

Rezepte zur Kostendämpfung bei Arzneimitteln

von Ingrid Rosian*

ABSTRACT

In fast allen EU-Mitgliedsländern stiegen die Arzneimittelausgaben in den vergangenen Jahren deutlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt, aber auch kräftiger als die Gesundheitsausgaben. Zur Gegensteuerung unternahmen bis auf eine Ausnahme (Luxemburg) alle EU-Staaten Reformen zur Kostendämpfung. Das Ausmaß, die Intensität und die eingesetzten Steuerungsinstrumente fielen jedoch aufgrund der länderspezifischen Problemlagen und „Regulierungsphilosophien“ unterschiedlich aus. Der Beitrag beschäftigt sich mit den eingesetzten Instrumenten zur Kostendämpfung. Er untersucht, inwieweit es den Ländern gelang, die dynamische Entwicklung der Arzneimittelausgaben zu bremsen. Die Analyse belegt, dass Länder, die verstärkt Maßnahmen zur Kostendämpfung ergriffen haben, die Entwicklung der öffentlichen Arzneimittelausgaben – zumindest zeitweilig – eindämmen konnten. Hierbei zeigt die gleichzeitige Steuerung über die Preis- und Mengenkomponente längerfristige Einspareffekte. Der verstärkte Markteintritt von neuen, hochpreisigen Arzneimitteln führte trotz Reformen in vielen EU-Staaten zu höheren durchschnittlichen Kosten pro verordnetem Arzneimittel. Die Evaluation des therapeutisch-ökonomischen Nutzens von neuen Arzneimitteln könnte diesem Trend entgegenwirken.

Schlüsselworte: Arzneimittelausgaben, Europäische Union, Sparmaßnahmen, Steuerungswirkungen, ÖBIG-Untersuchung

In almost all EU Member States, the increase in pharmaceutical expenditure was significantly higher than the increase in the gross domestic product and in health expenditure. As a consequence, all EU Member States, except Luxembourg, have taken a multitude of cost containment measures. However, the scope, intensity and control measures used varied as the problems and „control strategies“ were country specific. The article focuses on the cost containment measures. It analyzes if the member states succeeded in stemming the increase in public pharmaceutical expenditure. The analysis shows that those countries that undertook more measures of cost containment could reduce pharmaceutical expenditures at least for a while. Simultaneous volume control and price control measures enhance the effects. The increasing number of new, expensive pharmaceuticals on the market nevertheless lead to higher costs of each pharmaceutical. The evaluation of the therapeutic and economic benefit of new pharmaceuticals could work against this trend.

Keywords: Pharmaceutical expenditure, European Union, cost-containment measures, market control, ÖBIG-study

1. Einleitung

Über die Reformprozesse am Arzneimittelsektor gibt es kaum Daten und Informationen (z.B. über das regulatorische Umfeld, zur Finanzierung der Arzneimittelausgaben oder über den Verbrauch von Arzneimitteln). Daher wurden vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eigene Erhebungen durchgeführt. In den Ende 2001 publizierten Studien „Arzneimit-

telausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“ sowie „Benchmarking Arzneimittel ausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union“ des ÖBIG wurden unter anderem auch die Sparmaßnahmen der EU-Mitgliedsländer im Arzneimittelbereich (bezogen auf den Apothekenmarkt) in den 90er Jahren ausführlich dokumentiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit analysiert. Für die durchgeführten Untersuchungen wurden europaweit insgesamt 49 Institutionen in den 15 EU-Län-

* **Mag. Ingrid Rosian**
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)

Stubenring 6, A-1010 Wien · Tel.: (0043/01)515 61 59 ·
Fax: (0043/01)513 84 72 · E-Mail: rosian@oebig.at

dem schriftlich mittels Fragebögen sowie mündlich mit Telefoninterviews kontaktiert. Ansprechpartner waren primär Gesundheitsministerien, Arzneimittelagenturen und Krankenkassen, ergänzt um Interessenvertretungen der Industrie, des Großhandels und der Apotheken. Bei den Daten zu den Arzneimittelausgaben – die standardisiert differenziert nach Finanzierungsträger mittels Fragebogen erhoben wurden – handelt es sich um jene im Apothekenmarkt (also exklusive Krankenhausmarkt). Allgemeine Strukturdaten wie Bruttoinlandsprodukt oder Bevölkerungszahlen wurden der OECD Health Data 2000 entnommen.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit den eingesetzten Instrumenten zur Kostendämpfung, und inwieweit es den Ländern gelang, der dynamischen Entwicklung der Arzneimittelausgaben gegenzusteuern. Es wird auch der Frage nachgegangen, was man aus den Erfahrungen der EU-Mitgliedsländer hinsichtlich der Steuerung der Arzneimittelausgaben lernen kann.

