

Preisvergleich ausgabenstarker Arzneispezialitäten 2017

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Preisvergleich ausgabenstarker Arzneispezialitäten 2017

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Peter Schneider
Sabine Vogler
Nina Zimmermann
Martin Zuba

Projektassistenz:

Ingrid Freiburger
Monika Schintlmeister

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Juli 2018

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Schneider, Peter; Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Zuba, Martin (2018):
Preisvergleich ausgabenstarker Arzneispezialitäten 2017. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund und Fragestellung

Kontinuierliches Monitoring und regelmäßige Analyse von Medikamentenpreisen unterstützen Entscheidungsträgerinnen und -träger bei der Weiterentwicklung der Arzneimittelpreispolitik. Im besonderen Fokus stehen dabei ausgabenstarke Arzneispezialitäten, welche den öffentlichen Zahlern hohe Aufwendungen verursachen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Preise von ausgabenstarken Arzneispezialitäten in Österreich im EU-Vergleich zu analysieren.

Methode

Die Preise 100 ausgabenstarker Arzneispezialitäten wurden per Stand September 2017 mithilfe des an der GÖG ansässigen Service für Pharma-Preisinformation (PPI) für Österreich und die übrigen 27 EU-Mitgliedstaaten erhoben. Die Produktauswahl erfolgte auf Basis von Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger für den niedergelassenen Erstattungsmarkt und der Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Krankenhausapotheker für den stationären Bereich. Für alle 100 Arzneispezialitäten wurden die Fabriksabgabepreise (FAP) analysiert und darüber hinaus auch noch die Apothekeneinkaufspreise (AEP) und Apothekenverkaufspreise (AVP) für die 60 untersuchten Arzneispezialitäten des niedergelassenen Sektors. Die Spezifikationen des Preisvergleichs (z. B. Berücksichtigung gesetzlicher Herstellerrabatte, durchschnittliche Großhandelsspannen im Falle von Ländern mit unregulierten FAP) entsprachen den Vorgaben der „Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission für die Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß §§ 351c Abs. 6 und Abs. 9a ASVG“. In alternativen Szenarien wurden Preisdaten nach Menge und Kaufkraftparitäten gewichtet.

Ergebnisse

In den 27 Ländern der Untersuchung (Malta wurde wegen unzureichender Datenlage nicht in die Analyse eingeschlossen) waren bei 82 Prozent der FAP im niedergelassenen Sektor und bei 69 Prozent im stationären Bereich Daten verfügbar. Die geringere Datendichte im stationären Sektor ist insbesondere Ländern geschuldet, die keine bzw. nur wenige Preise von Medikamenten im stationären Sektor veröffentlichen (Portugal, Estland, Irland).

Im Vergleich zu den anderen eingeschlossenen EU-Mitgliedstaaten liegen die österreichischen FAP in knapp 80 Prozent der Fälle über dem Median. Im Schnitt liegen die 100 ausgabenstarken Arzneispezialitäten 4,4 Prozent über dem EU-Durchschnitt, wobei Unterschiede zwischen den beiden Sektoren auffallen (0,5 % über dem Durchschnitt im niedergelassenen und 10,3 % über jenem im stationären Sektor). Im niedergelassenen Bereich weist Österreich für einzelne Arzneispezialitäten den niedrigsten FAP aus, während für Krankenanstalten der niedrigste FAP in Österreich jedenfalls 17,6 Prozent über dem niedrigsten Preis in den Vergleichsländern lag. Im Schnitt liegt der österreichische FAP um 28,4 Prozent über jenem im Tiefstpreisland (niedergelassen: 26,7 %; stationär:

30,9 %) und um 30,6 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland (niedergelassen: 41,7 %; stationär: 14,1 %).

Im Falle einer alternativen Betrachtung mittels Preisindizes liegen die österreichischen FAP der ausgabenstarken Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor – unabhängig von der gewählten Gewichtungsmethode – im Mittelfeld, während der Preisindex für die ausgabenstarken Arzneispezialitäten im stationären Sektor der höchste nach Irland ist.

Die österreichischen AEP (Großhandelspreise) liegen – sowohl bei der Einzelpreisanalyse als auch bei den Preisindizes – ebenfalls im Mittelfeld; sie liegen im Vergleich mit den anderen EU-Mitgliedstaaten im Schnitt auf etwas niedrigeren Rängen als die FAP.

Bei den AVP hingegen zeigt sich ein unterschiedliches Bild. Die österreichischen AVP netto, d. h. ohne Umsatzsteuer, zählen zu den höchsten im europäischen Vergleich. Bei den ausgabenstarken Arzneispezialitäten des niedergelassenen Sektors sind die österreichischen AVP netto bei knapp einem Viertel der untersuchten Arzneispezialitäten die höchsten im Vergleich und in keinem Fall die niedrigsten. Im Schnitt liegen die österreichischen AVP netto um 40,6 Prozent höher als jene im Tiefstpreisland, um 18,9 Prozent über dem Durchschnitt und um 22,6 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland. Preisindizes für AVP netto zeigen Österreich auf dem dritthöchsten Platz.

Schlussfolgerungen

Die österreichischen FAP ausgabenstarker Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor liegen im Mittelfeld, während sie im stationären Sektor zu den höchsten im europäischen Vergleich zählen. Die aktuelle Preisbildung für Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich scheint im Wesentlichen das damit intendierte Ziel von Preisen in der Größenordnung des europäischen Durchschnittspreises zu erreichen, die Ergebnisse für den stationären Sektor zeigen indes einen Handlungsbedarf hinsichtlich einer Preisregulierung auf.

Schlüsselwörter

Medikamentenpreis, Arzneimittelpreispolitik, internationaler Preisvergleich, Österreich

Executive Summary

Background and Research Question

Continuous monitoring and analysis of medicine prices support policy-makers in strengthening and further developing pharmaceutical pricing policies. High-cost medicines, i.e. those medicines that account for high public pharmaceutical expenditure, are of particular interest for policy-makers. Against this backdrop, the study aims to analyse Austrian prices of high-cost medicines in comparison to other European Union (EU) Member States.

Methods

Medicine prices of all 28 EU Member States were collected through the Pharma Price Information (PPI) service maintained by the Austrian Public Health Institute. Medicine prices were surveyed as of September 2017. The survey included 100 high-cost medicines in Austria that were selected based on information about top-selling medicines provided by the Main Association of Austrian Social Security Institutions (MASSI) (out-patient sector) and the Board of the Austrian Association of Hospital Pharmacists (in-patient sector). Ex-factory prices were analysed for all 100 selected medicines. In addition, analyses of further price types (pharmacy purchasing price and pharmacy retail price) were performed for the 60 out-patient medicines surveyed. The price comparison took into account legal specifications as stipulated in the 'Regulation on Procedural Rules for Calculation of the EU average price' according to article 351c paragraphs 6 and 9a of the Austrian Social Insurance Law such as a consideration of mandatory manufacturer discounts and average wholesale margins in countries with unregulated ex-factory prices. Alternative scenarios were considered in which price data were weighted by volume and purchasing power parities.

Results

At the ex-factory price level, data were available for 82 percent and 69 percent of all surveyed medicines administered in the out-patient and in-patient sector, respectively, in the 27 analysed countries (Malta was excluded due to insufficient data availability). Low data availability was particularly identified in countries that do not publish price data, or publish only few data, in the in-patient sector (Portugal, Estonia, Ireland).

Compared to the other EU Member States included in the study, 80 percent of Austrian ex-factory prices of surveyed medicines were above the median. Overall, they were 4.4 percent above the average of the EU Member States, however differences between the two sectors were observed (0.5% above the EU average in the out-patient sector and 10.3% above the EU average in the in-patient sector). Austrian ex-factory prices were the lowest for a few of the analysed high-cost medicines in the out-patient sector, whereas they were never the lowest in the in-patient sector (the comparatively lowest Austrian in-patient price was 17.6 percent above the lowest price in the EU Member States). For the sample of the 100 high-cost medicines, Austrian ex-factory prices were on average 28.4 percent above the price displayed in the lowest-priced country (26.7% - out-

patient, 30.9% – in-patient) and 30.6 percent below the price in the highest-priced country (41.7% – out-patient, 14.1% – in-patient).

When price indices were applied, Austrian ex-factory prices in the out-patient sector ranked in the middle in different weighting methods whereas the price index of the selected high-cost medicines in the in-patient sector was second highest after Ireland.

Austrian pharmacy purchasing prices (wholesale prices) also ranked in the middle of the EU Member States – independently from whether they were compared unweighted or weighted by reimbursement claims data. Compared to other EU Member States they ranked, on average, comparatively slightly lower than ex-factory prices.

At pharmacy retail price level, the pattern changed. Austrian net pharmacy retail prices (i.e. excluding value-added tax) were among the highest in European comparison. For almost a quarter of the surveyed high-cost medicines in the out-patient sector, Austrian net pharmacy retail prices were the highest in EU comparison, and they were never the lowest. Austrian net pharmacy retail prices were on average 40.6 percent above the price displayed in the lowest-priced country, 18.9 percent above the average and 22.6 percent below the price in the highest-priced country. Calculated as price indices, Austrian net pharmacy retail prices ranked third highest.

Conclusion

Austrian ex-factory prices of out-patient high-cost medicines were in the middle of EU Member States but they ranked among the highest for surveyed medicines of the in-patient sector. This suggests that the current design of price regulation applicable in the out-patient sector is able to achieve the intended objective of keeping medicine prices at EU average whereas findings for the in-patient sector point to a need for government action to regulate prices.

Keywords

Medicine price, pharmaceutical pricing, international price comparison, Austria

Inhalt

Kurzfassung	III
Executive Summary.....	V
Abbildungen.....	IX
Tabellen	XI
Abkürzungen.....	XII
Länderabkürzungen.....	XIV
Glossar.....	XV
Dank	XIX
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Zielsetzung.....	1
1.3 Aufbau	1
2 Methodik.....	2
3 Ergebnisse.....	6
3.1 Datenverfügbarkeit	6
3.2 Fabrikabgabepreise im Ländervergleich	12
3.2.1 Verteilung der Preise	12
3.2.2 Österreich im Preisvergleich	14
3.2.3 Preisindizes	16
3.3 Apothekeneinkaufspreise im Ländervergleich	20
3.3.1 Österreich im Preisvergleich	20
3.3.2 Preisindizes	20
3.4 Apothekenverkaufspreise im Ländervergleich	23
3.4.1 Österreich im Preisvergleich	23
3.4.2 Preisindizes	23
4 Diskussion und ergänzende Modellannahmen	26
4.1 Produktauswahl	26
4.2 Datenverfügbarkeit im Vergleich zur GÖG-Preisstudie 2015.....	28
4.3 Datenverfügbarkeit auf Wirkstoffebene.....	29
4.4 Generikasegment.....	31
4.5 Preise im Krankenhaussektor	33
4.6 Erstattungspreise.....	35
4.7 Apothekenhonorierung	37
4.8 Gewichtung nach Kaufkraftparitäten.....	39
4.9 Limitationen der Studie	43
5 Schlussfolgerungen	45

6	Literatur	48
7	Anhang	52

Abbildungen

Abbildung 3.1: Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Fabriksabgabepreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017.....	7
Abbildung 3.2: Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Fabriksabgabepreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	8
Abbildung 3.3: Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Fabriksabgabepreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im stationären Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	9
Abbildung 3.4: Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Apothekeneinkaufspreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	10
Abbildung 3.5: Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Apothekenverkaufspreise (netto und brutto) für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	11
Abbildung 3.6: Ergebnisse – Größenordnung der Stückfabriksabgabepreise (Median) der ausgabenstarken Arzneispezialitäten in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017.....	13
Abbildung 3.7: Ergebnisse – Fabriksabgabepreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100).....	15
Abbildung 3.8: Ergebnisse – Fabriksabgabepreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des Krankenhaussektors im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100).....	16
Abbildung 3.9: Ergebnisse – Preisindex auf der Ebene des Fabrikabgabepreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, gewichtet nach Anteil am Umsatz und Anzahl der Verordnungen, 2017.....	18
Abbildung 3.10: Ergebnisse – Preisindex auf Ebene des Fabrikabgabepreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen und stationären Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, gleichmäßig gewichtet (d. h. Anzahl der Verordnungen pro Arzneispezialität = 1), 2017	19
Abbildung 3.11: Ergebnisse – Apothekeneinkaufspreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100).....	21
Abbildung 3.12: Ergebnisse – Preisindex auf Ebene des Apothekeneinkaufspreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, gewichtet nach Anteil am Umsatz und Anzahl der Verordnungen, 2017.....	22

Abbildung 3.13: Ergebnisse – Apothekenverkaufspreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100).....	24
Abbildung 3.14: Ergebnisse – Preisindex auf Ebene des Apothekenverkaufspreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, gewichtet nach Anteil am Umsatz und Anzahl der Verordnungen, 2017.....	25
Abbildung 4.1: Diskussion – Fabriksabgabepreise (indexiert) von Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs im niedergelassenen (unten) und stationären (oben) Bereich im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)	27
Abbildung 4.2: Diskussion – Verfügbarkeit von Daten zu Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs auf Ebene der Fabriksabgabepreise in den 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	30
Abbildung 4.3: Diskussion – Dänische (blau) und österreichische (rot) Fabriksabgabepreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des Krankenhaussektors im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100).....	35
Abbildung 4.4: Diskussion – Durchschnittliche Apothekenaufschläge ausgabenstarker Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	37
Abbildung 4.5: Diskussion – Fabriksabgabepreise gewichtet nach Kaufkraftparitäten (links) und ungewichtet (rechts) ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100).....	41
Abbildung 4.6: Diskussion – Fabriksabgabepreise gewichtet nach Kaufkraftparitäten (links) und ungewichtet (rechts) ausgabenstarker Arzneispezialitäten des Krankenhaussektors im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100).....	42

Tabellen

Tabelle 2.1: Methodik – Kernelemente der methodischen Grundlagen des Preisvergleichs 2017 ..	2
Tabelle 3.1: Ergebnisse – Größenordnung von Stückfabriksabgabepreisen (Median) der ausgewählten Arzneispezialitäten in den 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	14
Tabelle 4.1: Diskussion – Vergleich der Datenverfügbarkeit zwischen den GÖG-Preisstudien 2015 und 2017.....	29
Tabelle 4.2: Ergebnisse – Größenordnung von Stückfabriksabgabepreisen (Median) der ausgewählten Arzneispezialitäten in den 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017	43
Tabelle 7.1: Liste der 60 ausgabenstärksten Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im Zeitraum Jänner–April 2017, alphabetisch gereiht nach Wirkstoffname.....	52
Tabelle 7.2: Liste der 40 ausgabenstärksten Arzneispezialitäten des Krankenhausbereichs Juli 2017, alphabetisch gereiht nach Wirkstoffname.....	56
Tabelle 7.3: Diskussion – Wechselkurse der Landeswährungen in US-Dollar-Kaufkraftparitäten, 2017	60

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AEP	Apothekeneinkaufspreis
AMNOG	Arzneimittelneuordnungsgesetz (Deutschland)
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Code / Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation
AVP	Apothekenverkaufspreis
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
DDD	defined daily dose / definierte Tagesdosis
d. h.	das heißt
DKK	dänische Kronen
EMA	European Medicines Agency / Europäische Arzneimittelagentur
EKO	Erstattungskodex
EPR	External Price Referencing
EU	Europäische Union
EZB	Europäische Zentralbank
FAP	Fabrikabgabepreis
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
KAV	Krankenanstaltenverbund
KP	Kassenpreis
KKP	Kaufkraftparität(en)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
MASSI	Main Association of Austrian Social Security Institutions
Max.	Maximum
mcg	Mikrogramm
MEA	managed entry agreement(s)
mg	Milligramm
Min.	Minimum

Mio.	Million(en)
ml	Milliliter
Mrd.	Milliarde(n)
NHS	National Health Service / Nationaler Gesundheitsdienst (Großbritannien)
NPM	non-prescription medicine(s) / nichtverschreibungspflichtige Medikamente
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PHAGO	Verband der österreichischen Arzneimittelvollgroßhändler
PHARMIG	Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs
PHIS	Pharmaceutical Health Information System
PPI	Pharma-Preisinformationsservice (Informationen über Arzneimittelpreise in 30 europäischen Ländern, Service der GÖG)
PPRI	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (Netzwerk zuständiger Behörden für Arzneimittelpreisbildung und -erstattung)
PPRS	Pharmaceutical Price Regulation Scheme (Großbritannien)
Q	Quartil
RPS	Referenzpreissystem
SEK	schwedische Kronen
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket / Agentur für zahnärztliche und pharmazeutische Leistungen (Schweden)
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse (Österreich)
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
Z.	Ziffer

Länderabkürzungen

AT	Österreich
BE	Belgien
BG	Bulgarien
CY	Zypern
CZ	Tschechien
DE	Deutschland
DK	Dänemark
EE	Estland
EL	Griechenland
ES	Spanien
FI	Finnland
FR	Frankreich
HR	Kroatien
HU	Ungarn
IE	Irland
IT	Italien
LT	Litauen
LU	Luxemburg
LV	Lettland
NL	Niederlande
PL	Polen
PT	Portugal
RO	Rumänien
SE	Schweden
SI	Slowenien
SK	Slowakei
UK	United Kingdom (Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland, in der Studie aus Gründen des Leseflusses als Großbritannien bezeichnet)

Glossar

Apothekeneinkaufspreis (Großhandelspreis)	Preis, zu dem eine Apotheke Arzneimittel einkauft. Der Apothekeneinkaufspreis ergibt sich aus dem Fabriksabgabepreis plus Großhandelsaufschlag.
Apothekenaufschlag	Differenz zwischen Verkaufs- und Einkaufspreis, ausgedrückt in Prozent des Apothekeneinkaufspreises
Apothekenhonorierung	Vergütung der Apotheken für die Abgabe von Arzneimitteln an Patientinnen und Patienten sowie für weitere apothekerliche Leistungen
Apothekenspanne	Differenz zwischen Verkaufs- und Einkaufspreis in Apotheken, ausgedrückt in Prozent des Apothekenverkaufspreises
Apothekenverkaufspreis	Preis, zu dem eine Apotheke Arzneimittel verkauft. Der Apothekenverkaufspreis ergibt sich aus dem Fabrikabgabepreis plus den Aufschlägen für Großhandel und Apotheken (d. h. Vertriebsanteil).
Arzneispezialität	Unter Arzneispezialität versteht man ein Arzneimittel, welches in gleicher Zusammensetzung und unter der gleichen Bezeichnung in einer bestimmten Form und Zusammensetzung in den Handel gebracht wird.
ATC-Klassifikation	Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Wirkstoffe entsprechend dem Organ/Organsystem, auf das sie einwirken, und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften gruppiert
ATC-3-Ebene / pharmakologische Gruppe	Definiert eine Gruppe von Arzneimitteln mit vergleichbarer pharmakologischer Wirkung innerhalb des ATC-Klassifikationssystems (Beispiel: A10B – orale Antidiabetika)
ATC-4-Ebene / chemische Gruppe	Definiert eine chemische Subgruppe von Arzneimitteln innerhalb des ATC-Klassifikationssystems (Beispiel: A10BA – Biguanide). In einigen Ländern (z. B. Ungarn) wird diese Subgruppe auch als therapeutische Gruppe bezeichnet.
ATC-5-Ebene / Wirkstoffgruppe	Definiert einen Wirkstoff oder eine fixe Kombination von Wirkstoffen innerhalb des ATC-Klassifikationssystems (Beispiel: A10BA02 – Metformin).
Behälter / Behältnis / (unmittelbare) Verpackung / (primäre) Verpackung	Der Behälter oder die Primärverpackung eines Arzneimittels ist in direktem Kontakt mit dem Arzneimittel oder dafür vorgesehen. Dies umfasst keine Verpackung zum Zweck des Lichtschutzes oder Transports, z. B. Karton
Darreichungsform	Dies ist die pharmazeutisch-technologische Form, in die der Wirkstoff gebracht wird. Die Darreichungsform bezeichnet

	einerseits die fertige wirkstoffhaltige Zubereitung, die Patienten/Patientinnen verabreicht wird (z. B. Injektionslösung) und andererseits die Art der Anwendung (z. B. Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung) der präsentierten Arzneiform
Dosierung	Die Dosierung eines Arzneimittels gibt das Verhältnis des Wirkstoffs in Bezug auf eine Verabreichungseinheit (z. B. pro Tablette oder pro Kapsel) oder das Volumen an. Dosierungen für Volumina können entweder in Hinblick auf den tatsächlichen Inhalt einer Arzneispezialität (z. B. 40 mg / 0,8 ml) oder bezogen auf einen standardisierten Nenner (z. B. 50 mg / ml) angegeben werden.
Erstattung	Ausgaben, z. B. für Heilbehandlungen, Arzneimittel oder Kuraufenthalte – gegebenenfalls abzüglich einer Selbstbeteiligung – werden von der Sozialversicherung bzw. einem nationalen Gesundheitsdienst getragen.
Fabrikabgabepreis	Preis, zu dem ein Pharma-Unternehmen Arzneimittel und andere Produkte anbietet und abgibt
Generikapreisregelung	Maßnahme, bei der die Preise eines Generikums in Abhängigkeit vom Preis des Originalpräparats festgelegt werden, normalerweise in Form eines Prozentsatzes, um den der Preis des Generikums niedriger sein muss. Zwischen den Ländern bestehen Unterschiede in der Ausgestaltung der Preisregelung in Bezug auf die Höhe des Preisabstandes (unterschiedliche Sätze können auch in Abhängigkeit vom Umsatz der Medikamente festgelegt sein) und hinsichtlich des Umfangs der eingeschlossenen Produkte (Einschluss von Originalpräparaten und bestimmter Generika).
Generikasubstitution	Abgabe eines Generikums anstelle des Originalpräparats seitens des Apothekers / der Apothekerin
Generikum	Arzneimittel, das mindestens einen Wirkstoff enthält, der keinem Patent mehr unterliegt. Nach Ablauf des Patentschutzes darf der Wirkstoff, der im Originalpräparat enthalten ist, (auch) unter einem anderen Handelsnamen produziert und verkauft werden.
Großhandelsaufschlag	Differenz zwischen Verkaufs- und Einkaufspreis im Großhandel (zwischen Fabriksabgabepreis und Apothekeneinkaufspreis), ausgedrückt in Prozent des Fabriksabgabepreises.

Großhandelsspanne	Differenz zwischen Verkaufs- und Einkaufspreis im Großhandel (zwischen Fabriksabgabepreis und Apothekeneinkaufspreis), ausgedrückt in Prozent des Apothekeneinkaufspreises
Herstellerrabatt	Preisnachlass, der (öffentlichen) Zahlern wie Krankenkassen oder nationalen Gesundheitsdiensten von Arzneimittelherstellern vor der (physischen) Beschaffung, gewährt wird.
internationaler Preisvergleich / external price referencng	Bei der Preisbildung eingesetzte Methode, bei der die Preise eines Arzneimittels in mehreren Ländern herangezogen und verglichen werden, um einen Referenzpreis (Benchmark) zu erhalten
Kaufkraftparitäten	Messgröße zum Vergleich der Kaufkraft unterschiedlicher Standorte. Die Kaufkraftparität informiert über die Höhe der Unterschiede bei den Lebenshaltungskosten in zwei Ländern. Das geschieht, indem man die Kaufkraft der unterschiedlichen Währungen mittels eines repräsentativen Warenkorbbs bestimmt.
Listenpreis	Der Preis, zu dem der Verkäufer angibt, seine Produkte zu verkaufen und/oder ein gesetzlich geregelter Preis. Listenpreise werden in der Preisliste, im Katalog, auf der Internetseite, in der Werbung des Verkäufers und in einer nationalen Preisliste/Formel usw. angegeben.
managed entry agreements	Vereinbarungen zwischen dem pharmazeutischen Hersteller und dem (öffentlichen) Zahler/Dienstleistungserbringer. Diese meist vertraulichen Abkommen werden vor allem bei Arzneimitteln angewandt, bei denen noch Unsicherheiten hinsichtlich der Wirksamkeit sowie budgetärer Auswirkungen bestehen, mit dem Ziel, Zugang zu Gesundheitstechnologien (insbesondere zu Arzneimitteln) durch Kostenübernahme zu ermöglichen
Maximalpreis (Höchstpreis)	Der Höchstpreis/Maximalpreis beschreibt den maximal zugelassenen Preis einer Preisstufe.
Originalpräparat	Unter einem Handelsnamen zugelassenes Arzneimittel, bei dem erstmals ein patentgeschützter Wirkstoff zum Einsatz kommt. Das Originalpräparat besitzt einen einzigartigen Handelsnamen, der, nachdem der Patentschutz abgelaufen ist, weiterbesteht („Markenname“).
Packungsgröße	Mengenmäßiger Inhalt einer Arzneimittelpackung, gemessen an der Stückzahl oder am Volumen des Arzneimittels
Positivliste (Erstattungsliste)	Die Positivliste beinhaltet jene Arzneimittel, welche von Ärztinnen und Ärzten verschrieben und durch Apothekerin-

	nen und Apotheker zulasten öffentlicher Zahler (z. B. Sozialversicherung oder nationaler Gesundheitsdienst) abgegeben werden dürfen.
Referenzpreissystem (Festbetragssystem)	Öffentliche Zahler legen für eine Gruppe vergleichbarer Arzneimittel (d. h. Referenzgruppen) einen maximalen Erstattungsbetrag – den Referenzpreis – fest. Bei Erwerb eines Arzneimittels im Referenzpreissystem muss der/die Versicherte die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem tatsächlichen Apothekenverkaufspreis des Arzneimittels – neben allfälligen Selbstbeteiligungen – selbst zahlen. Dies wird in Deutschland als Festbetragssystem bezeichnet.
Umsatzsteuer	Allgemeine Verbrauchssteuer, die auf jeder Stufe der Erzeugung und des Vertriebs eingehoben wird und die letztlich vom Verbraucher getragen wird. In der EU ist die Umsatzsteuer auf Arzneimittel meist niedriger als die Standardumsatzsteuer.
Wirkstoffverordnung	Ärztliche Verschreibung eines Arzneimittels mit dem internationalen Freinamen (= Bezeichnung für Wirkstoff, die von der Weltgesundheitsorganisation vergeben wird) anstelle des Handelsnamens

Dank

Das Autorenteam dankt Herrn Dr. Robert Sauer mann vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Frau Mag. Karin Kirchdorfer und ihren Kolleginnen/Kollegen des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Krankenhausapotheker für das Bereitstellen von Information zu den ausgabenstarken Arzneispezialitäten im Jahr 2017 im niedergelassenen Sektor bzw. in den Krankenanstalten.

Weiters bedankt sich das Autorenteam bei seinen Kolleginnen und Kollegen, die für die vorliegende Studie die Preisdaten über den PPI-Service bereitstellten. Gemeinsam mit Autor Peter Schneider und Autorin Nina Zimmermann erhoben Ingrid Freiberger, Margit Gombocz, Claudia Hahl, Bettina Heindl, Valentin Kandler, Klaus Kellner, Marlene Postl und Friedericke Windisch Preisdaten für die vorliegende Analyse. Manuel Alexander Haasis unterstützte das Projektteam mit der englischen Übersetzung einer auf Basis des vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisberichts erstellten Kurzstudie.

