

Kostenintensive Arzneyspezialitäten im europäischen Preisvergleich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Preisanalyse von 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten in Österreich im Vergleich mit anderen europäischen Ländern

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen:

Sabine Vogler
Nina Zimmermann
Claudia Habl

Unter Mitarbeit von:

Simone Gritsch
Klaus Kellner
Bettina Schmickl
Peter Schneider

Projektassistenz:

Ingrid Freiberger

ISBN 13 978-3-85159-190-3

Wien, im Oktober 2014

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

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

Inhalt

Abbildungen.....	IV
Tabellen	V
Abkürzungen.....	VII
Länderabkürzungen.....	VIII
Zentrale Ergebnisse	IX
Kurzfassung.....	XI
Dank	XIV
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Auftrag	2
1.3 Ziel.....	2
2 Methodik.....	3
2.1 Auswahl der Länder	3
2.2 Auswahl der kostenintensiven Arzneispezialitäten	3
2.3 Preiserhebung und -analyse.....	7
2.3.1 Datenquelle	7
2.3.2 Datenmanagement und Analyse	7
2.4 Datenverfügbarkeit	8
3 Ergebnisse.....	13
3.1 Preise der Arzneispezialitäten im Vergleich	13
3.2 Fabriksabgabepreise im Ländervergleich	15
3.2.1 Höchst- und Tiefstpreisländer.....	15
3.2.2 Verteilung der Preise nach Quartilen.....	16
3.2.3 Preisunterschiede zwischen Höchst- und Tiefstpreisländern	19
3.2.4 Preisunterschiede im Vergleich zu Österreich	21
3.3 Weitere Preisstufen im Ländervergleich	24
3.3.1 Höchst- und Tiefstpreisländer.....	24
3.3.2 Verteilung der Preise nach Quartilen.....	26
3.3.3 Preisunterschiede zwischen Höchst- und Tiefstpreisländern	28
3.3.4 Preisunterschiede im Vergleich zu Österreich	28
4 Diskussion.....	31
5 Schlussfolgerungen	36
6 Literatur	38
ANHANG	43
7 Anhang	44

Abbildungen

Abbildung 3.1: Ergebnisse – Anteil (in %) des niedrigsten und höchsten Preises an den 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises, ohne und mit Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland	16
Abbildung 3.2: Ergebnisse – Verteilung (in %) der Preise der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten nach Quartilen pro Land auf der Ebene der Fabriksabgabepreise	18
Abbildung 3.3: Ergebnisse – Unterschiede (in %) zwischen dem Fabriksabgabepreis im Höchstpreisland und jenem im Tiefstpreisland	20
Abbildung 3.4: Ergebnisse – Differenz zwischen dem Fabriksabgabepreis in Österreich und jenem im Tiefstpreisland, dem Durchschnittswert und dem Fabriksabgabepreis im Höchstpreisland (jeweils in %), gereiht nach den Differenzen zwischen dem Fabriksabgabepreis in Österreich und dem Tiefstpreisland	22
Abbildung 3.5: Ergebnisse – Anteil (in %) des niedrigsten Preises an den 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, dargestellt für alle Preisstufen.....	25
Abbildung 3.6: Ergebnisse – Anteil (in %) des höchsten Preises an den 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, dargestellt für alle Preisstufen.....	26
Abbildung 3.7: Ergebnisse – Preisniveau von 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in Österreich im Vergleich zu 15 anderen europäischen Ländern, dargestellt für alle Preisstufen	27

Tabellen

Tabelle 2.1: Methodik – 15 analysierte Arzneispezialitäten im stationären Sektor	5
Tabelle 2.2: Methodik – 15 analysierte Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor	6
Tabelle 2.3: Methodik – Datenverfügbarkeit von Preisen der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten in den 16 Ländern.....	10
Tabelle 3.1: Ergebnisse – Größenordnung der Fabriksabgabepreise pro Stück (Median) der kostenintensiven Arzneispezialitäten in den 16 Ländern	14
Tabelle 3.2: Ergebnisse – Unterschied des Preises (in %) in Österreich zum niedrigsten, durchschnittlichen und höchsten Preis auf gleicher Preisstufe für kostenintensive Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, dargestellt für die Preisstufen Fabriksabgabepreis, Apothekeneinkaufspreis, Kassenpreis und Apothekenverkaufspreis netto und brutto	29
Tabelle 7.1: 30 kostenintensivste Arzneispezialitäten nach Handelsnamen im Wiener Krankenanstaltenverbund im Jahr 2012	44
Tabelle 7.2: 30 kostenintensive Wirkstoffe ohne generische Mitbewerber im nieder- gelassenen Bereich im Jahr 2012	45
Tabelle 7.3: Datenverfügbarkeit für alle Preisstufen im niedergelassenen Sektor in den 16 europäischen Ländern der Erhebung	46
Tabelle 7.4: Preisniveau der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten (Gesamtmarkt) in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises ohne Berücksichtigung von Rabatten	47
Tabelle 7.5: Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises ohne Berücksichtigung von Rabatten	48
Tabelle 7.6: Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im stationären Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises ohne Berücksichtigung von Rabatten.....	49
Tabelle 7.7: Preisniveau der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten (Gesamtmarkt) in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises unter Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland.....	50
Tabelle 7.8: Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der	

Ebene des Fabriksabgabepreises unter Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland	51
Tabelle 7.9: Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im stationären Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises unter Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland	52
Tabelle 7.10: Unterschied zwischen dem Fabriksabgabepreis (Stückpreis) im Höchstpreisland im Vergleich zum Tiefstpreisland mit und ohne Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland bei 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten (Gesamtmarkt) in 16 europäischen Ländern	53
Tabelle 7.11: Unterschied zwischen dem Fabriksabgabepreis in Österreich und dem FAP im Tiefst-, Höchstpreisland bzw. seinem Durchschnittswert mit und ohne Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland.....	54
Tabelle 7.12: Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Apothekeneinkaufspreises	56
Tabelle 7.13: Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises netto	57
Tabelle 7.14: Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises brutto.....	58
Tabelle 7.15: Preisunterschiede zwischen dem Land mit dem höchsten Preis und dem niedrigsten Preis bei 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor für alle Preisstufen (Fabriksabgabepreis ohne und mit Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland, Apothekeneinkaufspreis, Apothekenverkaufspreis netto und brutto) in 16 europäischen Ländern	59

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AEP	Apothekeneinkaufspreis
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (Deutschland)
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC	Anatomisch–therapeutisch–chemische Klassifikationssystem
AVP	Apothekenverkaufspreis
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
d.h.	das heißt
EKO	Erstattungskodex
EU	Europäische Union
FAP	Fabriksabgabepreis
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HTA	Health Technology Assessment
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
I.E.	Internationale Einheit
INN	International Non–Proprietary Name / internationaler Wirkstoffname
KAV	Krankenanstaltenverbund
KP	Kassenpreis
Max.	Maximum
MEA	Managed Entry Agreement
mg	Milligramm
Min.	Minimum
ml	Milliliter
NHS	National Health Service (England)
µg	Mikrogramm
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PHIS	Pharmaceutical Health Information System
PPI	Pharma–Preisinformation
PPRI	Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (von der GÖG geleitetes Behördennetzwerk)
Q	Quartil
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
Z.	Ziffer

Länderabkürzungen

AT	Österreich
BE	Belgien
DE	Deutschland
DK	Dänemark
EL	Griechenland
ES	Spanien
FI	Finnland
FR	Frankreich
HU	Ungarn
IE	Irland
IT	Italien
NL	Niederlande
PT	Portugal
SE	Schweden
SK	Slowakei
UK	Großbritannien

Zentrale Ergebnisse

Die Studie analysiert die Preise von 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten in Österreich und 15 weiteren europäischen Ländern:

- » Im Ranking der Fabriksabgabepreise (offizielle Listenpreise) liegt Österreich im Jahr 2013 über dem Durchschnitt. Bei keiner der untersuchten Arzneispezialität ist der österreichische Fabriksabgabepreis der höchste oder der niedrigste im Ländervergleich.
- » In einer alternativen Berechnungsvariante wurden für Deutschland die auf Basis gesetzlicher Herstellerrabatte reduzierten Fabriksabgabepreise anstelle von Listenpreisen herangezogen. In dieser Berechnung liegt Österreich im Ranking (gemeinsam mit Deutschland und Großbritannien) auf Platz drei nach Schweden und Dänemark. Zudem weist Österreich in dieser Betrachtung bei drei Arzneispezialitäten die höchsten Fabriksabgabepreise im Vergleich aus.
- » Im Schnitt liegt der Preis einer Arzneispezialität im Land, das den höchsten Preis ausweist, beinahe doppelt so hoch gegenüber jenem Land mit dem niedrigsten Preis. Je nach Produkt ist dieser Preis-Abstand unterschiedlich. Die Preis-Spannweite zwischen Höchst- und Tiefpreisland erreicht 25 bis 251 Prozent.
- » Die österreichischen Fabriksabgabepreise der 30 untersuchten Arzneispezialitäten liegen (Berechnung ohne Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland) im Schnitt 48 Prozent über dem Preis im Tiefstpreisland, 6 Prozent über dem Durchschnittspreis und 23 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland.
- » Im Schnitt liegen die österreichischen Apothekenverkaufspreise netto der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor 96 Prozent über dem Preis im Tiefstpreisland und 30 Prozent über dem Durchschnittspreis, und sie liegen 12 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland. Werden die österreichischen Kassenpreise mit den Apothekenverkaufspreisen netto der anderen europäischen Länder verglichen, sind die österreichischen Preise im Schnitt um 58 Prozent höher als im Tiefstpreisland, um 7 Prozent über dem Durchschnittswert und um 25 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland.

Kurzfassung

Ziel der vorliegenden Studie war es, Preisanalysen für 30 in Österreich im Jahr 2012 kostenintensive Arzneispezialitäten (sowohl aus niedergelassenem als auch stationärem Sektor) anzustellen. Dazu sollten die Preise des Jahres 2013 erhoben und jenen in vergleichbaren europäischen Ländern gegenübergestellt werden.

Auf Basis von Informationen des Wiener Krankenanstaltenverbundes und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zu den im Jahr 2012 kostenintensivsten Arzneispezialitäten bzw. Wirkstoffen wurden je 15 Arzneispezialitäten aus dem stationären und niedergelassenen Sektor ausgewählt. Für diese 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten wurden mit Stand April 2013 die Fabriksabgabepreise (ohne und mit Berücksichtigung der öffentlich zugänglichen gesetzlichen Herstellerrabatte in Deutschland) erhoben. Darüber hinaus wurden die Daten auf allen Preisstufen (Fabriksabgabepreis, Apothekeneinkaufspreis, Apothekenverkaufspreis netto, Apothekenverkaufspreis brutto) für Produkte im niedergelassenen Sektor eruiert. Insgesamt 16 europäische Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Slowakei, Spanien und Ungarn) wurden in die Erhebung einbezogen. Die Analyse beruht auf Stückpreisen (d. h. pro Abgabeeinheit, z. B. je Tablette, pro Injektion). Datenquelle war das Pharma-Preisinformationsservice (PPI), das die Gesundheit Österreich GmbH auf Basis eines gesetzlichen Auftrags (§ 351c Abs. 6 ASVG, § 4 Abs. 1 Z. 10 GÖG-Gesetz) betreibt.

Bei 20 Prozent aller ausgewählten Arzneispezialitäten (40 Prozent der Arzneispezialitäten im stationären Sektor) lag der Fabriksabgabepreis pro Stück (Median) bei über 1.000 Euro. Bei einem Drittel (bei zwei Dritteln im niedergelassenen Sektor) lag der Fabriksabgabepreis pro Stück (Median) unter 50 Euro. 27 Prozent aller Arzneispezialitäten (mehr als die Hälfte im niedergelassenen Sektor) wiesen einen Preis unter 10 Euro auf.

Die Fabriksabgabepreise in Österreich lagen im Ranking im oberen Mittelfeld. Ohne Berücksichtigung der deutschen Herstellerrabatte wies Österreich im Ländervergleich niemals den niedrigsten oder den höchsten Preis auf. Bei einer alternativen Betrachtung unter Berücksichtigung dieser Rabatte erzielten drei Arzneispezialitäten (Lenalidomid, Pemetrexed und das Kombinationspräparat Simvastatin + Ezetimib) in Österreich den höchsten Preis im Ländervergleich. Die Daten wiesen Griechenland mit Abstand als Niedrigpreisland aus, dessen Preise sich ausschließlich in den beiden unteren Quartilen bewegten (ohne und mit Berücksichtigung der Herstellerrabatte in Deutschland). Dazu kommt, dass in mehr als der Hälfte der untersuchten Arzneispezialitäten (ohne Rabatte) bzw. mehr als einem Drittel (mit Rabatten) Griechenlands Preise im Ländervergleich am niedrigsten lagen. Länder mit hohem Preisniveau waren insbesondere Deutschland, gefolgt von Schweden und Dänemark. Die Berücksichtigung der Herstellerrabatte in Deutschland führte im Ländervergleich zu einer Verschiebung dahingehend, dass am häufigsten Schweden die höchsten Preise aufwies, gefolgt von Dänemark und dann ex aequo den drei Ländern Deutschland, Großbritannien und Österreich.

Der Fabriksabgabepreis einer Arzneispezialität im Höchstpreisland war im Schnitt beinahe quasi doppelt so hoch wie jener im Tiefstpreisland (um 99 % höher ohne Berücksichtigung der deutschen Herstellerrabatte, um 90 % höher mit berücksichtigten Rabatten in Deutschland). Allerdings variierte die Spannweite zwischen den Arzneispezialitäten beachtlich (Preisdifferenz von 25 bis 251 Prozent). Hohe Preisunterschiede von über 150 Prozent zwischen dem Höchst- und Tiefstpreisland fanden sich vor allem bei Arzneispezialitäten mit eher niedrigen Preisen im niedergelassenen Sektor. Die Arzneispezialitäten im stationären Sektor erreichten geringere Preisdifferenzen zwischen den Höchstpreis- und Tiefstpreisländern und bewegten sich in der Größenordnung von 25 bis 132 Prozent. Die niedrigste Preisdifferenz von 25 Prozent wurde bei dem Krebsmedikament Ipilimumab im stationären Sektor verzeichnet, das die teuerste Arzneispezialität der gesamten Analyse darstellte (Median-Fabriksabgabepreis pro Stück von 17.000 Euro). In Absolutwerten ausgedrückt entsprach bei Ipilimumab die Preisdifferenz zwischen Höchstpreisland (Großbritannien) und Tiefstpreisland (Frankreich) 3.443 Euro.

Im Schnitt lagen die österreichischen Fabriksabgabepreise der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten 48 Prozent über dem Preis im Tiefstpreisland, 6 Prozent über dem Durchschnittspreis und 23 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland (unter Berücksichtigung der deutschen Rabatte lagen die entsprechenden Werte bei 48 %, 7 % und minus 20 %). Tendenziell waren die Differenzen der österreichischen Preise zu jenem Tiefstpreisland im niedergelassenen Sektor höher (im Schnitt 56 %) als im stationären Sektor (durchschnittlich 40 %). Die höchste Differenz wies hier Leuprorelin (niedergelassen) aus: der österreichische Preis lag 162 Prozent (absolut: 90,30 Euro) über dem Tiefstpreisland (Griechenland). Auch beim Vergleich der österreichischen Preise gegenüber jenen im Höchstpreisland waren die Differenzen bei Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor (im Schnitt: 30 %) tendenziell höher als im stationären Bereich (durchschnittlich 17 %). Der österreichische Preis von Duloxetin (niedergelassen) wies die höchste Differenz (59 Prozent) gegenüber dem Preis im Höchstpreisland (Deutschland) aus. Die österreichischen Preise der drei Onkologika Lenalidomid (niedergelassener Sektor), Ipilimumab und Bevacizumab (beide stationärer Sektor) lagen hingegen nur zwei bis drei Prozent (entsprach bei Ipilimumab einer Preisdifferenz von absolut rund 440 Euro) unter dem Preis im jeweiligen Höchstpreisland (Deutschland, Großbritannien und Schweden).

Eine Analyse aller Preisstufen für die 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor zeigte folgende Ergebnisse: Die österreichischen Apothekenverkaufspreise (netto) der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor lagen durchschnittlich 96 Prozent über dem Preis im Tiefstpreisland, 30 Prozent über dem Durchschnittspreis und 12 Prozent unter dem Preis Höchstpreisland. Wurde für Österreich anstelle des Apothekenverkaufspreises netto der Kassenpreis für den Vergleich mit Apothekenverkaufspreisen netto in den anderen Ländern herangezogen, lagen im Schnitt die österreichischen Preise um 58 Prozent höher als im Tiefstpreisland, um 7 Prozent über dem Durchschnittswert und um 25 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland. Auf AVP-brutto-Ebene lagen die entsprechenden Preisunterschiede für die 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor bei 104 Prozent (über dem Tiefstpreisland), 31 Prozent (über dem Durchschnittswert) und 15 Prozent (unter dem Höchstpreisland).

Preiserhebung und –analyse wurden – mit Ausnahme der Auswertung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Herstellerrabatte in Deutschland – mit offiziellen Listenpreisen (und nicht mit rabattierten Preisen) durchgeführt, da die Industrie öffentlichen Zahlern Rabatte zwar gewährt, deren Ausgestaltung aber der Vertraulichkeit unterliegt. Wie die Berechnungsvariante mit berücksichtigten Herstellerrabatten in Deutschland belegt, können Rabatte das Preisniveau in einem Land deutlich senken.

Die vorliegende Studie liefert eine aktuelle Preisanalyse kostenintensiver Arzneyspezialitäten und damit für einen Bereich, der für Entscheidungsträger/innen und öffentliche Zahler von zentraler Bedeutung ist. Die Ergebnisse (allerdings bezogen auf das Segment der hochpreisigen Arzneyspezialitäten) bestätigen nicht Aussagen älterer Studien, wonach österreichische Arzneimittelpreise auf Fabriksabgabepreis-Ebene im Durchschnitt bzw. im unteren Mittelfeld liegen.

Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit eines regelmäßigen Monitorings der Arzneimittelpreise, um der Politik evidenzbasierte Daten und Entscheidungsgrundlagen bieten zu können.

Dank

Die Autorinnen danken Herrn Dr. Wolfgang Gerold vom Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) für die Bereitstellung der Liste der 30 kostenintensivsten Arzneispezialitäten für den KAV im Jahr 2013 und Frau Dr. Anna Bucsics vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für eine Liste von 30 für den Hauptverband kostenintensiven Wirkstoffen im Jahr 2013.

Weiters bedanken sich die Autorinnen bei ihren Kolleginnen und Kollegen im PPI-Team, die mit der Preiserhebung die Grundlage für diese Studie geschaffen hatten. Gemeinsam mit den Autorinnen erhoben Katja Antony, Florian Bachner, Esra Coskun, Ingrid Freiberger, Christine Gaißberger, Margit Gombocz, Klaus Kellner, Christine Leopold, Daniela Pertl, Bettina Schmickl und Friedericke Windisch Preisdaten für die vorliegende Analyse.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Im Jahr 2004 wurde das Prozedere zur Festlegung von Arzneimittelpreisen in Österreich grundlegend geändert. Für erstattungsfähige Arzneimittel wurde ein internationaler Preisvergleich (in der englischen Literatur: „External Price Referencing“) eingeführt. Seither zieht Österreich die Preise in anderen EU-Mitgliedstaaten als Grundlage für die Preisfestsetzung heran. Die beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesiedelte Preiskommission hat die Aufgabe, für alle Arzneyspezialitäten, deren Aufnahme in den Erstattungskodex der Sozialversicherung beantragt wird, den EU-Durchschnittspreis zu ermitteln. Die Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß § 351c Abs. 6 ASVG (Bundesministerium für Gesundheit 2008) legt fest, dass alle EU-Mitgliedstaaten bei der Berechnung zu berücksichtigen sind.

Im Jahr 2012 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich 29,195 Milliarden Euro (exkl. Langzeitpflege), davon entfielen 3,9 Milliarden Euro auf Arzneimittel. Die öffentliche Hand trug Arzneimittelausgaben in der Höhe von 2,65 Milliarden Euro (OECD 2014). In absoluten Zahlen sind die Arzneimittelausgaben seit dem Jahr 2004 gestiegen, allerdings wiesen sowohl öffentliche als auch private Ausgaben für Arzneimittel geringere Steigerungsraten als die gesamten Gesundheitsausgaben auf. Während zwischen 2000 und 2008 in Österreich und weiteren europäischen Ländern ein – wenngleich im Laufe der Jahre ein zunehmend gedämpftes – Wachstum der Arzneimittelausgaben zu beobachten war, verzeichneten ab 2008 einige Länder in einzelnen Jahren ein negatives Wachstum. In Ländern, die stark von der globalen Finanzkrise getroffen waren (z. B. Italien, Portugal), ist dies auf zahlreiche Kostendämpfungsmaßnahmen, insbesondere Preiskürzungen im Arzneimittelbereich, die diese Länder umgesetzt haben, zurückzuführen (Vogler et al. 2011a). In Österreich ist die Senkung der Heilmittelausgaben von 2009 auf 2010 auf die Reduktion der Umsatzsteuer auf Arzneimittel von 20 Prozent auf 10 Prozent im Jänner 2009 zurückzuführen (Leopold et al. 2013c). Danach stiegen die Arzneimittelausgaben wieder (OECD 2014).