■ 2. Große Unterschiede bei den Arzneimittelausgaben

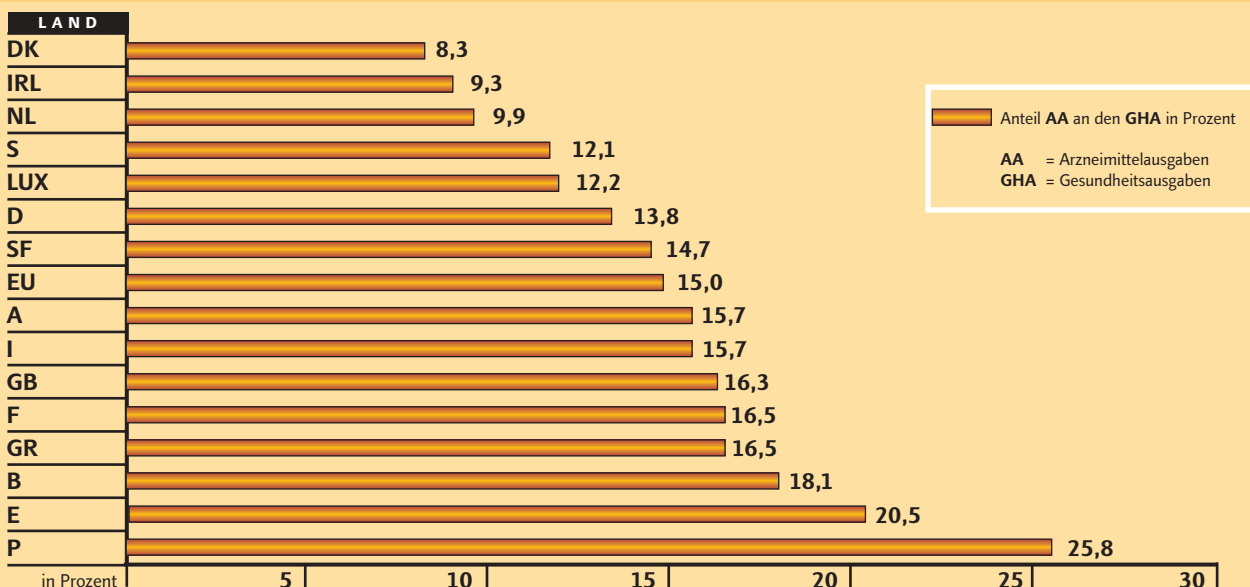
Die Ausgaben für Arzneimittel stellen nach den Ausgaben für den stationären und den ambulanten Bereich zumeist die drittgrößte Position in den Gesundheitsbudgets dar. *Abbildung 1* zeigt die

Anteil der Arzneimittelausgaben bezogen auf die Gesundheitsausgaben in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. Im EU-Schnitt entfallen 15 Prozent der Gesundheitsausgaben auf den Arzneimittelbereich (1999). Die Bandbreite der Ausgaben für Arzneimittel reicht von acht Prozent (Dänemark) bis 26 Prozent (Portugal).

Im Durchschnitt wurden im Jahr 1999 in der EU 52 Euro pro Kopf der Bevölkerung für Arzneimittel ausgegeben, innerhalb der EU-Mitgliedsländer zeigen sich jedoch große Unterschiede, wie *Abbildung 2* veranschaulicht. Mögliche Erklärungsfaktoren für die Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedsländern sind unter anderem im gesamtwirtschaftlichen Wohlstand eines Landes sowie in der Altersstruktur der Bevölkerung zu sehen. Nach einer Untersuchung der österreichischen Apothekerkammer steigt der Arzneimittelbedarf mit zunehmendem Alter überproportional an (*Österreichische Apothekerkammer 2002*): Im Schnitt werden in Österreich pro Jahr und Einwohner 20,5 Arzneimittelpackungen über Apotheken verkauft; ab dem 50. Lebensjahr sind es 27 Packungen, ab dem 90. Lebensjahr 93 Packungen. Weiter weisen vor allem jene Länder mit einem sehr niedrigen Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner wie Portugal, Griechenland und Spanien geringere Arzneimittelausgaben pro Kopf auf. Irland hat im EU-Vergleich die geringsten Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung. Der Anteil der älteren Bevölkerung ist im EU-Vergleich auch der niedrigste, so sind nur fünf Prozent der Bevölkerung älter als 75 Jahre,