Darüber hinaus gilt unser Dank Vertretern/Vertreterinnen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Agentur für zahnärztliche und pharmazeutische Leistungen in Schweden, der österreichischen Apothekerkammer, der Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Krankenhausapotheker, dem Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (PHARMIG), dem Verband der österreichischen Arzneimittelvollgroßhändler (PHAGO) für das Studienprotokoll betreffende Rückmeldungen.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde vom Gesundheitsressort des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)¹ beauftragt, die österreichischen Preise ausgabenstarker Arzneispezialitäten im Vergleich zu jenen in anderen EU-Mitgliedstaaten zu erheben und zu analysieren. Die Durchführung von Preisanalysen von Arzneimitteln zählt zum gesetzlich definierten Aufgabenbereich der GÖG und dient der Unterstützung des BMASGK im Rahmen der Beobachtung der Entwicklung österreichischer Arzneimittelpreise im Vergleich mit jenen der übrigen EU-Mitgliedstaaten [1]. Die vorliegende Preisanalyse erfolgt vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen im Bereich der Arzneimittelpreispolitik in Österreich [2].

Bisherige Arzneimittelpreisvergleichsstudien [3–7] legen nahe, dass österreichische Preise selten zu den höchsten oder niedrigsten zählen. In den letzten Jahren bewegten sich Österreichs Listenpreise in Richtung des (tendenziell oberen) Mittelfelds [8, 9].

1.2 Zielsetzung

Die vorliegende Studie vergleicht die österreichischen Preise ausgewählter ausgabenstarker Arzneispezialitäten aus dem niedergelassenen und dem stationären Sektor mit jenen in den übrigen EU-Mitgliedstaaten. Als ausgabenstark werden jene Arzneispezialitäten bezeichnet, die den öffentlichen Zahlern – sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Sektor – hohe Aufwendungen verursachen (aufgrund eines hohen Preises und/oder einer hohen Menge). Diese vergleichsweise geringe Anzahl an Arzneispezialitäten bewirkt einen hohen Anteil der öffentlichen Ausgaben. Im Jahr 2015 wurden in Österreich 29 Prozent der öffentlichen Arzneimittelausgaben für Arzneispezialitäten verwendet, die 0,4 Prozent der auf Rezept abgegebenen Arzneimittel darstellen [10].

1.3 Aufbau

Kapitel 2 beschreibt die gewählte methodische Vorgangsweise. Zentrale Ergebnisse in puncto Datenverfügbarkeit und Preisanalysen werden in Kapitel 3 dargestellt und in Kapitel 4 diskutiert. Kapitel 5 zieht Schlussfolgerungen aus der Preisanalyse. Im Anhang finden sich ergänzende Tabellen.

¹

Die Beauftragung erfolgte 2017 seitens des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF).

2 Methodik

Das Studienprotokoll für den Preisvergleich ausgabenstarker Arzneispezialitäten wurde im Sommer 2017 entwickelt [11]. Es wurde in englischer Sprache verfasst, um es von internationalen Expertinnen und Experten in diesem Bereich prüfen zu lassen. Die Kernelemente des methodischen Ansatzes nach Berücksichtigung der Rückmeldungen (s. unten) sind in Tabelle 2.1 zusammengefasst.

Tabelle 2.1:
Methodik – Kernelemente der methodischen Grundlagen des Preisvergleichs 2017

Kernelemente	gewählter Ansatz in der Preisstudie 2017
Art des Preisvergleichs	Einzelpreisvergleich (Vergleich ausgewählter Arzneispezialitäten)
Länderauswahl	Preisdaten aus Österreich und 27 weiteren EU-Mitgliedstaaten ²
Produktauswahl	<p>100 ausgewählte ausgabenstarke Arzneispezialitäten aus Sicht der österreichischen öffentlichen Zahler (niedergelassener und stationärer Sektor), d. h. Arzneispezialitäten, die aufgrund ihres Preises und/oder Volumens einen relativ hohen Anteil der öffentlichen Arzneimittelausgaben ausmachen, ausgewählt auf Basis folgender Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> » niedergelassener Bereich (60 Arzneispezialitäten): Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) für den Erstattungsmarkt (Jänner–April 2017) » intramuraler Bereich (40 Arzneispezialitäten): auf Basis einer Zusammenstellung, die von Vorstandsmitgliedern der Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Krankenhausapotheker entsprechend der Praxis in unterschiedlichen Krankenanstalten Österreichs bereitgestellt wurde <p>Die ausgewählten Arzneispezialitäten beziehen sich auf das entsprechende Originalpräparat: Fehlten Preisdaten der ausgewählten Arzneispezialität des Originalprodukts, wurde nicht auf Daten des parallel importierten Produkts oder Generikums zurückgegriffen, da dies die Vergleichbarkeit limitiert hätte.</p> <p>Eine Übersicht der ausgewählten Arzneispezialitäten findet sich im Anhang.</p>

2

Die gesetzlichen Bestimmungen zur Arzneimittelpreisbildung in Österreich sehen für das „external price referencing“ (EU-Durchschnittspreis) bis zur Berücksichtigung der kroatischen Preise eine Übergangsfrist vor [2]. Für die umfassende Analyse des EU-Durchschnittspreises scheint eine Einbeziehung der kroatischen Preise jedoch sinnvoll.

Kernelemente	gewählter Ansatz in der Preisstudie 2017
Preisstufe	<p>Listenpreise unter Berücksichtigung der veröffentlichten Herstellerrabatte in Deutschland, Griechenland und Spanien³ und Analyse der Preisdaten auf der Ebene der Fabriksabgabepreise (FAP) für alle in die Studie eingeschlossenen Arzneispezialitäten und der Apothekeneinkaufspreise (AEP), Apothekenverkaufspreise (AVP) netto und brutto⁴ für den niedergelassenen Bereich</p> <p>Herstellerrabatte⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> » Deutschland: 7 Prozent des FAP für nichtfestbetragsregelte Arzneimittel » Griechenland: 9 Prozent des FAP für erstattungsfähige Arzneispezialitäten, die in öffentlichen Apotheken abgegeben werden » Spanien: <ul style="list-style-type: none"> » 7,5 Prozent des Apothekenverkaufspreises (mit direkter Auswirkung auf den Fabrikabgabepreis) für erstattungsfähige Originalpräparate » 4 Prozent des Apothekenverkaufspreises (mit direkter Auswirkung auf den Fabrikabgabepreis) für erstattungsfähige Arzneimittel für seltene Erkrankungen <p>Nicht immer sind Daten auf allen Preisstufen in den Vergleichsländern vorhanden. Dies ist etwa der Fall, wenn keine gesetzlichen Regelungen zur Vergütung der Distributionsakteure bestehen. In Dänemark, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und Zypern werden die Preise auf AEP-Ebene festgelegt, und die FAP sind das Ergebnis vertraulicher Verhandlungen zwischen Zulassungsinhaber und Großhandel. In diesen Ländern wurden die FAP auf Basis der durchschnittlichen Großhandelsspannen – in der gleichen Größenordnung wie die von der Preiskommission des BMASGK angewandten [2] – bestimmt. In Tschechien kann aufgrund der gemeinsamen Vergütung für Großhandel und Apotheken der AEP nicht bestimmt werden. Beide Akteure teilen sich den gesetzlichen Aufschlag, die konkrete Verteilung zwischen den einzelnen Großhandelsunternehmen und Apotheken variiert allerdings. In Großbritannien, den Niederlanden und Slowenien ist infolge der leistungsorientierten Vergütung für Apotheken keine Preisinformation auf AVP-Ebene verfügbar. In Irland fallen die Arzneimittel in unterschiedliche Erstattungsschemen, wobei für einige der AVP nicht bestimmt werden kann.</p>

3

Für die Analyse scheint die Berücksichtigung der Herstellerrabatte sinnvoll, da diese in der „Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission für die Ermittlung des EU-Durchschnittspreises“ [2] herangezogen werden.

4

Im Rahmen der Studie wurden Preise auf Ebene des AVP brutto erhoben, aber nicht in der weiteren Analyse berücksichtigt. Die Preisstudie 2015 unterstrich bereits die Relevanz von Steuern als zentraler Komponente von Medikamentenpreisen. Da es in den vergangenen beiden Jahren kaum Änderungen bei den nationalen Umsatzsteuersätzen auf Medikamente gab, sind die Schlussfolgerungen weiterhin aktuell [8].

5

Informationen abrufbar unter https://goeg.at/sites/default/files/2017-06/gg_herstellerrabatte_2017_fr_homepage_final.pdf (Zugriff am 29. März 2018)

Kernelemente	gewählter Ansatz in der Preisstudie 2017
Datenquelle und Zeitraum	Service Pharma-Preisinformation (PPI) ⁶ an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit Stand September 2017 (Stichtag: 30. September 2017) – mit Ausnahme der Daten aus Malta ⁷ und Rumänien ⁸
Referenz-Arzneispezialität	Die Preise identer Originalpräparate wurden verglichen, d. h. für dieselbe Darreichungsform, dieselbe Stärke und dieselbe Packungsgröße. Bei Nichtverfügbarkeit der Daten wurde die nächstgelegene Packungsgröße oder eine vergleichbare Darreichungsform genommen. Falls keine Preisdaten für Originalpräparate verfügbar waren, wurden wegen mangelnder Vergleichbarkeit nicht Generikapreise oder Preise parallel importierter Produkte herangezogen.
Analyseeinheit	Die Preisdaten wurden auf Stückpreisebene (z. B. je Tablette, pro Injektion) verglichen.
Wechselkurs	<p>Für die Umrechnung anderer Landeswährungen als Euro wurden die Referenzkurse (Devisenmittelkurse) der Europäischen Zentralbank (EZB) angewendet, die von der Österreichischen Nationalbank veröffentlicht wurden. Für die Analyse wurden die Monatsdurchschnittskurse des August 2017 herangezogen.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Bulgarien: 1,95580 bulgarische Lew = 1 Euro » Dänemark: 7,43790 dänische Kronen = 1 Euro » Großbritannien: 0,91121 britische Pfund = 1 Euro » Polen: 4,26660 polnische Złoty = 1 Euro » Rumänien: 4,57890 neuer rumänischer Leu = 1 Euro » Schweden: 9,54850 schwedische Kronen = 1 Euro » Tschechien: 26,10100 tschechische Kronen = 1 Euro » Ungarn: 304,37000 ungarische Forint = 1 Euro
Gewichtung der Preise	In einer zusätzlichen Analyse werden die Preisdaten auf der Grundlage des Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukts (BIP) angepasst, um das unterschiedliche Einkommensniveau der Länder zu berücksichtigen.
Datenauswertung	Die Preisdaten wurden mittels Microsoft Office Excel 2007 und R 2.15.2 analysiert.

Quelle und Darstellung: GÖG

Das Studienprotokoll wurde im August 2017 auf der Webseite der GÖG publiziert. Nationale und internationale Akteure und Expertinnen/Experten wurden eingeladen, es zu begutachten. Das Studienprotokoll betreffende Rückmeldungen ergingen seitens folgender maßgeblicher nationaler Akteure im Bereich der Arzneimittelpolitik: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), Österreichische Apothekerkammer, Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig) und Verband der österreichischen Arzneimittelgroßhändler (PHAGO). Die Möglichkeit der öffentlichen Konsultation

6

Die Gesundheit Österreich GmbH betreibt das PPI-Service auf Basis eines gesetzlichen Auftrags (§351c Abs. 6 ASVG und §4 Abs. 1 Z 10 GÖG-Gesetz) zur Unterstützung der beim BMASGK angesiedelten Preiskommission.

7

In Malta sind für den öffentlichen Sektor (Ausschreibungen) lediglich Daten aus 2011 und für den privaten Sektor aus 2013 verfügbar, welche viele der untersuchten Arzneispezialitäten noch nicht beinhalten. Aufgrund der geringen Datenverfügbarkeit sowie den nicht mehr zeitgemäßen Preisinformationen wurde Malta nicht in der Analyse berücksichtigt.

8

Die aktuellsten Preise, die vom rumänischen Gesundheitsministerium publiziert wurden, beziehen sich auf Oktober 2016.

wurde auch von einer Senior-Market-Access-Managerin eines pharmazeutischen Unternehmens genutzt, um Rückmeldung bezüglich des Studienprotokolls zu geben. Weiters langten diesbezügliche Anmerkungen der schwedischen Behörde für Arzneimittelpreisbildung und -erstattung TLV und der OECD ein.

Studienprotokollrückmeldungen wurden – sofern zielführend und umsetzbar – in die Methodik und Analyse aufgenommen. Insbesondere Kapitel 4, das ergänzende Modellannahmen diskutiert, berücksichtigt Anregungen und zustimmende Kommentare zu alternativen Szenarien. Das Datenmanagement und die Analyse wurden ab November 2017 umgesetzt. Erste Ergebnisse der Datenanalyse wurden dem Auftraggeber im Dezember 2017 übermittelt und im Jänner 2018 öffentlich präsentiert. Im Mai 2018 erhielt das BMASGK den Rohbericht.

Entsprechend internationalem Standard werden die ausgewählten Arzneyspezialitäten in der Studie mit ihren internationalen Wirkstoffnamen angeführt.

3 Ergebnisse

Dieses Kapitel beginnt mit einem Überblick über die Verfügbarkeit von Preisdaten der ausgewählten Arzneispezialitäten (Abschnitt 3.1). Abschnitt 3.2 informiert über die FAP-Analysen aller 100 ausgabenstarken Arzneispezialitäten (60, die in Österreich im niedergelassenen Sektor hohe Ausgaben verursachen, und 40 ausgabenstarke im stationären Sektor). Abschnitt 3.3 und Abschnitt 3.4 präsentieren die Ergebnisse für 60 ausgewählte ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, bezogen auf weitere Preisstufen (Apothekeneinkaufspreis/Großhandelspreis und Apothekenverkaufspreis netto und brutto), die sich aufgrund der Aufschläge zur Vergütung der Vertriebsakteure und infolge der Umsatzsteuer ergeben.

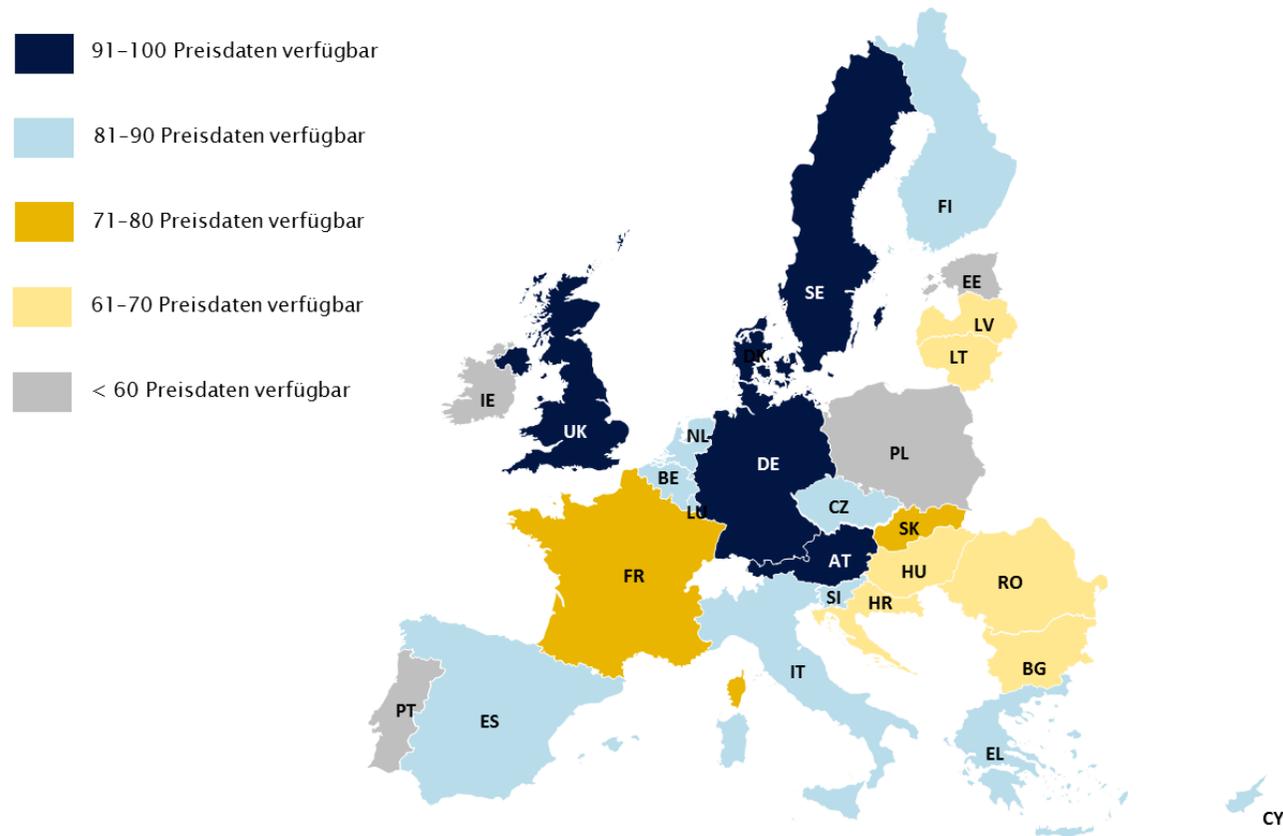
3.1 Datenverfügbarkeit

Auf Ebene der FAP war die Datenlage vergleichsweise gut (vgl. Abbildung 3.1) – für den niedergelassenen Sektor besser als für den stationären. Bei 1.620 möglichen Preisdaten der 60 ausgewählten Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor war mit 1.326 tatsächlich zugänglichen Preisdaten eine Abdeckung von knapp 82 Prozent gegeben. Im stationären Bereich waren 740 von 1.080 möglichen Preisdaten eruierbar (69 %). Eine geringe Datenverfügbarkeit im stationären Sektor weisen insbesondere Portugal (0), Estland (2) und Irland (7) auf, aber auch in den baltischen Ländern Lettland und Litauen sowie einigen osteuropäischen Ländern (BG, HU, PL) war nur die Hälfte der Preisdaten verfügbar.

Bei fünf Arzneispezialitäten (Denosumab, Golimumab, Olodaterol + Tiotropium Bromid, Omalizumab, Tiotropium Bromid) im niedergelassenen Sektor lagen Preisdaten für alle 27 untersuchten EU-Länder vor. Für neun Arzneispezialitäten konnten Preisdaten in 26 EU-Ländern und für weitere neun Arzneispezialitäten in 25 EU-Ländern erhoben werden. Die geringste Anzahl an Preisdaten im niedergelassenen Bereich lag für Trazodon (Preisdaten in neun EU-Mitgliedstaaten zugänglich) sowie für Ivacaftor/Lumacaftor (9 Länder) und Rilmenidin (10 Länder) vor.

Im Unterschied zum niedergelassenen Bereich war die Datenverfügbarkeit im stationären Bereich geringer. Keine Arzneispezialität hatte mehr als 25 Datenpunkte, d. h. war in allen untersuchten EU-Ländern verfügbar. Einer der Hauptgründe dafür war die geringe Datenverfügbarkeit in Portugal und Estland. Für zwei Arzneispezialitäten (Aflibercept und Rituximab) lagen Preisinformationen aus 25 EU-Ländern vor. Für vier Arzneispezialitäten waren Preisdaten in 24 EU-Ländern vorhanden. Die größten Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit waren bei Posaconazol 100 mg × 96 Tabletten (Angaben aus 6 Mitgliedstaaten) gegeben. Eine ähnlich niedrige Datenlage (9 Länder) war bei zwei Arzneispezialitäten des Wirkstoffs Carfilzomib (10 mg auf 5 ml und 30 mg auf 15 ml) zu beobachten, jedoch war die Datenlage für die dritte Arzneispezialität dieses Wirkstoffs (60 mg auf 30 ml) deutlich besser (17 Länder).

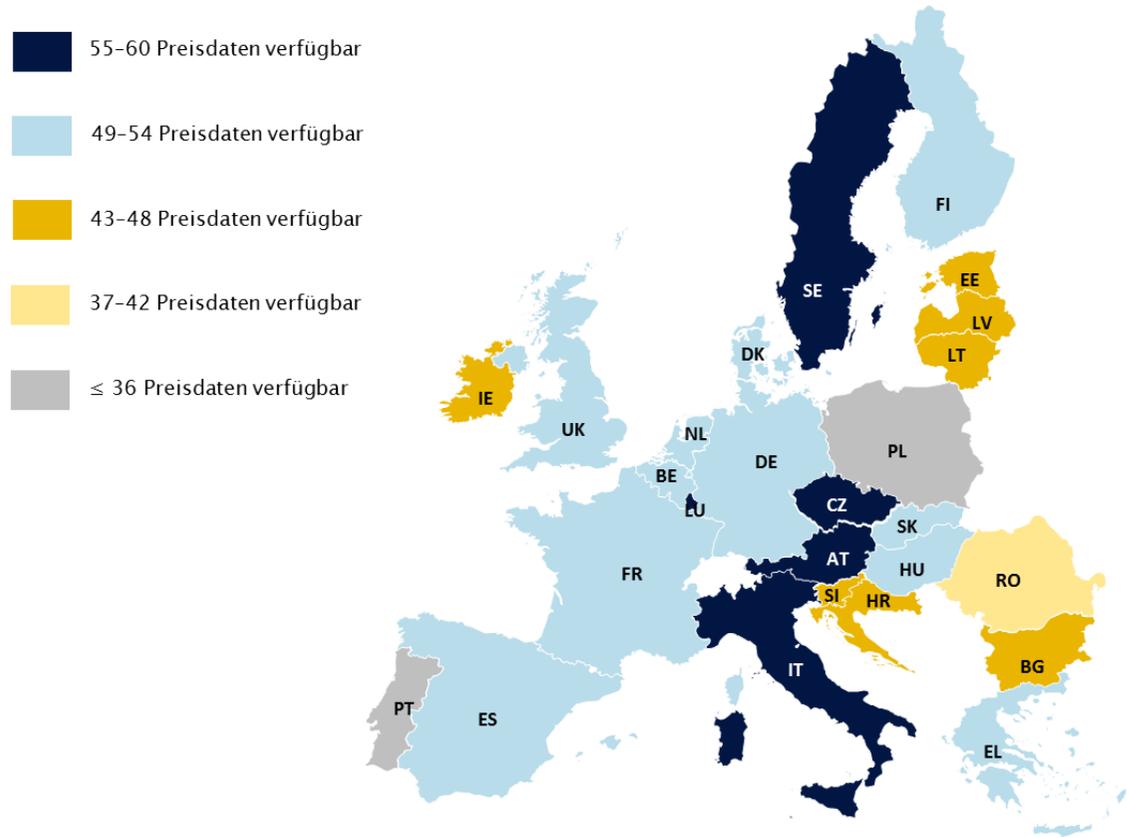
Abbildung 3.1:
Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Fabriksabgabepreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten
in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017



100 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen und stationären Sektor.
Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

Quelle und Darstellung: GÖG 2018

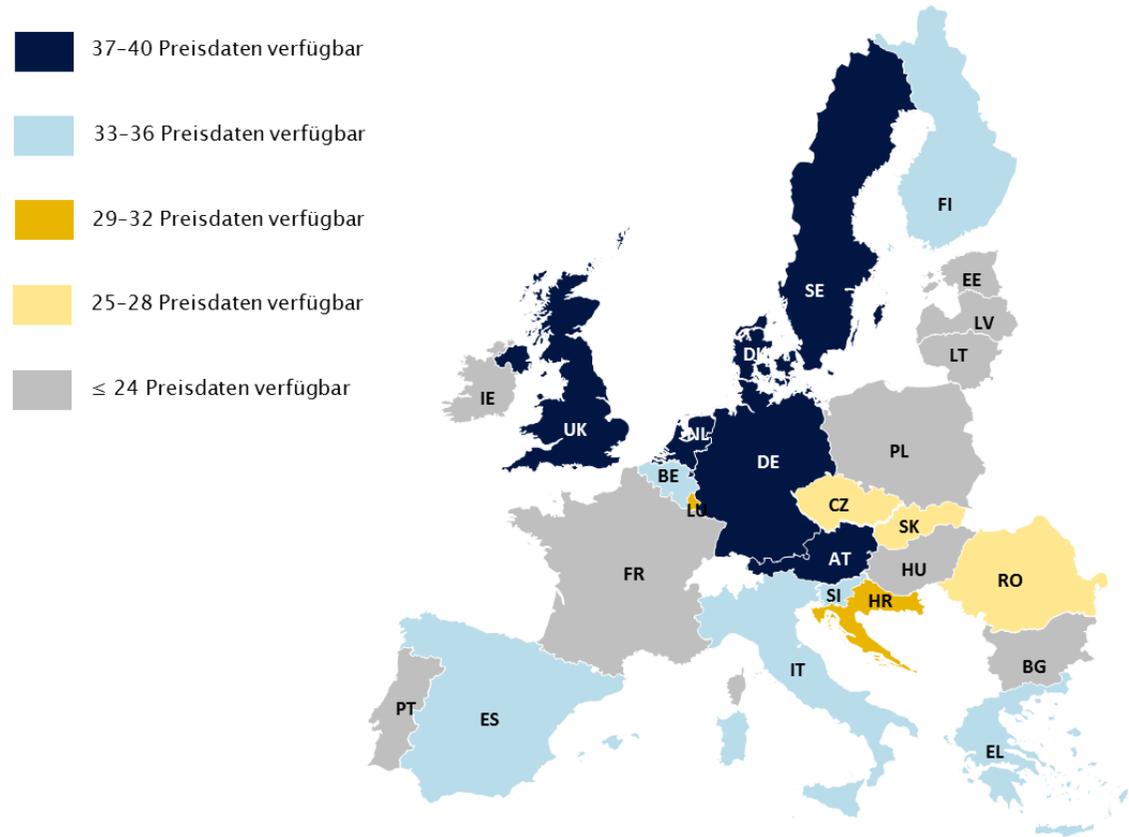
Abbildung 3.2:
 Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Fabriksabgabepreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017



60 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor
 Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

Quelle und Darstellung: GÖG 2018

Abbildung 3.3:
 Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Fabriksabgabepreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im stationären Sektor
 in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017



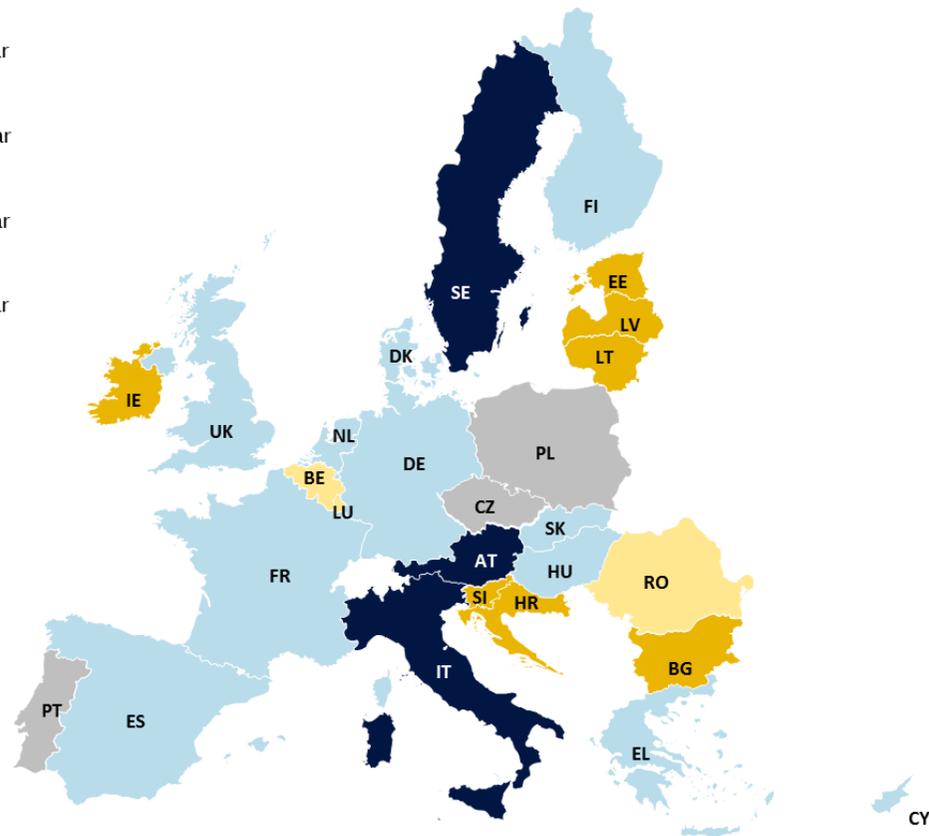
40 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im stationären Sektor
 Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

Quelle und Darstellung: GÖG 2018

Abbildung 3.4:

Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Apothekeneinkaufspreise für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017

- 55–60 Preisdaten verfügbar
- 49–54 Preisdaten verfügbar
- 43–48 Preisdaten verfügbar
- 37–42 Preisdaten verfügbar
- ≤ 36 Preisdaten verfügbar



60 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor

Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

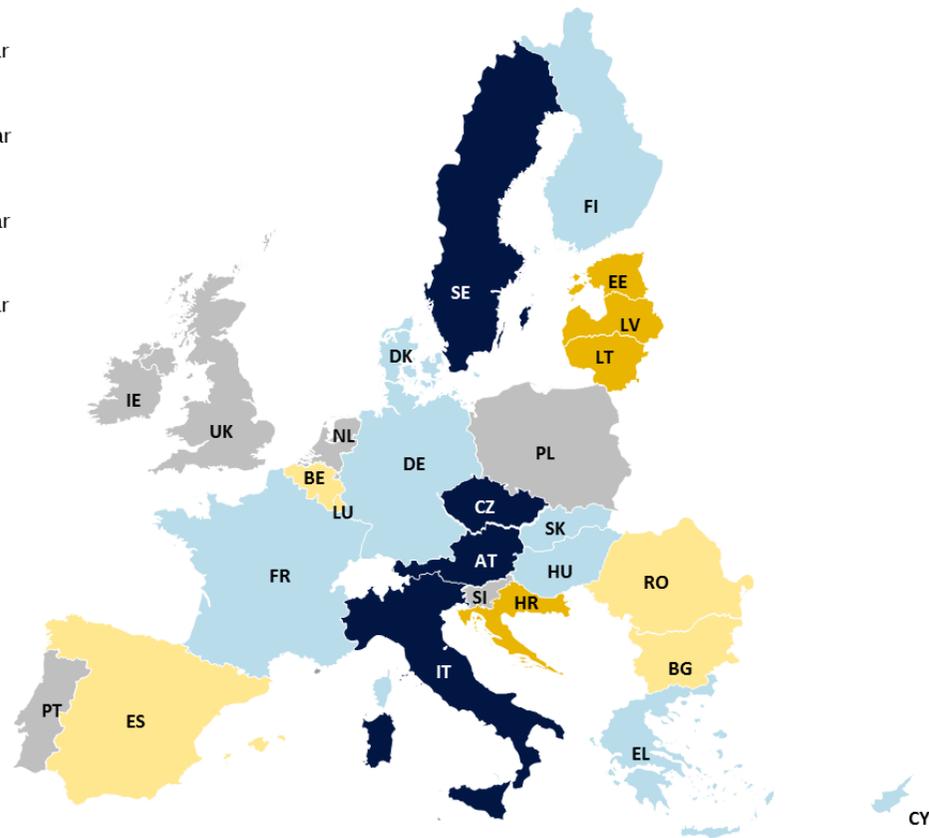
In Tschechien ist die Berechnung des AEP nicht möglich, da für den Großhandel und Apotheken ein gemeinsames Vergütungsschema besteht.