Arzmittelausgaben haben eine Preis- und Mengenkompone. Die Problematik der aufgrund der Mengenkompone (höherer Arzneimittelverbrauch, der teilweise durch rationaleren Arzneimittleinsatz eingedämmt werden könnte) steigenden Arzneimittelausgaben in Österreich wurde in der letzten Zeit zunehmend thematisiert (Czypionka et al. 2010; Leopold et al. 2008). Seitens der Krankenversicherungsträger wird dazu eine Reihe von Maßnahmen getroffen, um etwa das Verordnungsverhalten der Ärztinnen/Ärzte zu optimieren (Vogler/Zimmermann 2013).

Einzelne Proponentinnen/Proponenten vertreten die Ansicht, dass nach Einführung der Preisbildungsmethodik von 2004 die Preiskompone im Griff wäre, da ja auch die Arzneimittelausgaben in den vergangenen Jahren eher geringe Steigerungsraten aufgewiesen hatten. Laut einer Studie zu 23 europäischen Ländern (21 EU-Mitgliedstaaten, davon 6 in Mittel- und Osteuropa, plus Norwegen und Schweiz) lagen im Jahr 2006 die österreichischen Preise im europäischen

Mittelfeld, bei Fabriksabgabepreisen sogar darunter (Walter et al. 2008). Eine aktuellere Studie desselben Instituts kam zu dem Ergebnis, dass die österreichischen Apothekenverkaufspreise im Jahr 2010 im Vergleich zu den EU-15-Mitgliedstaaten und der Schweiz unter dem Durchschnittswert lagen (Walter 2011).

1.2 Auftrag

Um aktuelle Informationen zum Niveau der österreichischen Preise im europäischen Vergleich zu erhalten, ersuchte im Jahr 2013 das Bundesministerium für Gesundheit die Gesundheit Österreich GmbH, Arzneimittelpreise in Österreich mit jenen in vergleichbaren europäischen Ländern gegenüberstellend zu analysieren. Der Preisvergleich sollte sich dabei auf kostenintensive Arzneispezialitäten konzentrieren, da diese für einen entscheidenden Anteil der öffentlichen Arzneimittelausgaben verantwortlich zeichnen. Die Analyse sollte den niedergelassenen Sektor wie auch den Krankenhaussektor umfassen.

Die Gesundheit Österreich GmbH betreibt seit 15 Jahren im Auftrag des Gesundheitsressorts das Pharma-Preisinformationsservice (PPI-Service), das aktuelle Preisdaten auf allen Preisstufen (Fabriksabgabepreis, Apothekeneinkaufspreis, Apothekenverkaufspreis netto und brutto) in den EU-Mitgliedstaaten, Norwegen und der Schweiz bereitstellt. Das PPI-Service wird gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz (ASVG) zur Unterstützung der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises herangezogen. Des Weiteren können die PPI-Informationen für wissenschaftliche Untersuchungen, wie es die gegenständliche Preisanalyse ist, verwendet werden.

1.3 Ziel

Ziel der vorliegenden Studie war es, für 30 kostenintensive Arzneispezialitäten aus niedergelassenem und stationärem Sektor die Preise in einer Reihe von europäischen Ländern einschließlich Österreich zu erheben und zu analysieren. Dabei sollte untersucht werden, ob und in welchen Ländern Preise systematisch hoch- bzw. niedrig waren und in welcher Relation sich das Preisniveau der kostenintensiven Arzneispezialitäten in Österreich im Vergleich zu den anderen Ländern darstellt.

Diesen Fragestellungen wird in den folgenden Kapiteln nachgegangen. Kapitel 2 beschreibt die gewählte methodische Vorgehensweise. Die zentralen Ergebnisse werden in Kapitel 3 dargestellt (sowie um Detailinformationen im Anhang ergänzt), und in Kapitel 4 diskutiert. Kapitel 5 zieht Schlussfolgerungen aus der Preisanalyse.

2 Methodik

2.1 Auswahl der Länder

Folgende Auswahlkriterien wurden angewandt:

- » Vergleichbarkeit der Länder hinsichtlich ihrer Wirtschaftskraft,
- » Vergleichbarkeit der Länder hinsichtlich der Ausgestaltung des Arzneimittelsystems,
- » Ausschließlich EU-Mitgliedstaaten, da diese auch bei der Preisbildung mittels des europäischen Durchschnittspreises in Österreich herangezogen werden,
- » Ausreichende Anzahl an Ländern (mindestens zehn) und
- » Ausreichende Verfügbarkeit von Preisdaten, da eine zu hohe Anzahl fehlender Werte das Gesamtergebnis der Analyse verzerren könnte.

Auf Basis dieser Kriterien wurden insgesamt 16 Länder ausgewählt. Dies waren Österreich (AT) und die 15 folgenden europäischen Länder: Belgien (BE), Dänemark (DK), Deutschland (DE), Finnland (FI), Frankreich (FR), Griechenland (EL), Großbritannien (UK), Irland (IE), Italien (IT), die Niederlande (NL), Portugal (PT), Schweden (SE), Slowakei (SK), Spanien (ES) und Ungarn (HU).

Damit umfasst die vorliegende Studie die sogenannten EU-15, also Länder, die vor 2004 der EU beigetreten sind, exklusive Luxemburg, plus zwei EU-Mitgliedstaaten Mittel- und Osteuropas.

In Tabellen und Abbildungen werden die oben angeführten offiziellen Länderabkürzungen verwendet.

2.2 Auswahl der kostenintensiven Arzneyspezialitäten

Zur vorliegenden Preisanalyse wurden Arzneyspezialitäten ausgewählt, die im Jahr 2012 vergleichsweise hohe Aufwendungen für die öffentlichen Zahler verursachten.

Dazu wurden von den zentralen Akteuren im stationären und im niedergelassenen Sektor Daten über die jeweiligen „Top-30“-Produkte eingeholt.

Eine österreichweite Statistik zu kostenintensiven Arzneyspezialitäten im stationären Sektor liegt in Österreich nicht vor. Daher wurden die Daten des größten Krankenanstaltenträgers Österreichs – des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) – herangezogen.

In Reaktion auf eine Anfrage der Autorinnen vom Jänner 2013, die vom BMG an den KAV weitergeleitet wurde, übermittelte der KAV im Februar 2013 der GÖG eine Liste der 30 kostenintensivsten Arzneyspezialitäten im KAV im Jahr 2012 (sh. Tabelle 7.1 im Anhang).

Zum niedergelassenen Sektor richteten die Autorinnen im Jänner 2013 eine Datenanfrage an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). Im April 2013 wurde eine Liste der 30 im Jahr 2012 kostenintensiven Wirkstoffe (ohne generische Mitbewerber in Österreich) übermittelt (sh. Tabelle 7.2 im Anhang).

Laut Information des HVB repräsentieren die gelieferten Daten die zu Lasten der sozialen Krankenversicherung im niedergelassenen Bereich abgegebenen Verordnungen. Daten zu Arzneispezialitäten mit einem Kassenpreis unterhalb der jeweiligen Rezeptgebühr sind in der gelieferten Statistik nur für die von der Rezeptgebühr befreiten Personen enthalten.

In Summe ergab dies 60 kostenintensive Arzneispezialitäten (stationär) bzw. Wirkstoffe (niedergelassener Sektor). Daraus wählte das GÖG-Team im Frühling 2013 für die Preisanalyse 15 Arzneispezialitäten pro Sektor, welche die höchste Anzahl an Preisdaten in den anderen ausgewählten Ländern aufwiesen, um somit eine relativ hohe Datenverfügbarkeit zu gewährleisten (vgl. Abschnitt 2.4). Tabelle 2.1 und Tabelle 2.2 geben einen Überblick über die ausgewählten kostenintensiven Arzneispezialitäten. Bei mehreren Produkten handelt es sich um Onkologika.

Tabelle 2.1:

Methodik – 15 analysierte Arzneispezialitäten im stationären Sektor

Wirkstoff	ATC-Code	Handelsname	Packungsgröße	Wirkstoffmenge	Maßeinheit	Darreichungsform	Vertriebsberechtigtes Unternehmen
Alteplase	B01AD02	Actilyse	1	50	mg	Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung	Böhringer Ingelheim
Anidulafungin	J02AX06	Ecalta	1	100	mg	Pulver zur Herstellung eines Konzentrats zur Herstellung einer Infusionslösung	Pfizer
Azacidin	L01BC07	Vidaza	1	25	mg/ml	100 ml Pulver zur Herstellung einer Injektionssuspension, Durchstechflasche	Celgene
Bevacizumab	L01XC07	Avastin	1	25	mg/ml	16 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	Roche
Bortezomib	L01XX32	Velcade	1	3.5	mg	Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	Janssen-Cilag
Caspofungin	J02AX04	Cancidas	1	50	mg	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	Merck
Human normal Immunglobulin	J06BA02	Privigen	1	100	mg/ml	200 ml Infusionslösung, Durchstechflasche	Behring / Pharmosan
Infliximab	L04AB02	Remicade	1	100	mg	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	Merck / Centocor / Schering Plough / Janssen Biologics
Ipilimumab	L01XC11	Yervoy	1	5	mg/ml	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung 40 ml	Bristol-Myers Squibb
Linezolid	J01XX08	Zyvoxid	10	2	mg/ml	300 ml Infusionslösung, Beutel	Pfizer
Pemetrexed	L01BA04	Alimta	1	500	mg	Pulver zur Herstellung eines Konzentrates zur Herstellung einer Infusionslösung	Eli Lilly
Ranibizumab	S01LA04	Lucentis	1	10	mg/ml	Injektionslösung	Novartis
Rituximab	L01XC02	Mabthera	1	500	mg	Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	Roche
Trastuzumab	L01XC03	Herceptin	1	150	mg	Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	Roche
Voriconazol	J02AC03	Vfend	1	200	mg	Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung	Pfizer

Quelle: GÖG, Auswahl auf Basis der Daten zu kostenintensiven Arzneispezialitäten des Wiener Krankenanstaltenverbundes

Tabelle 2.2.

Methodik – 15 analysierte Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor

Wirkstoff	ATC-Code	Han- delsna- me	Pa- ckungs- größe	Wirkstoff- menge	Maß- einheit	Darreichungsform	Vertriebs- berechtigtes Unterneh- men
Bosentan	C02KX01	Tracleer	56	62.5	mg	Filmtabletten	Actelion
Duloxetine	N06AX21	Cymbalta (Xeristar)	28	60	mg	magensaftresistente Hartkapseln	Eli Lilly
Enoxaparin	B01AB05	Lovenox/ Clexane	10	60	mg	Spritzampullen	Sanofi- Aventis
Glatiramera- cetat	L03AX13	Copa- xone	28	20	mg/ml	Injektionslösung in einer Fertigspritze	Teva / Ratiopharm / Pharmache- mie
Golimumab	L04AB06	Simponi	1	50	mg	Injektionslösung in einer Fertigsprit- ze / in vorgefülltem Injektor (Pen)	Merck Sharp Dome / Janssen Biologics / Centocor
Insulin aspart	A10AD05	Novomix 30 Pen- fill / FlexPen	5	100	I.E./ml	Injektionssuspension in einer Patrone	Novo Nordisk
Interferon beta 1a	L03AB07	Avonex	4	30 (6 Millionen I.E.)	µg	Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	Biogen
Lenalidomid	L04AX04	Revlimid	21	15	mg	Hartkapsel	Celegne
Leuprorelin	L02AE02	Enanto- ne	1	3.75	mg	Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Suspension als Injektion mit veränderter Wirkstofffreisetzung in einer Fertigspritze	Takeda / AbbVie
Levodopa + Decarboxy- lasehemmer	N04BA02	Madopar	100	100+25	mg	lösbare Tabletten	Roche
Pregabalin	N03AX16	Lyrica	56	75	mg	Hartkapsel	Pfizer
Salmeterol + Fluticason	R03AK06	Seretide diskus levis	60	0,05+0,1	mg	einzeldosiertes Pulver zur Inhalation	GSK
Simvasta- tin+Ezetimib	C10BA02	Inegy	28/30	20+10	mg	Tabletten	Merck Sharp Dome
Tiotropium- Kation	R03BB04	Spiriva	30	18	µg	Kapseln mit Inhalationspulver	Boehringer Ingelheim
Zoledron- säure	M05BA08	Zometa	1	4	mg	100 ml Infusions- lösung	Novartis

Quelle: GÖG, Auswahl auf Basis der Daten zu kostenintensiven Wirkstoffen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

2.3 Preiserhebung und -analyse

2.3.1 Datenquelle

Die Preisdaten der ausgewählten Arzneispezialitäten wurden über das Pharma-Preisinformations-Service (PPI) der GÖG erhoben. Dieses Service bietet zuverlässige und unabhängige Informationen über Arzneimittelpreise in allen EU-Mitgliedsländern, der Schweiz und in Norwegen. Die im PPI-Service enthaltenen Preise sind monatsaktuell und werden für alle Preisstufen angeboten: Fabriksabgabepreis (FAP, d.h. Preis auf der Herstellerebene), Apothekeneinkaufspreis (AEP, Preis auf der Großhandelsebene, enthält Abgeltung für den Großhandel), Apothekenverkaufspreis (AVP, Preis auf der Apothekenebene, enthält Abgeltung für den Großhandel und die Apotheke) netto und brutto (exklusive und inklusive der Umsatzsteuer). Die Preise entsprechen den von den Staaten veröffentlichten offiziellen Listenpreisen, da die rabattierten Preise im Allgemeinen der Vertraulichkeit unterliegen und nicht öffentlich zugänglich sind. Der gesetzliche Herstellerrabatt in Deutschland ist hingegen öffentlich und auch im PPI-Service enthalten. Für Österreich bietet das PPI-Service weiters den so-genannten Kassenpreis, also den von der Sozialversicherung erstatteten Preis.

Das PPI-Service der GÖG wird entsprechend der gesetzlichen Grundlage im ASVG zur Unterstützung der Preiskommission bei der Ermittlung des europäischen Durchschnittspreises herangezogen (vgl. Kapitel 1). Weiters ist die GÖG gemäß § 4 Abs. 1 Z. 10 GÖG-Gesetz für die Durchführung internationaler Arzneimittelpreisvergleiche und -analysen zuständig.

2.3.2 Datenmanagement und Analyse

Die Preise der Arzneispezialitäten wurden im Frühjahr 2013 erhoben. Die Daten sind Stand April 2013, mit wenigen Ausnahmen (sh. Tabelle 2.3). Es wurden die Preise des Originalpräparates und – sofern Generika verfügbar waren – des günstigsten Generikums erfasst. Parallelimporte – wie auch bei Abfragen für die Preiskommission üblich – wurden nicht berücksichtigt.

Im stationären Sektor ist nur eine Preisstufe, jene des Fabriksabgabepreises (FAP), relevant, und diese wurde erhoben. Im niedergelassenen Sektor spielen weitere Preisstufen infolge der Distributionsaufschläge und der Umsatzsteuer eine Rolle. Daher wurden für die 15 Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor die Preise auf allen Preisstufen erhoben und in der Analyse berücksichtigt. Diese sind: Fabriksabgabepreis (FAP), Apothekeneinkaufspreis (AEP), Apothekenverkaufspreis (AVP) netto und Apothekenverkaufspreis (AVP) brutto. In Österreich wurde darüber hinaus der Kassenpreis erhoben und mit den Apothekenverkaufspreisen netto in den anderen Ländern verglichen.

Allerdings sind nicht immer Daten auf allen Preisstufen in den Vergleichsländern vorhanden, und zwar dann, wenn dort keine gesetzlichen Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Distributionsakteure bestehen. Tabelle 7.3 im Anhang vermittelt einen Überblick, auf welchen

Preisstufen in den anderen Ländern Daten vorhanden sind, und Abschnitt 2.4 diskutiert die Datenverfügbarkeit aller Preisstufen in den untersuchten Ländern.

Für Deutschland wurden die Fabriksabgabepreise sowohl in unrabattierter Version als auch unter Berücksichtigung der gesetzlichen Herstellerrabatte erhoben und analysiert. In den übrigen Ländern war dies auf Grund der Vertraulichkeit der Höhe der Rabatte nicht möglich.

Entsprechend internationalem Standard werden die ausgewählten Arzneispezialitäten in der Studie mit internationalem Wirkstoffnamen (INN) angeführt.

Die Preisdaten wurden auf Stückpreise (d. h. per Abgabeeinheit, z. B. pro Tablette, Injektion) umgerechnet und als solche in der Analyse verwendet.

Die Umrechnung der Währung von Nicht-Euro-Ländern erfolgte mit dem Referenzkurs der österreichischen Nationalbank für März 2013:

- » Dänemark: 7,4553 dänische Kronen = 1 Euro
- » Großbritannien: 0,85996 britische Pfund = 1 Euro
- » Schweden: 8,347 schwedische Kronen = 1 Euro
- » Ungarn: 303,01 ungarische Forint = 1 Euro

Für drei der 30 Arzneispezialitäten fanden sich im April 2013 in einigen Ländern Generika auf dem Markt: Zoledronsäure (Generika in Griechenland, Italien und der Slowakei), Wirkstoffkombination Levodopa + Decarboxylasehemmer (Generika in Frankreich, Griechenland, Italien, Schweden und Spanien) und die Wirkstoffkombination Salmeterol + Fluticason (Generika in Italien). Für alle anderen ausgewählten Arzneispezialitäten waren nur patentgeschützte Originalpräparate auf dem Markt.

Die Preisdaten von Generika wurden aus der Analyse ausgeschlossen, da dies eine Verzerrung bewirkt hätte. Für die wenigen Fälle, in welchen nur die Generika und nicht das Originalpräparat am Markt waren (sh. dazu Tabelle 2.3), wurde die eingeschränkte Datenverfügbarkeit in Kauf genommen.

Die Preisdaten wurden mittels Microsoft Office Excel 2007 und R 2.15.2 analysiert. Das Datenmanagement und die Analyse erfolgten ab Sommer 2013. Erste Ergebnisse der Datenanalyse wurden dem Auftraggeber im März 2014 vorgestellt.

2.4 Datenverfügbarkeit

Auf Ebene der Fabriksabgabepreise ist die Datenlage gut – hinsichtlich der kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor sogar noch besser als hinsichtlich jener im stationären Bereich. Zu den 15 Arzneispezialitäten im stationären Sektor waren für vier Produkte Preisdaten in allen 16 Ländern, für drei Produkte in 15 Ländern und ebenfalls für drei Produkte in 14 Ländern verfügbar. Zu 15 Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor lagen Preisdaten

für acht Produkte in allen 16 Ländern und für vier Produkte in 15 Ländern vor. Es sei darauf hingewiesen, dass bei Levodopa + Decarboxylasehemmer (Kombinationspräparat), Salmeterol + Fluticason (Kombinationspräparat) und Zoledronsäure in einigen Ländern nur Preisdaten für Generika vorlagen (d. h. es sind nur mehr Generika anstelle der Originalpräparate am Markt) und diese nicht für die Gesamtanalyse herangezogen wurden, um allfällige Verzerrungen zu vermeiden (sh. Abschnitt 2.3.2). Im Gesamtmarkt (niedergelassen und stationär) waren für die untersuchten Arzneispezialitäten Daten zu den Fabriksabgabepreisen in jedenfalls mindestens 11 Ländern vorhanden.

In sechs Ländern (Dänemark, Deutschland, Finnland, Großbritannien, die Niederlande und Österreich) lagen auf Fabriksabgabepreis-Ebene Preisdaten zu allen ausgewählten Arzneispezialitäten vor und in weiteren sieben Ländern Preisdaten zu 27 bis 29 Arzneispezialitäten. Am schlechtesten zeigte sich die Datenlage in Irland (fehlende Daten zu 11 Produkten), Portugal (fehlende Daten zu 8 Produkten) und in Ungarn (fehlende Daten zu 6 Produkten). Während die in Portugal fehlenden Daten Arzneispezialitäten aus dem stationären und niedergelassenen Sektor in gleichem Ausmaß betrafen, fehlten in Irland und Ungarn Preisdaten vor allem im stationären Sektor (Irland: fehlende Daten zu 10 Arzneispezialitäten stationär und einer Arzneispezialität niedergelassen; Ungarn: fehlende Daten zu 5 Arzneispezialitäten stationär und einer Arzneispezialität niedergelassen). Auf Ebene der Apothekenverkaufspreise gab es keine Preisdaten zu Großbritannien und den Niederlanden und nur vereinzelt Preisdaten zu Irland.

Informationen über die Datenverfügbarkeit pro Produkt je nach Preisstufe (inklusive der Verfügbarkeit von Daten zu den Rabatten in Deutschland) sowie allfällige weitere Präzisierungen sind in Tabelle 2.3 dargestellt. Für drei Arzneispezialitäten lagen keine Daten zum verpflichtenden Rabatt in Deutschland vor; in diesen Fällen wurde der unrabattierte Preis herangezogen.