ABBILDUNG 1

Anteil der Arzneimittelausgaben¹ an den Gesundheitsausgaben 1997 / 1998 / 1999

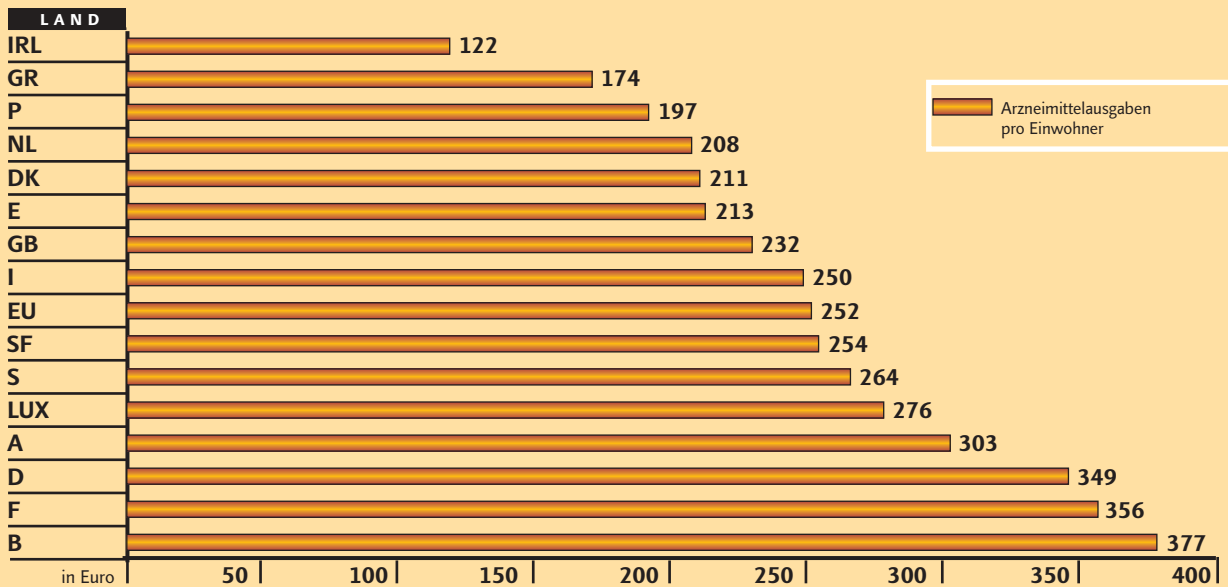


¹1997: IRL; 1998: P, E, B, GR, GB, SF, LUX, SWE, NL; 1999: F, I, A, D, DK

Quelle: ÖBIG 2001 a, OECD 2000

ABBILDUNG 2

Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro 1999



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

Quelle: ÖBIG 2001 a, OECD 2000

zudem liegt das irische Bruttoinlandsprodukt nur knapp unter dem EU-Schnitt. Jene Länder mit einem höheren Bruttoinlandsprodukt pro Kopf weisen im EU-Vergleich im Allgemeinen höhere Arzneimittelausgaben auf. Nur in Dänemark und in den Niederlanden, die beide reiche Länder sind, liegen die Arzneimittelausgaben unter dem EU-Schnitt. Hier dürfte sich offenbar der relativ niedrige Arzneimittelkonsum niederschlagen. Auffällig ist, dass unter den Ländern mit hohen Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung sich verstärkt Sozialversicherungsländer wie Luxemburg, Österreich, Deutschland, Frankreich und Belgien finden.

■ 3. Steuerungsinstrumente

Prinzipiell können Steuerungsmaßnahmen zur Ausgabenbegrenzung danach unterschieden werden, ob sie primär die Preise und/oder das Volumen von Arzneimitteln (Arzneimittelverordnungen) beeinflussen, und ob direkte oder indirekte Strategien angewendet werden. Zu den direkten Strategien zählen gesetzliche Bestimmungen, welche die beteiligten Akteure (Arzneimittelanbieter, Patienten) unmittelbar betreffen (Steuerung im engeren Sinne). Indirekte Strategien sind marktwirtschaftsähnliche Instrumente, die mittelbar über (zumeist) finanzielle Folgen auf die beteiligten Akteure wirken (vgl. Tabelle 1).

Typische Steuerungsinstrumente zur Ausgabenbegrenzung am Arzneimittelmarkt sind staatliche Preisfestsetzungen, staatliche Preisstopps und -senkungen, Referenzpreissysteme, Arzneimittelbudgets, Positiv- und Negativlisten, Rezeptfreistellungen von Arzneimitteln (sogenannte Switches), Ausschluss von Arzneimitteln aus der Erstattung (Delisting), verstärkte Selbstbeteiligung und Förderung von Generika.

■ 4. Strategien auf Preis- und Mengenebene

In Tabelle 2 sind die erhobenen Interventionen der Mitgliedsländer zur Kostendämpfung im Zeitraum 1990 bis 2001 dargestellt.

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

Als ein weiteres Steuerungsinstrument, das indirekt auf die Menge einwirkt, wurden vermehrt Arzneimittelbudgets einge-

TABELLE 1

Steuerungsmaßnahmen zur Kostendämpfung im Arzneimittelbereich

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

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

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

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

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

Quelle: ÖBIG 1998 a, Scheil-Adlung 1998

setzt. Ein wesentlicher Unterschied bei der Ausgestaltung der eingesetzten Arzneimittelbudgets besteht darin, ob bei Überschreitungen der Budgets Sanktionen möglich sind. So sieht in Frankreich ein Vertrag, der zwischen den Herstellern und dem Preiskomitee im Jahre 1999 abgeschlossen wurde, eine jährliche Budgetierung der Ausgaben der Krankenversicherungen vor (es wird die maximale Höhe des Umsatzes der erstattungsfähigen Arzneimittel pro Indikationsgruppe festgelegt). Jedem Unternehmen wird eine jährliche Zuwachsrate des Umsatzes mit erstattungsfähigen Arzneimitteln zugestanden, bei Überschreitung dieser Vorgaben können vom Unternehmen Zahlungen eingefordert werden. Rückzahlungen sind bei Überschreitung des festgelegten Limits der Steigerungsraten der Arzneimittelumsätze für die Jahre 2000 und 2001 vorgesehen. Im Sommer 2001 reichte jedoch die Interessensvertretung der pharmazeutischen Industrie bei der EU-Kommission eine Klage gegen die Rückzahlungsklausel ein. In Italien gibt es seit 1998 Klauseln zur Rückzahlung einer Überschreitung des nationalen Arzneimittelbudgets für die Akteure des Arzneimittelmarktes (Industrie, Großhandel, Apotheken), doch bisher wurde noch keine – der fälligen – Zahlungen geleistet. Im Jahr 2001 wurde das kollektive Rückzahlungssystem überhaupt wieder abgeschafft. Deutschland führte 1993 ein Arzneimittelbudget ein, nachdem jedoch der vorgesehene Kollektivregress der Ärzteschaft trotz Überschreitung der Budgets in zahlreichen Bundesländern nie durchge-