Quelle und Darstellung: GÖG 2018

Abbildung 3.5:

Ergebnisse – Verfügbarkeit von Daten auf Ebene der Apothekenverkaufspreise (netto und brutto) für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017

- 55–60 Preisdaten verfügbar
- 49–54 Preisdaten verfügbar
- 43–48 Preisdaten verfügbar
- 37–42 Preisdaten verfügbar
- ≤ 36 Preisdaten verfügbar



60 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassener Sektor

Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

In Großbritannien, den Niederlanden und Slowenien sind infolge der leistungsorientierten Vergütung für Apotheken keine Preisinformationen auf AVP-Ebene verfügbar.

Quelle und Darstellung: GÖG 2018

Von den untersuchten Ländern wies Österreich die höchste Datenverfügbarkeit auf, was methodisch begründet ist. Die Arzneispezialitäten wurden aufgrund ihrer Ausgabenrelevanz – d. h. höchste Aufwendungen für öffentliche Zahler bzw. Einkäufer (Spitäler, Krankenanstaltsträger) – in Österreich ausgewählt und waren daher per definitionem verfügbar. In Schweden lagen auf FAP-Ebene Preisdaten bei 95 von 100 Arzneispezialitäten (alle ausgewählten Arzneispezialitäten, beide Sektoren) vor, gefolgt von Deutschland (94), Großbritannien (93) und Dänemark (91). Für neun Länder konnten Preisdaten bei 81 bis 90 Arzneispezialitäten und in weiteren drei Ländern Preisdaten bei 71 bis 80 Arzneispezialitäten erhoben werden. Am dürftigsten zeigte sich die Datenlage in Portugal (fehlende Daten bei 65 Arzneispezialitäten) sowie Estland (fehlende Daten bei 55 Arzneispezialitäten), Irland und Polen (je 47 fehlende Arzneispezialitäten). Auffällig ist die mangelnde Datenverfügbarkeit im stationären Sektor in Portugal (keine Preisdaten des stationären Sektors), Estland (Preisinformationen nur bei 2 Arzneispezialitäten) und Irland (7 Arzneispezialitäten). Dies hängt damit zusammen, dass für Arzneispezialitäten, die in diesen Ländern dem stationären Sektor zugeordnet werden, die Behörden keine Preisinformation veröffentlichen.

In Tschechien gibt es für die Akteure der Arzneimitteldistribution eine gemeinsame Vergütung, bei der sich diese den gesetzlich geregelten Höchstaufschlag teilen. Die konkrete Aufteilung zwischen den einzelnen Großhandelsunternehmen und Apotheken variiert allerdings, weswegen keine Daten auf Ebene des Apothekeneinkaufspreises (AEP) vorliegen. In Großbritannien, den Niederlanden und Slowenien sind infolge der leistungsorientierten Vergütung für Apotheken keine Preisinformationen auf AVP-Ebene verfügbar. In Irland fallen die Arzneimittel in unterschiedliche Erstattungsschemen, wobei für einige der AVP nicht bestimmt werden kann.

In Spanien, Luxemburg und Belgien ist für die untersuchten Arzneispezialitäten auf der Preisstufe des FAP eine höhere Datenverfügbarkeit zu beobachten als auf den anderen Preisstufen. Grund dafür ist, dass in diesen Ländern die Arzneispezialitäten anderen Sektoren zugeordnet sind. Während sie in Österreich vorwiegend im niedergelassenen Bereich abgegeben werden, sind sie in Belgien, Luxemburg und Spanien im stationären Sektor verortet und wiesen derart nur den FAP aus.

Informationen zur Datenverfügbarkeit nach Preisstufen und Sektoren sind in Abbildung 3.2 bis Abbildung 3.5 dargestellt.

3.2 Fabriksabgabepreise im Ländervergleich

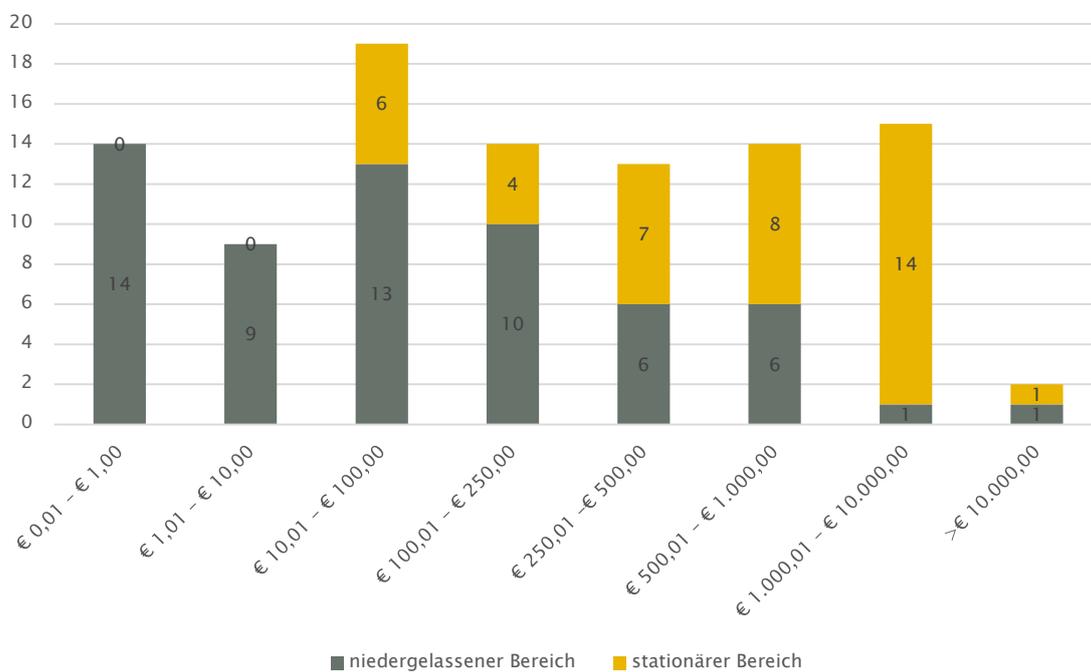
3.2.1 Verteilung der Preise

Bei einem Fünftel der 100 ausgewählten Arzneispezialitäten beträgt der Fabriksabgabepreis pro Stück weniger als 10 Euro, davon liegt bei 14 Arzneispezialitäten der Preis unter 1 Euro. Bei einem weiteren Fünftel liegen die Preise zwischen 10 und 100 Euro. Der Preis von 27 Arzneispezialitäten pendelt zwischen 100 und 500 Euro. 17 Arzneispezialitäten verzeichnen einen Preis von über 1.000 Euro, davon zwei Arzneispezialitäten (Ipilimumab, Treprostinil) mit über 10.000 Euro.

Die Bandbreite der Fabriksabgabepreise pro Stück (Median) reicht von 17 Cent (Trazodon, Packungspreis von 60 Stück: 10,40 Euro) bis 20.417,00 Euro (Treprostinil, Stückpreis entspricht dem Packungspreis). Letzteres ist eine Infusionslösung zur Behandlung pulmonaler arterieller Hypertonie und laut Europäischer Arzneimittelagentur ein Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen. Im stationären Sektor beträgt der Median-Fabriksabgabepreis pro Stück für die teuerste Arzneispezialität (Ipilimumab) 14.607,53 Euro und für die günstigste (Dexmedetomidin) 20,00 Euro.

Zwischen niedergelassenem und stationärem Sektor wird vor allem bei niedrigpreisigen Arzneispezialitäten ein deutlicher Unterschied offenkundig. Während im niedergelassenen Bereich drei Viertel aller Arzneimittel einen FAP unter 250 Euro pro Stück (Median) verzeichnen, erreichen im stationären Sektor drei Viertel der ausgewählten Arzneispezialitäten einen Preis über 250 Euro. Obwohl im niedergelassenen Sektor die Medianstückpreise tendenziell niedriger sind als im stationären Sektor, ist das Produkt mit dem höchsten Preis der Stichprobe (Treprostinil) dem niedergelassenen Sektor zuzuordnen. Weitere hochpreisige Arzneimittel des niedergelassenen Bereichs finden sich hauptsächlich in den ATC-Gruppen L (TNF-Inhibitoren und Onkologika) und J (Sofosbuvir-Kombinationspräparate). Die Verteilung der Mediane der Stücks-Fabriksabgabepreise ist in Abbildung 3.6 dargestellt.

Abbildung 3.6:
Ergebnisse – Größenordnung der Stückfabriksabgabepreise (Median) der ausgabenstarken Arzneispezialitäten in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017



Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

3.2.2 Österreich im Preisvergleich

Im Schnitt liegen die österreichischen Preise für alle ausgabenstarken Arzneispezialitäten (niedergelassener und stationärer Sektor) um 28,4 Prozent über jenen im Tiefstpreisland, um 4,4 Prozent über dem EU-Durchschnitt und um 30,6 Prozent unter dem Preis der Arzneispezialitäten im Höchstpreisland. Die Höhe der Preisunterschiede variiert zwischen den einzelnen Arzneispezialitäten sowie den Sektoren. Im niedergelassenen Bereich weist Österreich für einzelne Arzneispezialitäten den niedrigsten Preis aus, während im Krankenhausbereich der niedrigste österreichische Preis mindestens 17,6 Prozent über dem niedrigsten Preis in den untersuchten Ländern liegt. Im europäischen Vergleich liegen die österreichischen Preise in knapp 80 Prozent der Fälle über dem Median, d. h. mindestens im 3. Quartil.

Im niedergelassenen Sektor liegen die österreichischen Preise durchschnittlich 26,7 Prozent höher als jene im Tiefstpreisland (im Vergleich dazu Krankenhaussektor 30,9 %). In diesem Bereich sind die österreichischen Preise für Rilmenidin und Sofosbuvir + Velpatasvir die höchsten in Europa, und die Unterschiede beim FAP pro Stück gegenüber dem Niedrigstpreisland betragen 15 Cent bzw. 201,36 Euro.

Bei Preisdaten von Arzneispezialitäten mit demselben Wirkstoff (z. B. Apixaben, Adalimumab) fällt auf, dass die erhobenen Preise in den meisten Fällen weitestgehend ähnlich verteilt sind. Bei den Ausnahmen handelt es sich vor allem um Arzneispezialitäten mit unterschiedlichen Darreichungsformen (z. B. Tiotropium Bromid, Trastuzumab) oder Arzneispezialitäten, von denen eine größere Anzahl an Generika bereits am Markt verfügbar ist (z. B. Rosuvastatin). Die Boxplots zur Verteilung der FAP finden sich in Abbildung 3.7 und Abbildung 3.8.

Tabelle 3.1:

Ergebnisse – Größenordnung von Stückfabriksabgabepreisen (Median) der ausgewählten Arzneispezialitäten in den 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017

alle Angaben in %	Ø Gesamt	Ø NG	Ø KH	Min. gesamt	Min. NG	Min. KH	Max. gesamt	Max. NG	Max. KH
Preisdifferenz AT/Min	28,4	26,7	30,9	0,0	0,0	17,6	89,7	89,7	51,5
Preisdifferenz AT/Ø	4,4	0,5	10,3	-61,8	-61,8	-9,7	35,9	27,8	35,9
Preisdifferenz AT/Max	-30,6	-41,7	-14,1	-157,2	-157,2	-107,1	0,0	0,0	0,0

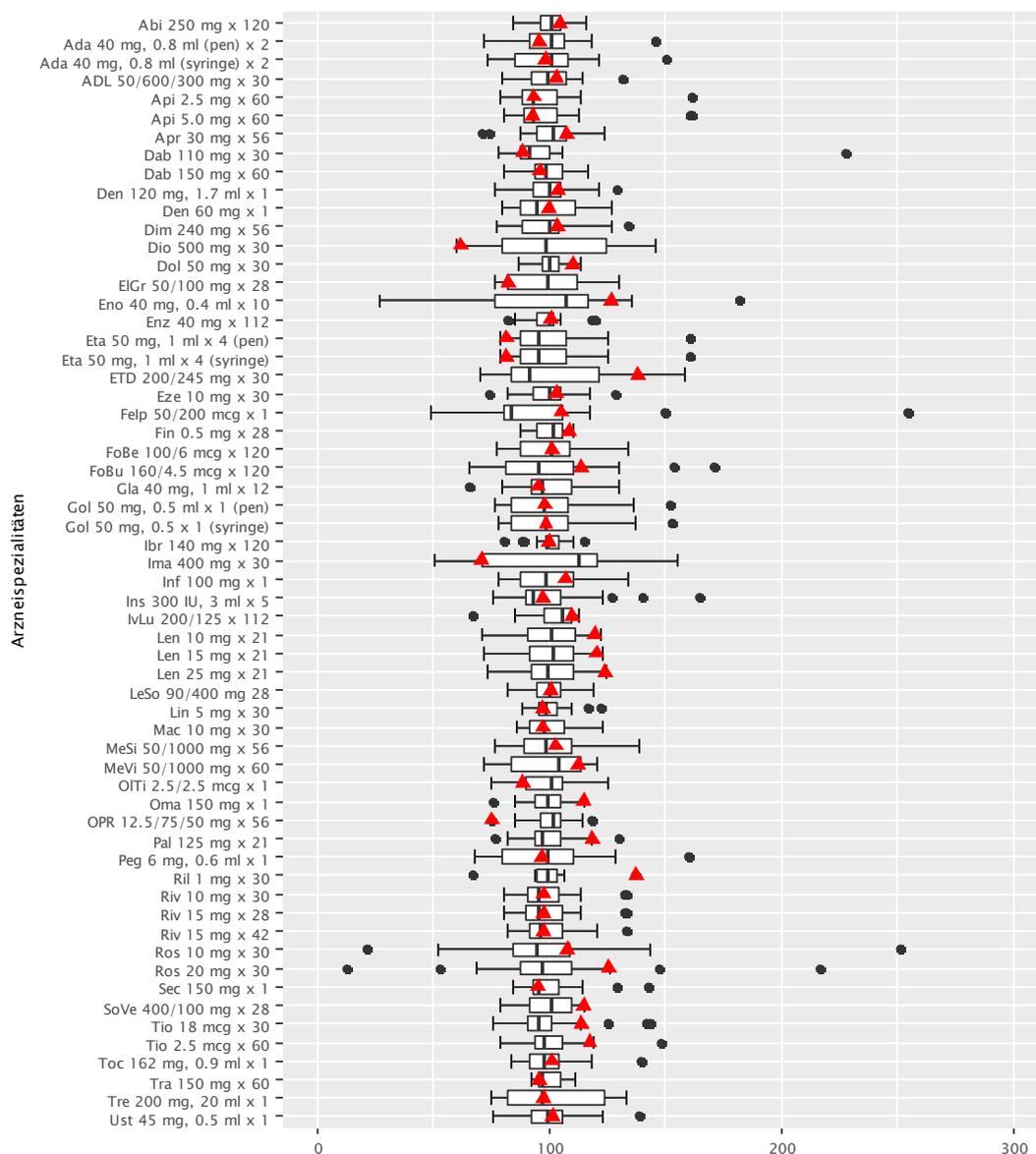
NG = niedergelassener Sektor, KH = Krankenhaussektor, Ø = Durchschnitt

Lesehilfe: Für alle 100 Arzneispezialitäten beträgt die durchschnittliche Differenz zwischen den niedrigsten Preisen pro Arzneispezialität und den österreichischen Preisen 28,4 % (26,7 % für die Arzneispezialitäten des niedergelassenen Sektors und 30,9 % des stationären Sektors). Die geringste Differenz für den Gesamtmarkt und den niedergelassenen Bereich ist 0 %, d. h. zumindest für eine Arzneispezialität ist der österreichische Preis der niedrigste Preis. Die Maximaldifferenz beträgt rund 90 % im niedergelassenen und 52 % im stationären Bereich, d.h. der österreichische Preis bei zumindest einem Produkt im niedergelassenen Bereich ist fast doppelt so hoch wie der Niedrigstpreis dieser Arzneispezialität bzw. macht im stationären Sektor das Eineinhalbfache aus.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.7:

Ergebnisse – Fabriksabgabepreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)

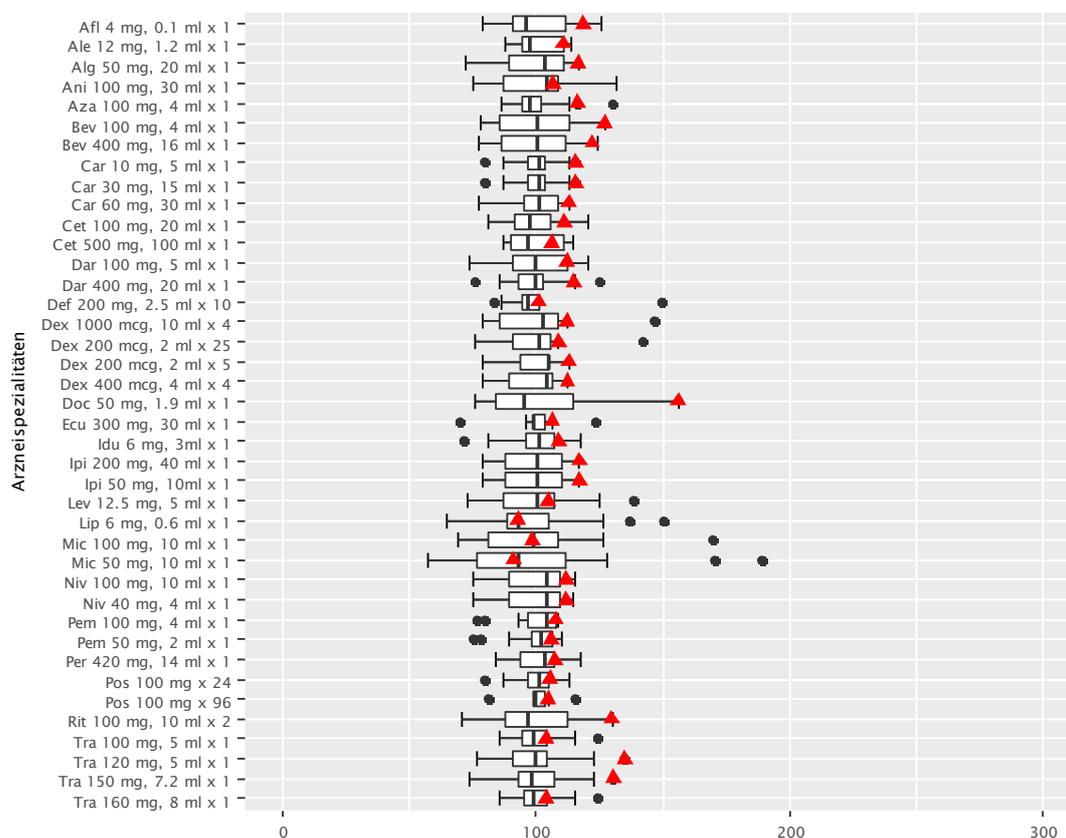


Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Das rote Dreieck beschreibt die Lage der Preise in Österreich im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen sind mit der 1,5-fachen Länge des Interquartilsabstands begrenzt. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer. Lesehilfe anhand des Beispiels Rosuvastatin 10 mg × 20: Der Medianpreis liegt indexiert knapp unter dem durchschnittlichen Preis; 50 % aller Preise in EU-Mitgliedstaaten liegen indexiert bei 90 und 110 % des Durchschnittlichen Preis; (d. h. ca. 10 % unter und ca. 10 % über dem niedrigsten Preis). Der Preis in Österreich liegt indexiert über dem Durchschnitt, aber noch innerhalb der Box. Für diese Arzneispezialität gibt es sowohl extrem niedrige als auch extrem hohe Ausreißer, generell ist bei den erhobenen Preisen eine hohe Streuung zu beobachten (Länge der Antennen). Abkürzungen der Arzneispezialitäten sind in Tabelle 7.1 im Anhang erläutert.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.8:

Ergebnisse – Fabriksabgabepreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des Krankenhausesektors im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)



Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Das rote Dreieck beschreibt die Lage der Preise in Österreich im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen sind mit der 1,5-fachen Länge des Interquartilsabstands begrenzt. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer. Lesehilfe anhand des Beispiels Docorubicin 50 mg, 1,9 ml: Der Medianpreis liegt indexiert knapp unter dem durchschnittlichen Preis; 50 % aller Preise in EU-Mitgliedstaaten liegen indexiert bei 85 und 115 % des Durchschnittspreises (d. h. ca. 15 % unter und ca. 15 % über dem niedrigsten Preis). Der Preis in Österreich ist der höchste Preis für diese Arzneispezialität in Europa. Für diese Arzneispezialität gibt es keine Ausreißer, aber generell ist bei den erhobenen Preisen eine hohe Streuung zu beobachten (Länge der Antennen).

Abkürzungen der Arzneispezialitäten sind in Tabelle 7.2 im Anhang erläutert.

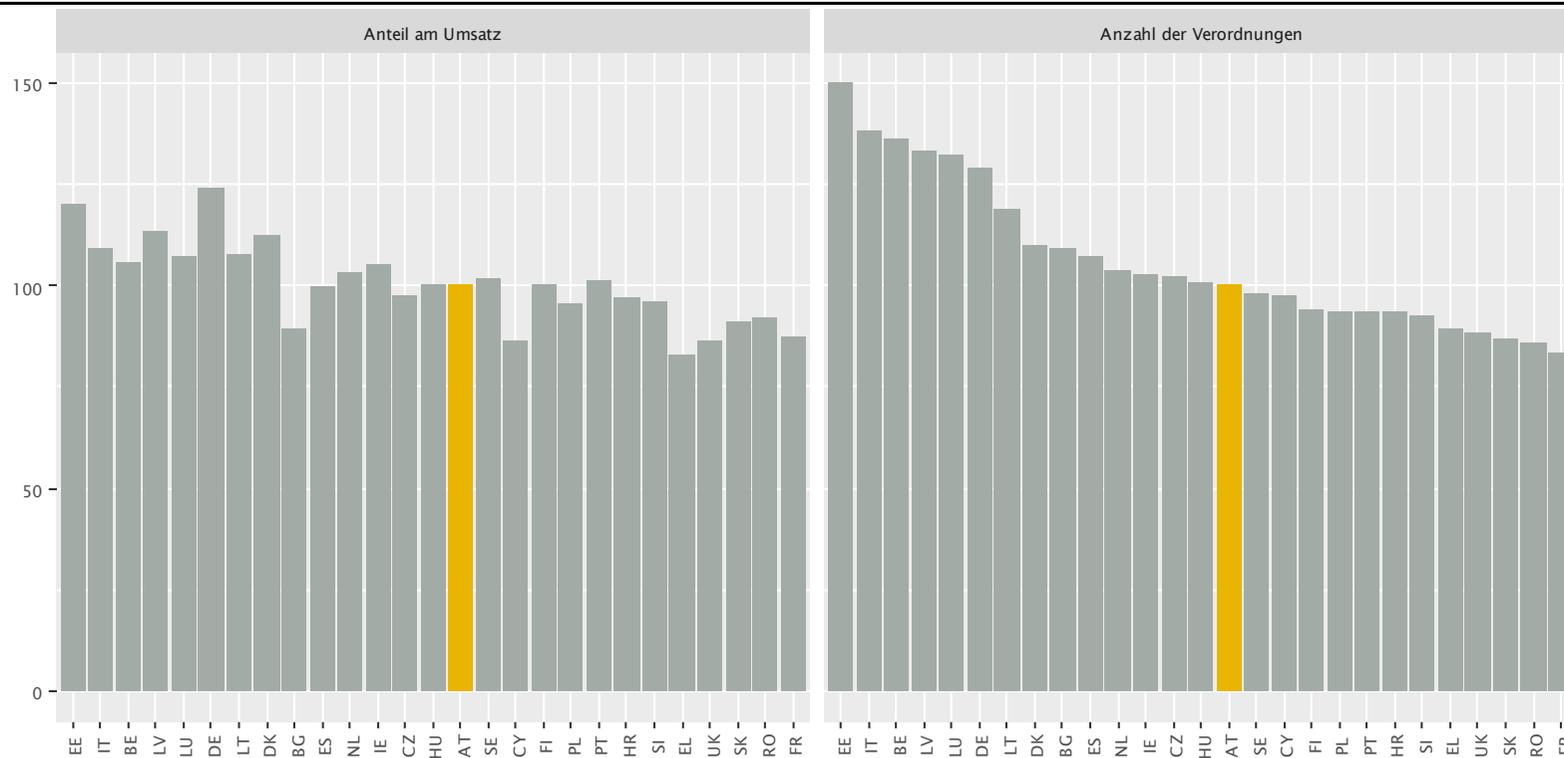
Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

3.2.3 Preisindizes

Bei den Preisindizesberechnungen für den niedergelassenen Bereich in Abbildung 3.9 findet sich Österreich bei beiden Gewichtungsarten im Mittelfeld. Abhängig von der Gewichtung ändert sich die Reihung der Länder, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass einzelne Länder vor allem bei den in Österreich verordnungstarken Arzneispezialitäten hohe Preise ausweisen. Diese scheinen

sich jedoch bei einer Gewichtung mit den Umsatzzahlen wieder zu relativieren. In Abbildung 3.10 wurde für die Berechnung der dargestellten Indizes eine andere Gewichtungsmethode („equal weights“) angewendet, um die Indizes beider Sektoren besser vergleichen zu können. Da im Krankenhausbereich keine Daten bezüglich Verordnungen oder Umsatzzahlen vorlagen, wurden die Preise sowohl des niedergelassenen als auch des stationären Sektors gleichmäßig gewichtet, d. h. für alle Preise wurde für alle Länder die gleiche Anzahl an Verordnungen ($n = 1$) angenommen. Auch bei dieser Berechnungsmethode finden sich die österreichischen Preise für den niedergelassenen Sektor im Mittelfeld wieder. Im stationären Sektor zählen hingegen die österreichischen Preise zu den höchsten europaweit, nur die irischen Preise sind höher. Jedoch weist Irland im stationären Sektor eine geringe Datenverfügbarkeit auf, weswegen der hohe Wert auf nur wenige Arzneyspezialitäten zurückzuführen ist.

