Herstellerpreise in allen EU-Mitgliedstaaten die Obergrenze für den Preis einer Arzneispezialität im EKO.
- 10 Richtlinie des Rates 89/105/EWG
- 11 § 24 Abs. 2 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
- 12 IPF: Der österreichische Pharmamarkt: ein europäischer Preisvergleich. Wien 2008
- 13 Bachleitner-Hoffmann, F., Österreich, ein Arzneimittel-Billigland. In: ÖAZ, 62. Jg., Nr. 7/2008, S. 328
- 14 Brekke, K. et al.: Are pharmaceuticals expensive in Norway? In: SNF Report No. 05/08. Oslo 2008
- 15 Seyfried, H.: The Austrian Drug Reimbursement List – Experience and Effects on Stakeholders, Vortrag vom 12. Oktober 2006 in Wien
- 16 In Deutschland und in den Niederlanden gibt es parallel ein umfassendes Referenzpreissystem.
- 17 HVB: EXXACT Prognose November 2008. Wien 2008
- 18 Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV 2005), www.avsv.at
- 19 GÖG/ÖBIG: Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln. Wien 2006
- 20 Vgl. <http://phis.goeg.at>
- 21 Dies gilt im Übrigen auch für Hilfsmittel wie Bandagen, Medizinprodukte wie Computertomografen oder In-vitro-Diagnostika wie Bed-Side-Tests zur Blutgruppenbestimmung.
- 22 Arzneimittel für seltene Krankheiten, die sich zu Blockbustern im niedergelassenen Bereich entwickeln.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akoee.at
Internet: www.isw-linz.at