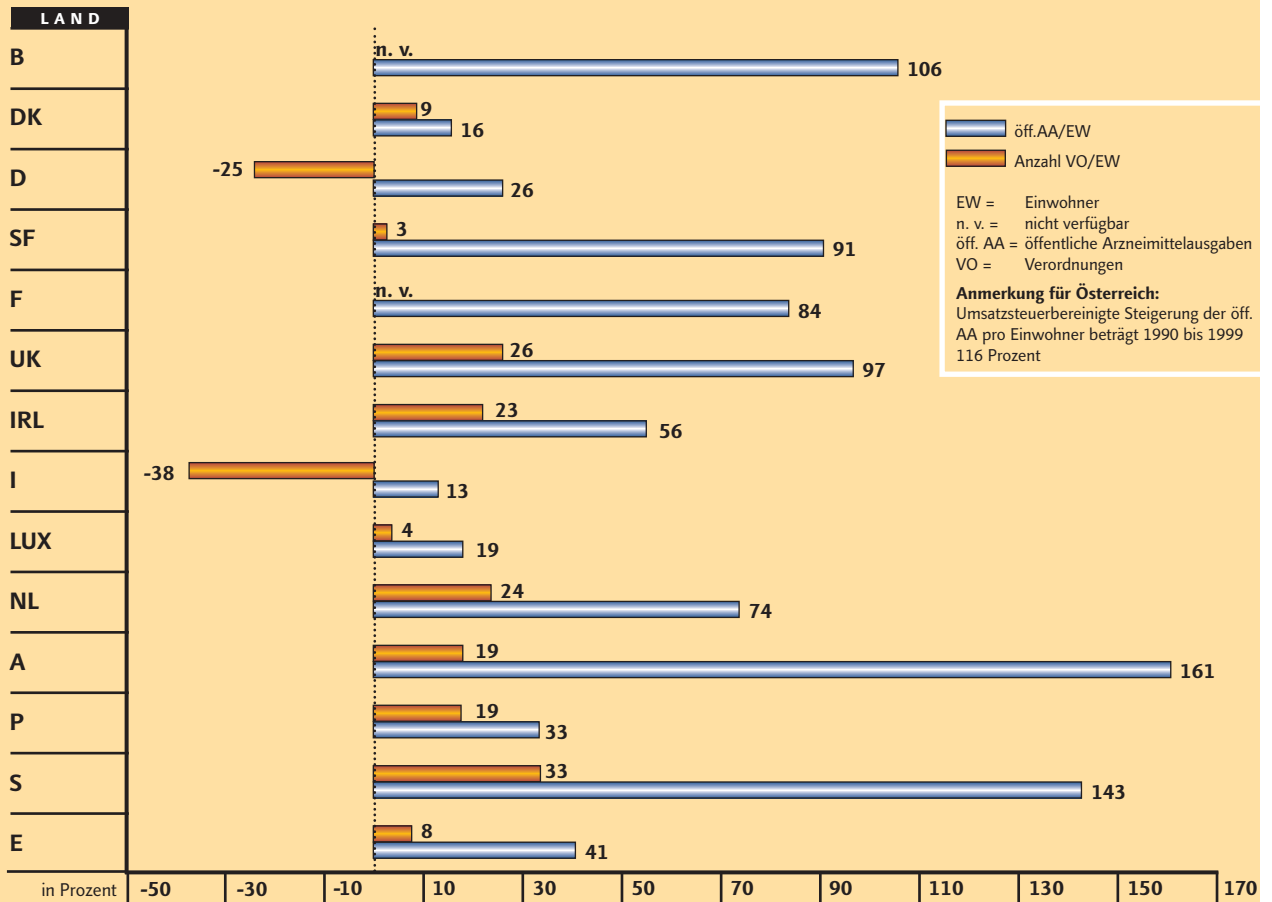
setzt werden konnte, wurde der Kollektivregress am 1.1.2002 rückwirkend abgeschafft. Nunmehr können Kassenärztliche Vereinigungen und die gesetzlichen Krankenkassen das Ausgabenvolumen für Arznei- und Heilmittelbudgets selbst festlegen. In Portugal wurde im Zuge eines Vertrages zwischen dem Gesundheitsministerium, dem Wirtschaftsministerium und der Interessenvertretung der Industrie für den Zeitraum 1997 bis 1999 eine Rückzahlungsverpflichtung für die Industrie vereinbart, falls die Ausgaben für erstattete Arzneimittel in diesem Zeitraum um mehr als vier Prozent steigen sollten. Das Abkommen lief Ende 1999 aus. Die Industrie gab an, Rückzahlungen in Höhe von rund 90 Millionen Euro geleistet zu haben. 2001 sollte die Pharma-Industrie Rückzahlungen in Höhe von rund 26 Millionen Euro leisten. Dieser Betrag wurde den Schulden, die staatliche Krankenanstalten bei der Pharma-Industrie haben, gegengerechnet.

Zudem etablierten sich auf der Ebene der Steuerung der Menge in vielen EU-Ländern auch eine verstärkte Überprüfung des Ordnungsverhaltens der Ärzte durch die Krankenkassen oder Nationalen Gesundheitsdienste.