Abbildung 3.9:
 Ergebnisse – Preisindex auf der Ebene des Fabrikabgabepreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor
 in 27 EU-Mitgliedstaaten, gewichtet nach Anteil am Umsatz und Anzahl der Verordnungen, 2017

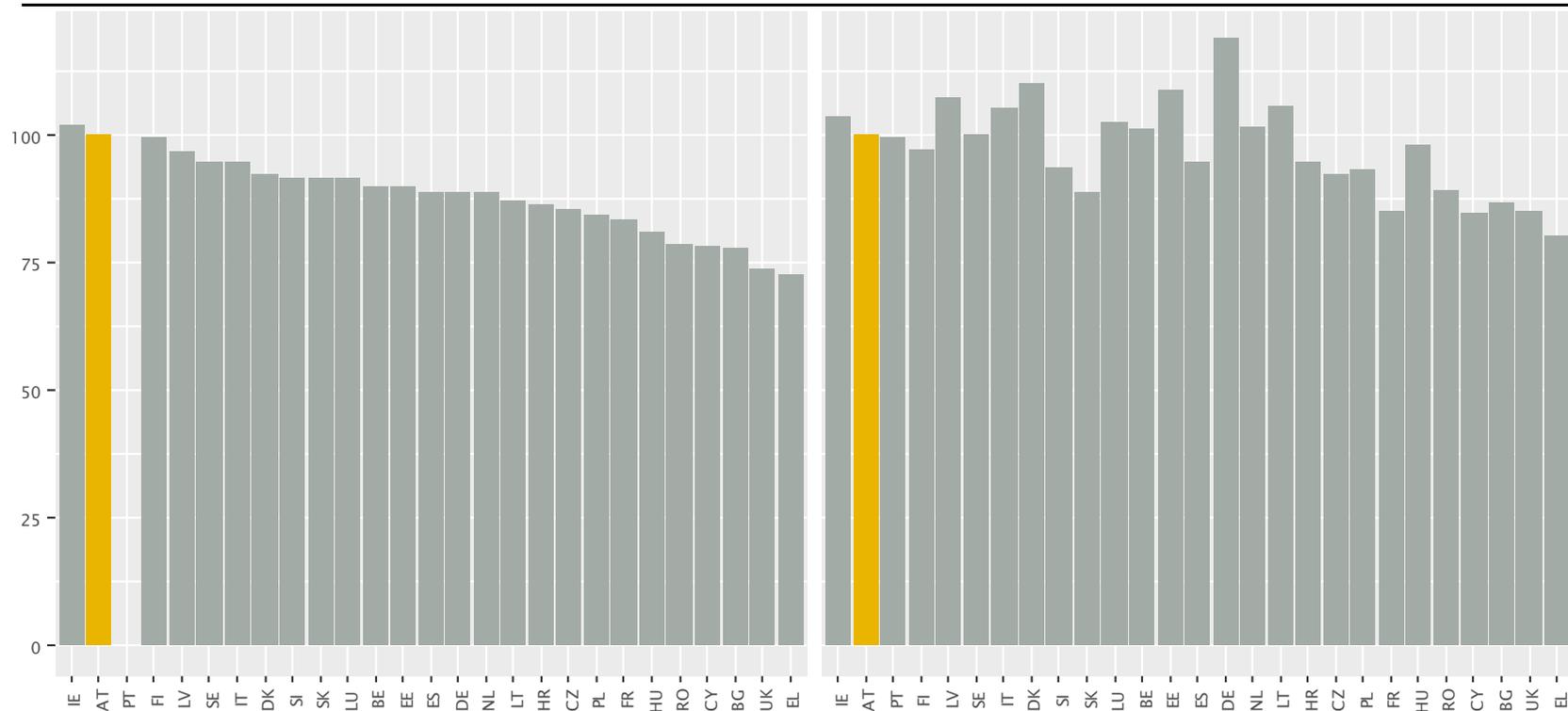


60 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor
 Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.
 Die Preisdaten der Arzneispezialitäten wurden gewichtet mit (a) Anteil der Arzneispezialität am Kassenumsatz der 60 ausgabenstärksten Arzneispezialitäten in Österreich und (b) anhand der Anzahl der Verordnungen in Österreich im Zeitraum Jänner–April 2017.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker, Pharma-Preisinformation (PPI);
 Darstellung: GÖG 2018

Abbildung 3.10:

Ergebnisse – Preisindex auf Ebene des Fabrikabgabepreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen (rechts) und stationären (links) Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, gleichmäßig gewichtet (d. h. Anzahl der Verordnungen pro Arzneispezialität = 1), 2017



40 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im stationären Sektor und 60 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassener Sektor

Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

Die Preisdaten der Arzneispezialitäten beider Sektoren wurden für alle Länder gleichmäßig gewichtet, d. h. jede Preisinformation mit dem Gewicht 1 versehen.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker, Pharma-Preisinformation (PPI); Darstellung: GÖG 2018

3.3 Apothekeneinkaufspreise im Ländervergleich

Das Autorenteam analysierte für die 60 Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor auch Apothekeneinkaufspreise (AEP, d. h. Fabriksabgabepreise plus Großhandelsabgeltung, hier im Abschnitt 3.3 dargestellt) und Apothekenverkaufspreise (AVP, d. h. Apothekeneinkaufspreise/Großhandelspreise plus Abgeltung für Leistungen öffentlicher Apotheken, im Abschnitt 3.4 dargestellt). Der AEP in Tschechien ist wegen der dortigen gemeinsamen Honorierung für Großhandel und Apotheken nicht bekannt.

3.3.1 Österreich im Preisvergleich

Die österreichischen AEP liegen im Schnitt 23,3 Prozent über jenen des Tiefstpreislandes, 0,3 Prozent unter dem Durchschnittswert und 42,9 Prozent unter jenen des Höchstpreislandes. Auf AEP-Ebene zeichnen sich somit nur geringe Abweichungen von den Werten auf FAP-Ebene ab. Die österreichischen Preise liegen durchschnittlich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern auf Stufe des AEP etwas niedriger als bei den FAP (Vergleichswerte im niedergelassenen Bereich auf FAP-Ebene: 26,7 %, 0,5 % und 41,7 %).

Die Spannweite der Preisunterschiede auf AEP-Ebene ist im Vergleich mit jener der FAP geringer. Die Preisunterschiede zwischen Österreich und dem Tiefstpreisland erreichen das Ausmaß von 0 (d. h. Österreich ist Tiefstpreisland) bis 79,0 Prozent, zwischen Österreich-Preis und dem durchschnittlichen Preis besteht ein Unterschied von minus 58,8 bis plus 29 Prozent und zwischen Österreich und dem Höchstpreisland von minus 147,53 bis 0 Prozent (d. h. Österreich ist Höchstpreisland). Die AEP für einige Arzneispezialitäten erreichen in einzelnen Ländern vergleichsweise hohe Werte, was dazu führt, dass die österreichischen AEP bei einzelnen Produkten 130 bis 140 Prozent niedriger als jene im Höchstpreisland sind.

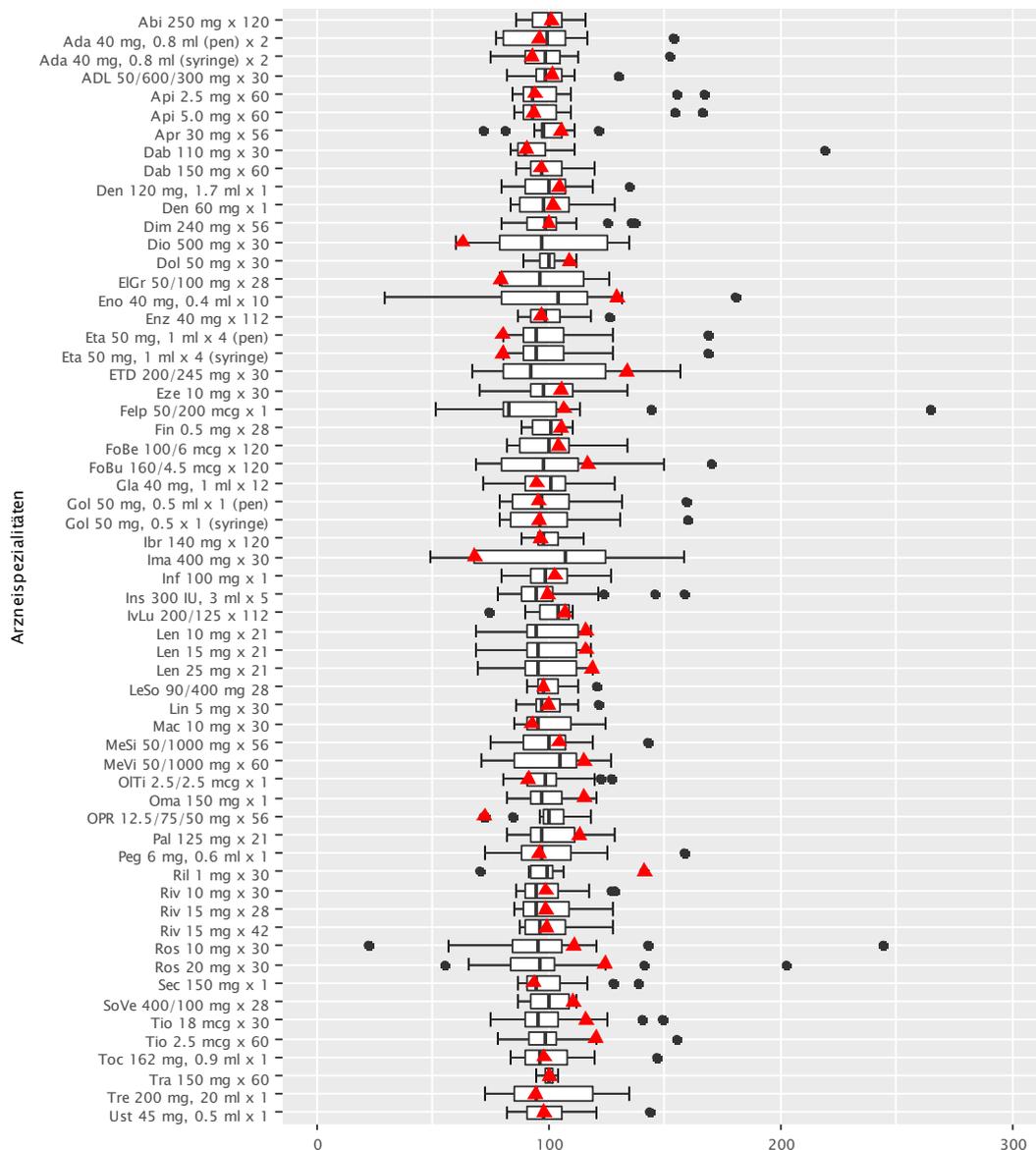
Obwohl die österreichischen Preise knapp unter dem Durchschnitt liegen (-0,3 %), sind bei 42 Arzneispezialitäten die Preise über dem Median. Diese Abweichung zwischen Median- und Durchschnittspreisen ist begründet durch die Anzahl einzelner Ausreißer bei Höchstpreisen (d. h. Land mit den höchsten Preisen) und auch gut in Abbildung 3.11 erkennbar (z. B. Dabigatran/Pradaxa® 110 mg × 30 Hartkapseln oder Fenoterol + Ipratropiumbromid / Berodual® 50 + 200 mcg).

3.3.2 Preisindizes

Auch auf der Stufe des AEP findet sich Österreich bei beiden Indizesberechnungen wieder im europäischen Mittelfeld. Im Unterschied zu den Indizes auf der Stufe des FAP fällt auf, dass sich auf der Stufe des AEP bei der Gewichtung nach Verordnungen die Unterschiede im europäischen Vergleich reduzieren. Diese Entwicklung lässt sich hauptsächlich auf eine relative Abnahme der AEP in Hochpreisländern zurückführen.

Abbildung 3.11:

Ergebnisse – Apothekeneinkaufspreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)

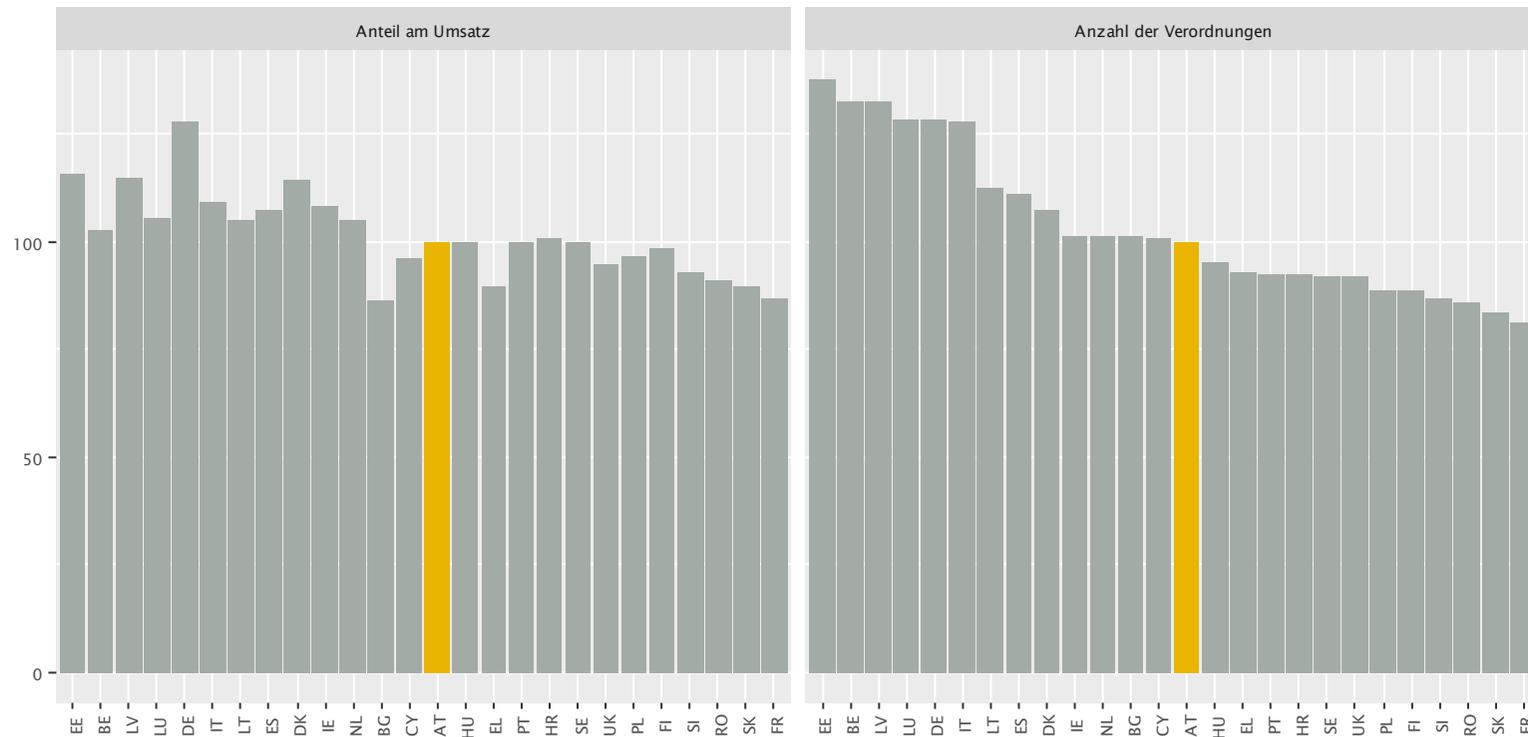


Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Das rote Dreieck beschreibt die Lage der Preise in Österreich im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen sind mit der 1,5fachen Länge des Interquartilsabstands begrenzt. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer. Lesehilfe anhand des Beispiels Rosuvastatin 10 mg x 30: Der Medianpreis liegt indexiert unter dem durchschnittlichen Preis (Index = 100). Der Preis in Österreich liegt indexiert außerhalb der Box, die 50 % aller Preise in EU-Mitgliedstaaten widerspiegelt (d. h. ca. 10 % unter und ca. 5 % über dem niedrigsten Preis). Für diese Arzneispezialität gibt es sowohl extrem niedrige als auch extrem hohe Ausreißer, generell ist bei den erhobenen Preisen eine vergleichsweise hohe Streuung zu beobachten (Länge der Antennen). Abkürzungen der Arzneispezialitäten sind in Tabelle 7.1 im Anhang erläutert.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.12:

Ergebnisse – Preisindex auf Ebene des Apothekeneinkaufspreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, gewichtet nach Anteil am Umsatz und Anzahl der Verordnungen, 2017



60 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor

Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

Die Preisdaten der Arzneispezialitäten wurden gewichtet mit (a) Anteil der Arzneispezialität am Kassenumsatz der 60 ausgabenstärksten Arzneispezialitäten in Österreich und (b) anhand der Anzahl der Verordnungen in Österreich im Zeitraum Jänner–April 2017.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Pharma-Preisinformation (PPI); Darstellung: GÖG 2018

3.4 Apothekenverkaufspreise im Ländervergleich

Für Großbritannien, die Niederlande und Slowenien sind keine AVP-Daten vorhanden. Für mehrere Arzneispezialitäten fehlen die Daten auch für Irland, da die Apothekenhonorierung in diesen Ländern (zur Gänze bzw. im Falle von Irland in bestimmten Erstattungskategorien) leistungsorientiert ist. Honoriert wird nicht auf Basis von Aufschlägen/Spalten, die sich somit auch nicht im Preis ausdrücken. Der AVP netto (i.e. FAP plus Abgeltung für den Großhandel und die öffentlichen Apotheken) präsentiert sich im Vergleich zu den bisher analysierten Preisstufen unterschiedlich.

3.4.1 Österreich im Preisvergleich

Die AVP netto (ohne Umsatzsteuer) liegen in Österreich um 40,6 Prozent höher als jene im Tiefstpreisland, um 18,9 Prozent über dem Durchschnittswert der Preise und um 22,6 Prozent unter den Preisen im Höchstpreisland.

Die in der Abbildung 3.13 dargestellte Verteilung der Arzneimittelpreise bezieht sich auf den europäischen Durchschnitt (d. h. der Durchschnitt entspricht einem Index von 100). Für die Arzneispezialität mit der höchsten Streuung, Enoxaparin/Lovenox® 40 mg, 0,4 ml × 10, bedeutet dies zum Beispiel in absoluten Zahlen einen Median-AVP netto pro Stück von 3,66 Euro. Der österreichische AVP netto pro Stück liegt bei 6,29 Euro und ist für diese Arzneispezialität der höchste Preis in Europa. Die Arzneispezialität liegt 2,74 Euro über dem Durchschnitt (das entspricht 43,3 %) und ist um 5,13 Euro (das entspricht 81,5 %) teurer als im Tiefstpreisland (Bulgarien).

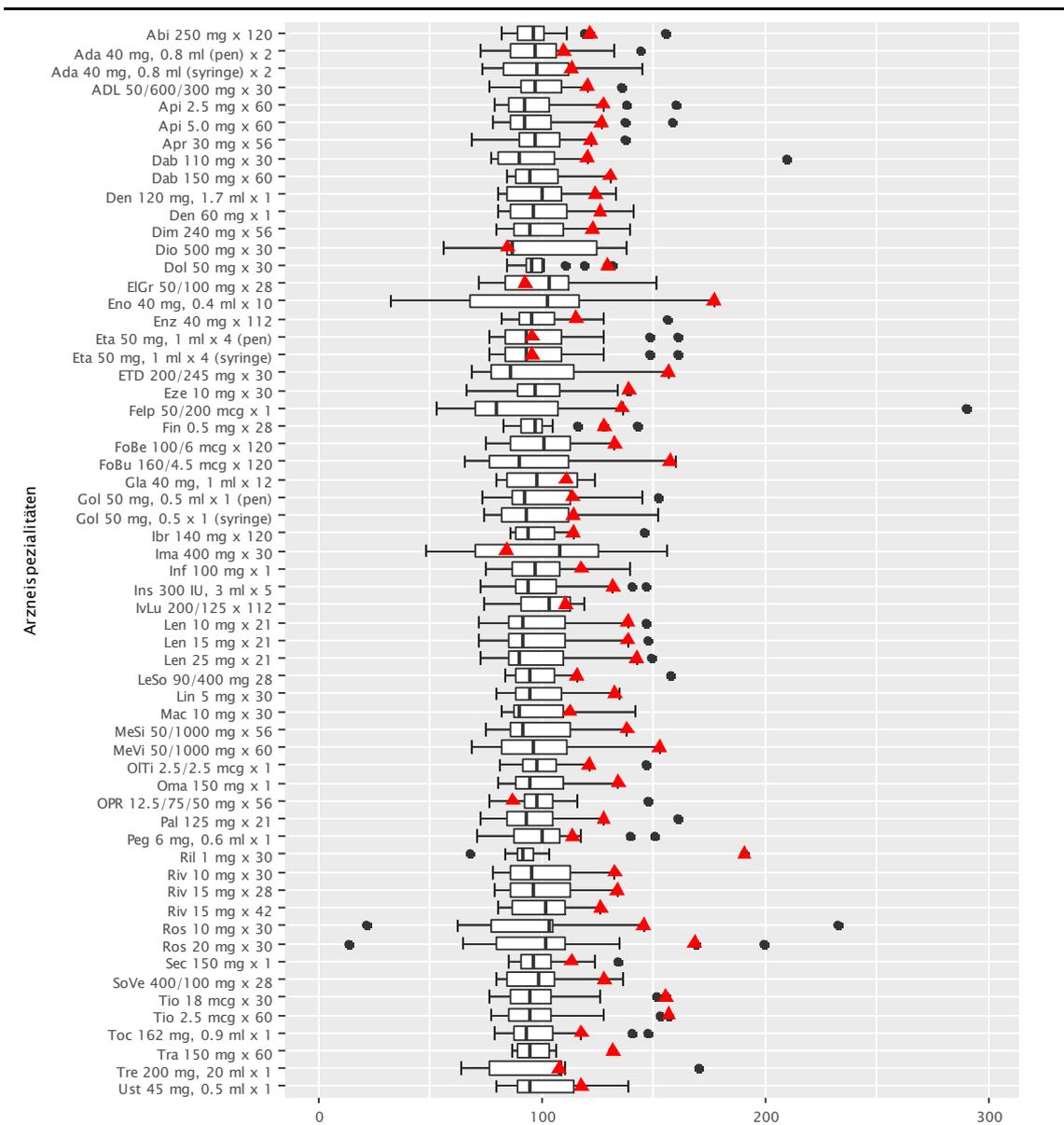
Auf der Stufe des AVP ist Österreich kein einziges Mal Tiefstpreisland; die Preisunterschiede zwischen Österreich und dem Tiefstpreisland starten bei 12,4 Prozent und reichen bis zu 92 Prozent. In Bezug auf den Durchschnittspreis liegen die Österreich-Preise mindestens 18,4 Prozent darunter und bis zu plus 47,6 Prozent darüber. Zwischen Österreich und dem Höchstpreisland liegen die Preisdifferenzen zwischen 113,4 und 0 Prozent, und österreichische Preise sind für knapp ein Viertel der untersuchten Produkte die höchsten in Europa.

3.4.2 Preisindizes

Die Abbildungen der Boxplots sind bereits ein Indikator für die Ergebnisse der Indizesberechnungen (Abbildung 3.14). Während Österreich auf der Stufe des FAP und auf jener des AEP im europäischen Mittelfeld zu finden ist, ändert sich dies auf AVP-Ebene. Sowohl bei den Verordnungszahlen als auch nach Umsatzanteil liegt Österreich der Gewichtung nach im europäischen Vergleich auf Platz drei, hinter Italien sowie Belgien (bei Verordnungszahlen) und Deutschland (beim Anteil am Umsatz).