Tabelle 2.3:

Methodik – Datenverfügbarkeit von Preisen der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten in den 16 Ländern

Arzneispezialität	Datenverfügbarkeit FAP- Ebene	Keine Preisdaten	Weitere Anmerkungen
Stationärer Sektor			
Alteplase	13	FAP: FR, PT, SE	AT: Nicht im EKO BE, DK, ES, IT, SK: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP
Anidulafungin	12	FAP: FR, HU, IE, SE	AT: Nicht im EKO BE, DK, ES, IT, PT, SK: Krankenhausprodukt SE: Nur als Parallelimport verfügbar UK: NHS-Preis = FAP
Azacitidin	14	FAP: HU, IE	AT: Nicht im EKO BE, DK, ES, IT, PT, SE: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP
Bevacizumab	15	FAP: IE	AT: Nicht im EKO BE, DK, EL, ES, FR, IT, PT, SE: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP
Bortezomib	16	–	AT: Nicht im EKO BE, DK, EL, ES, IT, PT: Krankenhausprodukt IE: Preis von Mai 2013 FI, NL: Direktbezug vom vertriebsberechtigten Unternehmen, daher AEP = FAP UK: NHS-Preis = FAP
Caspofungin	14	FAP: IE, PT	AT: Nicht im EKO BE, DK, ES, IT, NL, SE, SK: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP
Human normal Immunglobulin	13	FAP: HU, IE, PT	AT: Gelber Bereich des EKO BE, EL, ES, IT, SE: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP
Infliximab	16	–	Unterschiedliche vertriebsberechtigte Unternehmen: MSD, Janssen Biologics, Centocor AT: Gelber Bereich des EKO DE: 2-Stück-Packung BE, DK, EL, ES, FR, IT, PT: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP
Ipilimumab	11	FAP: EL, HU, IE, PT, SE	AT: Nicht im EKO BE, DK, ES, FR, IT, SK: Krankenhausprodukt NL: Direktbezug vom vertriebsberechtigten Unternehmen, daher AEP = FAP UK: NHS-Preis = FAP
Linezolid	14	FAP: HU, IE	BE, EL, FR: 1-Stück-Packung AT: Nicht im EKO BE, ES, IT, PT, SK: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP
Pemetrexed	15	FAP: IE	AT: Nicht im EKO BE, DK, EL, ES, IT, PT, SE: Krankenhausprodukt UK: NHS-Preis = FAP

Arzneispezialität	Datenverfügbarkeit FAP- Ebene	Keine Preisdaten	Weitere Anmerkungen
Ranibizumab	15	FAP: IE	AT: Red Box Produkt BE, DK, EL, ES, IT, PT: Krankenhausprodukt FI, NL: Direktbezug vom vertriebsberechtigten Unternehmen, daher AEP = FAP UK: NHS-Preis = FAP
Rituximab	16	-	AT: Nicht im EKO BE, DK, EL, ES, IT, PT: Krankenhausprodukt IE: Preis von Mai 2013 UK: NHS-Preis = FAP
Trastuzumab	16	-	AT: Nicht im EKO BE, DK, EL, ES, IT, PT: Krankenhausprodukt IE: Preis vom Mai 2013 UK: NHS-Preis = FAP
Voriconazol	13	FAP: EL, IE, SK	AT: Nicht im EKO BE, ES, IT, PT: Krankenhausprodukt EL, IE, SK: nur in einer anderen Stärke verfügbar UK: NHS-Preis = FAP

Niedergelassener Sektor

Bosentan	15	AVP brutto/netto: BE, IE, NL, PT, UK AEP und FAP: PT	DE: Produkt wird nicht über den Großhandel vertrieben, AEP entspricht FAP EL: Krankenhausprodukt FR: AEP = FAP
Duloxetin	16	AVP brutto/netto: NL, UK	FI: Preis von September 2013
Enoxaparin	15	AVP brutto/netto: NL, PT, UK AEP und FAP: PT DE: keine Daten zum Rabatt	DE: 12-Stück-Packung FR: Preis von Juni 2013
Ezetimib + Simvastatin	14	AVP brutto/netto: BE, IT, NL, UK AEP und FAP: BE, IT	FI: Preis von September 2013
Glatiracetat	16	AVP brutto/netto: IE, NL, UK	Unterschiedliche vertriebsberechtigte Unternehmen: Ratiopharm, Teva EL, ES: Krankenhausprodukt
Golimumab	16	AVP brutto/netto: IE, NL, UK	Unterschiedliche vertriebsberechtigte Unternehmen: MSD, Janssen Biologics, Centocor EL, IT: Krankenhausprodukt NL: Pen
Insulin aspart	16	AVP brutto/netto: NL, UK	ES, IT: FlexPen HU, SK: 10-Stück-Packung
Interferon beta 1a	16	AVP brutto/netto: IE, NL, UK	ES: Fertigspritzen
Lenalidomid	14	AVP brutto/netto: BE, HU, IE, NL, PT, UK AEP und FAP: HU, PT	BE: Krankenhausprodukt, daher kein AVP brutto/netto vorhanden EL, ES, FR: Krankenhausprodukt

Arzneispezialität	Datenverfügbarkeit FAP-Ebene	Keine Preisdaten	Weitere Anmerkungen
Leuprorelin	16	AVP brutto/netto: IE, NL, UK	Unterschiedliche vertriebsberechtigte Unternehmen: Takeda, AbbVie Unterschiedliche Handelsnamen DE: Krankenhausprodukt SK: Pulver und Lösungsmittel für Injektionssuspension
Levodopa + Decarboxylasehemmer	15	AVP brutto/netto: ES, NL, UK AEP und FAP: ES (nur Generikum) DE: keine Daten zum Rabatt	EL, IT: 30-Stück-Packung, Kapseln FR: 60-Stück-Packung PT: 30-Stück-Packung, Kapseln
Pregabalin	16	AVP brutto/netto: NL, UK	-
Salmeterol + Fluticason	15	AVP brutto/netto: NL, UK FAP: IT (nur Generika) DE: keine Daten zum Rabatt	Unterschiedliche Handelsnamen
Tiotropium-Kation	16	AVP brutto/netto: NL, UK	ES, FR, IT, SK: Kapseln und Handihaler
Zoledronsäure	11	AVP brutto/netto: IE, NL, PT, UK; EL, IT, SK (nur Generika) AEP und FAP: IE, PT; EL, IT, SK (nur Generika)	EL, IT, SK: in dieser Form nur als Generikum am Markt und daher in Preisanalyse nicht berücksichtigt BE: Preis von Juni 2013 NL: AEP = FAP da Direktbezug

AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, EKO = Erstattungskodex, FAP = Fabriksabgabepreis, MSD = Merck Sharp Dome, NHS = National Health Service

Quelle und Darstellung: GÖG 2014

3 Ergebnisse

Abschnitt 3.1 führt mit einem Überblick über die Höhe der Preise der ausgewählten Arzneyspezialitäten ein. Abschnitt 3.2 und Abschnitt 3.3 widmen sich der Preisanalyse im Ländervergleich. In Abschnitt 3.2 werden die Ergebnisse des Preisvergleichs für alle 30 kostenintensiven Arzneyspezialitäten (15 Arzneyspezialitäten aus dem niedergelassenen Sektor und 15 Arzneyspezialitäten aus dem stationären Sektor) mit Fokus auf Österreich dargestellt. Der gewählte Analyseansatz bezieht sich primär auf die offiziellen Fabriksabgabepreise (Listenpreise), also ohne Berücksichtigung von Rabatten. Ergänzend werden die Ergebnisse im Falle der Berücksichtigung der gesetzlichen Rabatte in Deutschland skizziert. Abschnitt 3.3 präsentiert die Ergebnisse für 15 kostenintensive Arzneyspezialitäten im niedergelassenen Sektor bezogen auf weitere Preisstufen, die sich auf Grund von Handelsspannen und der Umsatzsteuer ergeben. Detailliertere Ergebnisse werden im Anhang (Kapitel 7) bereitgestellt.

3.1 Preise der Arzneyspezialitäten im Vergleich

27 Prozent der ausgewählten Arzneyspezialitäten hatten einen Preis unter 10 Euro, weitere sieben Prozent einen Preis zwischen 10 und 50 Euro, drei Prozent zwischen 50 und 100 Euro und zehn Prozent zwischen 100 und 200 Euro. Somit lag bei 53 Prozent der untersuchten Arzneyspezialitäten der Stück- Fabriksabgabepreis (Median) bei über 200 Euro.

Die Spannweite der Fabriksabgabepreise (FAP) pro Stück (Median) bewegte sich von 0,1 Euro (Kombinationspräparat Levodopa + Decarboxylasehemmer) bis zu 17.000 Euro – das teuerste Produkt war Iplilimumab, ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von fortgeschrittenen Melanomen.

Es zeigte sich allerdings ein deutlicher Unterschied zwischen niedergelassenem und stationärem Sektor. Die Preise der Arzneyspezialitäten im niedergelassenen Sektor waren vergleichsweise niedriger: 20 Prozent der Arzneyspezialitäten im niedergelassenen Sektor hatten einen FAP pro Stück (Median) über 200 Euro. Bei zwei Drittel der Arzneyspezialitäten im niedergelassenen Sektor lag der FAP (Median) unter 50 Euro, davon unter 10 Euro bei 53 Prozent der Arzneyspezialitäten (niedergelassen). Golimumab war die einzige Arzneyspezialität unserer Analyse im niedergelassenen Sektor mit einem Stück-FAP von über 500 Euro. Die meisten Arzneyspezialitäten im stationären Sektor wiesen einen Stück-FAP (Median) von über 300 Euro auf. Bei 40 Prozent der Arzneyspezialitäten im stationären Sektor lag der Stückpreis über 1.000 Euro.

Tabelle 3.1 vermittelt einen Überblick, in welcher Größenordnung die Preise der Arzneyspezialitäten lagen. Eine ergänzende Auswertung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Herstellerrabatte in Deutschland zeigte keine Änderung, was die Medianwerte der Stück-FAP hinsichtlich der Lage in den beschriebenen Spannweiten betraf. Die Rabatte wirkten sich dahingehend aus, dass bei vier Produkten der Medianpreis niedriger lag.

Tabelle 3.1:

Ergebnisse – Größenordnung der Fabriksabgabepreise pro Stück (Median) der kostenintensiven Arzneispezialitäten in den 16 Ländern

FAP/Stück von ... bis ... (in Euro)	Sektoren / n (absolute Zahlen)			Arzneispezialitäten
	gesamt (n = 30)	niedergelassen (n = 15)	stationär (n = 15)	
0-10,00	8	8	0	Levodopa + Decarboxylase- hemmer Salmeterol + Fluticason Pregabalin Duloxetin Tiotropium-Kation Simvastatin + Ezetimib Enoxaparin Insulin aspart
10,01-50,00	2	2	0	Glatirameracetat Bosentan
50,01-100,00	1	0	1	<i>Linezolid</i>
100,01-200,00	3	2	1	Leuproproelin <i>Voriconazol</i> Interferon beta 1a
200,01-500,00	6	2	4	Lenalidomid Zoledronsäure <i>Azacitidin</i> <i>Anidulafungin</i> <i>Caspofungin</i> <i>Alteplase</i>
500,01-1.000,00	4	1	3	<i>Infliximab</i> <i>Trastuzumab</i> <i>Ranibizumab</i> Golimumab
1.000,00-10.000,00	5	0	5	<i>Human normal Immunglobulin</i> <i>Bortezomib</i> <i>Pemetrexed</i> <i>Bevacizumab</i> <i>Rituximab</i>
> 10.000,00	1	0	1	<i>Ipilimumab</i>

FAP = Fabriksabgabepreis, n = Anzahl der Arzneispezialitäten (Angaben in absoluten Zahlen)

Angaben in *kursiv*: kostenintensive Arzneispezialitäten im stationären Sektor

Auswertung der Listenpreise ohne Berücksichtigung der gesetzlichen Herstellerrabatte in Deutschland

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

3.2 Fabriksabgabepreise im Ländervergleich

3.2.1 Höchst- und Tiefstpreisländer

Die verwendeten Begriffe „Tiefstpreisland“ und „Höchstpreisland“ bezeichnen jeweils das Land, das im Vergleich den niedrigsten bzw. höchsten Preis auswies.

Griechenland zeigte sich mit Abstand als Niedrigpreisland. Bei mehr als der Hälfte der ausgewählten Arzneispezialitäten (53 %) war Griechenland das Tiefstpreisland. Dies betraf vor allem Produkte im Krankenhausbereich (11 Arzneispezialitäten im stationären und 5 im niedergelassenen Sektor).

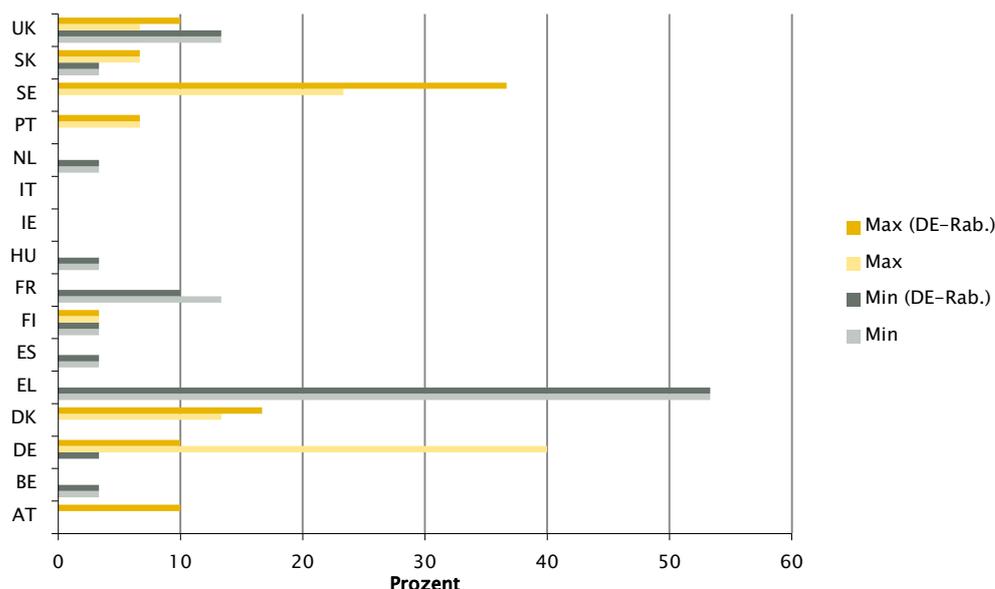
Hinsichtlich Höchstpreisländer ist das Muster nicht derart eindeutig, Deutschland verzeichnete aber am häufigsten (bei 40 % der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten) den höchsten Preis, gefolgt von Schweden (23 %) und Dänemark (13 %). Acht der zwölf Arzneispezialitäten, bei denen Deutschland den höchsten Preis auswies, waren Produkte im niedergelassenen Bereich (Duloxetine, Glatirameracetat, Golimumab, Insulin aspart, Interferon beta 1a, Lenalidomid, Pregabalin, Simvastatin + Ezetinib). Ebenfalls im niedergelassenen Sektor wurden vier der insgesamt sieben Arzneispezialitäten mit dem höchsten Preis in Schweden identifiziert (Leuprorelin, Levodopa + Decarboxylasehemmer, Tiotropium-Kation, Zoledronsäure), und zwei der vier Arzneispezialitäten mit dem höchsten Preis in Dänemark (Bosentan, Enoxaparin).

Österreich war bei keinem der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten das Land mit dem niedrigsten oder dem höchsten Preis.

In einer alternativen Auswertung, die die gesetzlichen Herstellerrabatte in Deutschland berücksichtigte, kam es lediglich bei den Tiefstpreisländern zu einer Verschiebung bei einer einzigen Arzneispezialität (Ipilimumab, Deutschland löste Frankreich als Land mit dem niedrigsten Preis ab). Griechenland wies unverändert in über der Hälfte der Produkte die niedrigsten Preise auf. Änderungen zeigten sich hingegen bei den Höchstpreisländern. Deutschland war bei weitem nicht mehr am häufigsten das Land mit dem höchsten Preis. Bei 37 Prozent der Arzneispezialitäten wies nun Schweden den höchsten Preis aus, gefolgt von Dänemark (17 %) und danach ex aequo von Deutschland, Großbritannien und Österreich (jeweils 10 %). Unter Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland wies Österreich mit den Arzneispezialitäten Lenalidomid und Simvastatin + Ezetemib im niedergelassenen Sektor und Pemetrexed (stationär) den höchsten Preis auf. Abbildung 3.1 zeigt, wie häufig die einzelnen Länder Tiefst- bzw. Höchstpreisland waren. Tabelle 7.4 und Tabelle 7.7 im Anhang weisen die Datengrundlage für Abbildung 3.1 aus; ergänzende Daten pro Sektor werden in Tabelle 7.5 und Tabelle 7.8 (niedergelassener Sektor) und in Tabelle 7.6 und in Tabelle 7.9 dargestellt.

Abbildung 3.1:

Ergebnisse – Anteil (in %) des niedrigsten und höchsten Preises an den 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises, ohne und mit Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland



DE-Rab. = unter Berücksichtigung der gesetzlichen Herstellerrabatte in Deutschland; Min. = Anteil der Produkte an allen 30 Arzneispezialitäten, die im Ländervergleich den niedrigsten Preis aufwiesen; Max. = Anteil der Produkte an allen 30 Arzneispezialitäten, die im Ländervergleich den höchsten Preis aufwiesen

Lesehilfe: Beispiel Deutschland: Ohne Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland ist Deutschland in keinem Fall das Tiefstpreisland und bei 40 % der Arzneispezialitäten (absolut: 12 Arzneispezialitäten) das Höchstpreisland. Unter Berücksichtigung der Rabatte ist der Preis in Deutschland bei 3,3 % der Arzneispezialitäten (absolut: 1 Arzneispezialität) der niedrigste und bei 10 % (absolut: 3 Arzneispezialitäten) der höchste im Ländervergleich.

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

3.2.2 Verteilung der Preise nach Quartilen

Eine Darstellung nach Quartilen (d. h. in welches Quartil entfällt der FAP der Arzneispezialitäten in einem Land im Vergleich zu den anderen Ländern) bestätigt das im vorangegangenen Abschnitt beschriebene Muster hinsichtlich Hoch- und Niedrigpreisländer (vgl. Abbildung 3.2 für den Gesamtmarkt, ohne Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland und Tabelle 7.4 bis Tabelle 7.9 im Anhang).

Griechenland: Bei knapp 90 Prozent aller kostenintensiven Arzneispezialitäten (Gesamtmarkt, ohne Rabatte in Deutschland) lagen die Preise im Ländervergleich im ersten Quartil, der Rest im zweiten Quartil. Ungarns Preise lagen ebenfalls ausschließlich im ersten Quartil (71 % der Arzneispezialitäten) und im zweiten Quartil (29 %). Auch die Slowakei und Großbritannien waren

eher Niedrigpreisländer: bei knapp zwei Dritteln aller Arzneispezialitäten lag der Preis im ersten Quartil und bei rund 20 Prozent im zweiten Quartil.

Deutschland und Schweden zeigten sich als die Hochpreisländer. Wenngleich Deutschland häufiger den höchsten Preis im Ländervergleich als Schweden aufwies, war bei der Betrachtung nach Quartilen der Anteil von Arzneispezialitäten mit einem Preis im vierten Quartil in Schweden (85 %) größer als in Deutschland (80 %). Weder Schweden noch Deutschland hatten Arzneispezialitäten, deren Preis in das unterste Quartil fiel. Dänemark belegte auch bei der Analyse nach Quartilen wiederum Platz drei nach Schweden und Deutschland, allerdings lagen bei manchen Produkten die Preise eher höher, bei anderen niedriger (47 % der Arzneispezialitäten im vierten Quartil und 20 Prozent im dritten Quartil).

Auffällig war die Verteilung in Irland: hier fanden sich keine Preise im ersten und zweiten Quartil, während die Preise bei 74 Prozent der Arzneispezialitäten im dritten Quartil lagen. In Irland war aber die Anzahl der untersuchten Produkte, insbesondere im stationären Sektor, gering.

Keiner der untersuchten Fabriksabgabepreise in Österreich fiel in das erste Quartil. 20 Prozent lagen im zweiten Quartil, 47 Prozent im dritten Quartil und 33 Prozent im vierten Quartil. In absoluten Zahlen lagen die Preise von zehn Arzneispezialitäten im vierten Quartil. Sechs davon waren kostenintensive Arzneispezialitäten im stationären Sektor (Alteplase, Azacitidin, Bevacizumab, Pemetrexed, Rituximab, Trastuzumab) und vier im niedergelassenen Sektor (Lenalidomid, Leuprorelin, Levodopa + Decarboxylasehemmer, Simvastatin + Ezetimib).