Um die öffentlichen Budgets zu entlasten, wurde in den 90er Jahren in den meisten EU-Ländern eine beachtliche Anzahl von Arzneimitteln aus der Erstattung gestrichen. Häufig erfolgten auch Rezeptfreistellungen, womit die Ausgaben von der öffentlichen Hand auf die Patienten verlagert wurden. Zu den Standard-Instru-

ABBILDUNG 3

Veränderung der öffentlichen Arzneimittelausgaben und der Anzahl der Verordnungen (bereinigt um Bevölkerungsentwicklung), 1999 gegenüber 1990¹ (indiziert)



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

Quellen: ÖBIG 2001 a, ÖBIG-eigene Erhebungen

menten der Kostendämpfung zählte die Erhöhung der Patientenzuzahlungen: In Belgien wurden die Zuzahlungen fünf Mal im Laufe der 90er Jahre erhöht, in Deutschland, Italien und Schweden vier Mal.

Bei der Selbstbeteiligung zeigte eine Analyse der Verordnungszahlen jener Länder, die diese Maßnahme „isoliert“ setzten, dass zwar im Jahr der Erhöhung der Selbstbeteiligung die Verordnungszahlen absolut zurückgingen, um jedoch danach wieder anzusteigen. So sanken beispielsweise in Schweden nach einer stärkeren Erhöhung der Selbstbeteiligung Anfang 1997 die Verordnungszahlen um rund 5,5 Millionen, um dann im Folgejahr wieder um 7,2 Millionen anzusteigen. In Österreich nahm die Anzahl verordneter Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse nach einer

außerordentlichen Erhöhung der Rezeptgebühr und nach Streichung von Arzneimitteln aus der Erstattungsfähigkeit in den Jahren 1996 und 1997 um rund 2,6 Millionen ab, um im darauffolgenden Jahr wieder um rund 4,5 Millionen anzusteigen. In Belgien wurden die Erstattungssätze für Arzneimittel insgesamt fünf Mal – wenngleich nicht beträchtlich – reduziert. Die Verordnungszahlen nahmen in Belgien daraufhin jedoch nicht ab, es kam nur zu einer schwächeren Zunahme.

In Italien und Deutschland kam es ebenfalls mehrmals zu Erhöhungen der Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, deren Auswirkung auf die Mengenkomponekte jedoch nicht unabhängig von anderen Maßnahmen gesehen werden kann (z. B. limitiertes Arzneimittelbudget in Deutschland, in Italien wurden gleichzeitig zahl-

reiche Arzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit genommen und Rezeptfreistellungen gestrichen. Deutschland ist das einzige EU-Land, in dem die Anzahl der Verordnungen im Analysezeitraum (1990 – 1999) kontinuierlich abnahm. In Italien kam es zwar auch zu einem deutlichen Rückgang der Anzahl der Verordnungen, dies jedoch nur bis zum Jahr 1997, danach stieg die Zahl wieder – leicht – an. In Italien nahmen nach der nachlassenden „Sparintensität“ Ende der 90er Jahre sowohl die öffentlichen als auch die privaten Arzneimittelausgaben mit zweistelligen Zuwachsraten wieder deutlich zu. Hinsichtlich der betroffenen Akteure am Arzneimittelmarkt lässt sich feststellen, dass bis Mitte der 90er Jahre in erster Linie die Industrie von Maßnahmen zur Dämpfung der Arzneimittelpreise betroffen war. Danach kamen auch die Akteure des Arzneimittelvertriebs unter Druck, wie die Kürzung der Gewinnspannen der Apotheken und des Großhandels in zahlreichen Mitgliedsstaaten zeigt.

Pro Jahr mindestens eine Intervention

Trotz länderspezifischer Unterschiede lässt sich für (fast) alle EU-Staaten sagen, dass in den 90er Jahren kaum ein Jahr verging, in dem nicht eine gröbere Intervention im Arzneimittelbereich erfolgte. Im Zeitraum 1990 bis 1999, das ist jene Zeitspanne, für die Daten zur Ausgabenentwicklung analysiert wurden (vgl. *Abbildung 2*), wurden im Schnitt pro Mitgliedsland mehr als zehn einschneidende Sparmaßnahmen gesetzt. Die Bandbreite reichte von keiner (Luxemburg) bis an die 20 (Belgien) Interventionen.

Häufig griff man in den Ländern Belgien, Deutschland, Spanien, Italien und Dänemark zu Sparmaßnahmen. In Griechenland, Portugal und Spanien waren Sparmaßnahmen erst erforderlich als die zuvor gute wirtschaftliche Entwicklung nachließ. Irland und Großbritannien setzten im Analysezeitraum relativ wenige Sparmaßnahmen: In Großbritannien waren andere Probleme im Gesundheitswesen vorrangig (z.B. lange Wartelisten, Unterfinanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes); in Irland erfolgten Kürzungen im Gesundheitswesen bereits in den 80er Jahren. Daher war primäres Ziel von Maßnahmen im letzten Jahrzehnt, den Zugang der irischen Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen und auch zu Arzneimitteln zu verbessern. Die Anzahl der Interventionen sagt jedoch noch nichts über die „Intensität“ der gesetzten Maßnahmen aus. Unterschiede gab es auch hinsichtlich des zeitlichen Bezugs. In Deutschland und Italien konzentrierten sich die Sparmaßnahmen vor allem auf die erste Hälfte, in den übrigen EU-Ländern erfolgten diese überwiegend in der zweiten Hälfte der 90er Jahre.