Abbildung 3.13:

Ergebnisse – Apothekenverkaufspreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)

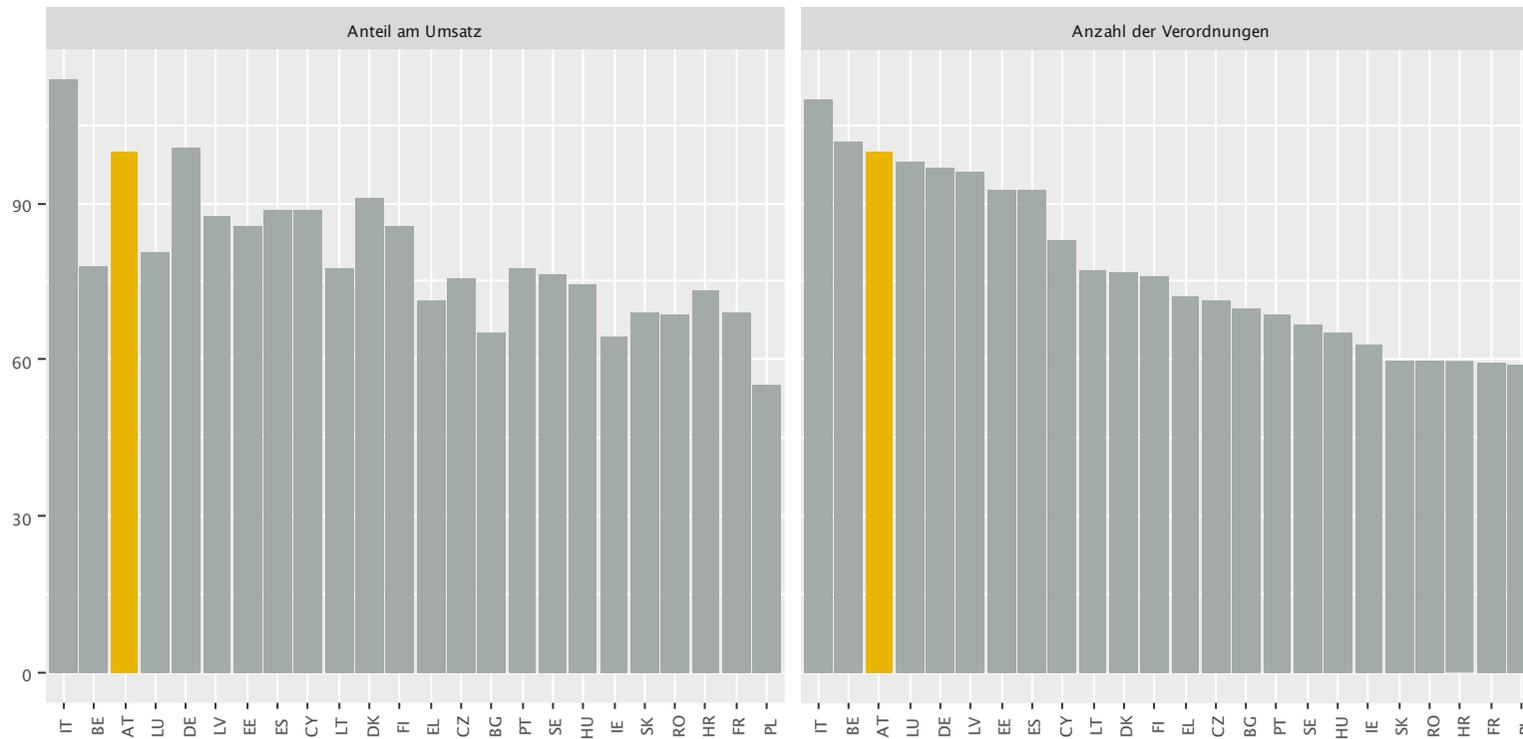


Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Das rote Dreieck beschreibt die Lage der Preise in Österreich im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen sind mit der 1,5fachen Länge des Interquartilsabstands begrenzt. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer. Lesehilfe anhand des Beispiels Rosuvastatin 10 mg x 30: Der Medianpreis liegt indexiert knapp über dem durchschnittlichen Preis; 50 % aller Preise in EU-Mitgliedstaaten liegen indexiert bei 80 und 100 % des Durchschnittspreises (d. h. unter dem Median). Der Preis in Österreich zählt zu den höchsten in Europa und liegt am Ende der Antenne. Für diese Arzneispezialität gibt es einen Ausreißer, und generell ist bei den erhobenen Preisen eine hohe Streuung zu beobachten (Länge der Antennen). Abkürzungen der Arzneispezialitäten sind in Tabelle 7.1 im Anhang erläutert.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.14:

Ergebnisse – Preisindex auf Ebene des Apothekenverkaufspreises für ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, gewichtet nach Anteil am Umsatz und Anzahl der Verordnungen, 2017



60 ausgabenstarke Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor

Malta wurde aufgrund geringer Datenverfügbarkeit nicht in die Analyse einbezogen.

Die Preisdaten der Arzneispezialitäten wurden gewichtet mit (a) Anteil der Arzneispezialität am Kassenumsatz der 60 ausgabenstärksten Arzneispezialitäten in Österreich und (b) anhand der Anzahl der Verordnungen in Österreich im Zeitraum Jänner–April 2017.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Pharma-Preisinformation (PPI); Darstellung: GÖG 2018

4 Diskussion und ergänzende Modellannahmen

Die vorliegende Studie vergleicht die österreichischen Preise (Stand September 2017) von Arzneispezialitäten – die aufgrund ihrer Ausgabenintensität von hoher Relevanz für die öffentlichen Zahler sind – mit jenen in 26 EU-Mitgliedstaaten. Der Preisvergleich erfolgte gemäß einer vorab definierten Methodik, seine Ergebnisse wurden in Kapitel 3 präsentiert. Dieses Kapitel diskutiert die Ergebnisse. Darüber hinaus werden, wie im Studienprotokoll geplant und/oder in Reaktionen von Akteuren darauf vorgeschlagen, ergänzende Szenarien berechnet und beleuchtet.

4.1 Produktauswahl

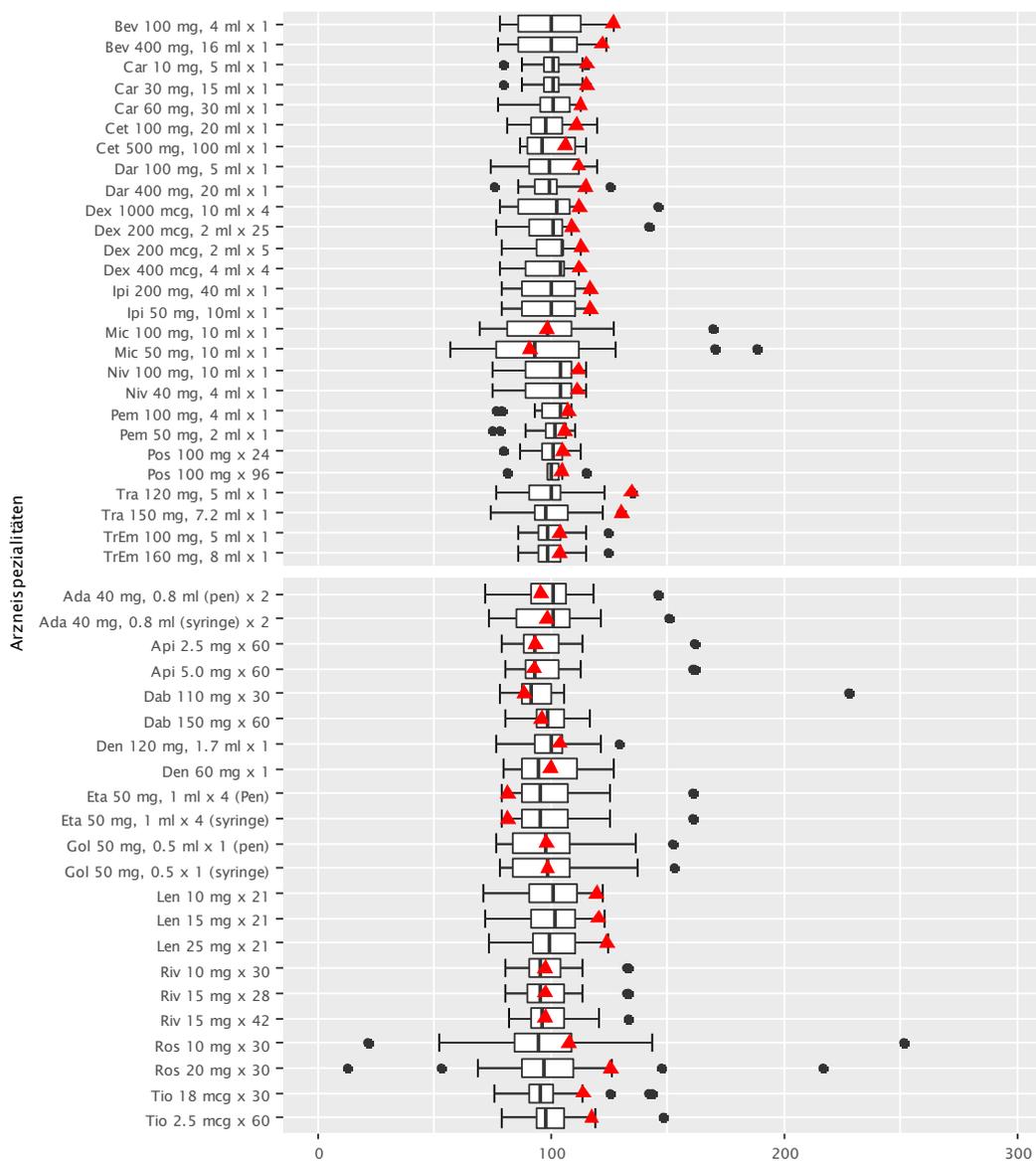
Arzneimittelpreisanalysen können entweder als Einzelpreisvergleich für einzelne Arzneispezialitäten oder als Durchschnittspreisvergleich für den Gesamtmarkt bzw. Submärkte angelegt werden. Einzelpreisvergleiche fokussieren auf einzelne Präparate, die aus verschiedenen Gründen im Zentrum der Forschungsfrage stehen. Öffentliche Zahler sind tendenziell an Preisvergleichen für jene Produkte interessiert, die einen großen Teil der öffentlichen Ausgaben verursachen, während bei der WHO und Nichtregierungsorganisationen das Forschungsinteresse eher bei essenziellen Arzneimitteln liegt.

Eine Schwäche des Einzelpreisvergleichs ist allerdings, dass die Produktauswahl nicht repräsentativ für den Gesamtmarkt oder den Submarkt, geschweige denn für den gesamten Wirkstoff ist. Die Relevanz einer Arzneispezialität im österreichischen Kontext bedeutet nicht notwendigerweise, dass diese Arzneispezialität in anderen Ländern ebenso häufig eingesetzt wird [12]. Ein Beispiel dafür ist die Packungsgröße: In nordeuropäischen Ländern werden etwa häufiger Großpackungen abgegeben, während mittel- und südeuropäische Länder eher zu kleineren Packungen tendieren [5].

In der vorliegenden Preisstudie wurden die Preise unterschiedlicher Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs analysiert. Im niedergelassenen Bereich waren dies zehn Arzneispezialitäten (Adalimumab, Apixaban, Dabigatranetexilat, Denosumab, Etancercept, Golimumab, Lenalidomid, Rivaroxaban, Rosuvastatin, Tiotropiumbromid) und im stationären Bereich zwölf Arzneispezialitäten (Bevacizumab, Carfilzomib, Cetuximab, Daratumab, Dexmedetomidin, Ipilimumab, Micafungin, Nivolumab, Pembrolizumab, Posaconazol, Trastuzumab, Trastuzumab Emtansin). Die Verteilung der Preise ist in Abbildung 4.1 dargestellt. Der Preisvergleich der Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs in dieser Preisstudie zeigt, dass sich die Preise in anderen europäischen Ländern ähnlich verteilen. Arzneispezialitäten, bei welchen es deutliche Unterschiede in der Verteilung der Preise gibt, sind Denosumab, Micafungin, Rosuvastatin und Tiotropiumbromid. Bei Denosumab lassen sich die Unterschiede darauf zurückführen, dass die Arzneispezialitäten unter zwei verschiedenen Handelsnamen (Prolia®, Xgeva®) für unterschiedliche Indikationen auf den Markt gebracht wurden. Bei Micafungin ist der Unterschied auf das Fehlen des statistischen Ausreißers zurückzuführen. Der Unterschied bei Rosuvastatin beruht auf der in seinem Fall bereits eingesetzt habenden Marktdynamik für patentabgelaufene Produkte.

Abbildung 4.1:

Diskussion – Fabriksabgabepreise (indexiert) von Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs im niedergelassenen (unten) und stationären (oben) Bereich im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)



Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Das rote Dreieck beschreibt die Lage der Preise in Österreich im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen begrenzt die Länge des Interquartilsabstands. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer. Lesehilfe anhand des Beispiels Rosuvastatin 10 mg × 20: Der Medianpreis liegt indexiert knapp unter dem durchschnittlichen Preis; 50 % aller Preise in EU-Mitgliedstaaten liegen indexiert bei 90 und 110 % des Durchschnittspreises (d. h. ca. 10 % unter und ca. 10 % über dem niedrigsten Preis). Der Preis in Österreich liegt indexiert über dem Durchschnitt, aber noch innerhalb der Box. Für diese Arzneispezialität gibt es sowohl extrem niedrige als auch extrem hohe Ausreißer, generell ist bei den erhobenen Preisen eine hohe Streuung zu beobachten (Länge der Antennen).

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

Generikafördernde Maßnahmen (z. B. Referenzpreissystem) in anderen europäischen Ländern führten bei diesem Wirkstoff zu einer großen Streuung der Preise bei beiden Arzneispezialitäten. Die Unterschiede zwischen den Darreichungsformen (Inhalationslösung vs. Inhalationspulver) könnten erklären, warum Tiotropiumbromid in der Liste zu finden ist.

Für zukünftige Untersuchungen bedeutet dies, dass bei Arzneispezialitäten des patentgeschützten Segments in der derselben Darreichungsform kein Informationsverlust entsteht, wenn in der Analyse nur auf eine Arzneispezialität, z. B. jene mit der größten Datenverfügbarkeit, fokussiert wird.

4.2 Datenverfügbarkeit im Vergleich zur GÖG-Preisstudie 2015

Im Vergleich zur GÖG-Preisstudie 2015⁹ fällt bezüglich der Datenverfügbarkeit auf Ebene des FAP auf, dass diese für die gesamte Stichprobe 2017 niedriger ausfällt als 2015. In der vorliegenden Preisstudie konnten 76,5 Prozent aller möglichen Preisinformationen der Stichprobe erhoben werden, während es zwei Jahre vorher noch 79,3 Prozent waren. Die um knapp 10 Prozentpunkte niedrigere Verfügbarkeit (68,5 % in der Preisstudie 2017 im Vergleich zu 77,9 % der GÖG-Preisstudie 2015) scheint hauptsächlich durch den stationären Bereich bestimmt zu sein. Einerseits hängt dies mit der Auswahl der Arzneispezialitäten zusammen: Die GÖG-Preisstudie 2015 untersuchte jeweils eine Arzneispezialität eines Wirkstoffs, während die vorliegende Preisstudie 2017 mehrere Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs untersuchte, bei Dexmedetodin z. B. waren es bis zu vier verschiedene Arzneispezialitäten (Abschnitt 4.3 diskutiert die Auswirkungen auf die Datenverfügbarkeit, wenn Daten auf Ebene eines Wirkstoffs untersucht werden). Eine weitere Ursache für die abnehmende Datenverfügbarkeit ist zunehmende Intransparenz. In Portugal werden seit 2012 Preisdaten für Krankenhausprodukte nicht mehr publiziert, weshalb in der vorliegenden Studie die portugiesischen Preisdaten für sämtliche Arzneispezialitäten im stationären Sektor fehlen. Ähnlich niedrig ist auch die Verfügbarkeit von Daten in Estland und Irland, wobei die Gründe in diesen Ländern unterschiedlich sind. Während für Estland anzunehmen ist, dass ein Großteil der untersuchten Produkte dort nicht am Markt verfügbar ist¹⁰, kann dies in Irland ausgeschlossen werden. Die monatlich herausgegebenen Verschreibungsrichtlinien für irische Ärztinnen/Ärzte beziehen sich auf am dortigen Markt verfügbare Arzneispezialitäten, enthielten einzeln aber keine Preise. Grund hierfür sind vertrauliche Rabattvereinbarungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und öffentlichem Zahler (Health Service Executive), durch die eine Angabe von Preisen nicht möglich ist.

9

Die Gesundheit Österreich GmbH führte 2015 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen eine Analyse von Preisen 60 kostenintensiver Arzneispezialitäten durch [8].

10

Arzneimittel werden in Estland oftmals nicht auf den Markt gebracht, weswegen das estnische Sozialministerium eine Studie im Auftrag gegeben hat, welche die Gründe für die geringe Marktverfügbarkeit untersuchen soll.

Tabelle 4.1:

Diskussion – Vergleich der Datenverfügbarkeit zwischen den GÖG-Preisstudien 2015 und 2017

Preisstufe	Datenverfügbarkeit Preisstudie 2015		Datenverfügbarkeit Preisstudie 2017	
	absolut	in %	absolut	in %
FAP (gesamt)	1.333 (1.680)	79,3	2.066 (2.700)	76,5
FAP (niedergelassen)	1.006 (1.260)	79,8	1.326 (1.620)	81,9
FAP (Krankenhaus)	327 (420)	77,9	740 (1.080)	68,5
AEP	898 (1.215)	73,9	1.225 (1.560)	78,5
AVP (netto/brutto)	806 (1.125)	71,6	1.072 (1.440)	74,4

FAP = Fabriksabgabepreis, AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis; Werte in Klammern geben die möglichen Beobachtungspunkte an.

Quelle, Analyse und Darstellung: GÖG

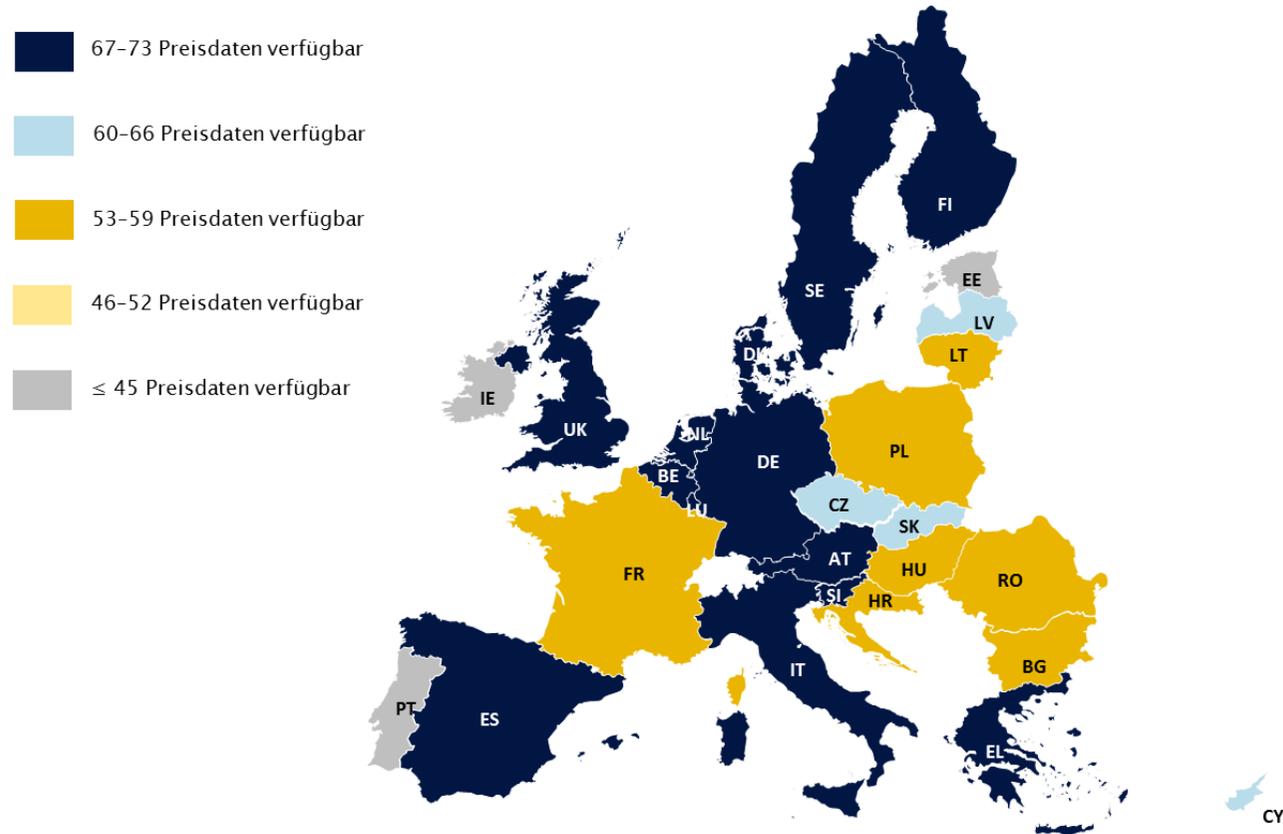
Wie schon in früheren Preisstudien der GÖG haben Trazodon und Rilmenidin die geringste Datenverfügbarkeit. Die Wirkstoffkombination Ivacaftor/Lumacaftor zur Behandlung der zystischen Fibrose weist mit Preisinformationen in zehn Ländern ebenfalls eine niedrige Datenverfügbarkeit auf. Die Gründe für die eingeschränkte Datenlage sind verschieden: Trazodon und Rilmenidin sind im Unterschied zu Ivacaftor/Lumacaftor schon länger am Markt verfügbar, und in mehreren Ländern waren nur mehr Generika anstelle der Originalpräparate am Markt, bzw. werden nach Patentablauf ausschließlich Generika, aber nicht mehr die Originalpräparate erstattet. Im Fall von Trazodon spiegelt die Datenverfügbarkeit die anhaltende Diskussion über die Wirksamkeit des Antidepressivums [13] und – damit zusammenhängend – die nationalen Entscheidungen über die Erstattung des Wirkstoffs wider. Ähnlich verhält es sich auch mit Rilmenidin: Nationale Leitlinien anderer Länder sehen eine Behandlung des Bluthochdrucks mit dem Imidazolin-Rezeptor nicht vor [14, 15]. Die Jahrestherapiekosten von Ivacaftor/Lumacaftor haben in einigen europäischen Ländern Diskussionen über die Verhältnismäßigkeit von Kosten und Nutzen der Behandlung ausgelöst [16, 17]. Als Ergebnis dieses Prozesses wurden für das Produkt vertrauliche Abkommen zwischen dem pharmazeutischen Hersteller und öffentlichen Zahlern, sogenannte „managed entry agreements“ (MEA), abgeschlossen [18]. Folge der Vertraulichkeit der Vereinbarung ist, dass die Echtpreise nicht publiziert werden (s. Abschnitt 4.9).

4.3 Datenverfügbarkeit auf Wirkstoffebene

Bei dem vorliegenden Preisvergleich kam eine enge Auslegung der Vergleichbarkeit von Preisen unterschiedlicher Arzneispezialitäten zur Anwendung, d. h. es wurden ausschließlich Arzneispezialitäten mit gleicher Darreichungsform, gleicher Wirkstoffmenge und gleichem Inhalt (bei Flüssigkeiten) für den Vergleich herangezogen. Variationen waren lediglich bei der Packungsgröße (+/- 30 %) oder beim Behältnis (z. B. Fertigspritze oder Fertigpen) zugelassen. Die enge Auslegung hat zu einer geringeren Verfügbarkeit von Preisdaten beigetragen, die eine geringere Verfügbarkeit von Arzneimitteln in anderen Ländern suggerieren könnte. Daher wurde bei der Erhebung der Preise auch die Verfügbarkeit auf Ebene des Wirkstoffs, d. h. andere Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs, erhoben und analysiert (Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:

Diskussion – Verfügbarkeit von Daten zu Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs auf Ebene der Fabriksabgabepreise in den 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017



73 Wirkstoffe im niedergelassenen und stationären Sektor
Eine Preisinformation für mindestens eine Arzneispezialität pro Wirkstoff – unabhängig von Stärke, Dosierung, Inhalt oder Verpackung – ist verfügbar.

Quelle und Darstellung: GÖG

Die Verfügbarkeit von Preisdaten auf Ebene des Wirkstoffs ist deutlich größer als auf Ebene der Arzneispezialität: Während auf Ebene der Arzneispezialität in fünf Ländern (Dänemark, Deutschland, Österreich, Schweden und UK) mehr als 90 Prozent der Daten verfügbar sind, erhöht sich diese Zahl auf zwölf Länder bei einer umfassenden Betrachtung des Wirkstoffs. Bei Lettland lagen beispielsweise Preisdaten bei 80 Prozent der Wirkstoffe vor, die Verfügbarkeit auf Ebene der Arzneispezialitäten hingegen lag bei 68 Prozent. Vor allem bei Arzneispezialitäten im Krankenhaussektor fällt auf, dass meist nur eine Arzneispezialität pro Wirkstoff verfügbar war. Für eine Arzneispezialität („AS₁“) ist die Datenverfügbarkeit hoch, und die Untersuchung weiterer Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs („≠ AS₁“) hat auf die Verfügbarkeit auf Wirkstoffebene keine Auswirkung¹¹. Im Unterschied dazu scheint die Verfügbarkeit von Wirkstoffen im niedergelassenen Sektor kumulativ über mehrere Arzneispezialitäten zu wirken. Die Betrachtung weiterer Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs erhöht in diesem Fall die Verfügbarkeit auf Wirkstoffebene. Einerseits kann dies durch Unterschiede in der Behandlungskultur begründet sein, andererseits kann es aber auch als Hinweis auf Marktsegmentierung durch Verpackung oder Stärke/Dosis gedeutet werden.

Es könnte daher überlegt werden, in zukünftigen Preisstudien die Anforderungen der Vergleichbarkeit der Preise unterschiedlicher Arzneispezialitäten weniger streng zu gestalten. Hier könnte insbesondere bei den Dimensionen Verpackung und Packungsgröße angesetzt werden. Behörden und Institutionen in anderen europäischen Ländern, die für Preisvergleiche und Monitoring zuständig sind, haben Vorgehensweisen und Methoden entwickelt, wie Arzneispezialitäten mit unterschiedlichen Verpackungen oder Packungsgrößen verglichen werden können. Die norwegische Arzneimittelbehörde (Legemiddelverket) gruppiert bei Preisvergleichen Arzneimittel der gleichen Darreichungsform. Für jede dieser Darreichungsformen werden anhand der Anzahl der üblichen Einheit zur Verabreichung (Tablette, Kapseln, Hübe etc.) Gruppen gebildet. Solide Formen eines Wirkstoffs – das sind Tabletten, lösliche Tabletten, Schmelztabletten, Brausetabletten und Kapseln – werden zusammengefasst und anschließend in die Gruppen „liten“ (klein), bis inkl. 30 Stück, „stor“ (groß) und „sykehuspakning“ (Krankenhauspackung), über 250 Stück eingeteilt [19].

4.4 Generikasegment

In der vorliegenden Studie wurde gemäß Projektauftrag ein Einzelpreisvergleich für Originalpräparate definierter Arzneispezialitäten durchgeführt. Es wurden jene Produkte ausgewählt, die aufgrund ihres Preises und/oder ihrer Menge einen relativ hohen Anteil der öffentlichen Arzneimittelausgaben ausmachen, wodurch sie für öffentliche Zahler von Interesse sind. Den Großteil der

11

Wenn mehrere Arzneispezialitäten desselben Wirkstoffs am Markt sind, ist die Wahrscheinlichkeit, dass A₁ darunter ist, sehr hoch, während die Marktverfügbarkeit von AS_{≠1} unwahrscheinlich ist, wenn AS₁ nicht am Markt verfügbar ist.

100 Arzneispezialitäten (74 %) bildeten patentgeschützte Arzneispezialitäten¹², während ein Viertel der Arzneispezialitäten dem patentabgelaufenen Segment zugeordnet werden kann. Der Fokus auf Originalpräparate im Einzelpreisvergleich lässt eine allfällige Preisdynamik im patentabgelaufenen Sektor außer Acht. Falls Arzneimittel verglichen werden, die unterschiedlichen Patentstatus in den Ländern der Studie genießen, kann dies zu höheren Preisunterschieden führen.