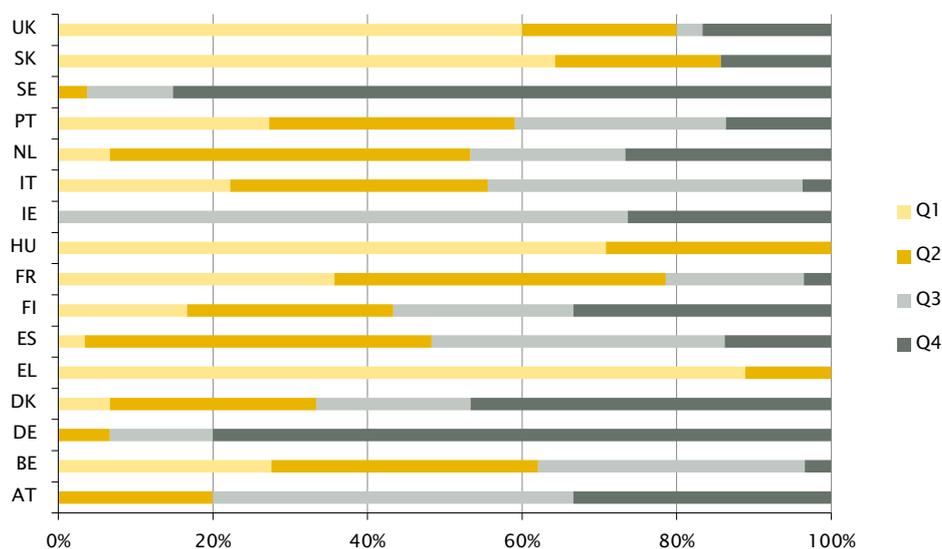
Nach Häufigkeit der Preise im obersten (d. h. vierten) Quartil nahm Österreich gemeinsam mit Finnland Platz vier ein, wobei Finnland mehr Arzneispezialitäten in den beiden unteren Quartilen (Q1 und Q2) aufwies.

Im niedergelassenen Sektor zeigte sich Griechenland erneut als Niedrigpreisland (93 Prozent der Arzneispezialitäten im ersten Quartil), gefolgt von der Slowakei (71 % im ersten Quartil) und Ungarn (57 % im ersten Quartil). In allen drei Ländern lagen die Preise im niedergelassenen Sektor entweder im ersten oder zweiten Quartil. Im stationären Sektor übertraf Ungarn (90 % der Arzneispezialitäten mit Preisen im ersten Quartil, der Rest im zweiten Quartil) sogar Griechenland (85 % im ersten Quartil, Rest im zweiten Quartil). Es folgten Großbritannien (67 % im ersten Quartil) und der Slowakei (57 % im ersten Quartil). Arzneispezialitäten im stationären Sektor in Großbritannien und der Slowakei hatten auch Preise im vierten Quartil.

Das hohe Preisniveau in Deutschland und Schweden war sowohl den Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor (jeweils 87 % der Arzneispezialitäten in Deutschland und in Schweden mit Preisen im vierten Quartil) als auch jenen im stationären Sektor (73 % im vierten Quartil in Deutschland und 83 % im vierten Quartil in Schweden) geschuldet. Im niedergelassenen Sektor in Dänemark lagen hingegen die Preise von 60 Prozent der Arzneispezialitäten im vierten Quartil. Im stationären Bereich war dies „nur“ bei einem Drittel der Arzneispezialitäten der Fall.

Abbildung 3.2:

Ergebnisse – Verteilung (in %) der Preise der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten nach Quartilen pro Land auf der Ebene der Fabriksabgabepreise



Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

Ohne Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland

Lesehilfe: Beispiel Österreich: In 20 % der Arzneispezialitäten (absolut: 6 Arzneispezialitäten) lagen die Preise im zweiten Quartil, in 47 % (absolut: 14) im dritten Quartil und in 33 % (absolut: 10) im vierten Quartil. Keine Arzneispezialität wies Preise im ersten Quartil aus.

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

Die im Ländervergleich berücksichtigten Herstellerrabatte in Deutschland rückten Deutschland ins obere Mittelfeld; nur mehr 30 Prozent der kostenintensiven Arzneispezialitäten lagen mit ihren Preisen im vierten Quartil (unter Rabatte: 80 %). Dieser Wert war in Schweden (89 %) und auch in Österreich und Dänemark (jeweils 47 %) deutlich höher (Tabelle 7.7). Interessant ist der Krankenhausmarkt. Hier hatte Deutschland bei Berücksichtigung der Rabatte nur noch 13 Prozent der Arzneispezialitäten mit Preisen im vierten Quartil, während sich die Preise bei den übrigen Produkten zu 27 Prozent auf das dritte Quartil, 33 Prozent auf das zweite Quartil und 27 Prozent auf das erste Quartil aufteilten (Tabelle 7.9). Werden Rabatte nicht berücksichtigt, zeigt sich folgende Verteilung im stationären Sektor in Deutschland: 73 Prozent im vierten Quartil, 20 Prozent im dritten Quartil und 7 Prozent im zweiten Quartil (Tabelle 7.6). Die Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland wirkte sich auf das österreichische Preisniveau aus: Mehr als die Hälfte der 15 Arzneispezialitäten im stationären Sektor in Österreich (53 %) wiesen nun Preise im obersten Quartil auf, 33 Prozent im dritten Quartil und 13 Prozent im zweiten Quartil (Tabelle 7.9).

Für die Niedrigpreisländer zeigten sich bei Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland hingegen kaum Änderungen.

Ergänzende Daten können Tabelle 7.4 bis Tabelle 7.9 entnommen werden.

3.2.3 Preisunterschiede zwischen Höchst- und Tiefstpreisländern

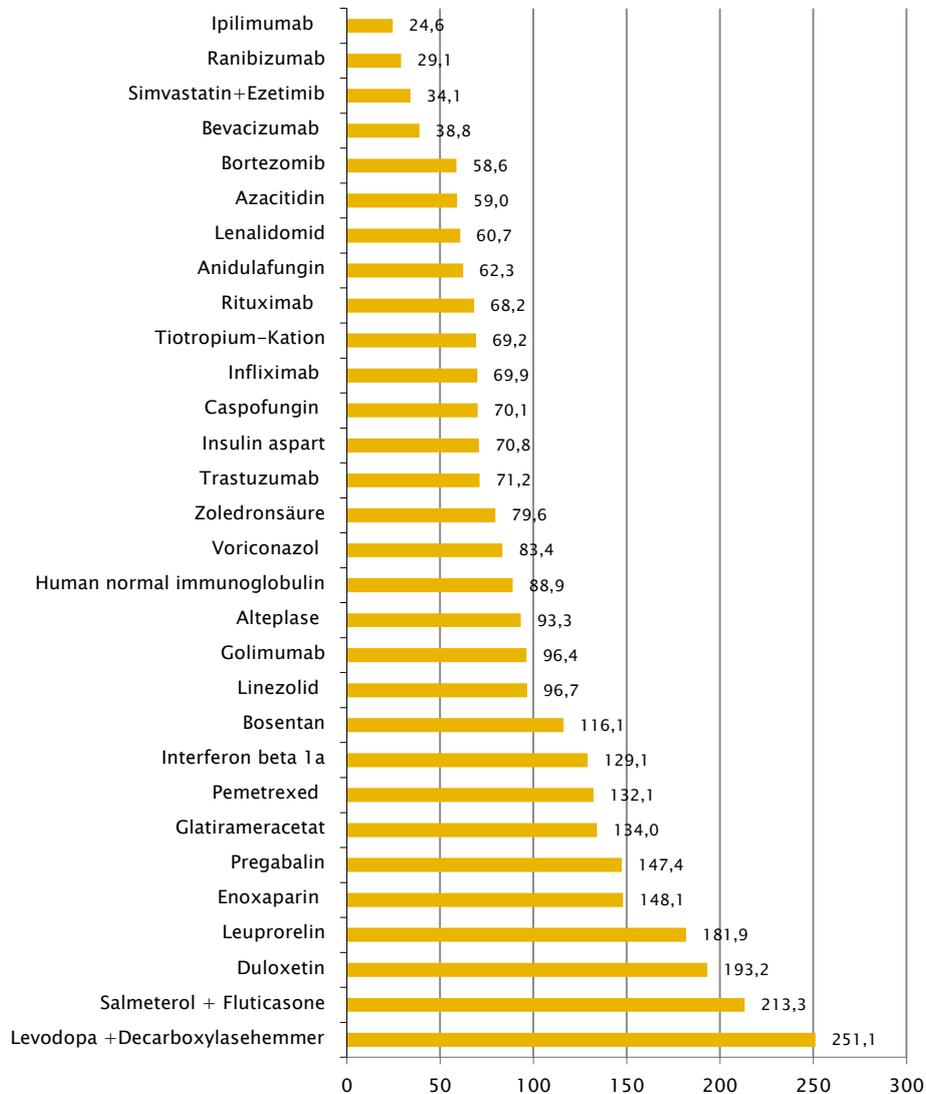
Bei den 30 analysierten Arzneispezialitäten variierte der Unterschied zwischen dem Preis im Höchstpreisland und jenem im Tiefstpreisland zwischen 25 bis 251 Prozent. Der Preis von Levodopa + Decarboxylasehemmer war im Höchstpreisland um 251 Prozent höher als im Tiefstpreisland, während beim Krebsarzneimittel Ipilimumab diese Preisdifferenz 25 Prozent betrug.

Hohe Preisunterschiede waren vor allem im niedergelassenen Sektor zu beobachten – insbesondere bei niedrigpreisigen Arzneispezialitäten. Niedrigpreisige Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, die vergleichsweise geringe Preisdifferenzen (34 % und 69 %) aufwiesen, waren die Lipidsenkerkombination Simvastatin + Ezetimib und das Kombinationspräparat Tiotropium-Kation mit einem Fabriksabgabepreis pro Stück von 1,32 Euro und 1,13 Euro (jeweils Medianwert).

Bei den Arzneispezialitäten im stationären Sektor fielen die Preisdifferenzen zwischen Höchst- und Tiefstpreisland mit 25 bis 132 Prozent geringer aus.

Abbildung 3.3:

Ergebnisse – Unterschiede (in %) zwischen dem Fabriksabgabepreis im Höchstpreisland und jenem im Tiefstpreisland



Für die Darstellung unter Berücksichtigung der Rabatte siehe Tabelle 7.10 im Anhang.

Lesehilfe: Der Preis von Linezolid ist im Höchstpreisland (d. h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den höchsten Preis hat) um 96,7 Prozent höher als im Tiefstpreisland (d. h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den niedrigsten Preis hat); d. h. Linezolid kostet im Höchstpreisland fast doppelt so viel.

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

Unter Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland ändert sich das Bild. Bei 40 Prozent der Arzneispezialitäten (absolut: 12 Arzneispezialitäten) war der Preisunterschied zwischen Höchst- und Tiefstpreisland niedriger als ohne Berücksichtigung der Rabatte. Bei einem Produkt (Ipilimumab, das teuerste Produkt der Analyse (vgl. Abschnitt 3.1), nahm die Preisdifferenz

zwischen dem Höchst- und Tiefstpreisland sogar zu, weil hier Deutschland mit einem unrabattierten Stückpreis von 17.000 Euro eher im Mittelfeld (zweites Quartil) der untersuchten Länder lag, während bei Berücksichtigung des Rabatts der Preis in Deutschland mit knapp 13.000 Euro zum niedrigsten im Ländervergleich herabfiel. Bei den Preisen der übrigen 17Arzneispezialitäten (57 %) war kein Unterschied aufgrund von Rabatten festzustellen.

Abbildung 3.3 zeigt Preisunterschiede zwischen Höchst- und Tiefstpreisland auf Ebene der einzelnen Arzneispezialitäten (ohne Berücksichtigung des Rabatts). Ergänzende Informationen mit und ohne Berücksichtigung des Rabatts in Deutschland können der Tabelle 7.10 im Anhang entnommen werden.

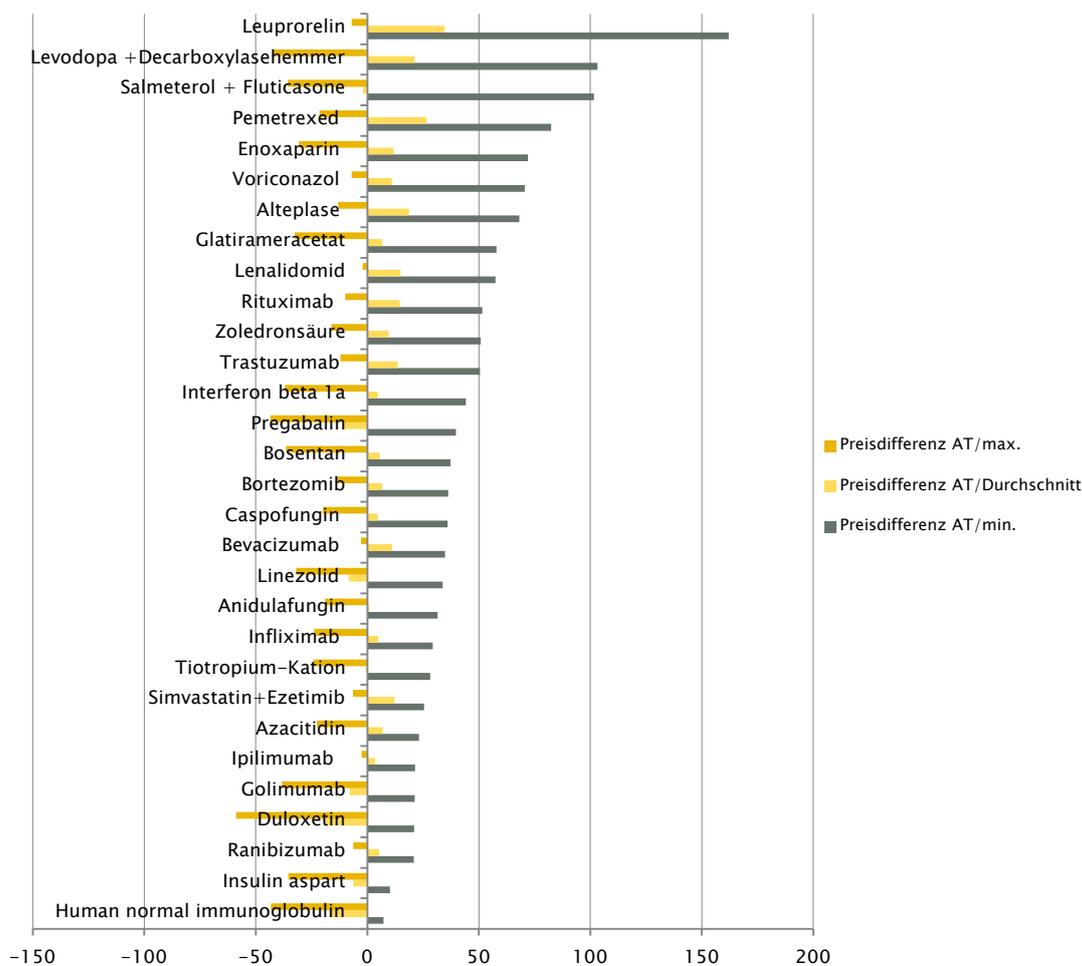
3.2.4 Preisunterschiede im Vergleich zu Österreich

Im Schnitt lagen die Preise in Österreich um 48 Prozent über jenen im Tiefstpreisland, um 6 Prozent über dem Durchschnitt und um 23 Prozent der Arzneispezialitäten im Höchstpreisland.

Die Höhe der Preisunterschiede variierte zwischen den einzelnen Arzneispezialitäten, wie auch Abbildung 3.4 zeigt. Die Spannweite reichte von 7 bis 162 Prozent (Preisunterschiede zwischen Österreich und dem Tiefstpreisland), von minus 19 bis plus 35 Prozent (Preisunterschiede zwischen Österreich und dem Durchschnitt) und von minus 59 bis minus 2 Prozent (Preisunterschiede zwischen Österreich und dem Höchstpreisland). Bei Anidulafungin und Ipilimumab lagen die Preise nur gering über dem Durchschnittswert, bei manchen Arzneispezialitäten sogar darunter (Duloxetin, Human normal Immunoglobulin, Pregabalin, Linezolid, Golimumab, Insulin aspart, Salmeterol + Fluticason, Tiotropium-Kation).

Abbildung 3.4:

Ergebnisse – Differenz zwischen dem Fabriksabgabepreis in Österreich und jenem im Tiefstpreisland, dem Durchschnittswert und dem Fabriksabgabepreis im Höchstpreisland (jeweils in %), gereiht nach den Differenzen zwischen dem Fabriksabgabepreis in Österreich und dem Tiefstpreisland



AT/Durchschnitt = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis der Arzneispezialität im Durchschnitt, AT/max. = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis im Höchstpreisland, AT/min. = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis im Tiefstpreisland

Lesehilfe: Der FAP von Bevacizumab in Österreich ist 34,9 Prozent höher als jener im Tiefstpreisland; liegt 11,2 Prozent über dem Durchschnittswert und ist 2,8 Prozent niedriger als der Preis im Höchstpreisland.

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

Im niedergelassenen Sektor lagen die österreichischen Preise durchschnittlich um 56 Prozent höher als jene im Tiefstpreisland (im Vergleich dazu: Gesamtmarkt 48 %; Krankenhausesektor 40 %). Das lag vor allem an drei Arzneispezialitäten: Leuprorelin, Salmeterol + Fluticason und Levodopa + Decarboxylasehemmer. Leuprorelin war in Österreich um 162 Prozent höher wie im Tiefstpreisland. Der österreichische Fabriksabgabepreis pro Stück lag um 90,3 Euro über jenem

im Tiefstpreisland (Griechenland). Bei den beiden Kombinationspräparaten Salmeterol + Fluticason und Levodopa + Decarboxylasehemmer war der österreichische Preis doppelt so hoch wie im Tiefstpreisland. Allerdings waren hier die Stückpreise vergleichsweise sehr niedrig. Der österreichische Fabriksabgabepreis pro Stück für Salmeterol + Fluticason lag um 22,50 Cent höher als jener im Tiefstpreisland (Griechenland), und jener für Levodopa + Decarboxylasehemmer um 7,75 Cent höher als im Tiefstpreisland (Belgien). Bei den drei genannten Produkten lag der Preis in zwei Fällen im obersten Quartil und bei Salmeterol + Fluticason im zweiten Quartil.

Leuprorelin (um 35 % teurer in Österreich verglichen mit dem Durchschnittswert, diese Preisdifferenz entsprach einem Absolutwert von 37,65 Euro) wies auch die höchste Preisdifferenz beim Vergleich der österreichischen Preise zum Durchschnitt auf. Am anderen Ende der Skala lag Duloxetine; der österreichische Preis lag um 19 Prozent unter dem Durchschnittswert, das übersetzte sich in 21,06 Cent. Im Schnitt lagen die Preise in Österreich im niedergelassenen Sektor um 5,0 Prozent und im stationären Sektor um 6,9 Prozent über dem Durchschnittswert (Gesamtmarkt: 5,9 %).

Bei 27 Prozent der Arzneispezialitäten waren die Preise in Österreich um weniger als zehn Prozent niedriger als im Höchstpreisland (die Gesamt-Spannweite reichte bis zu minus 59 Prozent). Einen um über 40 Prozent niedrigeren Preis in Österreich im Vergleich zum Höchstpreisland wiesen vier Arzneispezialitäten (13 %) auf. Dies betraf mit einer Ausnahme (Human normal Immunglobulin) nur Arzneispezialitäten aus dem niedergelassenen Sektor. Die größte Preisdifferenz ergab sich beim Antidepressivum Duloxetine (niedergelassener Sektor): Duloxetine lag in Österreich (im zweiten Quartil im Ländervergleich) immerhin 59 Prozent (übersetzt in Absolutwerte: Preisdifferenz von 1,28 Euro) unter dem Preis in Deutschland, dem Höchstpreisland (Fabriksabgabepreis pro Stück von 2,18 Euro in Deutschland).

Die österreichischen Preise der drei Onkologika Lenalidomid (niedergelassener Sektor), Ipilimumab und Bevacizumab (stationärer Sektor) lagen nur zwei bis drei Prozent unter dem Preis in den Höchstpreisländern (Deutschland, Großbritannien und Schweden). Die anteilige Betrachtung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass dies bei Ipilimumab eine Preisdifferenz von 442,67 Euro erreichte. Bei den beiden anderen Arzneispezialitäten handelte es sich niedrigere Absolutwerte, um die der österreichische Preis unter dem Preis im Höchstpreisland lag (Bevacizumab: um 39,19 Euro günstiger als in Schweden; Lenalidomid: um 5,68 Euro günstiger als in Deutschland).

Die Preisanalyse sowohl mit als auch ohne Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland zeigte beim Vergleich Österreichs mit dem Tiefstpreisland nur minimale Unterschiede. Nur bei einer Arzneispezialität (Ipilimumab) zeigten sich dabei stärkere Preisdifferenzen. Es sei daran erinnert (vgl. Punkt 3.2.2), dass bei Berücksichtigung der Rabatte Deutschland den niedrigsten Preis für Ipilimumab aufwies.

Unter Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland lagen die Preise in Österreich im Schnitt um 19,6 Prozent unter jenen im jeweiligen Höchstpreisland (im Vergleich: eine Preisdifferenz von durchschnittlich 23,2 Prozent ohne Berücksichtigung von Rabatten). Bei Lenalidomid, Pemetre-

xed und bei Simvastatin + Ezetimib war unter Berücksichtigung des Rabatts in Deutschland der österreichische Preis der höchste im Ländervergleich, während er ohne Rabatte um 2,0 Prozent (Preisdifferenz als Absolutwert: 5,68 Euro, Lenalidomid), 21,4 Prozent (432 Euro, Pemetrexed) bzw. 6,4 Prozent (10,33 Cent, Simvastatin + Ezetimib) unter dem Höchstpreisland (in allen drei Fällen Deutschland) lag.

