

BASYS

# Die deutschen Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich

Markus Schneider  
Uwe Hofmann  
Peter Biene-Dietrich  
Brigitta Späth  
Doris Mill

Gutachten für den  
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.  
und die Bundesvereinigung Deutscher  
Apothekerverbände e.V.



## Vorwort

Preisunterschiede bei Arzneimitteln in Europa sind auch in Deutschland immer wieder Ausgangspunkt politischer Interventionen. Bislang fehlte ein aktueller Arzneimittelpreisvergleich, der sowohl die deutschen Versorgungsstrukturen berücksichtigt, als auch einen therapiebezogenen Vergleich der Arzneimittelpreise ermöglicht. Dies führte dazu, daß in der Regel das derzeitige deutsche Preisniveau im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern zu hoch eingeschätzt wurde.

Ziel dieser Studie war es, diese Informationslücke zu schließen. Die Studie vergleicht, ausgehend von der deutschen Versorgungsstruktur, die deutschen Arzneimittelpreise mit denen der Länder der Europäischen Union. Die Preisunterschiede werden auf zwei verschiedenen Ebenen dargestellt, dem Apothekenverkaufspreis und dem Herstellerabgabepreis. Ferner wird über die Preisbildungsverfahren der in die Untersuchung einbezogenen Länder Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweiz und Spanien berichtet. Die Untersuchung stützt sich auf Daten des Institut für medizinische Statistik in Frankfurt (IMS), das in allen Ländern umfassende Daten zum Arzneimittelmarkt erhebt.

An dieser Stelle möchten wir dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA) und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA) danken, die diese Studie ermöglichten; ferner dem Institut für medizinische Statistik in Frankfurt (IMS), wie auch den Mitgliedern des Projektbeirates „Europäischer Preisvergleich“, Herrn Egler, Herrn Foh, Herrn Dr. Huber und Herrn Laukant, die die Untersuchung durch kritische Anmerkungen und Diskussionen bereichert haben. Nicht zuletzt gilt unser Dank Herrn Dr. Wittig (VFA), der durch seine engagierten Bemühungen wesentlich zum Gelingen dieser Untersuchung beigetragen hat.

Augsburg, im September 1999

Markus Schneider

## Inhalt

	Seite
<b>1 Zusammenfassung</b>	<b>1</b>
<b>2 Ausgangssituation und Zielsetzung der Untersuchung</b>	<b>9</b>
<b>3 Methodik des Preisvergleichs</b>	<b>23</b>
3.1 Verfahren zur Ermittlung der Preisunterschiede	23
3.1.1 Vergleichsgröße	23
3.1.2 Ebenen des Preisvergleichs	24
3.1.3 Einbezogene Wirkstoffe	25
3.1.4 Einbezogene Länder	29
3.1.5 Ermittlung der Preisunterschiede (Preisindizes)	30
3.2 Datengrundlage	33
3.2.1 IMS-Daten	33
3.2.2 Sonstige Daten	36
<b>4 Ergebnisse des bilateralen Vergleichs der Arzneimittelpreise</b>	<b>37</b>
4.1 Preisvergleich auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises	38
4.1.1 Zusammensetzung der Apothekenverkaufspreise	38
4.1.1.1 Großhandelsspannen	40
4.1.1.2 Apothekenhandelsspannen	42
4.1.1.3 Rabatte	44
4.1.1.4 Mehrwertsteuersätze	47
4.1.2 Vergleich der Apothekenverkaufspreise	49
4.1.2.1 Vergleichsmaßstab „Kaufkraftparitäten“	49
4.1.2.2 Vergleichsmaßstab „Devisenkurse“	51

Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich	iii
4.1.2.3 Vergleichsmaßstab „Einkommensverhältnisse“	52
4.2 Preisvergleich auf der Ebene des Herstellerabgabepreises	53
<b>5 Literaturverzeichnis</b>	<b>59</b>
<b>6 Anhang</b>	<b>63</b>
6.1 Kaufkraftparitäten (1998)	64
6.2 Stundenlöhne in der Verarbeitenden Industrie in nationaler Währung (Weibliche und männliche Arbeiter) (1998)	65
6.3 Anteile der DDDs nach Wirkstoffen und Darreichungsformen der Stichprobe (IMS-Daten)	in 66

## Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis (Vergleichsmaßstab: Kaufkraftparitäten)	5
Abbildung 2: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis (Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)	6
Abbildung 3: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis (Vergleichsmaßstab: Einkommensverhältnisse)	7
Abbildung 4: Laspeyres-Preisindex Herstellerabgabepreis (Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)	8
Abbildung 5: Preisbildende Faktoren des Arzneimittelmarktes	11
Abbildung 6: Vereinfachte schematische Vorgehensweise zum Vergleich der Arzneimittelpreise	32
Abbildung 7: Prozentuale Zusammensetzung des Apothekenverkaufspreises (=100%)	40
Abbildung 8: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis (Vergleichsmaßstab: Kaufkraftparitäten)	50
Abbildung 9: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis (Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)	51
Abbildung 10: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis (Vergleichsmaßstab: Einkommensverhältnisse)	52
Abbildung 11: Laspeyres-Preisindex Herstellerabgabepreis (Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)	57

## Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Preise und aufgewendete Arbeitszeit je DDD nach Ländern (Apothekenverkaufspreis)	4
Tabelle 2: Theoretische Anforderungen an internationale Preisvergleiche von Arzneimitteln in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielsetzung	13
Tabelle 3: Auswahl internationaler Preisvergleichsstudien für Arzneimittel (seit 1988)	16
Tabelle 4: Ergebnisse internationaler Preisvergleichsstudien für Arzneimittel auf der Basis des Apothekenverkaufspreises (Deutschland = 100)	21
Tabelle 5: Ergebnisse internationaler Preisvergleichsstudien für Arzneimittel auf der Basis des Herstellerabgabepreises (Deutschland = 100)	22
Tabelle 6: Führende Zweitanmelder-Märkte (1996)	27
Tabelle 7: Führende Wirkstoffe ohne Zweitanmelder (1996)	28
Tabelle 8: Verhältnis von Herstellerabgabe- zu Apothekenverkaufspreis (Conversion factors) (3. Quartal 1998)	34
Tabelle 9: Zur Umrechnung verwendete Devisenkurse	36
Tabelle 10: Prozentuale Anteile der Handelsspannen und Steuern am Apothekenverkaufspreis (=100%) (1997)	39
Tabelle 11: Großhandelszuschläge und -spannen in ausgewählten europäischen Ländern (1997)	42
Tabelle 12: Apothekenzuschläge und -spannen in ausgewählten europäischen Ländern (1997)	43
Tabelle 13: Kassenrabatt in ausgewählten europäischen Ländern (1998)	46

Tabelle 14: Patientenrabatt in ausgewählten europäischen Ländern (1998)	47
Tabelle 15: Mehrwertsteuersätze in ausgewählten europäischen Ländern (1998)	48

## 1 Zusammenfassung

Die Arzneimittelpreise der einzelnen europäischen Länder sind trotz deregulierender Eingriffe der Europäischen Union im Hinblick auf einen gemeinsamen Europäischen Markt nach wie vor unterschiedlich. Ursächlich hierfür sind nicht nur unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen, sondern vor allem Interventionen der einzelnen Länder. Die Arzneimittelmärkte der Mitgliedsstaaten sind gekennzeichnet durch unterschiedliche Zulassungs- und Preisbildungsverfahren, Erstattungsregelungen und Organisationsformen der nationalen Gesundheitssysteme sowie wirtschaftliche Unterschiede. Die nationalen Preisunterschiede in Europa sind deshalb immer wieder Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen und Interventionen.

Ziel dieser Untersuchung ist es, die deutschen Arzneimittelpreise mit denen der Länder der Europäischen Union zu einem bestimmten Zeitpunkt (1998) zu vergleichen. Hierbei steht der Vergleich der kostenmäßigen Belastung der Versicherten bzw. ihrer Kostenträger im Vordergrund. Der Vergleich geht von der deutschen Versorgungsstruktur aus und erfolgt bilateral zwischen Deutschland und den jeweils in die Untersuchung einbezogenen Ländern. Damit sind Aussagen über das Preisniveau zwischen Deutschland und dem jeweiligen Land, nicht jedoch über die Preisunterschiede zwischen den anderen Ländern möglich.

### *Vorgehensweise*

Der Ausgangspunkt des methodischen Vorgehens ist das Konzept der DDD (Defined Daily Dose). Durch die DDDs werden unterschiedliche Packungsgrößen und Dosierungen vergleichbar gemacht. Der Preisvergleich zwischen Deutschland und den in die Untersuchung einbezogenen Ländern erfolgt auf der Basis von Wirkstoffen. Die einzelnen Preise werden innerhalb der Wirkstoffe jedoch nach einzelnen Darreichungsformen differenziert, da eine Zusammenfassung pharmakologisch nicht sinnvoll ist.

Der Preisvergleich erfolgt auf zwei unterschiedlichen Preisebenen: Herstellerabgabepreis und Apothekenverkaufspreis. Der Herstellerabgabepreis je

DDD gibt wieder, was die Hersteller pro Wirkstoff erhalten. Hiermit kann jedoch keine Aussage über die produktspezifische Preisgestaltung getroffen werden. Dies würde einen Vergleich der einzelnen Produkte voraussetzen. Der Apothekenverkaufspreis pro DDD liefert Informationen zur Ausgabenbelastung der Kostenträger bzw. des Patienten bezogen auf eine standardisierte Verbrauchsmenge je Wirkstoff und Darreichungsform.