Wirkungen von Interventionen

Bei den Analysen zeigten sich Unterschiede zwischen der Entwicklung der öffentlichen Arzneimittelausgaben, und jener der Verord-

nungen. Letztere konnten weitaus stärker reduziert werden. Im Zeitraum 1990 bis 1999 nahm in Italien die Anzahl der Arzneimittelverordnungen pro Einwohner um fast 40 Prozent ab, in Deutschland um immerhin 25 Prozent. In den übrigen EU-Ländern ist die Anzahl der Verordnungen zu Lasten der Krankenkassen bzw. der Nationalen Gesundheitsdienste nur eher mäßig gestiegen, jedenfalls deutlich geringer als die öffentlichen Arzneimittelausgaben (vgl. *Abbildung 3*).

Auch hinsichtlich der Eindämmung des Zuwachses der gesamten Arzneimittelausgaben waren Deutschland (plus 33 Prozentpunkte von 1991 auf 1999), Italien (plus 46 Prozentpunkte von 1990 auf 1999) und Dänemark (plus 49 Prozentpunkte von 1990 auf 1999) am erfolgreichsten. In Italien vor allem stiegen die privaten Arzneimittelausgaben stark an, Ursachen waren hier die verstärkte Selbstbeteiligung und Selbstmedikation.

Angesichts der Verlagerung der Finanzierung von der öffentlichen Hand auf die privaten Haushalte (Erhöhung der Selbstbeteiligung, Streichen von Arzneimitteln aus der Erstattung, etc.) waren die Patienten besonders stark von den Sparmaßnahmen betroffen. Es kam zu einer deutlichen Verschiebung der Finanzlast auf die Patienten insbesondere in Italien, Spanien und Großbritannien, aber auch in Deutschland. So betrug der private Finanzierungsanteil (entspricht den Ausgaben der privaten Haushalte für Zuzahlungen und Selbstmedikation) an den Arzneimittelausgaben in Italien im Jahr 1990 rund 31 Prozent, stieg im Jahr 1996 auf 50 Prozent an und sank dann wiederum auf knapp 47 Prozent im Jahr 1999 ab. In Deutschland betrug der private Finanzierungsanteil 18 Prozent im Jahr 1991, stieg dann nach mehrfacher Erhöhung der Zuzahlungen auf 30 Prozent (1997) an und reduzierte sich nach Absenkung der Zuzahlungen für Arzneimittel auf rund 25 Prozent im Jahr 1999. In Spanien und Großbritannien kam es vor allem zu einer starken Zunahme der Ausgaben für Selbstmedikation, diese stiegen zwischen 1990 und 1999 um mehr als das Doppelte.

■ 5. Gibt es eine erfolgreiche Strategie?

In den meisten EU-Ländern wurde zur Steuerung der Arzneimittelausgaben eine Mischung aus marktwirtschaftlichen und staatlichen Instrumenten eingesetzt. Vor allem wenn die Dringlichkeit der Sparmaßnahmen aufgrund von drohenden Defiziten hoch war, griffen selbst jene Länder wie z.B. Dänemark, Großbritannien und die Niederlande, die für eine liberalere Arzneimittelpolitik bzw. Arzneimittelregulierung bekannt sind, zusätzlich zu staatlichen Interventionen. Andere Länder wiederum, die bislang stärker staatlich regulierten (z.B. Spanien und Italien), versuchen es nunmehr mit mehr marktwirtschaftlichen Instrumenten (Einführung von Referenzpreissystemen). Die skandinavischen Länder und

TABELLE 2

Interventionen zur Kostendämpfung auf Preis- und Mengenebene in der EU 1990 - 2001

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

1 In den Jahren gab es laufend zum Teil freiwillige, zum Teil gesetzliche Preisstopps; von 3/98 bis 2/00 nur für erst. AM 2 Nur für erstattungsfähige Arzneimittel
3 Einführung einer Sondersteuer auf Umsätze der Pharmaindustrie im Ausmaß von vier Prozent 4 Abschaffung einer umsatzbezogenen Steuer 5 Festlegung gesetzlicher Höchstpreise für Generika 6 Kürzung des Apothekengewinns um Anteil an Einkaufsrabatten, gefolgt von der Anpassung des Gewinnzuschlages 10/00
7 Änderung des Honorierungssystems für Apotheken 8 Schaffung der gesetzlichen Grundlage, im April 2000 folgte eine Informationskampagne 9 Im Zuge der Einführung des Festbetragssystems 10 Schaffung der Rechtsgrundlage für Einführung einer Positivliste 11 Erhöhung der Rezeptgebühr 12 Ohne Sanktionsmöglichkeit 13 Deckelung des Arzneimittelbudgets der staatlichen Krankenversicherung für 1998 und 1999 14 Seit 1999 mit Sanktionsmöglichkeit, Rückzahlungen der Industrie für 2001 geplant 15 Globales Budget für ambulanten Bereich 16 Einführung einer Rückzahlungsverpflichtung der Ärzteschaft, Änderung mit 1.1.2001
17 Inzwischen wieder abgeschafft