Abweichungen infolge der Herstellerrabatte waren vor allem in Preisunterschieden zwischen dem österreichischen Preis und dem Durchschnittswert zu beobachten. Im Schnitt lagen – mit berücksichtigten Rabatten – die Preise in Österreich 7,4 Prozent über dem Durchschnittswert (im Vergleich dazu eine Preisdifferenz von durchschnittlich 5,9 % ohne Berücksichtigung der Rabatte). Im stationären Sektor lagen die Preise in Österreich bei Berücksichtigung der Rabatte 8,6 % über dem Durchschnitt (Vergleichswert: 6,9 % ohne Rabatte) und im niedergelassenen Sektor 6,3 Prozent (Vergleichswert: 5,0 % ohne Rabatte).

Tabelle 7.11 informiert über Preisdifferenzen auf Fabriksabgabepreisebene (ohne und mit Berücksichtigung des deutschen Herstellerrabatts) zwischen Österreich und dem Tiefst- und Höchstpreisland bzw. zum Durchschnittswert.

3.3 Weitere Preisstufen im Ländervergleich

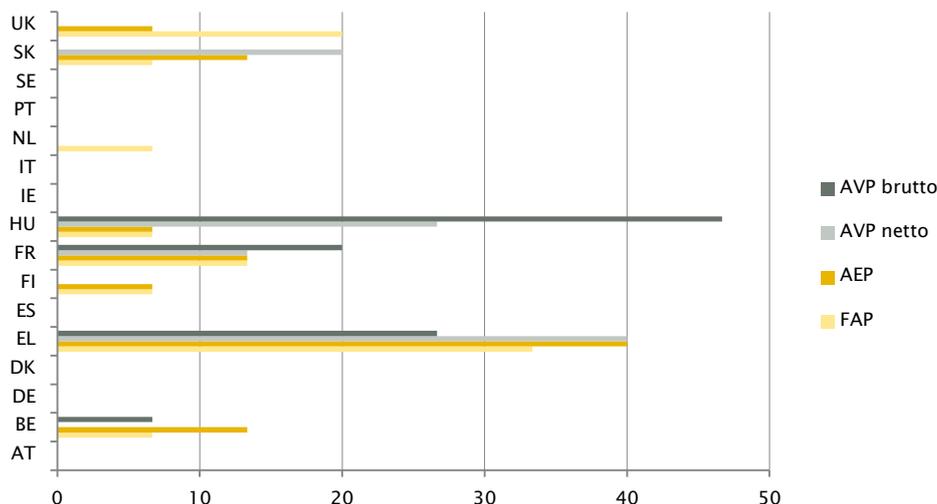
3.3.1 Höchst- und Tiefstpreisländer

Abbildung 3.5 und Abbildung 3.6 informieren darüber, wie häufig die untersuchten Länder bei den 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor Tiefst- und Höchstpreisland waren.

Auf Ebene des Apothekeneinkaufspreises (AEP), d.h. Großhandelspreis (Fabriksabgabepreis plus Berücksichtigung der Abgeltung für den Großhandel) zeigten sich bei den ausgewählten Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor hinsichtlich Häufigkeit von Tiefst- und Höchstpreisen in den Ländern relativ ähnliche Ergebnisse wie auf der Ebene des Fabriksabgabepreises. Auf AEP-Ebene war es jeweils eine zusätzliche Arzneispezialität, bei der Belgien, Griechenland und Slowakei im Vergleich zur FAP-Ebene Tiefstpreisland und Großbritannien und Schweden Höchstpreisland waren. Großbritannien war auf FAP-Ebene bei 3 Arzneispezialitäten und auf AEP-Ebene bei einer Arzneispezialität Tiefstpreisland. Auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises (AVP, Fabriksabgabepreis plus Berücksichtigung der Abgeltung für den Großhandel und Apotheken) hingegen präsentiert sich ein anderes Bild. Es ist einschränkend zu berücksichtigen, dass für Großbritannien und die Niederlande keine Daten zum AVP verfügbar waren (vgl. Abschnitt 2.4).

Abbildung 3.5:

Ergebnisse – Anteil (in %) des niedrigsten Preises an den 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, dargestellt für alle Preisstufen



AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, FAP = Fabriksabgabepreis

Für NL und UK liegen auf AVP-netto- und AVP-brutto-Ebene keine Daten vor.

Lesehilfe: Beispiel Griechenland: Griechenland war Tiefstpreisland bei 33 Prozent der Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor (absolut: 5 Arzneispezialitäten) auf FAP-Ebene, bei 40 Prozent (absolut: 6 Arzneispezialitäten) auf AEP- und AVP-netto-Ebene und für 27 Prozent (absolut: 4) auf AVP-brutto-Ebene.

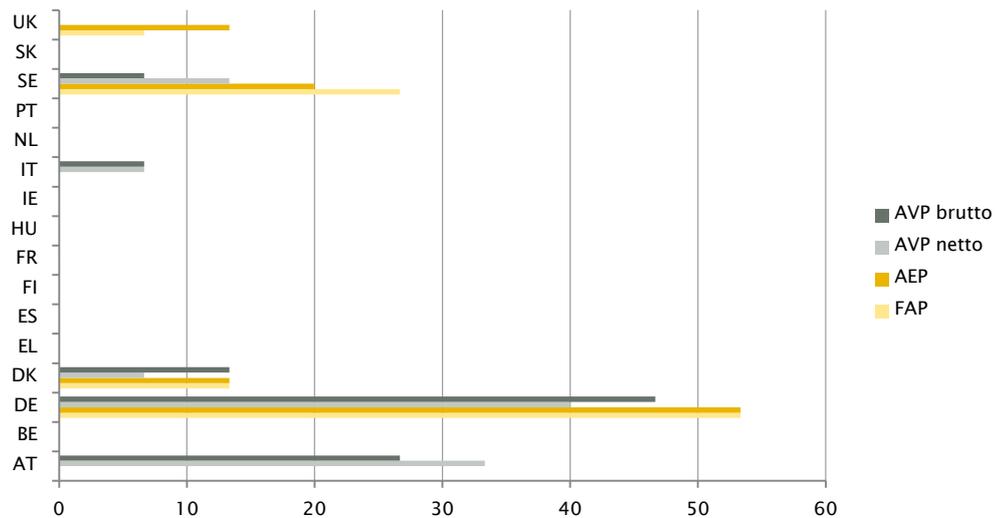
Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI) – Service; Analyse und Darstellung: GÖG

Auf der AVP-brutto-Ebene war Ungarn bei 47 Prozent der Arzneispezialitäten Tiefstpreisland. Bei anderen Preisstufen waren die Anteile niedriger (27 % bei AEP und AVP netto und 7 % beim FAP). Dies könnte auf eine vergleichsweise niedrige Apothekenspanne und insbesondere niedrige Umsatzsteuer bei Arzneimitteln hindeuten. In Ungarn betrug die Umsatzsteuer auf Arzneimittel zum Zeitpunkt der Erhebung fünf Prozent. Griechenland war Tiefstpreisland bei vier Arzneispezialitäten (27 %) auf AVP-brutto-Ebene, sechs Arzneispezialitäten (40 %) auf AEP- und AVP-netto-Ebene und bei fünf Arzneispezialitäten (33 %) auf FAP-Ebene – möglicherweise ein Indiz für eher höhere Handelsspannen und geringere Umsatzsteuer.

Mit den Preisstufen entlang der Distributionskette (vom FAP über AEP zum AVP netto und dann brutto) ist Schweden bei immer weniger Arzneispezialitäten Höchstpreisland, was ebenfalls als Indiz für im Ländervergleich eher niedrige Apothekenspannen und Umsatzsteuer gewertet werden könnte. Ein anderes Bild zeigt sich für Österreich. Während Österreich auf FAP- und AEP-Ebene niemals Höchstpreisland war, erreichte der AVP netto bei einem Drittel der 15 Arzneispezialitäten (Enoxaparin, Leuprorelin, Simvastatin + Ezetimib, Tiotropium-Kation und Zoledronsäure) im niedergelassenen Sektor den höchsten Wert im Ländervergleich. Der AVP brutto in Österreich war bei 27 Prozent der Arzneispezialitäten der höchste im Ländervergleich. Dies

waren folgende vier Produkte: Leuprorelin, Salmeterol + Fluticason, Simvastatin + Ezetimib und Zoledronsäure.

Abbildung 3.6:
Ergebnisse – Anteil (in %) des höchsten Preises an den 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, dargestellt für alle Preisstufen



AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, FAP = Fabriksabgabepreis
Für NL und UK liegen auf AVP-netto- und AVP-brutto-Ebene keine Daten vor.
Lesehilfe: Beispiel Dänemark: Für 13 Prozent der Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor (absolut: 2 Arzneispezialitäten) wies Dänemark die höchsten Preise auf FAP-, AEP- und AVP-brutto-Ebene im Ländervergleich auf, und für 7 Prozent (absolut: 1) auf AVP-netto-Ebene.

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

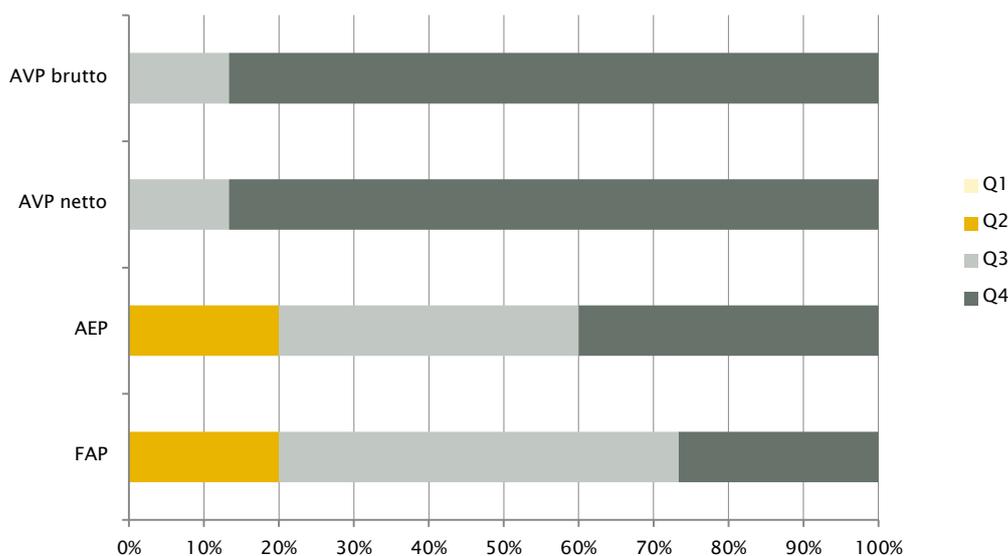
Angesichts der geringen Anzahl an Produkten ist allerdings bei Rückschlüssen auf Handelsspannen und Umsatzsteuer geboten.

3.3.2 Verteilung der Preise nach Quartilen

Lag Österreich bei einer Analyse auf FAP-Ebene im oberen Mittelfeld (20 % der Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor hatten Preise im zweiten Quartil, 53 % im dritten Quartil und 27% im vierten Quartil), so verschob sich das Bild beim AEP und insbesondere dem AVP in Richtung höherpreisig. Bei den AVP (netto und brutto) lagen keine Werte mehr im zweiten Quartil, lediglich im dritten und insbesondere vierten Quartil (13 % der Arzneispezialitäten im dritten und 87 % im vierten Quartil). Abbildung 3.7 zeigt diese Verschiebung ins Hochpreissegment auf der Ebene von AEP und vor allem AVP.

Abbildung 3.7:

Ergebnisse – Preisniveau von 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in Österreich im Vergleich zu 15 anderen europäischen Ländern, dargestellt für alle Preisstufen



Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

Lesehilfe: Auf FAP-Ebene lagen in 20 Prozent der Arzneispezialitäten (absolut: 3 Arzneispezialitäten) die Preise in Österreich im zweiten Quartil, 53 Prozent (absolut: 8) im dritten Quartil und in 27 Prozent (absolut: 4) im vierten Quartil. Keine Arzneispezialität wies Preise im ersten Quartil aus. Auf AVP-netto- und AVP-brutto-Ebene lagen bei 13 Prozent der Arzneispezialitäten (absolut: 2 Arzneispezialitäten) die Preise in Österreich im dritten Quartil und in 87 Prozent (absolut: 13) im vierten Quartil. Keine Arzneispezialität wies Preise im ersten oder zweiten Quartil aus.

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

Ein ähnliches Bild zeigte sich für Italien. Lagen dort die FAP schwerpunktmäßig im zweiten (50 %) und dritten Quartil (42 %) und der Preis keiner einzigen Arzneispezialität im vierten Quartil, so rangierten auf AVP-Ebene (netto und brutto) die Preise von 42 Prozent der Arzneispezialitäten im vierten Quartil. Verschiebungen entlang der Distributionskette zeigten sich auch in Griechenland: Lagen die Preise auf FAP-Ebene (bis auf ein Produkt) und auf AEP-Ebene (für alle Arzneispezialitäten) im ersten Quartil, so war dies beim AVP nur noch bei 79 Prozent der Arzneispezialitäten der Fall (AVP netto: 21 % im zweiten Quartil, AVP brutto: 14 % im zweiten Quartil, 7 % im dritten Quartil). In anderen Ländern lagen hingegen auf AVP-Ebene weniger Arzneispezialitäten in oberen Quartilen, so etwa in den beiden Hochpreisländern Deutschland und Schweden. Auf Ebene der AVP netto lagen in beiden Ländern nur mehr 60 Prozent der Arzneispezialitäten im vierten Quartil, während bei den FAP 87 Prozent der Arzneispezialitäten in diesem Segment aufschienen. In Dänemark bewirkte eine vergleichsweise hohe Umsatzsteuer auf Arzneimittel (25 %), dass auf AVP-brutto-Ebene 87 Prozent der Preise im vierten Quartil und 13 Prozent im dritten Quartil lagen. Tabelle 7.5 und Tabelle 7.12 bis Tabelle 7.14 im Anhang geben einen Überblick über die Verteilung nach Quartilen pro Preisstufe in den untersuchten Ländern.

3.3.3 Preisunterschiede zwischen Höchst- und Tiefstpreisländern

Im Schnitt waren die Preise im Höchstpreisland um 126 Prozent auf der Ebene Apothekeneinkaufspreise, um 123 Prozent bei den Apothekenverkaufspreisen netto und um 142 Prozent bei den Apothekenverkaufspreisen brutto höher als jene im Tiefstpreisland (Vergleich auf FAP-Ebene: 128 %). Die Spannweite bei Preisunterschieden variierte von 34 bis 241 Prozent (Apothekeneinkaufspreis), von 67 bis 181 Prozent (Apothekenverkaufspreis netto) und von 75 bis 196 Prozent (Apothekenverkaufspreis brutto). Bei den meisten Arzneispezialitäten nahm die Preisdifferenz zwischen Höchst- und Tiefstpreisland mit steigenden Preisstufen zu. Zu den Ausnahmen zählen unter anderem die beiden niedrigpreisigen Arzneispezialitäten Levodopa-Decarboxylasehemmer (Median-FAP/Stück: 10,67 Cent; Median-AVP brutto/Stück: 16,67 Cent) und Salmeterol-Fluticason (Median-FAP/Stück: 44,65 Cent; Median-AVP brutto/Stück: 64,40 Cent).

Daten zu Preisunterschieden zwischen Höchst- und Tiefstpreisland sind für alle Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in Tabelle 7.15 im Anhang ausgewiesen.

3.3.4 Preisunterschiede im Vergleich zu Österreich

Eine Analyse der Preise auf Ebene der Apothekeneinkaufspreise (57 % über dem Tiefstpreisland, 7 % über dem Durchschnitt und 28 % unter dem Höchstpreisland) zeigte nur geringe Abweichungen vom Preisniveau auf FAP-Ebene (Vergleichswerte auf FAP-Ebene: 56 %, 5 %, 30 %).

Die Apothekenverkaufspreise netto (ohne Umsatzsteuer) lagen in Österreich um 96 Prozent höher als im Tiefstpreisland, um 30 Prozent über dem Durchschnittswert der Preise und um 12 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland. Wurde der österreichische Kassenpreis mit den Apothekenverkaufspreisen netto in den anderen Ländern verglichen, lagen im Schnitt die österreichischen Preise um 58 Prozent höher als im Tiefstpreisland, um 7 Prozent über dem Durchschnittswert und um 25 Prozent unter dem Preis im Höchstpreisland.

In Absolutwerten bedeutet das wie folgt für das Beispiel Interferon beta 1a, eine Arzneispezialität mit einem Median-AVP netto pro Stück von 218,75 Euro, dessen Preisunterschiede zu den anderen Ländern vergleichsweise im Schnitt lagen. Der österreichische AVP netto pro Stück war um 123,91 Euro teurer als im Tiefstpreisland (Griechenland), um 51,14 Euro teurer als der Durchschnittswert und um 76,47 Euro niedriger als im Höchstpreisland (Deutschland). Wurde der österreichische Kassenpreis zum Vergleich mit den Apothekenverkaufspreisen netto herangezogen, unterschied sich der österreichische Preis nur gering vom Durchschnittswert (der Preis war 13,21 Cent höher als der Durchschnittswert); der Kassenpreis war um 68,66 Euro höher als der Apothekenverkaufspreis netto im Tiefstpreisland und um 131,73 Euro niedriger als im Höchstpreisland.

Tabelle 3.2:

Ergebnisse – Unterschied des Preises (in %) in Österreich zum niedrigsten, durchschnittlichen und höchsten Preis auf gleicher Preisstufe für kostenintensive Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor, dargestellt für die Preisstufen Fabriksabgabepreis, Apothekeneinkaufspreis, Kassenpreis und Apothekenverkaufspreis netto und brutto

Arzneispezialität	FAP ¹			AEP			KP ²			AVP netto			AVP brutto		
	AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.	AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.	AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.	AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.	AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.
Bosentan	37,3	5,6	-36,5	31,8	2,7	-39,8	32,0	-8,6	-42,7	64,4	11,6	-28,7	69,8	11,4	-37,2
Duloxetin	21,0	-19,0	-58,7	27,5	-16,1	-56,3	27,1	-9,9	-50,3	53,9	7,7	-39,8	64,1	8,6	-44,4
Enoxaparin	72,1	11,9	-30,6	80,2	15,8	-28,1	105,7	22,2	-17,8	156,9	49,1	0,0	164,5	48,2	-9,6
Glatirameracetat	58,0	6,8	-32,5	48,1	5,4	-32,7	46,3	0,5	-32,5	82,2	22,8	-16,0	84,4	23,4	-22,3
Golimumab	21,2	-7,9	-38,3	16,5	-9,2	-38,3	16,8	-13,2	-38,1	45,4	6,3	-22,9	50,2	7,0	-28,7
Insulin aspart	10,2	-6,2	-35,5	15,9	-3,2	-31,9	39,8	0,5	-27,6	74,5	23,3	-9,6	82,9	23,0	-16,4
Interferon beta 1a	44,2	4,7	-37,0	45,4	3,3	-37,1	43,8	0,1	-36,9	79,1	22,3	-21,4	85,6	22,8	-27,4
Lenalidomid	57,5	14,9	-2,0	58,3	11,4	-1,5	49,1	7,0	-24,4	85,7	29,9	-5,9	100,0	29,7	-5,9
Leuprorelin	162,1	34,8	-7,0	171,1	38,6	-1,9	125,2	29,8	-1,2	181,4	58,2	0,0	190,6	59,3	0,0
Levodopa + Decarboxylasehemmer	103,2	21,1	-42,1	95,2	24,6	-37,7	85,4	24,6	-31,4	127,6	49,6	-15,9	134,0	51,1	-7,5
Pregabalin	39,7	-11,0	-43,5	44,7	-6,1	-44,2	49,4	4,8	-33,3	86,6	28,5	-16,7	101,1	30,0	-23,0
Salmeterol + Fluticason	101,6	-1,9	-35,7	112,4	0,8	-37,8	111,6	11,4	-18,9	156,4	32,6	-1,7	164,8	35,4	0,0
Simvastatin + Ezetimib	25,4	12,2	-6,4	32,7	15,9	-1,2	56,3	21,3	-1,4	95,2	47,7	0,0	104,5	50,2	0,0
Tiotropium-Kation	28,2	-0,6	-24,2	35,1	2,9	-18,8	45,7	8,2	-13,9	82,0	32,6	0,0	90,7	34,7	-0,6
Zoledronsäure	50,8	9,6	-16,0	41,2	12,1	-12,6	33,6	7,2	-10,6	66,7	29,9	0,0	74,6	30,8	0,0
Durchschnitt	55,5	5,0	-29,7	57,1	6,6	-28,0	57,9	7,1	-25,4	95,9	30,1	-11,9	104,1	31,0	-14,9

AEP = Apothekeneinkaufspreis, AT/Durchschnitt = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis der Arzneispezialität im Durchschnitt, AT/max. = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis im Höchstpreisland, AT/min. = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Tiefstpreisland, AVP = Apothekenverkaufspreis, Durchschn. - Durchschnitt, FAP = Fabriksabgabepreis, max. = Maximum, min. = Minimum

¹ ohne Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland, ² KP = Kassenpreis in Österreich wird mit AVP netto in den anderen Ländern verglichen

Lesehilfe: Der AEP von Bosentan in Österreich ist 31,8 Prozent höher als jener im Tiefstpreisland (d. h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den niedrigsten Preis aufweist); liegt 2,7 Prozent über dem Durchschnittswert und ist 39,8 Prozent niedriger als der Preis im Höchstpreisland (d. h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den höchsten Preis aufweist).