Eine Beschreibung und Analyse der Preisentwicklungen im patentabgelaufenen Segment war nicht Gegenstand der Beauftragung. Eine Untersuchung der Preise im patentabgelaufenen Bereich könnte aber durchaus auch für Entscheidungsträger von Interesse sein. So stellte etwa eine im Jahr 2013 durchgeführte Studie über irische Arzneimittelpreise im Vergleich zu anderen europäischen Preisen für Irland fest, dass die Preise der patentabgelaufenen Originalprodukte zwar im Mittelfeld liegen, der Median der Generikapreise jedoch zu den höchsten in Europa gehört. In der Studie wird vorgeschlagen, dass für Preisvergleiche im patentabgelaufenen Markt der niedrigste Preis eines Generikums eine adäquatere Analyseeinheit ist. Aufgrund der gängigen Erstattung im generikafähigen Markt in anderen Ländern (z. B. Referenzpreissystem), begleitet von nachfrageseitigen Maßnahmen zur Förderung der Abgabe von Generika (z. B. Wirkstoffverschreibung, Generikasubstitution)¹³, die ebenfalls in fast allen europäischen Ländern zum Einsatz kommen, sind wirkstoffidentische Produkte mit einem FAP über dem günstigsten Generikum kaum relevant für öffentliche Arzneimittelausgaben, da deren Erstattungspreise deutlich niedriger sind, meist bewegen sie sich rund um den Preis des günstigen Generikums [20].

In weiteren Studien wurde ebenfalls auf die Bedeutung von Maßnahmen zur Förderung der Generikaabgabe zur nachhaltigen Finanzierbarkeit öffentlich finanzierter Gesundheitssysteme im Allgemeinen [21–25] sowie des österreichischen Gesundheitssystems im Speziellen [26–28] hingewiesen. Die Maßnahmen tragen maßgeblich zur hohen Dynamik im generikafähigen Segment bei, weswegen ein Preismonitoring des Segments – sowohl im nationalen Kontext als auch im internationalen Umfeld – ein wichtiges Steuerungsinstrument für Entscheidungsträger ist. Die gewählte Methodik der vorliegenden Preisstudie kann ein derartiges Monitoring für dieses Segment nicht erfüllen. Erstens können durch den Fokus auf Originalpräparate Informationen zur Verteilung der Preise derselben Arzneispezialitäten nicht erfasst werden. Zweitens kommt bei Arzneimittelausgaben für Generika weniger ein Preiseffekt als eher ein Mengen- bzw. Struktureffekt zum Tragen. Drittens müsste der methodische Ansatz eine differenzierte Betrachtung der Analyseeinheit zulassen, um die unterschiedlichen Preisstrategien, welche im Generikasegment von pharmazeutischen Herstellern verfolgt werden, zu erfassen.

12

Patente sind keine globalen Verfügungsrechte, sondern territoriale Rechte, deren Gültigkeit auf jene Jurisdiktionen beschränkt ist, in denen sie gewährt wurden. Trotz zunehmender Harmonisierung in Europa und des aktuellen Ratifizierungsprozesses eines europäischen Patents mit einheitlicher Wirkung werden Patente für Arzneimittel hauptsächlich durch nationale Patentämter verliehen. Eine Klassifizierung nach Patentstatus kann daher nur aus der Perspektive der jeweiligen Jurisdiktion (d. h. Nationalstaat) erfolgen.

13

Definitionen der drei Maßnahmen sind im Glossar zu finden.

Generika gehören zu den am intensivsten untersuchten Arzneimitteln, da sie wegen ihrer kostendämpfenden Wirkung einen Beitrag zu einem verbesserten Zugang zu Arzneimitteln für Patientinnen und Patienten leisten können¹⁴. Preisstudien in anderen Industrieländern führten diesbezüglich meist keinen Einzelpreisvergleich durch, sondern betrachteten häufig die Preise für Generika auf einer aggregierten Ebene mittels Indizes. In der vorliegenden Preisstudie wurden anhand der zur Verfügung gestellten Verordnungszahlen Indizes berechnet. Berechnungen ausschließlich für das generikafähige Segment waren nicht Gegenstand dieser Studie; sie konnten nicht durchgeführt werden, weil wesentliche methodische Ansätze vorab hätten definiert werden müssen (z. B. Umgang mit Biosimilar-Arzneimitteln), Strukturkomponente der Wirkstoffe). Eine Untersuchung des Generikamarktes könnte im Rahmen einer separaten Forschungsfrage vorgenommen werden.

4.5 Preise im Krankenhaussektor

Der vorliegende Preisvergleich bestätigt die Ergebnisse früherer GÖG-Preisvergleiche in Bezug auf Produkte des Krankenhaussektors [8, 30]. Sowohl die Ergebnisse des Einzelpreisvergleichs als auch jene des Preisindex zeigen, dass die österreichischen FAP für ausgabenstarke Arzneispezialitäten des Krankenhaussektors im europäischen Vergleich unter den höchsten liegen. Dies lässt sich auf verschiedene Gründe zurückführen.

In Österreich sind die Preise für Arzneispezialitäten des Krankenhaussektors nicht preisreguliert. Um den Zugang zu therapeutisch relevanten Medikamenten sicherzustellen, wurde bei der Einführung des Erstattungskodex (EKO)¹⁵ 2003 eine Sonderregelung geschaffen. Für Arzneispezialitäten, die hauptsächlich im Krankenhaussektor administriert werden und für welche die Zulassungsinhaber nicht um Aufnahme in den EKO ansuchten – sogenannte „No Box“-Produkte –, gilt keine Höchstpreisregelung. Obwohl diese Produkte nicht im Erstattungskodex gelistet sind, können sie in bestimmten Fällen (z. B. beim Vorliegen einer a priori chefärztlichen Bewilligung) erstattet werden. Ausgaben für Medikamente der „No Box“ hatten 2015 einen Anteil von 12 Prozent an den Arzneimittelausgaben der Sozialversicherung [32].

Das Fehlen eines Preisregimes für den stationären Sektor wird in Österreich und auch einigen weiteren Ländern mit Sozialversicherungssystemen – zu einem geringeren Grad auch in Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten – durch Fragmentierung des Arzneimittelmarkts auf der

14

Ähnliche Erwartungen werden auch in Biosimilar-Arzneimitteln gesetzt [29].

15

In den Erstattungskodex werden gemäß § 31 Abs. 3 Z 12 ASVG jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneispezialitäten aufgenommen, die nach Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patientinnen und Patienten im Sinne der Krankheitsbehandlung (§ 133 Abs. 2 ASVG) annehmen lassen [31]. Der EKO stellt in Österreich das maßgebliche Dokument für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln im niedergelassenen Sektor dar, und ein Antrag zur Aufnahme in den EKO ist mit einem Preisfestsetzungsverfahren durch die beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) angesiedelte Preiskommission verbunden [2].

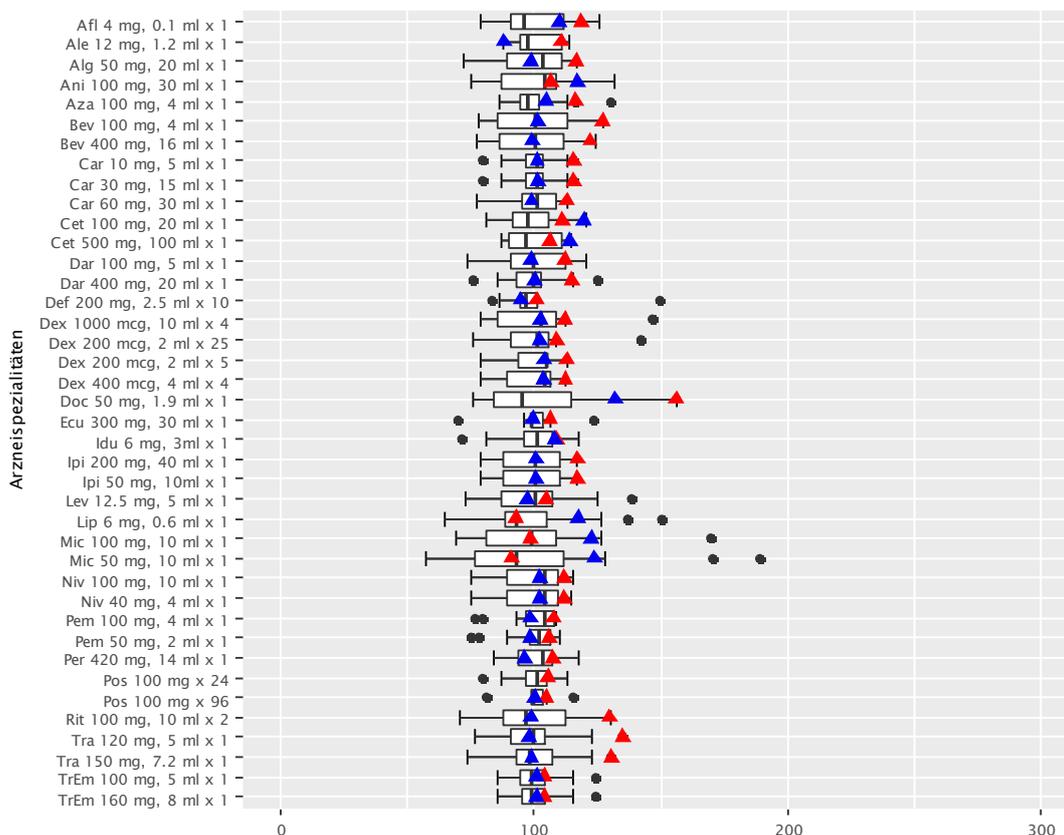
Nachfrageseite verschärft. Während im niedergelassenen Bereich die Finanzierung durch die Sozialversicherung erfolgt, werden im Krankenhausbereich Arzneimittel aus den jeweiligen Budgets der Krankenhäuser finanziert. Krankenanstaltsapotheken beschaffen dabei auf Basis der krankenhausspezifischen Arzneimittellisten mittels Ausschreibungen oder direkten Einkaufs die jeweiligen Medikamente [33]. Das Zustandekommen der Preise ist das Ergebnis der Verhandlungen zwischen Industrie und Krankenanstalten (bzw. für Beschaffung zuständiger Abteilungen auf Ebene der Krankenhausträger) und unterliegt nicht – wie im niedergelassenen Bereich – einer publizierten Vorgehensweise [2]. Angesichts der Intransparenz bei den Preisen für Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen wurde in der Literatur der Begriff Blackbox verwendet [34], der auch auf diesen Bereich anwendbar zu sein scheint.

Die Beschaffung von Arzneimitteln im stationären Sektor erfolgt entsprechend den Vorschriften zur öffentlichen Auftragsvergabe auf europäischer oder nationaler Ebene. Diese Richtlinien beziehen sich allerdings primär auf das Prozedere der Abwicklung von Ausschreibungen. Internationale Evidenz zeigt den Nutzen einer Preisregulierung im stationären Sektor: In Dänemark werden seit 2009 die Preise für Arzneispezialitäten im Krankenhaus reguliert, um die Kostensteigerung in diesem Segment zu bremsen. Seither wird der Höchstpreis für Medikamente im stationären Bereich mit dem Durchschnitt der Preise in neun Referenzländern festgelegt [35]. Abbildung 4.3 zeigt, dass die in der vorliegenden Studie erhobenen dänischen Preise für Produkte des Krankenhaussektors rund um den europäischen Durchschnitt liegen.

Zwei weitere relevante Aspekte der Analyse von Preisen im Krankenhaussektor betreffen die Klassifikation von Krankenhausprodukten sowie die Verfügbarkeit von Daten. In den Ländern der EU gibt es keine einheitliche Definition eines Krankenhausprodukts. Der Ort der Administration von Arzneimitteln hängt vielfach von der Struktur des Gesundheitssystems ab. Arzneimittel, die in Österreich primär im stationären (oder tagesstationären) Setting zur Anwendung kommen, können in anderen Ländern im niedergelassenen Bereich verabreicht werden [36]. In Abschnitt 3.1 wurde bereits auf die eingeschränkte Datenverfügbarkeit im stationären Bereich hingewiesen: 69 Prozent der möglichen Datenpunkte konnten hierfür erhoben werden, wobei besonders für Portugal, Estland und Irland eine geringe Datenanzahl vorlag.

Abbildung 4.3:

Diskussion – Dänische (blau) und österreichische (rot) Fabriksabgabepreise ausgabenstarker Arzneispezialitäten des Krankensektors im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)



Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Die Dreiecke beschreiben die Lage der Preise in Österreich (rot) und Dänemark (blau) im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen sind der 1,5fachen Länge des Interquartilsabstands begrenzt. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer.

Lesehilfe anhand des Beispiels Alemtuzumab 12 mg, 1,2 ml: Der Medianpreis liegt indexiert knapp unter dem durchschnittlichen Preis; 50 % aller Preise in EU-Mitgliedstaaten liegen indexiert bei 95 und 110 % des Durchschnittspreises. Der Preis in Dänemark ist der niedrigste Preis für diese Arzneispezialität in Europa, während der österreichische Preis das Ende des Interquartilsabstands markiert. Für diese Arzneispezialität gibt es keine Ausreißer, generell ist bei den erhobenen Preisen eine geringe Streuung zu beobachten (Größe der Box sowie Länge der Antennen).

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

4.6 Erstattungspreise

Die untersuchten europäischen Länder zeichnen sich durch eine weitreichende Gesundheitsversorgung aus, deren Kosten zu einem beträchtlichen Teil von der öffentlichen Hand finanziert werden. Ein Vergleich der Arzneimittelpreise auf den gängigen Preisstufen von FAP, AEP und AVP wird

oftmals der Ausgestaltung der jeweiligen Systeme nicht gerecht, da diese nicht darstellen, welche Zahlungen von der öffentlichen Hand und welche (Zu-)Zahlungen privat geleistet werden. Der „Erstattungspreis“ wäre die adäquate Preisstufe, um zu beschreiben, welcher Anteil des Arzneimittelpreises seitens der öffentlichen Zahler geleistet wird. In Österreich sind Informationen zu dieser Preisstufe verfügbar und werden als Kassenverkaufspreis (KVP) publiziert¹⁶. Würden die österreichischen KVP in einem internationalen Preisvergleich herangezogen, müssten als entsprechendes Pendant die Erstattungspreise der anderen Länder in die Analyse aufgenommen werden. Ein länderübergreifender Vergleich der Erstattungspreise ist möglich, (1) wenn Länder ihre Erstattungspreise veröffentlichen und/oder (2) wenn Angaben über Erstattungsbeträge bzw. Zuzahlungen publiziert werden, die eine Ermittlung der Erstattungspreise erlauben. Dies ist nach vorliegenden Informationen in einigen, aber nicht allen EU-Ländern gegeben¹⁷.

In die vorliegende Studie wurden ausgabenstarke Arzneispezialitäten eingeschlossen, die aufgrund ihres Preises und/oder ihrer Menge einen relativ hohen Anteil der öffentlichen Arzneimittelausgaben ausmachten. Es könnte daher argumentiert werden, dass für die meisten ausgewählten Arzneispezialitäten die Aufschläge für begünstigte Zahler zur Anwendung kommen und daher der KVP anstelle des AVP für Österreich in die Studie einfließen sollte. Allerdings wäre ein Vergleich der österreichischen KVP mit AVP in anderen europäischen Ländern methodisch nicht korrekt, weil dabei unterschiedliche Preisstufen verglichen würden. Wie oben ausgeführt, müssten auch für die anderen Länder ebenfalls die Erstattungsbeträge für den Vergleich herangezogen werden.

Eine Erhebung und Analyse der Erstattungspreise (einschließlich allfälliger Sonderregelungen in Bezug auf Preisnachlässe wie z.B. sogenannter Claw-backs oder anderer Preisvereinbarungen) waren nicht Gegenstand der vorliegenden Preisstudie, allerdings könnten internationale Preisvergleiche von Erstattungspreisen im Rahmen zukünftiger Forschung detaillierter untersucht werden.

16

In Österreich kommt bei der Berechnung des AVP ein degressives Schema von Höchstaufschlägen zur Anwendung. Das bedeutet, dass bei Produkten mit niedrigem AEP ein prozentuell höherer Aufschlag zur Anwendung kommt, während bei Produkten mit einem höheren AEP ein vergleichsweise niedriger Aufschlag verrechnet wird. Seit dem Jahr 2004 gibt es zwei unterschiedliche Schemen für Apothekenaufschläge, eines für begünstigte Bezieher (z. B. Krankenkassen) und eines für Privatpatienten/-patientinnen. Zusätzlich kommen Preisnachlasssonderregelungen zur Anwendung, sobald die Umsätze mit begünstigten Beziehern über dem Median liegen [37]. Aus den Apothekenaufschlägen für begünstigte Bezieher wird der sogenannte Kassenverkaufspreis (KVP) ermittelt, welcher dem „offiziellen“ Erstattungspreis entspricht.

17

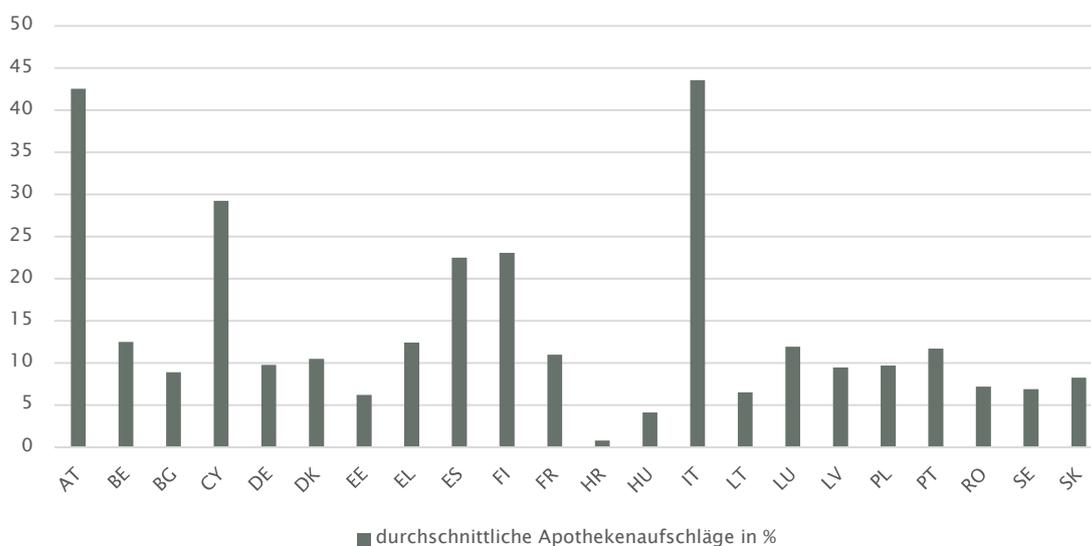
Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass es sich hierbei sowohl in Österreich als auch in anderen europäischen Ländern um offizielle „Listenerstattungspreise“ handeln würde, da vertrauliche Rabatte und ähnliche Preismodelle bestehen und die „echten“ Erstattungspreise beeinflussen.

4.7 Apothekenhonorierung

Die Differenz zwischen AVP und AEP entspricht dem sogenannten Apothekenaufschlag¹⁸. Dieser dient der Vergütung der von Apotheken erbrachten Leistungen. Abbildung 4.4 zeigt einen Vergleich der durchschnittlichen Apothekenvergütungen (dargestellt als Aufschläge) der ausgabenstarken Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in europäischen Ländern. Italien weist mit einem durchschnittlichen Apothekenaufschlag von 43,6 Prozent für die ausgabenstarken Arzneispezialitäten des niedergelassenen Sektors den höchsten Wert auf, gefolgt von 42,5 Prozent in Österreich und 29,2 Prozent in Zypern. Die niedrigsten durchschnittlichen Aufschläge wurden in Kroatien (0,8 %), Ungarn (4,1 %) und Estland (6,2 %) erhoben. Dänemark, Deutschland und Schweden – Länder, die in vergangenen Studien als Hochpreisländer identifiziert wurden – befinden sich bei den durchschnittlichen Apothekenaufschlägen im Mittelfeld (DK: 10,5 %, DE: 9,8 %, SE: 6,9 %).

Abbildung 4.4:

Diskussion – Durchschnittliche Apothekenaufschläge ausgabenstarker Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017



Die Werte entsprechen dem arithmetischen Mittel aus den Apothekenaufschlägen (d. h. der Differenz zwischen AVP und AEP in Prozent des AEP) über alle Arzneispezialitäten.

In CZ, IE, NL, SI und UK ist eine Berechnung der durchschnittlichen Apothekenspannen nicht möglich, da die Informationen zu den dafür benötigten Preisstufen nicht verfügbar sind.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

18

Die Differenz zwischen AVP und AEP, ausgedrückt in Prozent des AEP, wird als Apothekenaufschlag bezeichnet, während die Apothekenspanne als Differenz zwischen AVP und AEP, ausgedrückt in Prozent des AVP, definiert ist.

Diese ergänzende Analyse unterstreicht, welche Bedeutung der Ausgestaltung der Honorierung für Apotheken (wie im Übrigen auch für den Großhandel) in Bezug auf finale Apothekenpreise zukommt. Länder, bei denen auf Stufe des FAP tendenziell höhere Arzneimittelpreise beobachtet werden, weisen durch entsprechende Ausgestaltung der Vergütung (und niedrigere Aufschläge) vergleichsweise niedrigere Preise entlang der Distributionskette (Apothekenverkaufspreise) auf. Dieser Effekt wurde bereits in der GÖG-Preisstudie 2015 beobachtet und beschrieben [8].

Jedoch sollte eine Interpretation der Daten aus mehreren Gründen äußerst vorsichtig vorgenommen werden:

Die Abgeltung apothekerlicher Leistungen durch die öffentlichen Zahler kann auf im Wesentlichen drei verschiedene Arten erfolgen: (1) preisbasierte Abgeltung, die abhängig vom Preis des abgegebenen Arzneimittels ausgestaltet ist (Apothekenaufschlag bzw. Apothekenspanne); (2) leistungsorientierte Abgeltung, bei der auf Basis eines Leistungskatalogs erstattet bzw. verrechnet wird; (3) preis- und leistungsorientierte Abgeltung, bei der Kombinationen der beiden genannten Vergütungssysteme zum Einsatz kommen. Die Preisdaten auf Stufe des AVP können die leistungsorientierten Abgeltungen (oder Komponenten derselben in Kombinationen) im Allgemeinen nicht (oder nur teilweise) erfassen, weswegen Länder mit einem derartigen System tendenziell niedrigere Apothekenverkaufspreise aufweisen. Die österreichische Apothekenhonorierung ist ausschließlich preisorientiert, d. h. sämtliche apothekerliche Leistungen werden über das Aufschlag-schema abgegolten.

Ein weiterer Aspekt, den es bei der Analyse der Apothekenaufschläge zu berücksichtigen gilt, ist, dass es sich bei den untersuchten Arzneimitteln tendenziell um höherpreisige Arzneimittel handelt. Knapp die Hälfte der Arzneyspezialitäten (24) hatte einen Medianstückpreis über 100 Euro. Es ist allerdings anzumerken, dass in der Praxis durchaus andere Arzneyspezialitäten, nämlich solche mit niedrigeren Preisen, abgegeben werden [38], was zu unterschiedlichen Spannen im Gesamtmarkt und in Erstattungsmarkt führen dürfte. In der vorliegenden Preisstudie betrug die durchschnittliche Spanne der Apotheken knapp 29 Prozent, dieser Wert entspricht durchaus Daten aus einer Branchenanalyse der KMU Forschung Austria aus dem Jahr 2016 in Hinblick auf eine Gesamtspanne für Apotheken (d. h. das gesamte Sortiment umfassend) von 28,2 Prozent [39]. In einer Publikation der Apothekerkammer wurde die Apothekenspanne im Kassenmarkt 2016 mit 15,43 Prozent angegeben, jedoch bezieht sich dieser Wert auf den Krankenkassenumsatz (d. h. auf den KVP), der bei öffentlichen Apotheken ca. 67,6 Prozent des Gesamtumsatzes ausmacht [37].

Unterschiede in der durchschnittlichen Apothekenvergütung könnten sich auch durch Verschiedenheiten des Repertoires der angebotenen (und von der öffentlichen Hand finanzierten) Leistungen erklären. Eine abschließende Beurteilung darüber scheint nach derzeitigem Erkenntnisstand schwierig, da die Leistungen betreffend kaum detaillierte Daten vorliegen. Eine Untersuchung der Arzneimitteldistribution in den Ländern der EU stellte fest, dass sich das Leistungsspektrum der Apotheken zunehmend erweitert hat und im Jahr der Untersuchung (2011) in eine Konsolidierungsphase übergang. Dies betraf unter anderem eine (Neu-)Definition der Rolle von Apothekerinnen und Apothekern in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention sowie Therapiemanagement und Monitoring. Umfang und Qualität dieser sowie weiterer Leistungen können sich anhand

des Umstands unterscheiden, was seitens des Gesetzgebers vorgeschrieben ist bzw. durch öffentliche Zahler vergütet wird [40]. Ähnliche Schlüsse zog auch eine Analyse von fünf Fallbeispielen apothekerlicher Leistungen (Deutschland, Ungarn, Island, Nordirland und Niederlande). Die Deregulierung im Apothekensektor führte zu Qualitätsunterschieden bei apothekerlichen Leistungen sowohl zwischen als auch innerhalb der untersuchten Länder [41].

Die betriebswirtschaftliche Situation der öffentlichen Apotheken in den europäischen Ländern kann variieren. In Österreich hält eine Apotheke im Schnitt ca. 6.000 unterschiedliche Arzneispezialitäten auf Lager. Da in Österreich keine Generikasubstitution in Apotheken durchgeführt werden darf, mag die Anzahl der im Lager vorrätig gehaltenen Arzneispezialitäten höher sein, was sich auf den Lagerwert niederschlägt. Der Gesamtwert der in den öffentlichen Apotheken vorrätig gehaltenen Waren betrug 2016 rund 216 Mio. Euro [37]. In Ländern mit verpflichtender Generikasubstitution können Kapitalbedarf und Kosten der Lagerhaltung – was beides durch die Vergütung abgedeckt wird – niedriger sein. Die zweite große Position in der Kostenstruktur sind Personal- oder Arbeitskosten, deren Anteil in Österreich in einer Medianapotheke 18,4 Prozent ausmacht. Kapital- und Personalintensivität sind von gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie den Kosten beider Inputs abhängig und unterscheiden sich zwischen den EU-Ländern, was sich in den jeweiligen Vergütungen zur Deckung der Kostenstruktur widerspiegelt.

Eine Bewertung der Apothekenhonorierung sollte aus den obengenannten Gründen im Zusammenhang mit weiteren Kennzahlen erfolgen, da die Höhe der Spannen keine ausreichenden Informationen zur Rentabilität einer Apotheke liefert. Die Umsatzrentabilität¹⁹ der Apotheken lag 2015 durchschnittlich bei 2,8 Prozent – höher als im Einzelhandel (1,9 %) – und entwickelte sich mithin im Vergleich zu den Jahren davor rückläufig. Laut Angaben des Apothekerverbands befinden sich 31 Prozent der Apotheken in der Verlustzone [39].