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

Quellen: ÖBIG 2001 a, ÖBIG-eigene Erhebungen

FORTSETZUNG: TABELLE 2

Interventionen zur Kostendämpfung auf Preis- und Mengenebene in der EU 1990 - 2001

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

18 Gesetzliche Festlegung von Höchstpreisen 19 Änderung des Honorierungssystems für Apotheken 20 Verpflichtende Weitergabe von Einkaufsrabatten an Kassen, im Januar 2000 wurden diese Rabatte erhöht 21 „Solidaritätsbeitrag“ der Apotheker gültig von 1/2000 bis 1/2005 22 Senkung betraf nur Rx, Spannen für OTC wurden erhöht 23 Verpflichtende Weitergabe von Einkaufsrabatten an SNS, seit August 2000 behält der Staat bei Verordnungen zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes einen Teil der Zahlungen an die Apotheken ein 24 Durch einzelne Kassen 25 OTC 26 Außerordentliche Erhöhung der Rezeptgebühr pro Verordnung 27 Einführung von Saktionsmöglichkeiten 28 Zum angegebenen Zeitpunkt wurde jeweils ein Vertrag mit Industrie abgeschlossen, in dem das Budget festgelegt wurde

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

Quellen: ÖBIG 2001 a, ÖBIG-eigene Erhebungen

auch die Niederlande kombinieren in letzter Zeit beide Strategien. Alles in allem vermitteln jedoch viele Staaten – bedingt durch budgetäre Restriktionen – den Eindruck einer gewissen Unsicherheit und Ratlosigkeit bei der Steuerung der Arzneimittelmärkte.

Da in vielen Ländern im Untersuchungszeitraum eine Vielzahl von Maßnahmen zur Kostendämpfung gesetzt wurden (vgl. Tabelle 2), die sowohl auf die Preis- als auch Mengenkompente wirkten und mehr oder weniger gleichzeitig eingesetzt wurden, ist eine Bewertung hinsichtlich der „erfolgreicheren“ Instrumente aufgrund überlagernder Effekte schwer. So hat beispielsweise Dänemark auf Ebene der Preise von 1994 bis zum Jahr 2000 einen Preisstopp verordnet, im Jahr 1995 wurden zusätzlich eine staatliche Preissenkung veranlasst, im Jahr 1997 eine Spannsenkung. Darüber hinaus wurde im Jahr 1993 ein Referenzpreissystem eingeführt und Generika forciert. Auf Mengenebene wurden im Jahr 1998 Arzneimittel aus der Erstattung gestrichen sowie Arzneimittel geswicht (rezeptfreigestellt, was indirekt die Selbstmedikation fördert). Für die Jahre 1998 und 1999 wurde darüber hinaus in Dänemark das Arzneimittelbudget der Krankenversicherung gedeckelt. Auch Deutschland setzte im Untersuchungszeitraum zahlreiche Maßnahmen, die sowohl auf die Preise (z.B. Preissenkungen 1998, Spannsenkungen 1998) als auch auf die Menge (Erhöhung der Selbstbeteiligung 1992, 1993 und 1997, Einführung des Arzneimittelbudgets 1993) ausgerichtet waren. Aus den durchgeführten Untersuchungen lassen sich dennoch folgende Erkenntnisse ableiten:

Interventionen bewirken Kostendämpfung

Die Daten zeigen, dass jene Länder, die zu Sparmaßnahmen griffen – sei es durch Interventionen auf der Preis- und/oder auf der Mengenebene – auch die Entwicklung der öffentlichen Arzneimittelausgaben, deren Eindämmung das primäre Ziel der Akteure war, bremsen konnten, wenngleich die Wirkung nur begrenzt (manchmal nur ein Jahr) anhielt. Beispielsweise kam es in Österreich Mitte der 90er Jahre im Gefolge eines Sparpaketes, dass eine Erhöhung der Rezeptgebühr, Spannsenkungen bei Apotheken und Großhandel sowie Preissenkungen bei der pharmazeutischen Industrie umfasste, für zwei Jahre zu niedrigeren Zuwächsen bei den Arzneimittelausgaben der Krankenversicherung. Danach stiegen jedoch die Arzneimittelausgaben mit zweistelligen Zuwachsraten wieder an.

Erfolgreiche Mengensteuerung

Offenbar gelingt es leichter, die Mengenkompente in den Griff zu bekommen. Die Verordnungszuwächse waren entweder rückläufig (Italien, Deutschland) oder stiegen deutlich schwächer an als die öffentlichen Arzneimittelausgaben (vgl. Abbildung 3). Bei der

Mengensteuerung zeigte sich, dass ein Bündel von Maßnahmen zielführender ist. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung als „isolierte“ Maßnahme zeigt nur vorübergehend eine Wirkung, die oft im Folgejahr wieder kompensiert wurde.

Arzneimittelbudgets entfalten dann eine Wirkung, wenn mit ihnen auch Sanktionsmöglichkeiten bei einer Überschreitung verknüpft sind. Wie die Beispiele aus Deutschland und Italien jedoch verdeutlichen, konnten Regresse bzw. Rückforderungen nie durchgesetzt werden. Das hatte auch zur Folge, dass die Arzneimittelbudgets in dieser Form nunmehr abgeschafft wurden. Auch Frankreich ist aktuell wegen seines Arzneimittelbudgets mit einer Klage der Pharma-Industrie bei der Europäischen Kommission konfrontiert.