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

Die Werte unter Berücksichtigung der Umsatzsteuer lagen 104 % über dem Tiefstpreisland, 31 % über dem Durchschnitt und 15 % unter dem Höchstpreisland und unterschieden sich nicht bedeutend vom Bild, das sich beim Vergleich der Apothekenverkaufspreise netto gezeigt hatte.

Details zu den Preisunterschieden zwischen Österreich und dem Tiefst- bzw. Höchstpreisland sowie zum Durchschnittswert pro Arzneispezialität können der Tabelle 3.2 entnommen werden.

Einschränkend sei darauf hingewiesen, dass in diese Analyse keine Daten auf Apothekenverkaufsebene für Großbritannien und die Niederlande und in mehreren Fällen auch nicht für Irland eingeflossen sind, da diese wegen fehlender bzw. spezifischer gesetzlicher Regelung zu den Apothekenspannen nicht ermittelt werden konnten (vgl. Abschnitt 2.4).

4 Diskussion

Die vorliegende Studie bietet aktuelle Informationen zum Arzneimittelpreisniveau in Österreich und weiteren 15 EU-Ländern.

Die Fabriksabgabepreise der hier untersuchten kostenintensiven Arzneispezialitäten liegen in Österreich über dem Durchschnitt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die in Österreich im niedergelassenen Bereich angewandte Methode zur Arzneimittelpreisbildung (europäischer Preisvergleich) gegebenenfalls nur zum Teil nachhaltig preisdämpfend für kostenintensive Arzneimittel wirkt. Laut der Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission gemäß § 351c Abs. 6 ASVG müssen die Preise im niedergelassenen Bereich dem EU-Durchschnittspreis entsprechen. Dieser Durchschnittspreis ist als arithmetisches Mittel der Fabriksabgabepreise jener EU-Mitgliedstaaten definiert, in denen die Arzneispezialität zugelassen ist (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Wie erklärt sich das in der Praxis bestehende über dem Durchschnitt liegende Preisniveau?

Die hier untersuchten Arzneimittel sind bereits seit einiger Zeit auf dem Markt – sowohl in Österreich als auch in den zum Vergleich herangezogenen Ländern. Es besteht die Möglichkeit, dass die Preise in den Vergleichsländern seither gesenkt wurden, entweder infolge punktueller Preiskürzungen als Reaktion auf budgetäre Engpässe oder im Rahmen regelmäßiger Preisüberprüfungen. Die globale Finanzkrise legt den Schluss nahe, dass es sich um punktuelle Preiskürzungen handelt. Weiters liegen Hinweise aus dem von der GÖG betriebenen Behördennetzwerk PPRI (Vogler et al. 2014a) darauf vor, dass zwar eine Reihe von Ländern regelmäßige Preisüberprüfungen vorsieht (PPRI Network Members (several authors) 2007–2013), diese aber aus unterschiedlichen Gründen (z. B. Ressourcenknappheit, Abkommen mit der Pharma-Industrie über Zahlungen anstelle von Preiskürzungen) manchmal nicht durchgeführt werden (Vogler et al. 2011c). Eine Preisevaluation würde auch die Preise in Niedrigpreisländern erfassen, aus denen zu einem früheren Zeitpunkt noch keine Preise vorlagen bzw. die Arzneispezialität noch nicht auf dem Markt war. Denn die in beinahe allen EU-Mitgliedstaaten zur Anwendung kommende Preisbildungsmethode des internationalen Preisvergleichs (Espin et al. 2011; Leopold et al. 2012b) bietet einen Anreiz für pharmazeutische Unternehmen, die Markteinführung von Arzneimitteln strategisch zu planen und Arzneimittel zuerst in Hochpreisländern auf den Markt zu bringen (Cueni 2008; Danzon et al. 2005). Die Regelung in Österreich sieht vor, dass Preisdaten in mindestens der Hälfte der Mitgliedstaaten vorliegen müssen, um einen EU-Durchschnittspreis zu ermitteln. Falls diese Daten nicht vorliegen, soll evaluiert werden, d. h. soll der Preisvergleich wiederholt werden. Nach drei Evaluationen wird der Preis festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Damit könnte der relativ frühzeitig errechnete EU-Durchschnittspreis und somit der in Österreich gültige Fabriksabgabepreis eher hochpreisig im Vergleich zu anderen Ländern ausfallen. Ein Preisvergleich zu einem späteren Zeitpunkt könnte einen niedrigen Durchschnittspreis ergeben.

Europäischer Preisvergleich

In der vorliegenden Preisanalyse kristallisierte sich Griechenland mit Abstand als Niedrigpreisland heraus, während Deutschland (insbesondere ohne Berücksichtigung der Herstellerrabatte), gefolgt von Schweden und Dänemark, am anderen Ende der Skala Hochpreisländer darstellen. Dies entspricht auch anderen Preisvergleichen (Brekke et al. 2010; Kanavos/Vandoros 2011; Kanavos et al. 2011). Das besonders niedrige Preisniveau in Griechenland und das hohe (unrabattierte) Preisniveau in Deutschland scheinen sich in den letzten Jahren verschärft zu haben, wie auch Zeitreihenanalysen (aus externen Quellen wie auch auf Basis von PPI-Analysen) zum Thema belegen (Europe Economics 2013; Leopold et al. 2013a).

Das niedrige Preisniveau in Griechenland kann als Folge der Sparmaßnahmen gewertet werden, die das Land im Rahmen der Austeritätspolitik setzen musste. In den letzten Jahren unternahm Griechenland zahlreiche Schritte im Arzneimittelbereich, unter anderem kam es auch zu Preiskürzungen – mehreren in manchen Jahren (Leopold et al. 2013c; PPRI Secretariat 2014a; Vogler et al. 2011a). Andere europäische Länder setzten ebenfalls Maßnahmen, die auf eine Senkung der Arzneimittelpreise abzielten.

Lange Zeit pflegte Deutschland freie Preisbildung bei Arzneimitteln. Es stellt sich nun die Frage, warum Deutschland nach Einführung des AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) 2011, das unter bestimmten Voraussetzungen Preisregulierung primär für hochpreisige Arzneimittel vorsieht (Henschke et al. 2013; Ognyanova et al. 2011), weiterhin mit hohen Preisen hervorsticht. Dies mag daran liegen, dass Auswirkungen von Maßnahmen stets mit einem Verzögerungseffekt eintreten und dass nicht alle Arzneimittel von der Preisregulierung betroffen sind. Die deutsche Hochpreispolitik ist aber auch im Zusammenhang mit dem dortigen Rabattsystem zu sehen, da in der Praxis die öffentlichen Zahler weitaus weniger für rabattierte Preise zahlen – zum Beispiel 13.000 Euro anstelle von 17.000 Euro für Ipilimumab.

Rang zwei der hochpreisigen Länder nimmt Schweden ein. Schweden zählt zu den wenigen europäischen Ländern, das Arzneimittelpreise nicht auf Basis internationaler Preisvergleiche festgelegt, sondern sogenanntes Value Based Pricing anwendet. Darunter wird verstanden, dass sich der Preis eines Arzneimittels an dessen „Wert“ (therapeutischer Nutzen, Nutzen für die Gesellschaft) orientiert (Paris/Belloni 2013). Zur „Wertmessung“ können Health Technology Assessments (HTA) und pharmakoökonomische Studien herangezogen werden. Während die meisten europäischen Länder zwar HTA und Pharmakoökonomie unterstützend heranziehen, ist Value Based Pricing im engeren Sinne, bei dem der „Wert“ eines Arzneimittels explizit für den Preis und die Erstattung herangezogen wird, nur in Schweden umgesetzt (Bouvy/Vogler 2013; Paris/Belloni 2013). Für Großbritannien war die Einführung eines Value Based Pricing-Systems für das Jahr 2014 geplant, aber dies wurde dann nicht umgesetzt (persönliche Information). Laut einer Stakeholderbefragung wird von den meisten Akteuren (Behörden, Zahler und insbesondere pharmazeutische Industrie) Value Based Pricing gegenüber den internationalen Preisvergleichen eindeutig präferiert (Vogler et al. 2014b). Eine ebenfalls auf PPI-Daten basierende Studie über die Auswirkungen der Methodik des internationalen Preisvergleiches auf das Preisniveau (Leopold et al. 2012) ergab allerdings, dass Länder, die den internationalen Preisvergleich als Preisbildungsmethode gewählt hatten, im Schnitt ein günstigeres Preisniveau aufwiesen als jene

zwei (Deutschland und Schweden) der drei Länder in der vorliegenden Studie, die diese Methodik zum Zeitpunkt der Erhebung von Leopold et al. (2012a) nicht anwendeten. Dies mag auch mit dem jeweiligen Wohlstandsniveau in diesen Ländern zusammenhängen.

In diesem Zusammenhang sei auf aktuelle Diskussionen zum so–genannten Differential Pricing verwiesen. Bei dieser Preisbildungsmethode wird der Wohlstand und die Kaufkraft eines Landes bei der Preisfestsetzung berücksichtigt (z. B. mittels der Gewichtung anhand des Bruttoinlandsproduktes). Erfahrungswerte dazu gibt es bei Ländern des globalen Südens, für die seitens internationaler Organisationen (z. B. Global Fund, UNICEF) Arzneimittel eingekauft werden (Babar/Atif 2014; Moon et al. 2011; Yadav 2010). In der EU werden die Existenz von Parallelimporten, die weitverbreitete Anwendung von External Price Referencing und das Prozedere zur Einigung von EU–Mitgliedstaaten über den anzuwendenden Algorithmus als bedeutende Hürden für die Einführung von Differential Pricing gesehen (Bouvy/Vogler 2013).

Die PPI–Preisdaten der vorliegenden Analyse beziehen sich auf Frühjahr 2013. Änderungen im Zeitverlauf werden am deutlichsten in Großbritannien sichtbar. In älteren Studien von vor über einem Jahrzehnt (Danzon/Furukawa 2003; Danzon/Kim 1998; Rosian et al. 2004) rangierte Großbritannien unter den hochpreisigen Ländern, während neuere Arbeiten (Kanavos/Vandoros 2011; OECD 2008) eine Verschiebung in Richtung niedrigeres Preisniveau andeuteten. Bei einigen Produkten lag Großbritannien eher im Niedrigpreisbereich und bei einigen anderen wiederum im höherpreisigen Segment.

Lösungsansätze bei hochpreisigen Arzneimitteln

Im stationären Bereich wiesen die Arzneimittel tendenziell höhere Preise auf. Eine sektorenspezifische Analyse zeigte, dass Ungarns Preise von kostenintensiven Arzneispezialitäten im stationären Sektor fast immer (90 %) im ersten (d. h. untersten) Quartil lagen. In diesem Segment lief Ungarn sogar Griechenland den Rang als Tiefstpreisland ab. Im eher hochpreisigen Dänemark lagen die Preise von 60 Prozent der kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor im vierten (d. h. obersten) Quartil, während der entsprechende Anteil im stationären Sektor bei 33 Prozent betrug. Dies deutet darauf hin, dass in diesen beiden Ländern verstärkt Augenmerk auf die Preise der in Krankenanstalten eingesetzten kostenintensiven Arzneimittel gelegt wurde. In der Tat widmeten sich die Entscheidungsträger/innen in Dänemark vor einigen Jahren speziell den Arzneimittelpreisen in Krankenanstalten. Im Rahmen dessen wurde im Jahr 2009 einer der ersten Preisvergleiche für Arzneimittel in Krankenanstalten durchgeführt (COWI 2009). Infolge eines Untersuchungsberichts zu Preisen, Verbrauch und Ausgaben von Arzneimitteln in Krankenanstalten wurde ein Abkommen mit der pharmazeutischen Industrie abgeschlossen, das zunächst eine Kürzung der Listenpreise für Arzneimittel in Krankenanstalten um fünf Prozent ab Jänner 2010, gefolgt von einem Preisstopp vorsah. Weiters wurde eine gemeinsame regionale Arzneimittelkommission ins Leben gerufen, die sich dem Einsatz von teuren Krankenhausarzneimitteln widmete (Thomsen et al. 2011). In Dänemark werden seit 2007 die meisten Arzneimittel für Krankenanstalten über öffentliche Ausschreibungen zentral von der öffentlichen Beschaffungsagentur AMGROS (im Eigentum der Regionen) eingekauft (Er 2009; Thomsen et al. 2011). In Ungarn findet sich keine derart offenkundige Erklärung für die Unterschiede zwischen stationärem und niedergelassenem Sektor. Zwar ist die

ungarische Sozialversicherung bemüht, Preise auf niedrigem Niveau zu halten und kennt die Möglichkeit von zentralen Ausschreibungen für hochpreisige Arzneimittel, allerdings beziehen sich ihre Maßnahmen verstärkt auf den niedergelassenen und weniger auf den stationären Sektor (Kovacs et al. 2007; OEP 2012; PPRI Sekretariat 2014a).

Der Zugang zu und die Finanzierung von hochpreisigen Arzneimitteln beschäftigt die Entscheidungsträger/innen in den europäischen Ländern, da in den letzten Jahren die Arzneimittelausgaben verstärkt vom Markteintritt und Einsatz hochpreisiger und spezialisierter Arzneimittel geprägt waren (Leopold et al. 2013b; Wettermark et al. 2010). IMS Health bezeichnet spezialisierte Arzneimittel als „Kostentreiber“: Im Jahr 2013 entfielen bereits 23 Prozent der Pharma-Umsätze weltweit auf spezialisierte Arzneimittel; 2003 lag der Anteil noch bei 4 Prozent (Troein 2014). Eine aktuelle Umfrage beim PPRI-Behördenetzwerk ergab, dass die meisten europäischen Länder keine speziellen Preisbildungs- und Erstattungsstrategien für hochpreisige Arzneimittel vorsehen (PPRI Sekretariat 2014b). Allerdings werden für diese Arzneimittel verstärkt HTA-Berichte und pharmaökonomische Evaluationen zur Entscheidung über Preis und Finanzierung herangezogen (Paris/Belloni 2013; PPRI Sekretariat 2014b). Des Weiteren werden in einigen europäischen Ländern in zunehmendem Maße sogenannte Managed Entry Agreements (MEA) abgeschlossen (Adamski et al. 2010; Espín et al. 2011; Ferrario/Kanavos 2013; PPRI Sekretariat 2014b). Unter diesen Abkommen, die je nach Ausgestaltung und Land unterschiedliche Namen tragen (z. B. Risk Sharing Schemes, Patient Access Schemes, bedingte Erstattung), werden Vereinbarungen zwischen den öffentlichen Zahlern und den pharmazeutischen Unternehmen über eine vorläufige, bedingte Erstattung von Arzneimitteln bzw. unter Kostenbeteiligung der pharmazeutischen Industrie verstanden (WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies 2013). Die konkrete Ausgestaltung ist nicht öffentlich bekannt; durch diese Vertraulichkeit kommt es zu Intransparenz mit Auswirkungen auf die Arzneimittelpreise.

Distribution

Als Zusatznutzen bietet die Studie eine ergänzende Analyse für weitere Preisstufen im Bereich der Distribution. Dieser Bereich wird in der internationalen Preisvergleichsliteratur eher selten betrachtet. Die Apothekenverkaufspreise in Österreich waren verhältnismäßig höher als in den Vergleichsländern.

Limitationen

Die vorliegende Studie hatte einige Spezifikationen und Limitationen. Die Datenverfügbarkeit für Fabriksabgabepreise im Gesamtmarkt war im Wesentlichen gut. Für eine Analyse nach Produktgruppen war die Stichprobe allerdings zu klein.

Hinsichtlich der Stichprobe ist anzumerken, dass die ergänzenden Analysen für Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor auf einem Datensatz von 15 Produkten beruhen. Dies scheint grundsätzlich repräsentativ. Es wäre allerdings zu prüfen, ob eine größere Stichprobe systematisch andere Ergebnisse liefern würde. Weiters flossen in die Analyse auf Ebene der Apothekenverkaufspreise die Daten aus maximal 12 bis 13 Ländern ein, da in Großbritannien und den

Niederlande die Preise aufgrund der leistungsorientierten Abgeltung von Apotheken (Großbritannien (Kullman 2011)) bzw. wegen der Freigabe der Apothekenverkaufspreise (Niederlande, (SFK 2012)) nicht bekannt sind. Die irischen Apothekenverkaufspreise konnten wegen des dortigen Apothekenhonorierungssystems (Vogler et al. 2012a) nur zum Teil ermittelt werden. Der Vergleich der österreichischen Kassenpreise mit den Apothekenverkaufspreisen netto in den anderen europäischen Ländern ist nur bedingt aussagefähig, da auch in den anderen Ländern niedrigere Erstattungspreise (z. B. bei Anwendung eines sogenannten Referenzpreissystems / Festbetragssystems) zur Anwendung kommen und diese eigentlich zum Vergleich mit den Kassenpreisen heranzuziehen wären.

In der vorliegenden Studie wurden die österreichischen Preise mit jenen in 15 weiteren europäischen Ländern verglichen. Dabei wurden insbesondere Länder mit vergleichbarer wirtschaftlicher Situation sowie solche mit guter Datenverfügbarkeit herangezogen. Dies waren schwerpunktmäßig west-, nord- und südeuropäische Länder, aus Osteuropa wurden Slowakei und Ungarn ausgewählt. Es kann angenommen werden, dass bei einem Vergleich mit allen EU-Mitgliedstaaten das österreichische Preisniveau noch höher läge.

Zur Analyse wurden die Listenpreise der jeweiligen Länder herangezogen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass in einem Großteil der europäischen Länder den öffentlichen Zahlern im niedergelassenen und im stationären Sektor Rabatte gewährt werden (Vogler et al. 2010; Vogler et al. 2012b; Vogler et al. 2011b; Vogler et al. 2013; Zimmermann/Vogler 2011). Weiters gibt es zunehmend Managed Entry Agreements (Ferrario/Kanavos 2013), die ebenfalls als Form von Rabatten verstanden werden können

Die rabattierten Preise kommen in vertraulichen Vereinbarungen zustande und sind nicht zugänglich. Da die tatsächlichen Preise niedriger liegen, kommt es hier zu Verzerrungen. Die Tatsache, dass die vorliegende Studie auch öffentlich bekannte Herstellerrabatte in Deutschland berücksichtigt und sich durchaus eine Verschiebung in den Ergebnissen zeigte, vermittelt eine Idee über die Höhe der Rabatte. Dies zeigte sich in der vorliegenden Studie anschaulich bei dem Krebsmedikament Ipilimumab, der teuersten Arzneispezialität der Analyse (Fabrikabgabepreis/Stück-Median: 17.000 Euro), wonach der Preis in Deutschland unter Berücksichtigung der Herstellerrabatte nicht mehr im zweiten Quartil lag, sondern den niedrigsten Wert im Ländervergleich aufwies.

Die Rabatte haben in der Praxis hohe Relevanz, da in den meisten Ländern Preisvergleiche als Grundlage für die Preisfestsetzung auf Basis von Listenpreisen durchgeführt werden. Mit der Außerachtlassung der Rabatte wird ein hohes Preisniveau stabilisiert. Die europäischen Sozialversicherungsträger forderten daher die Offenlegung der rabattierten Preise (ESIP/AIM 2011).

5 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie bietet Evidenz zum Preisniveau von kostenintensiven Arzneispezialitäten in Österreich und weiteren 15 europäischen Ländern. Die österreichischen Fabriksabgabepreise dieser Arzneimittel lagen 2013 über dem Durchschnitt im Vergleich zu den anderen untersuchten Ländern. Unter Berücksichtigung der offiziellen Herstellerrabatte in Deutschland rangierten die österreichischen Preise dieser Produkte an dritthöchster Stelle (gemeinsam mit zwei weiteren Ländern).

Diese Ergebnisse stehen zum Teil im Widerspruch zu Aussagen in älteren Studien (Walter 2011; Walter et al. 2008), wonach die österreichischen Fabriksabgabepreise bzw. Apothekenverkaufspreise im Mittelfeld bzw. sogar im unteren Mittelfeld lägen. Die Unterschiede können durch Änderungen in den letzten Jahren (Markteintritt neuer hochpreisiger Arzneimittel) wie auch durch unterschiedliche methodische Ansätze bedingt sein. Üblicherweise werden in Preisvergleichsstudien ausschließlich westeuropäische Länder herangezogen. Die vorliegende Arbeit stellt mit dem Einschluss zweier osteuropäischer Länder eher eine Ausnahme dar. Es ist zu vermuten, dass das österreichische Preisniveau bei Berücksichtigung weiterer mittel- und osteuropäischer Länder in einem europäischen Preisvergleich noch stärker im oberen Mittelfeld bzw. unter den höchstpreisigen Ländern rangieren würde. Es wird angeregt, die Aufnahme weiterer Länder für zukünftige Preisanalysen zu prüfen. Idealerweise sollte ein Preisvergleich sämtliche europäische Länder einbeziehen, da dies auch der definierten Vorgehensweise für die Ermittlung des europäischen Durchschnittspreises bei der Preisbildung für erstattungsfähige Arzneimittel in Österreich entspricht. Allerdings ist im Sinne der Qualität der Studie auf eine adäquate Verfügbarkeit von Preisdaten zu achten. Diese kann speziell bei neuen Arzneimitteln meist stark eingeschränkt sein, weil pharmazeutische Unternehmen diese sequenziell, somit verzögert in Niedrigpreisländern, auf den Markt bringen.