4.8 Gewichtung nach Kaufkraftparitäten

Die Vorgehensweise der Preiskommission in Österreich sieht bei der Preisermittlung für Arzneispezialitäten keine Gewichtung der Preise durch KKP vor. Der Umrechnung von Preisdaten mittels Wechselkursen haftet die Limitation an, die Zahlungsfähigkeit der verglichenen Länder nicht ausreichend zu berücksichtigen. Daher wurden in einer Sensitivitätsanalyse die Daten der jeweiligen Länder mit Kaufkraftparitäten (KKP) gewichtet. KKP kommen zum Einsatz, wenn Beträge zwischen zwei unterschiedlichen Währungsräumen verglichen werden. Da Unterschiede in der Kaufkraft

19

Die Umsatzrentabilität – oder auch Umsatzrendite genannt – ist der Gewinn eines Unternehmens (vor Ertragssteuer) ausgedrückt in Prozent des Umsatzes. Diese Kennzahl kann dahingehend interpretiert werden, wie viel ein Unternehmen mit jedem eingesetzten Euro Gewinn erwirtschaftet. Eine Rentabilität von 10 % bedeutet, dass mit jedem eingesetzten Euro ein Gewinn von 10 Cent erzielt wird.

nicht vollständig durch den Wechselkurs zwischen zwei Währungen erfasst werden können²⁰, werden KKP herangezogen. Unter KKP versteht man daher jene Wechselkurse, welche die Kaufkraftunterschiede verschiedener Landeswährungen ausgleichen, indem unterschiedliche Preisniveaus in den jeweiligen Ländern berücksichtigt werden [42]. KKP werden jährlich erstellt und können sich auf die allgemeine Wirtschaftsleistung (gemessen am BIP) beziehen, können aber auch für definierte Produktgruppen²¹ erstellt werden. Für die alternative Analyse wurden auf das BIP bezogene KKP herangezogen; sie ermöglichen den Vergleich relativer Preise im breiteren ökonomischen Kontext eines Landes. Zur Gewichtung der erhobenen FAP der einzelnen Arzneyspezialitäten in den jeweiligen Landeswährungen wurden diese mittels OECD-Wechselkursen [44] in US-Dollar-KKP (Purchasing Power Parities Dollars, PPP\$) umgerechnet. Die dabei verwendeten Wechselkurse können Tabelle 7.3 im Anhang entnommen werden.

Abbildung 4.5 und Abbildung 4.6 zeigen die Verteilung der nach Kaufkraft gewichteten Preise des niedergelassenen Bereichs und des Krankenhaussektors im Vergleich zur Verteilung der ungewichteten Preise.

Sowohl die einzelnen Boxen, in denen die mittleren 50 Prozent aller Daten liegen, als auch die Antennen sind im Falle der nach Kaufkraft gewichteten Preise deutlich größer bzw. länger als bei den ungewichteten Preisen. Dies bedeutet, dass die Preise der einzelnen Länder eine größere Streuung aufweisen. Das Ausmaß der Streuung wird hauptsächlich durch höhere Preise verursacht. Der Median liegt bei einem Großteil der Arzneyspezialitäten unterhalb des Durchschnitts, im Anfangsbereich des Interquartilsabstand (d. h. in jenem Bereich, in dem 50 % der Daten liegen). Ein Viertel aller Preisdaten befindet sich im kleineren Teil der Box links des Medians. Außerdem sind die Antennen der Boxplots im unteren Bereich deutlich kürzer. Dies lässt auf zwei Aspekte schließen: (1) Länder mit niedrigerem Einkommen haben relativ zur Kaufkraft höhere Preise, während Länder mit höherem Einkommen relativ zur Kaufkraft niedrigere Preise haben, und (2) in Ländern mit hohem Einkommen gibt es scheinbar eine Konvergenz hin zu einem Preislevel, während in Ländern mit niedrigem Einkommen eine Preisdivergenz zu beobachten ist. In der Literatur wurden bereits Effekte von Preiskonvergenz und -divergenz [5] sowie die Auswirkungen von Kaufkraftgewichtung für eine Reihe von Arzneimitteln beschrieben, z. B. Insuline [45] oder Behandlungen gegen Hepatitis C [46].

20

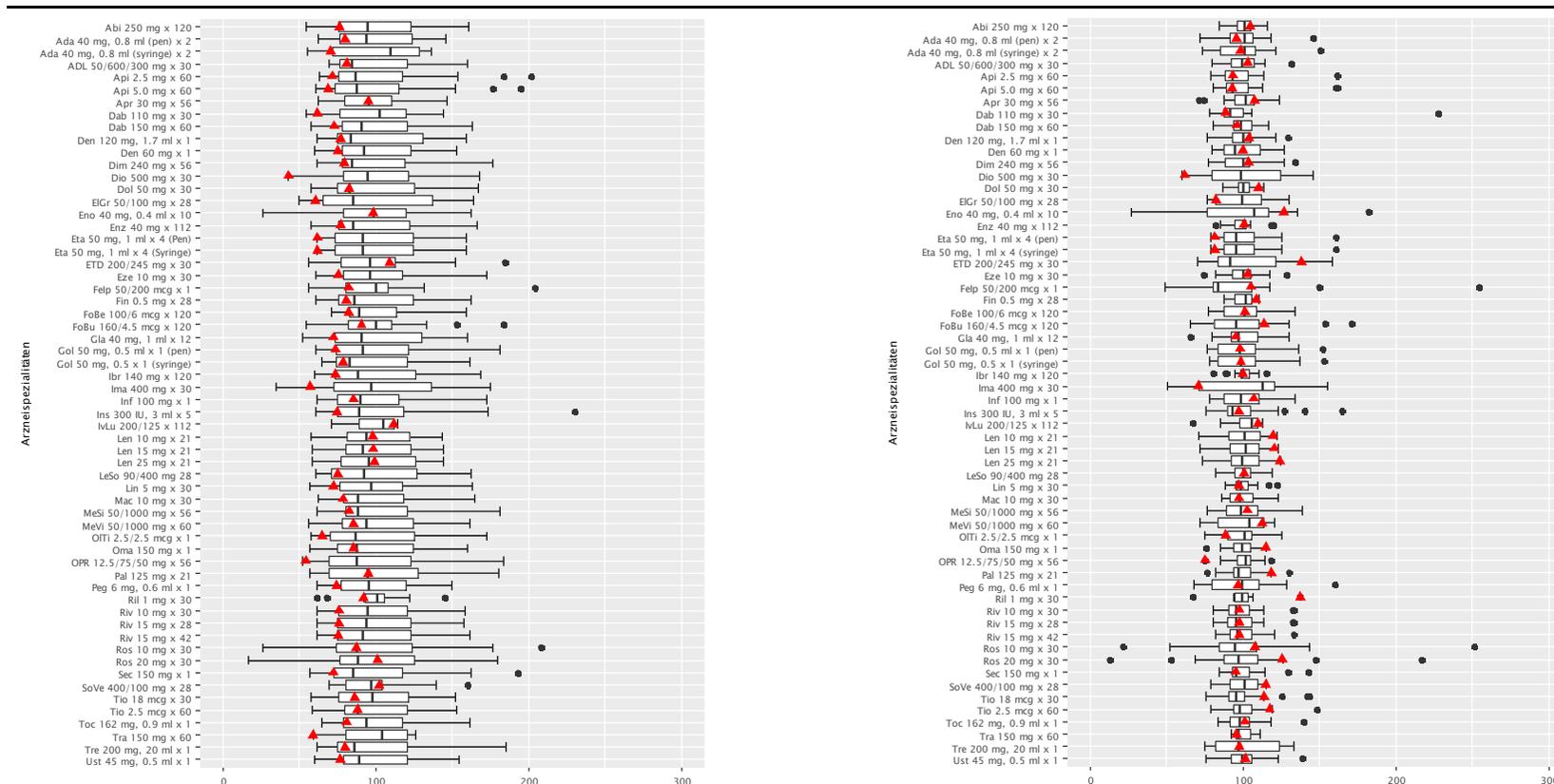
Wechselkurse spiegeln nicht notwendigerweise die Wirtschaftskraft eines Landes wider und sind Gegenstand kurzfristiger Schwankungen (z. B. durch Währungsspekulationen) oder politisch gewünschter Zielsetzungen.

21

Im Rahmen des Eurostat-OECD-Purchasing-Power-Parities-(PPP)-Programms wurden 2007 Preisindizes für Arzneimittel in 33 europäischen Ländern kalkuliert [43].

Abbildung 4.5:

Diskussion – Fabriksabgabepreise gewichtet nach Kaufkraftparitäten (links) und ungewichtet (rechts) ausgabenstarker Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)

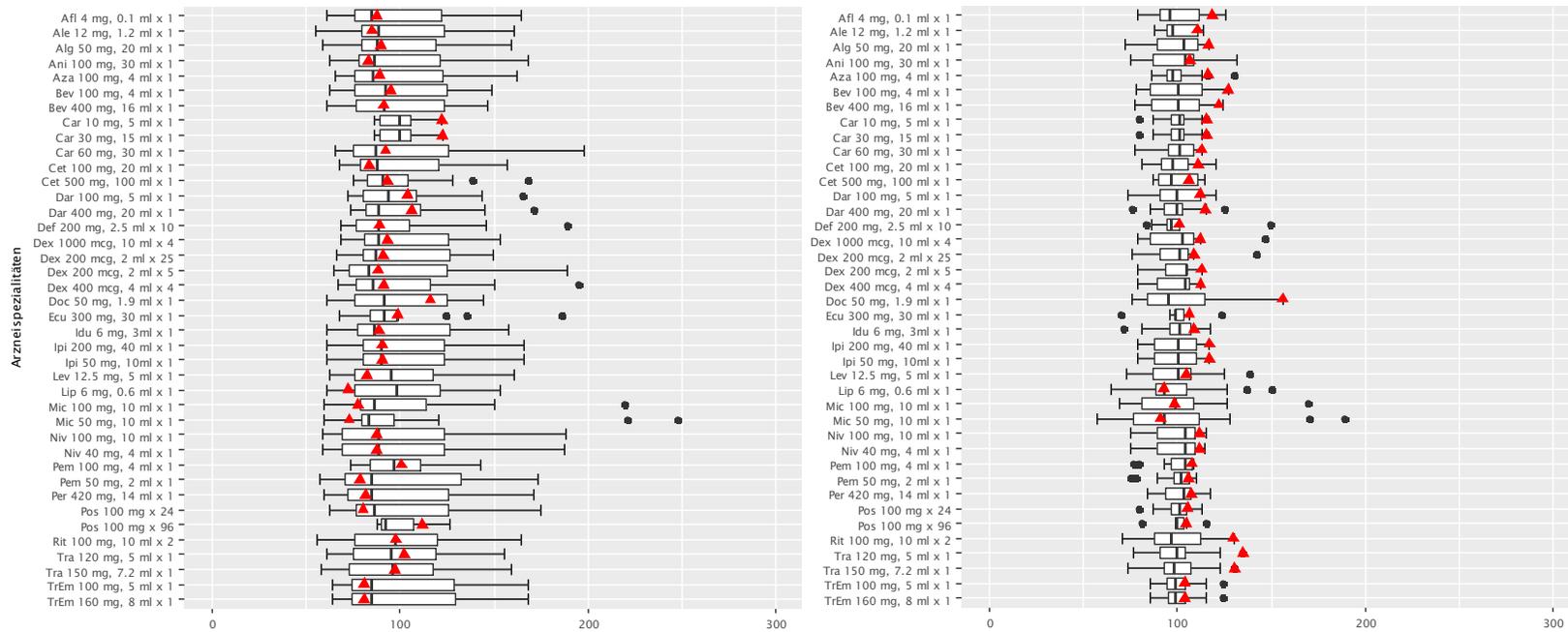


Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Das rote Dreieck beschreibt die Lage der Preise in Österreich im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen sind mit der 1,5fachen Länge des Interquartilsabstands begrenzt. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

Abbildung 4.6:

Diskussion – Fabriksabgabepreise gewichtet nach Kaufkraftparitäten (links) und ungewichtet (rechts) ausgabenstarker Arzneispezialitäten des Krankenhausesektors im EU-Vergleich, 2017 (Durchschnittspreis jeder Arzneispezialität = 100)



Der durchschnittliche Preis jeder Arzneispezialität ist als Index (= 100) festgelegt. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen (Interquartilsabstand). Der schwarze Strich beschreibt die Lage des Medians. Das rote Dreieck beschreibt die Lage der Preise in Österreich im EU-Vergleich. Die gestrichelten Antennen sind mit der 1,5fachen Länge des Interquartilsabstands begrenzt. Die Kreise außerhalb des Diagramms stehen für statistische Ausreißer.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

Im Vergleich zur Analyse in Abschnitt 3.2 fällt auf, dass unter Berücksichtigung der Kaufkraft die österreichischen Preise sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaussektor tendenziell unter dem Durchschnitt liegen, auch bei jenen Arzneispezialitäten, die ungewichtet zu den höchsten in Europa zählen (z. B. im niedergelassenen Bereich Rilmenidin + Sofosbuvir/Velpatasvir). Gewichtet nach KKP liegen die österreichischen Preise auf Stufe des FAP durchschnittlich 27 Prozent über dem niedrigsten Preis (niedergelassener Sektor 25,8 %, Krankenhaussektor 28,7 %) 22 Prozent unter dem Durchschnittspreis und 103,5 Prozent unter dem Wert des Landes mit dem höchsten Preis.

Tabelle 4.2:
Ergebnisse – Größenordnung von Stückfabriksabgabepreisen (Median) der ausgewählten Arzneispezialitäten in den 27 EU-Mitgliedstaaten, 2017

alle Angaben in %	Ø Gesamt	Ø NG	Ø KH	Min. Gesamt	Min. NG	Min. KH	Max. gesamt	Max. NG	Max. KH
Preisdifferenz AT/Min.	27,0	25,8	28,7	0,0	0,0	15,2	83,3	15,2	47,6
Preisdifferenz AT/Ø	-22,0	-29,7	-10,5	-132,4	-132,4	-38,4	10,5	-38,4	18,3
Preisdifferenz AT/Max.	-103,5	-115,1	-86,1	-291,0	-291,0	-239,4	0,0	-239,4	0,0

NG = niedergelassener Sektor, KH = Krankenhaussektor, Ø = Durchschnitt

Lesehilfe: Für alle 100 Arzneispezialitäten beträgt die durchschnittliche Differenz zwischen den niedrigsten gewichteten Preisen pro Arzneispezialität und den gewichteten österreichischen Preisen 27,0 % (25,8 % für die Arzneispezialitäten des niedergelassenen Sektors und 28,7 % für jene des stationären Sektors). Die geringste Differenz für den Gesamtmarkt und den niedergelassenen Bereich ist 0 %, d. h. zumindest für eine Arzneispezialität ist der gewichtete österreichische Preis der niedrigste Preis. Die Maximaldifferenzen betragen rund 83,3 % im niedergelassenen und 52 % im stationären Sektor, d. h. der gewichtete österreichische Preis bei zumindest einem Produkt im niedergelassenen Bereich ist fast doppelt so hoch wie der gewichtete Niedrigstpreis dieser Arzneispezialität bzw. macht im stationären Sektor das Eineinhalbfache aus.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI); Analyse und Darstellung: GÖG

4.9 Limitationen der Studie

Eine Limitation der Studie rief die eingeschränkte Datenverfügbarkeit für einzelne EU-Mitgliedstaaten hervor. Malta konnte nicht in der Analyse berücksichtigt werden, da sich die letztverfügbaren Preisinformationen für den öffentlichen Sektor auf das Jahr 2011 und für den privaten Sektor auf 2013 bezogen. Zu Arzneispezialitäten des Krankenhausbereiches waren – wie bereits in Abschnitt 3.1 beschrieben – in Portugal überhaupt keine Preisinformationen verfügbar, und für Estland und Irland konnten solche nur bei wenigen Arzneispezialitäten erhoben werden. Systembedingt war die Datenverfügbarkeit von AVP ebenfalls in einigen Ländern eingeschränkt: In Großbritannien, den Niederlanden und Slowenien sind infolge der dortigen leistungsorientierten Vergütung für Apotheken keine Preisinformationen auf AVP-Ebene verfügbar. In Irland fallen die Arzneimittel in unterschiedliche Erstattungsschemen, wobei für einige der AVP nicht bestimmt werden kann. In einigen weiteren Ländern (z. B. Frankreich, Finnland) sind die Apothekenpreise unterschätzt, weil die Apothekenhonorierung neben preisabhängigen Aufschlägen auch leistungsorientierte Komponenten (z. B. Vergütung pro abgegebene Arzneispezialität) enthält, die nicht in den ausgewiesenen AVP enthalten sind.

Die Ermittlung der Preisindizes basiert auf einem Laspeyres-Index, bei dem die Gewichtung auf der Grundlage der Mengendaten im Basisland (Österreich) vorgenommen wurde. Der Laspeyres-Index weist allerdings die Limitation auf, dass die Daten im Basisland tendenziell unterschätzt werden [47]. Für andere Preisindizes (z. B. Paasche, Fisher) würden Mengendaten auch aus den anderen Ländern benötigt.

Die vorliegende Studie basiert – mit Ausnahme von Deutschland, Griechenland und Spanien – auf unrabattierten Listenpreisen der Vergleichsländer. In der Realität sind die Preise allerdings niedriger, da den öffentlichen Zahlern für bestimmte Arzneispezialitäten im Großteil der europäischen Länder Rabatte gewährt werden [48, 49]. Deren Höhe hängt von verschiedenen Faktoren ab; eine Untersuchung mit anonymisierten Preisdaten ergab, dass die Preisnachlässe für patentgeschützte Arzneimittel in zehn untersuchten Ländern meist zwischen 20 und 29 Prozent liegen, für manche Arzneispezialitäten aber bis zu 60 Prozent betragen können [50]. Zusätzlich wurden für hochpreisige Arzneispezialitäten in den letzten Jahren zunehmend diverse Rabatt- und Kostenteilungsabkommen (unter dem Überbegriff der „managed entry agreements“ zusammengefasst) zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Zahlern geschlossen [51]. Diese rabattierten Preise werden vertraulich vereinbart und sind daher nicht zugänglich. Selbst in Deutschland, Griechenland und Spanien, wo die gesetzlichen Herstellerrabatte berücksichtigt wurden, könnten die tatsächlichen Preise noch geringer sein.

5 Schlussfolgerungen

Bei den ausgabenstarken Arzneispezialitäten liegen die österreichischen Fabriksabgabepreise (FAP) im niedergelassenen Sektor im Mittelfeld, während die FAP im stationären Sektor zu den höchsten im europäischen Vergleich zählen. Das höhere Preisniveau von Österreichs ausgabenstarken Arzneispezialitäten im stationären Sektor im EU-Vergleich bestätigt internationale Evidenz, dass Staaten und Sektoren ohne Preisregulierung tendenziell höhere Preise aufweisen. Im Gegensatz zu Österreich werden in anderen europäischen Ländern die Preise in Krankenanstalten eingesetzter Medikamente oftmals in einem ersten Schritt zentral, in mehreren Fällen auch nach einer Nutzenbewertung durch eine nationale Behörde festgelegt. Fehlende Preisregulierung, individuelle Beschaffung durch Krankenanstalten bzw. Träger in einem fragmentierten stationären Sektor und das Fehlen zentraler Kriterien und eines Prozedere zur Bewertung von Medikamenten scheinen Gründe für die beobachteten hohen Medikamentenpreise in Österreichs Krankenanstalten zu sein.

Bei den ausgabenstarken Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor zeigen sich Verschiebungen zwischen den Preisstufen. Die österreichischen Apothekenverkaufspreise liegen deutlich höher als die FAP und Großhandelspreise (unabhängig von der Methodik: sowohl beim Einzelpreisvergleich als auch bei Preisindizes). Dies weist auf höhere Apothekenspannen für die ausgabenstarken Medikamente in Österreich im EU-Vergleich hin. Allerdings sind diese Daten vor dem Hintergrund möglicher unterschiedlicher Apothekenleistungen und unterschiedlicher Spannen für andere Produktsegmente, die aus Sicht der Apotheken relevant sind, zu beurteilen.

Die zentralen Aussagen der GÖG-Preisstudie 2017 (Preise für ausgabenstarke Medikamente im Schnitt im oberen Mittelfeld, vergleichsweise hohe Preise im stationären Sektor und bei Apotheken) unterscheiden sich nicht von jenen der beiden vorangegangenen GÖG-Preisstudien 2015 und 2013, welche die zum damaligen Untersuchungszeitraum jeweils ausgabenstarken Arzneispezialitäten untersuchten. Interessant ist, dass sich bei den Ergebnissen der drei Preisstudien der GÖG über die letzten Jahre stets ähnliche Muster zeigten, obwohl sich die als ausgabenstark identifizierten Arzneispezialitäten im Laufe der Zeit wandelten und die gegenständliche Studie ergänzende Szenarien mit alternativen Methoden beleuchtete. Dies mag ein Hinweis auf strukturell bedingte Wirkungsmechanismen in Österreich (tendenziell hohe Preise im preisunregulierten stationären Sektor) sein. Die Änderungen bei den in der Studie eingeschlossenen Arzneispezialitäten bekräftigen zugleich die Notwendigkeit eines regelmäßigen Monitorings der Medikamentenpreise, da immer wieder neue Arzneimittel auf den Markt kommen, die eine Herausforderung für das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem darstellen.

Während allfällige Maßnahmen zur Senkung der Medikamentenpreise, insbesondere im stationären Sektor, und eine Neugestaltung der Apothekenhonorierung – sofern dies den politischen Zielen entspricht – im nationalen Handlungsfeld der Entscheidungsträgerinnen und -träger in Österreich liegen, weist die Studie auf grundlegende Schwächen der Arzneimittelpolitik hin, die gemeinsamer, koordinierter Antworten von Regierungen mehrerer Staaten bedürfen: Gerade im Bereich der hochpreisigen Arzneispezialitäten entsprechen die Listenpreise in sämtlichen europäischen Ländern, welche die Behörden im Rahmen des „External Price Referencing“ (EPR) heranziehen, nicht der Realität, da für diese Produkte vertrauliche Abkommen über niedrigere „Echtpreise“ bestehen.

Diese Preisintransparenz schwächt die Zahler: zum einen weil Preisfestsetzung auf Basis von Listenpreisen der anderen Länder zu nicht oder kaum leistbaren „Mondpreisen“ führt, zum anderen weil ihnen das für ihre Preisverhandlungen erforderliche Gesamtbild fehlt. Die Schaffung von Preistransparenz kann in einem globalen Umfeld nicht von einzelnen Regierungen erreicht werden und bedarf daher länderübergreifender Bemühungen. Diese wurden in den letzten Jahren von Vorsitzländern der Europäischen Union auf die Agenda gesetzt. Einzelne EU-Mitgliedstaaten haben sich auf länderübergreifende Zusammenarbeit bei der Arzneimittelbeschaffung verständigt (z. B. Österreich im Rahmen der BeNeLuxA-Kooperation), die ebenfalls der Stärkung der Einkäufermacht der Regierungen dienen soll.

Die GÖG-Preisstudie 2017 wurde in Anlehnung an die in Österreich zum Zeitpunkt der Datenerhebung (September 2017) gültige EPR-Methodik durchgeführt und kann damit auch als Überprüfung derselben verstanden. Dem politischen Ziel, dass Österreichs Preise nicht über dem Durchschnitt jener der anderen EU-Mitgliedstaaten liegen sollen, kommen die erhobenen Listenpreise mittels EPR preisregulierter Medikamente im niedergelassenen Sektor relativ nahe. Die Berücksichtigung der gesetzlichen Herstellerrabatte in Deutschland in dieser Studie wirkte dabei wohl auch senkend auf die Preisdaten.

Im Rahmen der vorliegenden Preisstudie wurden alternative methodische Ansätze für Preisvergleiche geprüft, wobei folgende Schlussfolgerungen gezogen werden konnten:

- » Die Analyse der Daten einer einzigen ausgewählten Arzneispezialität für einen ausgabenstarken Wirkstoff kann bei einem Einzelpreisvergleich durchaus ausreichen. Die Ergebnisse zeigten für mehrere Arzneispezialitäten eines Wirkstoffs den gleichen Preis, was der in Österreich angewandten „Flat-Price-Regelung“ (gleicher Preis unabhängig von der Dosierung und in manchen Fällen auch von der Arzneiform) geschuldet ist.
- » Nach Kaufkraftparitäten (KKP) gewichtete Preise bieten eine interessante methodische Alternative, sind aber auch mit Limitationen behaftet. Eine Analyse nach KKP ergab erwartungsgemäß das Bild, dass die KKP-gewichteten Preise in Niedrigpreisländern relativ höher und in Hochpreisländern niedriger waren. Tendenziell sind KKP-gewichtete Preise in Österreich niedriger als im europäischen Vergleich. Die Durchführung von EPR auf Basis KKP-gewichteter Preise wäre eine Alternative zur aktuellen Methodik, die der unterschiedlichen wirtschaftlichen Situation der Referenzländer Rechnung tragen würde. Dem steht die Kritik an den KKP gegenüber, dass diese als „artifizial“ angesehen werden und der zugrunde liegende Warenkorb Medikamente nicht berücksichtigt. Außerdem werden in der Praxis in den Referenzländern die der nationalen Währung (abzüglich unbekannter Rabatte) entsprechenden nominellen Preise und nicht KPP-gewichtete Preise gezahlt.

Unabhängig von der Wahl der Methodik für zukünftige GÖG-Preisstudien zeigt der vorliegende Bericht Forschungsthemen zur weiteren Bearbeitung auf:

- » **Erstattungspreise:** Aus Sicht der öffentlichen Zahler sind die Preise, die tatsächlich gezahlt werden, von Interesse. Wenngleich die „Echtpreise“ aufgrund der vertraulichen Preismodelle (Rabatte und ähnliche Abkommen) kurzfristig nicht verfügbar sind, besteht die Möglichkeit

einer Annäherung mittels Berücksichtigung sogenannter (offizieller) Erstattungspreise. In Österreich stellt der Kassenverkaufspreis diesen Listenerstattungspreis; in ein paar anderen Ländern werden Listenerstattungspreise ebenfalls veröffentlicht bzw. können ermittelt werden.

- » **Apothekenverkaufspreise:** Verschiedene Honorierungssysteme für Apotheken und ein möglicherweise unterschiedliches Leistungsangebot derselben in den europäischen Ländern können Unterschiede bei nationalen Apothekenverkaufspreisen erklären. In zukünftigen Studien könnten die beiden Aspekte in alternativen Szenarien bei der Analyse der Apothekenverkaufspreise Berücksichtigung finden.

6 Literatur

- [1] Rechtsinformationssystem (RIS). Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Fassung vom 10. 7. 2017.
- [2] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission für die Ermittlung des EU Durchschnittspreises gemäß §§ 351c Abs. 6 und Abs. 9a ASVG, Fassung vom 18. 12. 2017.
- [3] Walter E, Batista A, Brenning C, Zehetmayr S. Der österreichische Pharmamarkt – ein europäischer Vergleich. Wien: Institut für Pharmaökonomische Forschung, 2008.
- [4] Walter E. Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelpreise. Wien: Institut für Pharmaökonomische Forschung, 2011.
- [5] Leopold C, Mantel-Teeuwisse AK, Vogler S, de Joncheere K, Laing RO, Leufkens HGM. Is Europe still heading to a common price level for on-patent medicines? An exploratory study among 15 Western European countries. *Health Policy*. 2013;112: 209–16.
- [6] Brekke KR, Holmås TH, Straume OR. Are Pharmaceuticals Still Inexpensive in Norway? A Comparison of Prescription Drug Prices in Ten European Countries. SNF Report No. 08/10. 2010.
- [7] Kanavos P, Vondros S, Irwin R, Nicod E, Casson M. Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU. 2011.
- [8] Vogler S, Schneider P, Zimmermann N. Preisvergleich kostenintensiver Arzneimittel 2015 (Wissenschaftlicher Endbericht). Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2016.
- [9] Schneider P, Zimmermann N, Vogler S. Oberes Mittelfeld. *ÖKZ – Das Österreichische Gesundheitswesen*. 2017;58(5): 15–3.
- [10] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). Hochpreisige Medikamente stellen Bedrohung für das Gesundheitssystem dar. ExpertInnen diskutieren heute im Rahmen des Europäischen Forums Gastein über aktuelle Entwicklungen in Europa; 2016.
- [11] Vogler S, Schneider P, Zimmermann N. Price Comparison of high-cost medicines 2017 – Study protocol. Vienna: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), 2017.
- [12] Espin J, Rovira J, de Labry AO. Working paper 1: External price referencing – review series on pharmaceutical pricing policies and interventions. Geneva: World Health Organization and Health Action International, 2011.
- [13] Locher C, Koechlin H, Zion SR, et al. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10): 1011–20.