Gleichzeitige Steuerung auf der Preis- und Mengenkompente empfehlenswert

Insgesamt deutlich stärker und auch etwas längeranhaltend gelang es, die Zuwächse bei den Arzneimittelausgaben einzudämmen, wenn die Instrumente gleichzeitig auf die Preis- und die Mengenentwicklung einwirken, da preisdämpfende Maßnahmen oft durch Mengenausweitung kompensiert werden. Vor allem Deutschland, Italien und Dänemark setzten auf beiden Ebenen an und wiesen im Untersuchungszeitraum auch geringere Zuwächse bei den öffentlichen Arzneimittelausgaben auf (vgl. Abbildung 3).

Problembereich hochpreisige neue Arzneimittel

Obwohl es vielen EU-Staaten gelang, die Anzahl der zu Lasten der Krankenversicherung oder des Nationalen Gesundheitsdienstes verordneten Arzneimittel zu reduzieren, gingen die öffentlichen Arzneimittelausgaben nicht im selben Ausmaß zurück. So stiegen die durchschnittlichen Aufwendungen der Krankenkassen bzw. Nationalen Gesundheitsdienste pro verordnetem Arzneimittel stark an – ein Hinweis für den verstärkten Markteintritt von neuen, hochpreisigen Arzneimitteln. Viele Länder sind auf der Suche nach Gegenstrategien: So reagierten Großbritannien und die Niederlande auf diesen Trend bereits mit der Einrichtung von Institutionen (z.B. das NICE in Großbritannien), die den therapeutisch-ökonomischen Nutzen von neuen Arzneimitteln evaluieren. Über die Erfolgsaussichten solcher Maßnahmen müssen jedoch erst Erfahrungen gesammelt werden.¹

■ 6. Schlussbemerkung: Ein Ende der Sparpolitik ist nicht absehbar

Trotz der massiven Sparpolitik am Arzneimittelsektor im letzten Jahrzehnt ist ein Ende der Interventionen zur Ausgabenbegren-

zung nicht absehbar. Die Intervalle zwischen den gesetzten Maßnahmen werden immer kürzer, da die Strategien zur Kostendämpfung zumeist nur vorübergehende Wirkung zeigen. Es gibt kein „Patentrezept“, das auf Dauer wirkt, es handelt sich um einen ständigen Lernprozess. Grundsätzlich weist jeder regulierende Ansatz Lücken auf. Er wirkt deshalb nur eine begrenzte Zeit, eben so lange, bis die Marktbeteiligten sich mit den neuen Bedingungen arrangiert haben und anfangen, diese Lücken zu nutzen. Kein System zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen wirkt dauerhaft, sondern muss ständig nachjustiert bzw. geändert werden. Für die Zukunft scheint es daher notwendig und sinnvoll zu sein, ein Bündel von Maßnahmen einzusetzen, das sowohl an der Preis- als auch an der Mengenkomponekte ansetzt. Darüber hinaus sind Überlegungen anzustellen, wie künftig mit dem hochpreisigen Arzneimittelsegment umgegangen werden soll. Wichtig wäre auch die (Weiter-)Entwicklung von Methoden zur Verbesserung der Verschreibungspraxis der Ärzte in qualitativer Hinsicht.

Fußnoten

- 1 Weiterführende Literatur zum Thema der neuen hochpreisigen Arzneimittel findet sich in dem von Klauber/Schröder/Selke im Jahr 2000 im Springer Verlag herausgegebenen Buch „Innovation am Arzneimittelmarkt“. Es enthält Diskussionsbeiträge, die der Frage nachgehen, was unter Innovation am Arzneimittelmarkt verstanden wird und wie sich der jeweilige nationale Umgang im Hinblick auf Finanzierung, Art und Grad der Reglementierung gestaltet. Analysen zu Japan, British Columbia, England, Frankreich, Italien und Deutschland vermitteln detaillierte Länderinformationen.

Literatur

Klauber J/Schröder H/Selke GW (Hrsg.) (2000): Innovation im Arzneimittelmarkt; Berlin.

ÖBIG (1998a): Arzneimittel. Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern/Pharmaceuticals. Market Control in Nine European Countries; Wien/Vienna.

ÖBIG (2000b): Generika; Wien.

ÖBIG (2001a): Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union; Wien.

ÖBIG (2001b): Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union/Benchmarking Pharmaceutical Expenditure. Cost-Containment Strategies in the European Union; Wien.

OECD (2000): Health Database 2000; Paris.

Österreichische Apothekerkammer 2002
Die österreichische Apotheke in Zahlen; Wien.

Scheil-Adlung X (1998): Marktorientierte Kostenkontrolle in Gesundheitssystemen: Wirkungen von Verhaltensanreizen in ausgewählten OECD-Ländern. In: Soziale Sicherheit 3/98, 194-212.

DIE AUTORIN



Ingrid Rosian

Jahrgang 1960, Studium der Volkswirtschaft. Seit 1992 am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) tätig. Leiterin des Arbeitsbereiches Gesundheitsökonomie.

Schwerpunkte: Arzneimittelökonomie, Gesundheitsausgaben und Finanzierung, Gesundheitssystemforschung. Näheres zu den Aufgaben und Publikationen des Institutes unter www.oebig.at