Eine allgemeine Limitation von Preiserhebungen besteht darin, dass diese nur für die offiziellen Listenpreise durchgeführt werden können, da die rabattierten „Echtpreise“ vertraulich und daher nicht bekannt sind. Die vorliegende Studie berücksichtigte in alternativen Auswertungen die offiziellen, bekannten Herstellerrabatte in Deutschland und zeigte, wie sich allein der Rabatt in einem Land auf die Gesamtergebnisse auswirken kann. Da in zahlreichen Ländern öffentlichen Zahlern Rabatte gewährt werden, sind viel niedrigere „Echtpreise“ in den europäischen Ländern zu vermuten. Dies ist höchst politikrelevant: Da die meisten Länder ihre Arzneimittelpreise auf Basis offizieller Preise im Vergleich mit anderen Ländern festlegen, kann angenommen werden, dass aufgrund der Intransparenz rabattierter Preise Arzneimittelpreise zu hoch angesetzt werden.

Die Untersuchung liefert Ergebnisse nach den beiden Sektoren: Krankenhausbereich und niedergelassener Sektor. Dabei wird bestätigt, dass die hochpreisigen Arzneimittel primär im stationären Sektor eingesetzt werden, während im niedergelassenen Sektor einige Arzneispezialitäten trotz eher niedriger Stückpreise einen hohen Anteil des öffentlichen Budgets ausmachen.

Die Preisanalyse für den niedergelassenen Sektor berücksichtigt hier nicht nur die Fabriksabgabepreise, sondern analysiert auch die weiteren Handelsspannen. Die Ergebnisse deuten auf relativ hohe Apothekenspannen in Österreich im Vergleich mit den untersuchten Ländern.

Diese Studie liefert eine Momentaufnahme. Sie sollte aber keine singuläre Erhebung bleiben, sondern zum Anlass genommen werden, regelmäßiges Preismonitoring – idealerweise verbunden mit weiteren Monitoring-Komponenten (Arzneimittelverbrauch) – einzuführen. Das Design der vorliegenden Studie ermöglicht es, die Erhebung und Analyse in regelmäßigen Abständen mit denselben Arzneispezialitäten und Ländern zu wiederholen, um Veränderungen bei Verfügbarkeit und Preisen zu erfassen.

6 Literatur

Adamski, Jakub; Godman, Brian; Ofierska-Sujkowska, Gabriella; Osinska, Boguslawa; Herholz, Harald; Wendykowska, Kamila; Laius, Ott; Jan, Saira; Sermet, Catherine; Zara, Corrine; Kalaba, Marija; Gustafsson, Roland; Garuoliene, Kristina; Haycox, Alan; Garattini, Silvio; Gustafsson, Lars L (2010): Risk sharing arrangements for pharmaceuticals: potential considerations and recommendations for European payers. In: *BMC Health Serv Res* 10/153

Babar, Zaheer-Ud-Din; Atif, Muhammad (2014): Differential pricing of pharmaceuticals: a bibliometric review of the literature. In: *Journal of Pharmaceutical Health Services Research* 5/3:149–156

Bouvy, Jacqueline; Vogler, Sabine (2013): Background Paper 8.3 Pricing and Reimbursement Policies: Impacts on Innovation. In: *Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation" Update on 2004 Background Paper*. Hg. v. World Health Organization

Brekke, Kurt Richard; Holmås, Tor Helge; Straume, Odd Rune (2010): Are Pharmaceuticals Still Inexpensive in Norway? A Comparison of Prescription Drug Prices in Ten European Countries. SNF Report No. 08/10

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß § 351c Abs. 6 ASVG

COWI (2009): Analysis of hospital pharmaceuticals. Commissioned by Danish Ministry of Health and Prevention, Copenhagen

Cueni, Thomas (2008): Can Europe afford innovation. In: *Eurohealth* 14/2:8–10

Czypionka, Thomas; Riedel, Monika; Röhring, Gerald; Mayer, Susanne; Rasinger, Theresia (2010): Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich: internationale Evidenz für Österreich. In: *Health System Watch, Supplement to Soziale Sicherheit* 3:1–16

Danzon, Patricia M; Furukawa, Michael F (2003): Prices and availability of pharmaceuticals: evidence from nine countries. In: *Health Affairs* W3–521

Danzon, Patricia M; Kim, Jeong D (1998): International price comparisons for pharmaceuticals. In: *Pharmacoeconomics* 14/1:115–128

Danzon, Patricia M; Wang, Y Richard; Wang, Liang (2005): The impact of price regulation on the launch delay of new drugs—evidence from twenty-five major markets in the 1990s. In: *Health economics* 14/3:269–292

Er, Safiye (2009): PHIS Hospital Pharma Report Denmark. Pharmaceutical Health Information System (PHIS), Vienna

ESIP; AIM (2011): Review of Council Directive 89/105/EEC of 21 December 1988 relating to the transparency of measures regulating the pricing of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of national health insurance systems (Transparency Directive). Joint Position Paper. Submitted 10 February 2011. European Social Insurance Platform (ESIP), Association Internationale de la Mutualité (AIM)

Espin, Jaime; Rovira, Joan; de Labry, Antonio Olry (2011): Working paper 1: External price referencing – review series on pharmaceutical pricing policies and interventions. World Health Organization and Health Action International, Geneva

Espín, Jaime; Rovira, Joan; García, Leticia (2011): Experiences and Impact of European Risk-Sharing Schemes Focusing on Oncology Medicines. EMINet

Europe Economics (2013): External Reference Pricing. Europe Economics, London

Ferrario, Alessandra; Kanavos, Panos (2013): Managed entry agreements for pharmaceuticals: The European experience. EMINet

Henschke, Cornelia; Sundmacher, Leonie; Busse, Reinhard (2013): Structural changes in the German pharmaceutical market: Price setting mechanisms based on the early benefit evaluation. In: Health policy 109/3:263–269

Kanavos, Panos G; Vondoros, Sotiris (2011): Determinants of branded prescription medicine prices in OECD countries. In: Health Economics Policy and Law 6/3:337

Kanavos, Panos; Vondoros, Sotiris; Irwin, Rachel; Nicod, Elena; Casson, Margaret (2011): Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU. European Parliament, Brussels

Kovacs, Tamás; Rozsa, Péter; Szigeti, Szabolcs; Borcsek, Barbara; Lengyel, Gábor (2007): PPRI Pharma Profile Hungary. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI), Vienna

Kullman, David (2011): PHIS Pharma Profile United Kingdom. Pharmaceutical Health Information System (PHIS), Vienna

Leopold, Christine; Habl, Claudia; Vogler, Sabine; Rosian-Schikuta, Ingrid (2008): Steuerung des Arzneimittelverbrauchs am Beispiel Dänemark. Gesundheit Österreich GmbH (Austrian Health Institute), Vienna

Leopold, Christine; Mantel-Teeuwisse, Aukje Katja; Seyfang, Leonhard; Vogler, Sabine; de Joncheere, Kees; Laing, Richard Ogilvie; Leufkens, Hubert (2012): Impact of External Price Referencing on Medicine Prices—A Price Comparison Among 14 European Countries. In: Southern Med Review 5/1

Leopold, Christine; Mantel-Teeuwisse, Aukje Katja; Vogler, Sabine; de Joncheere, Kees; Laing, Richard Ogilvie; Leufkens, H. G. M. (2013a): Is Europe still heading to a common price level for on-patent medicines? An exploratory study among 15 Western European countries. In: Health Policy 112/209–216

Leopold, Christine; Vogler, Sabine; Habl, Claudia; Mantel-Teeuwisse, Aukje Katja; Espin, Jaime (2013b): Personalised medicine as a challenge for public pricing and reimbursement authorities—A survey among 27 European countries on the example of trastuzumab. In: Health Policy 113/3:313–322

Leopold, Christine; Vogler, Sabine; Mantel-Teeuwisse, A. K.; de Joncheere, Kees; Leufkens, H. G.; Laing, Richard (2012b): Differences in external price referencing in Europe—A descriptive overview. In: Health Policy 104/1:50–60

Leopold, Christine; Vogler, Sabine; Piessnegger, Jutta; Bucsics, Anna (2013c): Aktuelle Heilmit-telausgaben und arzneipolitische Trends in Europa. In: Soziale Sicherheit 9:414–429

Moon, S.; Jambert, E.; Childs, M.; von Schoen-Angerer, T. (2011): A 'win-win solution?': A critical analysis of tiered pricing to improve access to medicines in developing countries. In: Online] Globalization and Health 7/39

OECD (2008): Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. OECD Health Policy Studies. OECD, Paris

OECD (2014): Health Data. OECD, Paris, June 2014

OEP (2012): PPRI Poster on Hungary – High cost medicines, generic medicines, changes in the pharmaceutical system – end 2011/2012 and evaluations and studies on pharmaceutical policies. Accessible at <http://whocc.goeg.at/Publications/CountryPosters>. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI)

Ognyanova, Diana; Zentner, Annette; Busse, Reinhard (2011): Pharmaceutical reform 2010 in Germany. In: Eurohealth 17/1:11–13

Paris, Valérie; Belloni, Annalisa (2013): Value in Pharmaceutical Pricing. OECD Health Working Papers, No. 63. OECD Publishing, Paris

PPRI Network Members (several authors) (2007–2013): PPRI /PHIS Pharma Profiles–country specific reports on pharmaceutical systems and policies. Accessible at: <http://whocc.goeg.at/Publications/CountryReports>. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) / Pharmaceutical Health Information System (PHIS). Vienna

PPRI Secretariat (2014a): Pharmaceutical policy monitoring exercise with national competent authorities represented in the PPRI network (unpublished). Bi-annually, latest update: February 2014. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI)

PPRI Secretariat (2014b): PPRI Network Query on new high-cost (premium-priced) medicines (unpublished). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI), Vienna

Rosian, Ingrid; Vogler, Sabine; Stürzlinger, Heidi (2004): Internationale Arzneimittelpreisvergleiche. Meta-Analyse. ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

SFK (2012): Facts and Figures 2012 on pharmaceutical care in The Netherlands. Stichting Farmaceutische Kengetallen, The Hague, Netherlands

Thomsen, Elisabeth; Er, Safiye; Schüder, Paul (2011): PHIS Pharma Profile Denmark. Pharmaceutical Health Information System (PHIS), Vienna

Troein, Per; Long, Doug (2014): European and international trends in the wholesale sector. Präsentation von IMS Health beim GIRP Annual Meeting, Juni 2014. Wien

Vogler, Sabine; Arts, Danielle; Sandberger, Katharina (2012a): Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Vienna

Vogler, Sabine; Habl, Claudia; Leopold, Christine; Mazag, Ján; Morak, Simone; Zimmermann, Nina (2010): PHIS Hospital Pharma Report. Pharmaceutical Health Information System (PHIS), Vienna

Vogler, Sabine; Leopold, Christine; Zimmermann, Nina; Habl, Claudia; de Joncheere, Kees (2014a): The Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) initiative-experiences from engaging with pharmaceutical policy makers. In: Health Policy and Technology 3/2:139-148

Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina (2013): How do regional sickness funds encourage more rational use of medicines, including the increase of generic uptake? A case study from Austria. In: Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal) 2/2:65-75

Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Habimana, Katharina (2014b): Study of the policy mix for the reimbursement of medicinal products. Proposal for a best practice-based approach based on stakeholder assessment. Hg. v. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH und Sogeti. European Commission

Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Habl, Claudia; Piessnegger, Jutta; Bucsecs, Anna (2012b): Discounts and rebates granted to public payers for medicines in European countries. In: Southern Med Review 5/1:38-46

Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Leopold, Christine; de Joncheere, Kees (2011a): Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. In: Southern Med Review 4/2:22-32

Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Leopold, Christine; Habl, Claudia; Mazag, Jan (2011b): Are Hospital Medicines Prices Influenced by Discounts and Rebates? (PHP22). In: Value in Health 14/7:A337

Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Leopold, Christine; Habl, Claudia; Mazag, Jan (2013): Discounts and Rebates Granted for Medicines for Hospital Use in Five European Countries. In: The Open Pharmacoeconomics & Health Economics Journal 5/1–10

Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Leopold, Christine; Schmickl, Bettina; Windisch, Friederike (2011c): Impact of medicines price reductions in Greece and Spain on other European countries applying external price referencing. Poster. Drug Utilisation and Health Policy Meeting. Antwerp, Poster

Walter, Evelyn (2011): Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelpreise. Institut für Pharmaökonomische Forschung, Wien

Walter, Evelyn; Batista, Anamarija; Brennig, Christine; Zehetmayr, Susanne (2008): Der österreichische Pharmamarkt – ein europäischer Vergleich. Institut für Pharmaökonomische Forschung, Wien

Wettermark, Björn; Godman, Brian; Eriksson, Cecilia; van Ganse, Eric; Garattini, Silvio; Joppi, Roberta; Malmstrom, Rickard; Paterson, Ken; Gustafsson, Lars (2010): Einführung neuer Arzneimittel in europäische Gesundheitssysteme. In: GGW (G+G Wissenschaft) 10/3:24–34

WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies (2013): Glossary of pharmaceutical terms. Update 2013. Vienna

Yadav, Prashant (2010): Differential pricing of pharmaceuticals: Review of current knowledge, new findings and ideas for action. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. Hg. v. A study conducted for the UK Department for International Development (DFID). MIT Zaragoza International Logistics Program, Zaragoza

Zimmermann, Nina; Vogler, Sabine (2011): Discounts and rebates on medicines for third party payers. European overview. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

ANHANG

7 Anhang

Auswahl der Arzneyspezialitäten

Tabelle 7.1:

30 kostenintensivste Arzneyspezialitäten nach Handelsnamen im Wiener Krankenanstaltenverbund im Jahr 2012

Nr.	Arzneyspezialität
1	Erythrozyt. Konz.
2	Avastin Konz. 25 mg/ml 16 ml
3	Herceptin Plv 150 mg 1 ST
4	Mabthera Dfl 500 mg 1 ST
5	Alimta Dfl. 500 mg 1 ST
6	Erbitux 5 mg/ml Dfl 100 ml 1 ST
7	Lucentis 10 mg/ml Dfl 1 ST
8	Haemocompletann-P-Dfl 1G 1 ST
9	Privigen 100 mg/ml Dfl 20G 1 ST
10	Velcade Plv Ilsg Dfl. 3,5 mg 1 ST
11	Yervoy Konz. Ilsg 5 mg/ml Dfl 40 ml
12	Tachosil Schwamm 9,5X4,8 cm 1 ST
13	Remicade Plv Ilsg 100 mg
14	Vidaza 25 mg/ml Plv Dfl 100 mg 1 ST
15	Myocet Plv 50 mg Set 1 ST
16	Zyvoxid Ilsg 2 mg/ml BTL300ml
17	Simdax Ilsg Dfl 2,5 mg/ml 5ml 1 ST
18	Myozyme 50 mg Dfl 20 ml
19	Vfend Plv Ilsg 200 mg Dfl 1 ST
20	Solaris 300 mg Konz. Dfl 30 ml 1 ST
21	Privigen 100 mg/ml Dfl 10G 1 ST
22	Cancidas Plv 50 mg Dfl 1 ST
23	Ecalta 100 mg Plv Dfl 30 ml 1 ST
24	Tractocile Ilsg 5 ml 1 ST
25	Brodon Ilsg 100 mg/ml 2 ml 10 ST
26	Levact Plv 2,5 mg/ml Dfl 100
27	Targocid Trstamp 400 mg
28	Ambisome Trsub Iber 10 ST
29	Actilyse Plv +Lsm Dfl 50 mg 1 ST
30	Beriplex P/N Plv Dfl 500 IE 1 ST

Dfl = Durchstechflasche, IE = internationale Einheit, Ilsg = Injektionslösungskonzentrat, Konz. = Konzentrat, mg = Milligramm, ml = Milliliter, Plv = Pulver, ST = Stück

Quelle: E-Mail-Kommunikation des Wiener Krankenanstaltenverbundes, 12. Februar 2013

Tabelle 7.2:

30 kostenintensive Wirkstoffe ohne generische Mitbewerber im niedergelassenen Bereich im Jahr 2012

ATC	Wirkstoff
B01AB05	Enoxaparin
R03BB04	Tiotropiumbromid
R03AK06	Salmeterol und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
L01XE01	Imatinib
L03AB07	Interferon-beta-1a
N06AB10	Escitalopram
N07BC	Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit
L04AX04	Lenalidomid
L04AB02	Infliximab
C10AA07	Rosuvastatin
L03AX13	Glatirameracetat
N05AX12	Aripiprazol
C02KX01	Bosentan
N06AX21	Duloxetin
C05CA53	Diosmin, Kombinationen
N06DX02	Ginkgoblatt
J05AR03	Tenofovir disoproxil und Emtricitabin
L02AE02	Leuprorelin
B02BD02	Gerinnungsfaktor VIII
J06BA02	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung
N03AX16	Pregabalin
L04AB06	Golimumab
L04AD02	Tacrolimus
A10AD05	Insulin aspart
B03XA02	Darbepoetin alfa
L02BX03	Abirateron
C10BA02	Simvastatin und Ezetimib
M05BA08	Zoledronsäure
N04BA02	Levodopa und Decarboxylasehemmer
N06AX05	Trazodon

Quelle: E-Mail-Kommunikation des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, 12. April 2103

Tabelle 7.3:

Datenverfügbarkeit für alle Preisstufen im niedergelassenen Sektor in den 16 europäischen Ländern der Erhebung

Land	Fabriksabgabepreis (FAP)	Apothekeneinkaufspreis (AEP)	Apothekenverkaufspreis (AVP) netto	Apothekenverkaufspreis (AVP) brutto
Belgien	✓	✓	✓	✓
Dänemark	✓ ¹	✓	✓	✓
Deutschland	✓	✓	✓	✓
Finnland	✓ ¹	✓	✓	✓
Frankreich	✓	✓	✓	✓
Griechenland	✓	✓	✓	✓
Großbritannien	✓ ¹	✓	-2	-2
Irland	✓	✓	(✓) ³	(✓) ³
Italien	✓	✓	✓	✓
Niederlande	✓ ¹	✓	-4	-4
Österreich	✓	✓	✓	✓
Portugal	✓	✓	✓	✓
Schweden	✓ ¹	✓	✓	✓
Slowakische Republik	✓	✓	✓	✓
Spanien	✓	✓	✓	✓
Ungarn	✓	✓	✓	✓

¹ Für Dänemark, Finnland, Großbritannien, die Niederlande und Schweden wurden Fabriksabgabepreise mit durchschnittlichen Großhandelsspannen (wie in der Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß § 351c Abs. 6 ASVG veröffentlicht) errechnet, geringfügige Abweichungen können daher auftreten.

² Eine Angabe des AVP ist für Großbritannien nicht möglich, da die Apothekenverkaufspreise innerhalb des Landes unterschiedlich sein können (u. a. abhängig von Abgabeort, Käufer).

³ Unterschiedliche Apothekenhonorierung je nach Erstattungsschema; AVP ist für manche Produkte zugänglich, für andere nicht.

⁴ In den Niederlanden wurde die Apothekenvergütung liberalisiert; damit variieren die Apothekenverkaufspreise zwischen Apotheken und Krankenversicherungsträgern und sind landesweit weder einheitlich noch bekannt.