- [14] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in adults: diagnosis and management – Clinical Guideline. 2011.
- [15] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Vergleichende Nutzenbewertung verschiedener antihypertensiver Wirkstoffgruppen als Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit essentieller Hypertonie. (G-BA) GB. Köln, 2009.
- [16] BBC. Cystic fibrosis: Company urged to lower cost of life-changing drug (Verfügbar unter: <http://www.bbc.com/news/uk-43849586>). BBC news. 2018.
- [17] Mayer M. Lumacaftor–ivacaftor (Orkambi) for cystic fibrosis: behind the ‘breakthrough’. *BMJ evidence-based medicine*. 2016;21(3): 83–6.
- [18] ANP/NU.nl. Medicijn tegen taaislijmziekte toch opgenomen in basispakket nu.nl. 2017.
- [19] Norwegian Medicines Agency (NOMA). Legemiddelformer som sammenlignes. Support UfPaEP Ed.; Oslo: Norwegian Medicines Agency; 2018.
- [20] Brick A, Gorecki P, Nolan A. Ireland: pharmaceutical prices, prescribing practices and usage of generics in a comparative context. Dublin: Economic Social Research Institute Research Series. 2013.
- [21] Dylst P, Vulto A, Godman B, Simoens S. Generic Medicines: Solutions for a Sustainable Drug Market? *Applied Health Economics and Health Policy*. 2013: 1–7.
- [22] Simoens S. A review of generic medicine pricing in Europe. *GaBI–Generics and Biosimilars Initiative Journal*. 2012;1(1): 8–12.
- [23] Godman B, Bennie M, Baumgärtel C, Sović–Brkičić L, Burkhardt T, Fürst J, et al. Essential to increase the use of generics in Europe to maintain comprehensive health care? *Farmeconomia Health economics and therapeutic pathways*. 2012;13(3S): 5–20.
- [24] Vogler S. The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. *Generics and Biosimilars Initiative (GaBI) Journal*. 2012;1(2): 93–100.
- [25] Simoens S, De Coster S. Potential savings from increased substitution of generic for originator medicines in Europe. *Journal of Generic Medicines*. 2006;4(1): 43–5.
- [26] Baumgärtel C. Substantial savings with generics in Austria – and still room for more. *GaBI Journal*. 2015;4(3): 2.
- [27] Baumgaertel C. *Generika in Österreich und ihre Bedeutung für das Gesundheitssystem*; Wien: AkademikerVerlag; 2015.
- [28] Vogler S, Zimmermann N. How do regional sickness funds encourage more rational use of medicines, including the increase of generic uptake? A case study from Austria. *Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal)*. 2013;2(2): 65–75

- [29]Jha A, Upton A, Dunlop WC, Akehurst R. The budget impact of biosimilar infliximab (Remsima®) for the treatment of autoimmune diseases in five European countries. *Advances in therapy*. 2015;32(8): 742–56.
- [30]Vogler S, Zimmermann N, Habl C. *Kostenintensive Arzneispezialitäten im europäischen Preisvergleich*; Wien: ÖBIG, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; 2014.
- [31]Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). *Erstattungskodex – EKO (Stand 1. Jänner 2018)*. 2018.
- [32]Rest V. Über die "Kostenbremse für teure Medikamente". *ÖKZ – Das Österreichische Gesundheitswesen*. 2017;50(06–07): 21–3.
- [33]Vogler S, Habl C, Leopold C, Mazag J, Morak S, Zimmermann N. *PHIS Hospital Pharma Report*. Vienna: Pharmaceutical Health Information System (PHIS), 2010.
- [34]Picavet E, Morel T, Cassiman D, Simoens S. Shining a light in the black box of orphan drug pricing. *Orphanet Journal Of Rare Diseases*. 2014;9(1): 62.
- [35]Vogler S, Lepuschütz L, Schneider P, Stühlinger V. *Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing*. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety Ed.; Brussels: Publications Office of the European Union 2016.
- [36]Schneider P, Vogler S. *Assessing the 'best point of service' for high-cost and specialized medicines in Austria*. Winter Meeting Utrecht University; Utrecht: WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Policy and Regulation; 2015.
- [37]Österreichische Apothekerkammer (ÖAK). *Apotheke in Zahlen*. 2017.
- [38]Österreichische Apothekerkammer. *Price comparison of high-cost medicines 2017 – Study Protocoll: Stakeholder Review*. 2017.
- [39]Österreichische Apothekerverband. *Jede dritte Apotheke sieht rot. 15 Millionen Euro für defizitäre Nachtdienste gefordert*; 2016.
- [40]Kanavos P, Schurer W, Vogler S. *Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. London/Vienna: EMINet / LSE / GÖG, 2011.
- [41]Pharmakon. *Assessment of pharmacy systems in selected countries – Identification of literature and experiences (Verfügbar unter http://europharm.pbworks.com/w/file/fetch/53213512/Assessment%20of%20pharmacy%20%20systems_WEB_samlet.pdf)*. 2011.
- [42]Statistical Office of the European Communities. *Eurostat–OECD methodological manual on purchasing power parities*: OECD Publishing; 2006.
- [43]Konijn P. *Pharmaceutical products–comparative price levels in 33 European countries in 2005*. *Statistics in focus: Economy and finance*. 2007;45: 1977–0316.

- [44] Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Purchasing power parities (PPP) (Verfügbar unter <http://www.oecd.org/sdd/purchasingpowerparities-frequentlyaskedquestionsfaqs.htm>). 2018.
- [45] Helble M, Aizawa T. International trade and determinants of price differentials of insulin medicine. *Health policy and planning*. 2016;32(1): 1–10.
- [46] Iyengar S, Tay-Teo K, Vogler S, Beyer P, Wiktor S, de Joncheere K, et al. Prices, Costs, and Affordability of New Medicines for Hepatitis C in 30 Countries: An Economic Analysis. *PLoS Med*. 2016;13(5): e1002032.
- [47] Eurostat. Glossary: Laspeyres price index (verfügbar unter: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Laspeyres_price_index&oldid=211841). 2017.
- [48] Vogler S, Zimmermann N, Habl C, Piessnegger J, Bucsics A. Discounts and rebates granted to public payers for medicines in European countries. *Southern Med Review*. 2012;5(1): 38–46.
- [49] Vogler S, Leopold C, Zimmermann N. PHIS Pharmaceutical Health Information System: Hospital Pharma. Arzneimittelmanagement in Krankenanstalten. Kurzbericht; Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG; 2011.
- [50] Morgan SG, Vogler S, Wagner AK. Payers' experiences with confidential pharmaceutical price discounts: A survey of public and statutory health systems in North America, Europe, and Australasia. *Health Policy*. 2017;121(4): 354–62.
- [51] Ferrario A, Kanavos P. Managed entry agreements for pharmaceuticals: The European experience: LSE; 2013.

7 Anhang

Tabelle 7.1:

Liste der 60 ausgabenstärksten Arzneispezialitäten des niedergelassenen Bereichs im Zeitraum Jänner–April 2017, alphabetisch gereiht nach Wirkstoffname

Wirkstoff	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Abacavir / Dolutegravir / Lamivudin	ADL 50/600/300 mg x 30	Triumeq®	J05AR	EU/1/14/940/001	50 mg / 600 mg / 300 mg		Filmtablette	30	Flasche
Abirateronacetat	Abi 250 mg x 120	Zytiga®	L02BX	EU/1/11/714/001	250 mg		Tablette	120	Flasche
Adalimumab	Ada 40 mg, 0.8 ml (syringe) x 2	Humira®	L04AB04	EU/1/03/256/003	40 mg	0,8 ml	Injektionslösung	2	Fertigspritze
Adalimumab	Ada 40 mg, 0.8 ml (pen) x 2	Humira®	L04AB04	EU/1/03/256/008	40 mg	0,8 ml	Injektionslösung	2	Fertigpen
Apixaban	Api 2.5 mg x 60	Eliquis®	B01AF02	EU/1/11/691/001	2,5 mg		Filmtablette	60	Blister
Apixaban	Api 5.0 mg x 60	Eliquis®	B01AF02	EU/1/11/691/009	5 mg		Filmtablette	60	Blister
Apremilast	Apr 30 mg x 56	Otezla®	L04AA32	EU/1/14/981/002	30 mg		Filmtablette	56	Blister
Dabigatranetexilat	Dab 110 mg x 30	Pradaxa®	B01AE07	EU/1/08/442/008	110 mg		Hartkapsel	30	Blister ¹
Dabigatranetexilat	Dab 150 mg x 60	Pradaxa®	B01AE07	EU/1/08/442/011	150 mg		Hartkapsel	60	Blister ¹
Denosumab	Den 60 mg x 1	Prolia®	M05BX04	EU/1/10/618/003	60 mg	1 ml	Injektionslösung	1	Fertigspritze
Denosumab	Den 120 mg, 1.7 ml x 1	Xgeva®	M05BX04	EU/1/11/703/001	120 mg	1,7 ml	Injektionslösung	1	Durchstechflasche
Dimethylfumarat	Dim 240 mg x 56	Tecfidera®	N07XX09	EU/1/13/837/002	240 mg		Hartkapsel	56	Blister
Diosmin Combinations	Dio 500 mg x 30	Daflon®	C05CA53	1-20685	500 mg		Filmtablette	30	Blister
Dolutegravir	Dol 50 mg x 30	Tivicay®	J05AX12	EU/1/13/892/001	50 mg		Filmtablette	30	Flasche

Wirkstoff	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Elbasvir/Grazoprevir	ElGr 50/100 mg x 28	Zepatier®	J05A	EU/1/16/1119/001	50 mg / 100 mg		Filmtablette	28	Blister
Emtricitabine / Tenofovir disoproxil	ETD 200/245 mg x 30	Truvada®	J05AR03	EU/1/04/305/001	200 mg / 245 mg		Filmtablette	30	Flasche
Enoxaparin	Eno 40 mg, 0.4 ml x 10	Lovenox®	B01AB05	1-18662	40 mg	0,4 ml	Injektionslösung	10	Fertigspritze
Enzalutamid	Enz 40 mg x 112	Xtandi®	L02BB04	EU/1/13/846/001	40 mg		Softkapsel	112	Blister
Etanercept	Eta 50 mg, 1 ml x 4 (syringe)	Enbrel®	L04AB01	EU/1/99/126/017	50 mg	1 ml	Injektionslösung	4	Fertigspritze
Etanercept	Eta 50 mg, 1 ml x 4 (pen)	Enbrel®	L04AB01	EU/1/99/126/020	50 mg	1 ml	Injektionslösung	4	Fertigpen
Ezetimib	Eze 10 mg x 30	Ezetrol®	C10AX09	1-24902	10 mg		Tablette	30	Blister
Fenoterol / Ipratropium- bromid	Felp 50/200 mcg x 1	Berodual®	R03AL01	1-16995	50 mcg / 20 mcg	200 Hübe	Inhalationslösung	1	Dosieraerosol
Fingolimod	Fin 0.5 mg x 28	Gilenya®	L04AA	EU/1/11/677/005	0,5 mg		Hartkapsel	28	Blister ²
Formoterol/Beclometa- sone	FoBe 100/6 mcg x 120	Foster®	R03AK08	1-27002	100 mcg / 6 mcg	120 Hübe	Inhalationslösung	1	Dosieraerosol
Formoterol/Budesonid	FoBu 160/4.5 mcg x 120	Symbicort®	R03AK07	1-23993	160 mcg / 4,5 mcg	120 Hübe	Inhalationspulver	1	Inhalator
Glatiramer Acetat	Gla 40 mg, 1 ml x 12	Copaxone®	L03AX13	1-35998	40 mg	1 ml	Injektionslösung	12	Fertigspritze
Golimumab	Gol 50 mg, 0.5 ml x 1 (pen)	Simponi®	L04AB06	EU/1/09/546/001	50 mg	0,5 ml	Injektionslösung	1	Fertigpen
Golimumab	Gol 50 mg, 0.5 x 1 (syringe)	Simponi®	L04AB06	EU/1/09/546/003	50 mg	0,5 ml	Injektionslösung	1	Fertigspritze
Ibrutinib	Ibr 140 mg x 120	Imbruvica®	L01XE	EU/1/14/945/002	140 mg		Hartkapsel	120	Flasche
Imatinib	Ima 400 mg x 30	Glivec®	L01XE01	EU/1/01/198/010	400 mg		Filmtablette	30	Blister
Infliximab	Inf 100 mg x 1	Remicade®	L04AB02	EU/1/99/116/003	100 mg		Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	3	Durchstechflasche

Wirkstoff	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Insulin aspart	Ins 300 IU, 3 ml x 5	NovoRapid®	A10AB05	EU/1/99/119/003	100 U/ml	3 ml	Injektionslösung	5	Patrone (Glas)
Ivacaftor / Lumacaftor	IvLu 200/125 x 112	Orkambi®	R07AX30	EU/1/15/1059/001	200 mg / 125 mg		Filmtablette	112	Blister
Ledispavir / Sofosbuvir	LeSo 90/400 mg 28	Harvoni®		EU/1/14/958/001	90 mg / 400 mg		Filmtablette	28	Flasche
Lenalidomid	Len 10 mg x 21	Revlimid®	L04AX04	EU/1/07/391/002	10 mg		Hartkapsel	21	Blister
Lenalidomid	Len 15 mg x 21	Revlimid®	L04AX04	EU/1/07/391/004	25 mg		Hartkapsel	21	Blister
Lenalidomid	Len 25 mg x 21	Revlimid®	L04AX04	EU/1/07/391/003	15 mg		Hartkapsel	21	Blister
Linagliptin	Lin 5 mg x 30	Trajenta®	A10BH05	EU/1/11/707/004	5 mg		Filmtablette	30	Blister
Macitentan	Mac 10 mg x 30	Opsumit®	C02KX04	EU/1/13/893/002	10 mg		Filmtablette	30	Blister ³
Metformin / Sitagliptin	MeSi 50/1000 mg x 56	Janumet®	A10BD07	EU/1/08/455/010	50 mg / 1000 mg		Filmtablette	56	Blister
Metformin / Vildagliptin	MeVi 50/1000 mg x 60	Eucreas®	A10BD08	EU/1/07/425/009	50 mg / 1000 mg		Filmtablette	60	Blister ⁴
Olodaterol / Tiotropium Bromid	OITi 2.5/2.5 mcg x 1	Spiolto®	R03AL06	1-36299	2,5 mcg / 2,5 mcg	60 Hübe	Inhalationslösung	1	Dosieraerosol
Omalizumab	Oma 150 mg x 1	Xolair®	R03DX05	EU/1/05/319/008	150 mg	1 ml	Injektionslösung	1	Fertigspritze
Ombitasvir/ Paritapre- vir/Ritonavir	OPR 12.5/75/50 mg x 56	Viekirax®	J05AX67	EU/1/14/982/001	12,5 mg / 75 mg / 50 mg		Filmtablette	56	Blister
Palbociclib	Pal 125 mg x 21	Ibrance®	L01XE33	EU/1/16/1147/005	125 mg		Hartkapsel	21	Blister ³
Pegfilgrastim	Peg 6 mg, 0.6 ml x 1	Neulasta®	L03AA13	EU/1/02/227/004	6 mg	0,6 ml	Injektionslösung	1	Fertigspritze
Rilmenidin	Ril 1 mg x 30	Iterium®	C02AC06	1-23813	1 mg		Tablette	30	Blister
Rivaroxaban	Riv 15 mg x 28	Xarelto®	B01AF01	EU/1/08/472/012	15 mg		Filmtablette	28	Blister
Rivaroxaban	Riv 15 mg x 42	Xarelto®	B01AF01	EU/1/08/472/013	15 mg		Filmtablette	42	Blister

Wirkstoff	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Rivaroxaban	Riv 10 mg x 30	Xarelto®	B01AF01	EU/1/08/472/018	20 mg		Filmtablette	28	Blister
Rosuvastatin	Ros 10 mg x 30	Crestor®	C10AA07	1-24883	10 mg		Filmtablette	30	Blister
Rosuvastatin	Ros 20 mg x 30	Crestor®	C10AA07	1-24883	20 mg		Filmtablette	30	Blister
Secukinumab	Sec 150 mg x 1	Cosentyx®	L04AC10	EU/1/14/980/005	150 mg	1 ml	Injektionslösung	2	Fertigpen
Sofosbuvir/Velpatasvir	SoVe 400/100 mg x 28	Epclusa®	J05A	EU/1/16/1116/001	400 mg 100 mg		Filmtablette	28	Flasche
Tiotropium Bromid	Tio 18 mcg x 30	Spiriva®	R03BB04	1-24507	18 mcg		Inhalationspulver	30	Kapseln ⁵
Tiotropium Bromid	Tio 2.5 mcg x 60	Spiriva®	R03BB04	1-27222	2,5 mcg	60 Hübe	Inhalationslösung	1	Inhalator
Tocilizumab	Toc 162 mg, 0.9 ml x 1	RoActemra®	L04AC07	EU/1/08/492/007	162 mg	0,9 ml	Injektionslösung	4	Fertigspritze
Trazodon	Tra 150 mg x 60	Trittico®	N06AX05	1-23301	150 mg		Retardtablette	60	Blister
Treprostinil	Tre 200 mg, 20 ml x 1	Remodulin®	B01AC21	1-26523	10 mg/ml	20 ml	Infusionslösung	20	Durchstechflasche
Ustekinumab	Ust 45 mg, 0.5 ml x 1	Stelara®	L04AC05	EU/1/08/494/003	45 mg	0,5 ml	Injektionslösung	1	Fertigspritze

ATC = Anatomical Therapeutic Chemical Code / Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation, EMA = European Medicines Agency

¹ zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Blister (Alu/Alu), (2) Flasche (PP), (3) Blister (Alu/Alu)

² zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Blister-Wallet, (2) Blister-Faltschachtel

³ zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Kapsel/Tablette in Blister, (2) Kapsel/Tablette in Flasche

⁴ zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Blister (PA/Alu/PVC/Alu), (2) Blister (PCTFE/PVC/Alu)

⁵ zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Kapsel, (2) Kapsel mit Inhalator

Apixaban, Ezetimib, Linagliptin, Metformin/Sitagliptin und Rosuvastatin; zugelassene Arzneispezialität mit unterschiedlicher Packungsgröße wurde herangezogen, falls Preisinformationen zu dieser Arzneispezialität nicht verfügbar waren.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), Darstellung: Gesundheit Österreich GmbH

Tabelle 7.2:

Liste der 40 ausgabenstärksten Arzneispezialitäten des Krankenhausbereichs Juli 2017, alphabetisch gereiht nach Wirkstoffname

Wirkstoffe	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Aflibercept	Afl 4 mg, 0.1 ml x 1	Eylea®	S01LA	EU/1/12/797/002	40 mg/ml	0,1 ml	Injektionslösung	1	Durchstechflasche ¹
Alemtuzumab	Ale 12 mg, 1.2 ml x 1	Lemtrada®	L04AA	EU/1/13/869/001	12 mg	1,2 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Alglucosidase Alfa	Alg 50 mg, 20 ml x 1	Myozyme®	A16AB07	EU/1/06/333/002	50 mg	20 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Anidulafungin	Ani 100 mg, 30 ml x 1	Ecalta®	J02AX06	EU/1/07/416/002	100 mg	30 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Azacitidin	Aza 100 mg, 4 ml x 1	Vidaza®	L01BC07	EU/1/08/488/001	25 mg/ml	4 ml	Pulver zur Herstellung einer Injektionssuspension	1	Durchstechflasche
Bevacizumab	Bev 100 mg, 4 ml x 1	Avastin®	L01XC07	EU/1/04/300/001	25 mg/ml	4 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Bevacizumab	Bev 400 mg, 16 ml x 1	Avastin®	L01XC07	EU/1/04/300/002	25 mg/ml	16 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Carfilzomib	Car 60 mg, 30 ml x 1	Kyprolis®	L01XX45	EU/1/15/1060/001	60 mg	30 ml	Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Carfilzomib	Car 10 mg, 5 ml x 1	Kyprolis®	L01XX45	EU/1/15/1060/002	10 mg	5 ml	Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Carfilzomib	Car 30 mg, 15 ml x 1	Kyprolis®	L01XX45	EU/1/15/1060/003	30 mg	15 ml	Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Cetuximab	Cet 100 mg, 20 ml x 1	Erbix®	L01XC06	EU/1/04/281/003	5 mg/ml	20 ml	Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Cetuximab	Cet 500 mg, 100 ml x 1	Erbix®	L01XC06	EU/1/04/281/005	5 mg/ml	100 ml	Infusionslösung	1	Durchstechflasche

Wirkstoffe	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Daratumumab	Dar 100 mg, 5 ml x 1	Darzalex®	L01XC24	EU/1/16/1101/001	20 mg/ml	5 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Daratumumab	Dar 400 mg, 20 ml x 1	Darzalex®	L01XC24	EU/1/16/1101/002	20 mg/ml	20 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Defibrotid	Def 200 mg, 2,5 ml x 10	Defitelio®	B01AX01	EU/1/13/878/001	80 mg/ml	2,5 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	10	Durchstechflasche
Dexmedetomidin	Dex 200 mcg, 2 ml x 5	Dexdor®	N05CM18	EU/1/11/718/001	100 mcg/ml	2 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	5	Ampulle (Glas) ²
Dexmedetomidin	Dex 200 mcg, 2 ml x 25	Dexcor®	N05CM18	EU/1/11/718/002	100 mcg/ml	2 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	25	Ampulle (Glas)
Dexmedetomidin	Dex 400 mcg, 4 ml x 4	Dexdor®	N05CM18	EU/1/11/718/004	100 mcg/ml	4 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	4	Durchstechflasche
Dexmedetomidin	Dex 1000 mcg, 10 ml x 4	Dexdor®	N05CM18	EU/1/11/718/006	100 mcg/ml	10 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	4	Durchstechflasche
Doxorubicin	Doc 50 mg, 1,9 ml x 1	Myocet®	L01DB01	EU/1/00/141/001	50 mg	50 mg / 1,9 ml / 3 ml	Pulver, Dispersion und Lösungsmittel für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionsdispersion	2	Set mit drei Durchstechflaschen
Eculizumab	Ecu 300 mg, 30 ml x 1	Soliris®	L04AA25	EU/1/07/393/001	300 mg	30 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Idursulfase	Idu 6 mg, 3ml x 1	Elapraxe	A16AB09	EU/1/06/365/001	2 mg/ml	3 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Ipilimumab	Ipi 50 mg, 10ml x 1	Yervoy®	L01XC11	EU/1/11/698/001	5 mg/ml	10 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche

Wirkstoffe	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Ipilimumab	Ipi 200 mg, 40 ml x 1	Yervoy®	L01XC11	EU/1/11/698/002	5 mg/ml	40 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Levosimendan	Lev 12.5 mg, 5 ml x 1	Simdax®	C01CX08	1-24093	2,5 mg/ml	5 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Lipegfilgrastim	Lip 6 mg, 0,6 ml x 1	Lonquex®	L03AA14	EU/1/13/856/002	6 mg	0,6 ml	Injektionslösung	1	Fertigspritze ³
Micafungin	Mic 50 mg, 10 ml x 1	Mycamine®	J02AX05	EU/1/08/448/001	50 mg	10 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Micafungin	Mic 100 mg, 10 ml x 1	Mycamine®	J02AX05	EU/1/08/448/002	100 mg	10 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Nivolumab	Niv 40 mg, 4 ml x 1	Opdivo®	L01XC17	EU/1/15/1014/001	10 mg/ml	4 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Nivolumab	Niv 100 mg, 10 ml x 1	Opdivo®	L01XC17	EU/1/15/1014/002	10 mg/ml	10 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Pembrolizumab	Pem 50 mg, 2 ml x 1	Keytruda®	L01XC18	EU/1/15/1024/001	50 mg	2 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Pembrolizumab	Pem 100 mg, 4 ml x 1	Keytruda®	L01XC18	EU/1/15/1024/002	25 mg/ml	4 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Pertuzumab	Per 420 mg, 14 ml x 1	Perjeta®	L01XC13	EU/1/13/813/001	420 mg	14 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Posaconazol	Pos 100 mg x 24	Noxafil®	J02AC04	EU/1/05/320/002	100 mg		magensaftresistente Tablette	24	Blister
Posaconazol	Pos 100 mg x 96	Noxafil®	J02AC04	EU/1/05/320/003	100 mg		magensaftresistente Tablette	96	Blister

Wirkstoffe	Abkürzung in Boxplots	Handelsname	ATC-Code	EMA-Nummer/ Zulassungsnummer	Stärke / Dosierung	Inhalt	Darreichungsform	Packungs- größe	Verpackung
Rituximab	Rit 100 mg, 10 ml x 2	Mabthera®	L01XC02	EU/1/98/067/001	100 mg	10 ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	2	Durchstechflasche
Trastuzumab	Tra 150 mg, 7.2 ml x 1	Herceptin®	L01XC03	EU/1/00/145/001	150 mg	7,2 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Trastuzumab	Tra 120 mg, 5 ml x 1	Herceptin®	L01XC03	EU/1/00/145/002	120 mg/ml	5 ml	Injektionslösung	1	Durchstechflasche
Trastuzumab Emtansin	TrEm 100 mg, 5 ml x 1	Kadcyla®	L01XC14	EU/1/13/885/001	100 mg	5 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche
Trastuzumab Emtansin	TrEm 160 mg, 8 ml x 1	Kadcyla®	L01XC14	EU/1/13/885/002	160 mg	8 ml	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	1	Durchstechflasche

ATC = Anatomical Therapeutic Chemical Code / Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation, EMA = European Medicines Agency

¹ zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Fertigspritze (Glas), (2) Durchstechflasche

² zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Durchstechflasche, (2) Ampulle (Glas)

³ zugelassene Arzneispezialitäten dieses Wirkstoffs, welche für den Preisvergleich als äquivalent betrachtet wurden: (1) Fertigspritze mit Nadelschutz, (2) Fertigspritze

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Österreichischen Krankenhausapotheker, Darstellung: Gesundheit Österreich GmbH

Tabelle 7.3:

Diskussion – Wechselkurse der Landeswährungen in US-Dollar-Kaufkraftparitäten, 2017

Land	Kurs	Land	Kurs	Land	Kurs	Land	Kurs	Land	Kurs
AT	0,798	DK	7,356	HR*	3,530	LV	0,501	SI	0,602
BE	0,808	EE	0,553	HU	137,576	NL	0,808	SK	0,487
BG*	0,686	EL	0,594	IE	0,806	PL	1,782	UK	0,703
CY*	0,651	ES	0,656	IT	0,712	PT	0,583		
CZ	12,898	FI	0,897	LT	0,463	RO*	1,679		
DE	0,778	FR	0,798	LU	0,891	SE	9,125		

Länderabkürzungen sind im entsprechenden Abkürzungsverzeichnis erklärt; * = Wechselkurs von 2016

Lesehilfe: Um die Kaufkraftunterschiede von Ländern zu berücksichtigen, müssen die Preise eines Warenkorbs in Österreich durch 0,798 dividiert werden

Quelle: OECD; Analyse und Darstellung: GÖG