Quelle: Pharma-Preisinformation (PPI) – Service

Fabriksabgabepreise

Tabelle 7.4:

Preisniveau der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten (Gesamtmarkt) in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises ohne Berücksichtigung von Rabatten

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	30	0,0	20,0	46,7	33,3	0,0	0,0
BE	29	27,6	34,5	34,5	3,4	3,3	0,0
DE	30	0,0	6,7	13,3	80,0	0,0	40,0
DK	30	6,7	26,7	20,0	46,7	0,0	13,3
EL	27	88,9	11,1	0,0	0,0	53,3	0,0
ES	29	3,4	44,8	37,9	13,8	3,3	0,0
FI	30	16,7	26,7	23,3	33,3	3,3	3,3
FR	28	35,7	42,9	17,9	3,6	13,3	0,0
HU	24	70,8	29,2	0,0	0,0	3,3	0,0
IE	19	0,0	0,0	73,7	26,3	0,0	0,0
IT	27	22,2	33,3	40,7	3,7	0,0	0,0
NL	30	6,7	46,7	20,0	26,7	3,3	0,0
PT	22	27,3	31,8	27,3	13,6	0,0	6,7
SE	27	0,0	3,7	11,1	85,2	0,0	23,3
SK	28	64,3	21,4	0,0	14,3	3,3	6,7
UK	30	60,0	20,0	3,3	16,7	13,3	6,7

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 30 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.5:

Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises ohne Berücksichtigung von Rabatten

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	15	0,0	20,0	53,3	26,7	0,0	0,0
BE	14	35,7	21,4	35,7	7,1	6,7	0,0
DE	15	0,0	6,7	6,7	86,7	0,0	53,3
DK	15	6,7	6,7	26,7	60,0	0,0	13,3
EL	14	92,9	7,1	0,0	0,0	33,3	0,0
ES	14	0,0	28,6	50,0	21,4	0,0	0,0
FI	15	26,7	46,7	13,3	13,3	6,7	0,0
FR	15	33,3	40,0	20,0	6,7	13,3	0,0
HU	14	57,1	42,9	0,0	0,0	6,7	0,0
IE	14	0,0	0,0	71,4	28,6	0,0	0,0
IT	12	8,3	50,0	41,7	0,0	0,0	0,0
NL	15	6,7	33,3	13,3	46,7	6,7	0,0
PT	11	27,3	54,5	18,2	0,0	0,0	0,0
SE	15	0,0	0,0	13,3	86,7	0,0	26,7
SK	14	71,4	28,6	0,0	0,0	6,7	0,0
UK	15	53,3	26,7	6,7	13,3	20,0	6,7

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 15 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.6:

Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im stationären Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises ohne Berücksichtigung von Rabatten

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	15	6,3	18,8	37,5	37,5	0,0	0,0
BE	15	20,0	46,7	33,3	0,0	0,0	0,0
DE	15	0,0	6,7	20,0	73,3	0,0	26,7
DK	15	6,7	46,7	13,3	33,3	0,0	13,3
EL	13	84,6	15,4	0,0	0,0	73,3	0,0
ES	15	6,7	60,0	26,7	6,7	6,7	0,0
FI	15	6,7	6,7	33,3	53,3	0,0	6,7
FR	13	38,5	46,2	15,4	0,0	13,3	0,0
HU	10	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IE	5	0,0	0,0	80,0	20,0	0,0	0,0
IT	15	33,3	20,0	40,0	6,7	0,0	0,0
NL	15	6,7	60,0	26,7	6,7	0,0	0,0
PT	11	27,3	9,1	36,4	27,3	0,0	13,3
SE	12	0,0	8,3	8,3	83,3	0,0	20,0
SK	14	57,1	14,3	0,0	28,6	0,0	13,3
UK	15	66,7	13,3	0,0	20,0	6,7	6,7

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 15 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.7:

Preisniveau der 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten (Gesamtmarkt) in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises unter Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	30	0,0	16,7	36,7	46,7	0,0	10,0
BE	29	27,6	24,1	37,9	10,3	3,3	0,0
DE	30	13,3	26,7	30,0	30,0	3,3	10,0
DK	30	3,3	23,3	26,7	46,7	0,0	16,7
EL	27	88,9	11,1	0,0	0,0	53,3	0,0
ES	29	3,4	37,9	41,4	17,2	3,3	0,0
FI	30	16,7	26,7	16,7	40,0	3,3	3,3
FR	28	35,7	39,3	17,9	7,1	10,0	0,0
HU	24	70,8	29,2	0,0	0,0	3,3	0,0
IE	19	0,0	0,0	57,9	42,1	0,0	0,0
IT	27	14,8	40,7	40,7	3,7	0,0	0,0
NL	30	6,7	33,3	30,0	30,0	3,3	0,0
PT	22	27,3	31,8	27,3	13,6	0,0	6,7
SE	27	0,0	3,7	7,4	88,9	0,0	36,7
SK	28	60,7	25,0	0,0	14,3	3,3	6,7
UK	30	60,0	20,0	3,3	16,7	13,3	10,0

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 30 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.8:

Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises unter Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/ höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	15	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0	13,3
BE	14	35,7	21,4	28,6	14,3	6,7	0,0
DE	15	0,0	20,0	33,3	46,7	0,0	20,0
DK	15	6,7	0,0	33,3	60,0	0,0	13,3
EL	14	92,9	7,1	0,0	0,0	33,3	0,0
ES	14	0,0	28,6	50,0	21,4	0,0	0,0
FI	15	26,7	46,7	13,3	13,3	6,7	0,0
FR	15	33,3	40,0	13,3	13,3	13,3	0,0
HU	14	57,1	42,9	0,0	0,0	6,7	0,0
IE	14	0,0	0,0	57,1	42,9	0,0	0,0
IT	12	8,3	50,0	41,7	0,0	0,0	0,0
NL	15	6,7	26,7	20,0	46,7	6,7	0,0
PT	11	27,3	54,5	18,2	0,0	0,0	0,0
SE	15	0,0	0,0	13,3	86,7	0,0	40,0
SK	14	71,4	28,6	0,0	0,0	6,7	0,0
UK	15	53,3	26,7	6,7	13,3	20,0	13,3

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 15 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.9:

Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im stationären Sektor in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Fabriksabgabepreises unter Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	15	0,0	13,3	33,3	53,3	0,0	6,7
BE	15	20,0	26,7	46,7	6,7	0,0	0,0
DE	15	26,7	33,3	26,7	13,3	6,7	0,0
DK	15	0,0	46,7	20,0	33,3	0,0	20,0
EL	13	84,6	15,4	0,0	0,0	73,3	0,0
ES	15	6,7	46,7	33,3	13,3	6,7	0,0
FI	15	6,7	6,7	20,0	66,7	0,0	6,7
FR	13	38,5	38,5	23,1	0,0	6,7	0,0
HU	10	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IE	5	0,0	0,0	60,0	40,0	0,0	0,0
IT	15	20,0	33,3	40,0	6,7	0,0	0,0
NL	15	6,7	40,0	40,0	13,3	0,0	0,0
PT	11	27,3	9,1	36,4	27,3	0,0	13,3
SE	12	0,0	8,3	0,0	91,7	0,0	33,3
SK	14	50,0	21,4	0,0	28,6	0,0	13,3
UK	15	66,7	13,3	0,0	20,0	6,7	6,7

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 15 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.10:

Unterschied zwischen dem Fabriksabgabepreis (Stückpreis) im Höchstpreisland im Vergleich zum Tiefstpreisland mit und ohne Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland bei 30 kostenintensiven Arzneispezialitäten (Gesamtmarkt) in 16 europäischen Ländern

Arzneispezialität	Sektor	Unterschied beim FAP exkl. Rabatt	Unterschied beim FAP inkl. Rabatt
Alteplase	stationär	93,3 %	93,3 %
Anidulafungin	stationär	62,3 %	62,3 %
Azacitidin	stationär	59,0 %	59,0 %
Bevacizumab	stationär	38,8 %	38,8 %
Bortezomib	stationär	58,6 %	47,8 %
Bosentan	niedergelassen	116,6 %	116,6 %
Caspofungin	stationär	70,1 %	70,1 %
Duloxetin	niedergelassen	193,2 %	146,3 %
Enoxaparin	niedergelassen	148,1 %	148,1 %
Glatirameracetat	niedergelassen	134,0 %	100,5 %
Golimumab	niedergelassen	96,4 %	67,1 %
Human normal immunoglobulin	stationär	88,9 %	84,5 %
Infliximab	stationär	69,9 %	44,1 %
Insulin aspart	niedergelassen	70,8 %	43,5 %
Interferon beta 1a	niedergelassen	129,1 %	92,4 %
Ipilimumab	stationär	24,6 %	34,2 %
Lenalidomid	niedergelassen	60,7 %	57,5 %
Leuprorelin	niedergelassen	181,9 %	181,9 %
Levodopa + Decarboxylasehemmer	niedergelassen	251,1 %	251,1 %
Linezolid	stationär	96,7 %	96,7 %
Pemetrexed	stationär	132,1 %	82,5 %
Pregabalin	niedergelassen	147,4 %	142,2 %
Ranibizumab	stationär	29,1 %	29,1 %
Rituximab	stationär	68,2 %	68,2 %
Salmeterol + Fluticason	niedergelassen	213,3 %	213,3 %
Simvastatin + Ezetimib	niedergelassen	34,1 %	25,4 %
Tiotropium-Kation	niedergelassen	69,2 %	69,2 %
Trastuzumab	stationär	71,2 %	71,2 %
Voriconazol	stationär	83,4 %	83,4 %
Zoledronsäure	niedergelassen	79,6 %	79,6 %
<i>Durchschnitt</i>	<i>gesamt</i>	<i>99,0 %</i>	<i>90,0 %</i>
<i>Durchschnitt</i>	<i>stationär</i>	<i>69,7 %</i>	<i>64,4 %</i>
<i>Durchschnitt</i>	<i>niedergelassen</i>	<i>128,3 %</i>	<i>115,5 %</i>

FAP = Fabriksabgabepreis

Lesehilfe: Der Fabriksabgabepreis pro Stück von Alteplase ist im Höchstpreisland (d. h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den höchsten Preis hat) um 93,3 Prozent höher als im Tiefstpreisland.

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

Tabelle 7.11:

Unterschied zwischen dem Fabriksabgabepreis in Österreich und dem FAP im Tiefst-, Höchstpreisland bzw. seinem Durchschnittswert mit und ohne Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland

Arzneispezialität	Sektor	Differenz bei FAP exkl. Rabatt			Differenz bei FAP inkl. Rabatt		
		AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.	AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.
Alteplase	stationär	68,1 %	18,7 %	-13,0 %	68,1 %	19,2 %	-13,0 %
Anidulafungin	stationär	31,5 %	0,8 %	-19,0 %	31,5 %	2,4 %	-19,0 %
Azacitidin	stationär	23,2 %	6,9 %	-22,5 %	23,2 %	8,1 %	-22,5 %
Bevacizumab	stationär	34,9 %	11,2 %	-2,8 %	34,9 %	12,8 %	-2,8 %
Bortezomib	stationär	36,3 %	6,7 %	-14,1 %	36,3 %	8,6 %	-7,8 %
Bosentan	niedergelassen	37,3 %	5,6 %	-36,5 %	37,3 %	7,0 %	-36,5 %
Caspofungin	stationär	36,0 %	4,7 %	-20,0 %	36,0 %	6,0 %	-20,0 %
Duloxetine	niedergelassen	21,0 %	-19,0 %	-58,7 %	21,0 %	-17,3 %	-50,9 %
Enoxaparin	niedergelassen	72,1 %	11,9 %	-30,6 %	72,1 %	11,9 %	-30,6 %
Glatirameracetat	niedergelassen	58,0 %	6,8 %	-32,5 %	58,0 %	9,1 %	-21,2 %
Golimumab	niedergelassen	21,2 %	-7,9 %	-38,3 %	21,2 %	-6,5 %	-27,5 %
Human normal Immuno- globulin	stationär	7,3 %	-17,1 %	-43,2 %	7,3 %	-14,8 %	-41,8 %
Infliximab	stationär	29,4 %	4,8 %	-23,8 %	29,4 %	6,3 %	-10,2 %
Insulin aspart	niedergelassen	10,2 %	-6,2 %	-35,5 %	10,2 %	-4,8 %	-23,2 %
Interferon beta 1a	niedergelassen	44,2 %	4,7 %	-37,0 %	44,2 %	6,5 %	-25,0 %
Ipilimumab	stationär	21,4 %	3,3 %	-2,5 %	30,8 %	5,7 %	-2,5 %
Lenalidomid	niedergelassen	57,5 %	14,9 %	-2,0 %	57,5 %	16,5 %	0,0 %
Leuprorelin	niedergelassen	162,1 %	34,8 %	-7,0 %	162,1 %	36,4 %	-7,0 %
Levodopa + Decarboxylasehemmer	niedergelassen	103,2 %	21,1 %	-42,1 %	103,2 %	21,1 %	-42,1 %
Linezolid	stationär	33,8 %	-8,3 %	-31,9 %	33,8 %	-7,0 %	-31,9 %
Pemetrexed	stationär	82,5 %	26,4 %	-21,4 %	82,5 %	30,6 %	0,0 %
Pregabalin	niedergelassen	39,7 %	-11,0 %	-43,5 %	39,7 %	-9,6 %	-42,3 %
Ranibizumab	stationär	20,9 %	5,3 %	-6,3 %	20,9 %	6,5 %	-6,3 %
Rituximab	stationär	51,5 %	14,6 %	-9,9 %	51,5 %	16,2 %	-9,9 %
Salmeterol + Fluticason	niedergelassen	101,6 %	-1,9	-35,7 %	101,6 %	-1,9	-35,7 %
Simvastatin + Ezetimib	niedergelassen	25,4 %	12,2 %	-6,4 %	25,4 %	13,7 %	0,0 %
Tiotropium-Kation	niedergelassen	28,2 %	-0,6 %	-24,2 %	28,2 %	1,0 %	-24,2 %

Arzneispezialität	Sektor	Differenz bei FAP exkl. Rabatt			Differenz bei FAP inkl. Rabatt		
		AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.	AT/Min.	AT/Durch.	AT/Max.
Trastuzumab	stationär	50,6 %	13,6 %	-12,0 %	50,6 %	15,1 %	-12,0 %
Voriconazol	stationär	70,6 %	11,1 %	-7,0 %	70,6 %	12,7 %	-7,0 %
Zoledronsäure	niedergelassen	50,8 %	9,6 %	-16,0 %	50,8 %	12,0 %	-16,0 %
<i>Durchschnitt (gesamt)</i>		<i>47,9 %</i>	<i>5,9 %</i>	<i>-23,2 %</i>	<i>48,0 %</i>	<i>7,4 %</i>	<i>-19,6 %</i>
<i>Durchschnitt (stationär)</i>		<i>39,9 %</i>	<i>6,9 %</i>	<i>-16,6 %</i>	<i>40,5 %</i>	<i>8,6 %</i>	<i>-13,8 %</i>
<i>Durchschnitt (niedergelassen)</i>		<i>55,5 %</i>	<i>5,0 %</i>	<i>-29,7 %</i>	<i>55,5 %</i>	<i>6,3 %</i>	<i>-25,5 %</i>

AT/Durch. = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis der Arzneispezialität im Durchschnitt, AT/max. = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis im Höchstpreisland, AT/min. = Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Preis im Tiefstpreisland (d. h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den niedrigsten Preis hat), exkl. = exklusive, inkl. = inklusive, FAP = Fabriksabgabepreis

Lesehilfe: Der Preis von Trastuzumab in Österreich ist 50,6 Prozent höher als jener im Höchstpreisland (d. h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den höchsten Preis hat); liegt 13,6 Prozent über dem Durchschnittswert und ist 12,0 Prozent niedriger als der Preis im Tiefstpreisland (Betrachtung ohne Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland).

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

Weitere Preisstufen (niedergelassener Sektor)

Tabelle 7.12:

Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Apothekeneinkaufspreises

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	15	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0	0,0
BE	14	42,9	14,3	42,9	0,0	13,3	0,0
DE	15	6,7	0,0	6,7	86,7	0,0	53,3
DK	15	6,7	6,7	20,0	66,7	0,0	13,3
EL	14	100,0	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0
ES	14	0,0	35,7	50,0	14,3	0,0	0,0
FI	15	26,7	46,7	13,3	13,3	6,7	0,0
FR	15	33,3	33,3	26,7	6,7	13,3	0,0
HU	14	57,1	42,9	0,0	0,0	6,7	0,0
IE	14	0,0	0,0	42,9	57,1	0,0	0,0
IT	12	25,0	41,7	33,3	0,0	0,0	0,0
NL	15	6,7	26,7	26,7	40,0	0,0	0,0
PT	11	0,0	81,8	18,2	0,0	0,0	0,0
SE	15	0,0	6,7	33,3	60,0	0,0	20,0
SK	14	78,6	21,4	0,0	0,0	13,3	0,0
UK	15	33,3	40,0	13,3	13,3	6,7	13,3

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 15 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.13:

Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises netto

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	15	0,0	0,0	13,3	86,7	0,0	33,3
BE	12	50,0	41,7	8,3	0,0	0,0	0,0
DE	15	0,0	20,0	20,0	60,0	0,0	40,0
DK	15	6,7	20,0	40,0	33,3	0,0	6,7
EL	14	78,6	21,4	0,0	0,0	40,0	0,0
ES	14	0,0	35,7	28,6	35,7	0,0	0,0
FI	15	0,0	40,0	53,3	6,7	0,0	0,0
FR	15	40,0	33,3	20,0	6,7	13,3	0,0
HU	14	92,9	7,1	0,0	0,0	26,7	0,0
IE	8	0,0	0,0	87,5	12,5	0,0	0,0
IT	12	0,0	33,3	25,0	41,7	0,0	6,7
NL	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PT	11	54,5	45,5	0,0	0,0	0,0	0,0
SE	15	0,0	13,3	26,7	60,0	0,0	13,3
SK	14	92,9	7,1	0,0	0,0	20,0	0,0
UK	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 15 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.14:

Preisniveau der 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Bereich in 16 europäischen Ländern – Verteilung der Preise nach Quartilen pro Land und Anteil des niedrigsten/höchsten Preises an allen Arzneispezialitäten auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises brutto

Land	Verteilung der Preise nach Quartilen (in %)					Anteil des niedrigsten/höchsten Preises (in %)	
	n	Q1	Q2	Q3	Q4	Min.	Max.
AT	15	0,0	0,0	13,3	86,7	0,0	26,7
BE	12	50,0	41,7	8,3	0,0	6,7	0,0
DE	15	0,0	0,0	46,7	53,3	0,0	46,7
DK	15	0,0	0,0	13,3	86,7	0,0	13,3
EL	14	78,6	14,3	7,1	0,0	26,7	0,0
ES	14	0,0	42,9	42,9	14,3	0,0	0,0
FI	15	0,0	33,3	46,7	20,0	0,0	0,0
FR	15	46,7	40,0	13,3	0,0	20,0	0,0
HU	14	100,0	0,0	0,0	0,0	46,7	0,0
IE	8	0,0	37,5	37,5	25,0	0,0	0,0
IT	12	0,0	25,0	33,3	41,7	0,0	6,7
NL	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PT	11	45,5	54,5	0,0	0,0	0,0	0,0
SE	15	6,7	33,3	46,7	13,3	0,0	6,7
SK	14	85,7	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0
UK	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Max. = Maximum (Anteil der Produkte, bei denen das Land den höchsten Preis im Ländervergleich aufweist), Min. = Min. (Anteil der Produkte, bei denen das Land den niedrigsten Preis im Ländervergleich aufweist), n = Anzahl der verfügbaren Preisdaten pro Land (bei maximaler Datenverfügbarkeit Preise für 15 kostenintensive Produkte), Q1 = erstes Quartil, Q2 = zweites Quartil, Q3 = drittes Quartil, Q4 = viertes Quartil

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

Tabelle 7.15:

Preisunterschiede zwischen dem Land mit dem höchsten Preis und dem niedrigsten Preis bei 15 kostenintensiven Arzneispezialitäten im niedergelassenen Sektor für alle Preisstufen (Fabriksabgabepreis ohne und mit Berücksichtigung von Rabatten in Deutschland, Apothekeneinkaufspreis, Apothekenverkaufspreis netto und brutto) in 16 europäischen Ländern

Arzneispezialität	FAP	FAP inkl. Rab.	AEP	AVP netto	AVP brutto
Bosentan	116,6 %	116,6 %	119,0 %	130,6 %	170,6 %
Duloxetin	193,2 %	146,3 %	191,5 %	155,7 %	195,0 %
Enoxaparin	148,1 %	148,1 %	150,8 %	156,9 %	192,8 %
Glatirameracetat	134,0 %	100,5 %	120,1 %	116,9 %	137,5 %
Golimumab	96,4 %	67,1 %	88,7 %	88,6 %	110,7 %
Insulin aspart	70,8 %	43,5 %	70,2 %	93,1 %	118,8 %
Interferon beta 1a	129,1 %	92,4 %	131,0 %	127,9 %	155,6 %
Lenalidomid	60,7 %	57,5 %	60,7 %	97,3 %	112,6 %
Leuprorelin	181,9 %	181,9 %	176,2 %	181,4 %	190,6 %
Levodopa + Decarboxylasehemmer	251,1 %	251,1 %	213,4 %	170,5 %	153,0 %
Pregabalin	147,4 %	142,2 %	159,5 %	124,1 %	161,2 %
Salmeterol + Fluticason	213,3 %	213,3 %	241,3 %	160,9 %	164,8 %
Simvastatin + Ezetimib	34,1 %	25,4 %	34,3 %	95,2 %	104,5 %
Tiotropium-Kation	69,2 %	69,2 %	66,3 %	82,0 %	91,9 %
Zoledronsäure	79,6 %	79,6 %	61,5 %	66,7 %	74,6 %
Durchschnitt	128,3%	115,5%	125,7%	123,2%	142,3%

AEP = Apothekeneinkaufspreis, AVP = Apothekenverkaufspreis, FAP = Fabriksabgabepreis, inkl. Rab. = unter Berücksichtigung der Rabatte in Deutschland

Lesehilfe: Der FAP von Bosentan ist im Höchstpreisland (d.h. das Land, das bei dieser Arzneispezialität den höchsten Preis hat) um 116,6 Prozent höher als der FAP im Tiefstpreisland. Der AVP brutto von Bosentan ist im Höchstpreisland 170,6 Prozent höher als der AVP brutto als im Tiefstpreisland.

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