Die Umrechnung aus der jeweiligen Landeswährung wird bei der Darstellung der Unterschiede der Herstellerabgabepreise in Devisenkursen vorgenommen. Für den Patienten oder die Kostenträger ist hingegen entscheidend, wie teuer Arzneimittel in Relation zu anderen Produkten der Lebenshaltung sind oder wie hoch der Anteil der für Arzneimittel aufzuwendenden Geldmenge im Verhältnis zum Einkommen ist. Aus diesem Grund werden zur Ermittlung der Preisunterschiede auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises neben den Devisenkursen auch Kaufkraftparitäten und Einkommensverhältnisse herangezogen.

Da ein Preisvergleich auf Basis einer Vollerhebung aller Arzneimittel aus Kostengründen nicht in Frage kommt, wurden die in die Untersuchung einbezogenen Wirkstoffe einem systematischen Auswahlverfahren unterzogen. Die Auswahl der Wirkstoffe erfolgt so, daß ein möglichst großer Anteil der Verordnungen und des Umsatzes im GKV-Arzneimittelmarkt abgedeckt ist und alle wichtigen Indikationsgruppen der Roten Liste zumindest durch einen Wirkstoff repräsentiert werden.

In einem ersten Schritt wurden die Wirkstoffe sowohl nach dem Umsatz als auch nach dem Verordnungsvolumen ausgewählt. Nach diesem Verfahren wurden die jeweils 25 umsatzstärksten und die 25 verordnungshäufigsten Wirkstoffe (nur Zweitanmeldermärkte) in die Untersuchung aufgenommen. Grundlage hierfür war der Arzneiverordnungsreport 1997<sup>1</sup>. Aufgrund von Überschneidungen kamen so 35 Wirkstoffe in die Untersuchung. Zusätzlich wurden die acht umsatzstärksten Wirkstoffe von Erstanmelderpräparaten mit in die Betrachtung einbezogen. Mittels der bisher aufgeführten Auswahlkrite-

---

1 Der Arzneiverordnungsreport 1998 lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

rien wurden mehrere der 20 verordnungstärksten Indikationsgruppen der Roten Liste noch nicht abgedeckt. Um diese Bereiche ebenfalls in der Untersuchung zu berücksichtigen, wurden zusätzlich die folgenden vier Wirkstoffe Doxepin, Lormetazepam, Digitoxin und Doxazosin mit in die Untersuchung aufgenommen.

Insgesamt umfassen die 47 ausgewählten Wirkstoffe 1996 10,1 Mrd. DM des Apothekenumsatzes. Dies entspricht rund 283 Mio. Verordnungen. Durch diese Wirkstoffe wird knapp ein Drittel des GKV-Arzneimittelmarktes sowohl im Hinblick auf den Umsatz (29,2%), als auch hinsichtlich der Anzahl der Verordnungen (30,2%) im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland abgedeckt.

Neben Deutschland wurden in die Untersuchung 14 Länder einbezogen: Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweiz und Spanien. Von den Ländern der Europäischen Union konnte lediglich Schweden nicht berücksichtigt werden, da hierzu keine entsprechenden Daten zum Arzneimittelmarkt vorliegen.

Die Preise der unterschiedlichen Ebenen wurden für einzelne Wirkstoffe je DDD und differenziert nach einzelnen Darreichungsformen berechnet. Anschließend wurde für die einzelnen Wirkstoffe und die jeweiligen Länder ein gewichteter Preisdurchschnitt auf DDD-Basis ermittelt. Bei der Mengengewichtung für die Berechnung der Indizes wurden bei den einzelnen Ländern nur die Darreichungsformen der Wirkstoffe berücksichtigt, für die in den jeweiligen Ländern auch Preise ermittelt werden konnten. Darüber hinaus wurden nur die Darreichungsformen in die Berechnung der Preisindizes mit einbezogen, bei denen mindesten in drei Vergleichsländern ein entsprechender Durchschnittspreis je DDD ermittelt werden konnte. Ferner beschränkte sich die Berechnung der Preisindizes auf die Darreichungsformen, deren Mengenkategorie in Deutschland innerhalb der Stichprobe 500.000 DDD nicht unterschritten. Ausnahme bilden hierbei die Wirkstoffe, die dadurch gänzlich aus der Berechnung herausfallen würden. Bei der Berechnung der Preisunterschiede wurde nach dem Preisindex von Laspeyres verfahren.

Grundlage der Untersuchung stellen die Daten des IMS<sup>2</sup> zum Apothekenmarkt für das 2. und 3. Quartal 1998 dar. Für die Niederlande standen die Daten der entsprechenden Quartale nur für das Jahr 1997 zur Verfügung, so daß sich hier die ermittelten Preise in der gesamten Untersuchung auf das Jahr 1997 beziehen.

### Ergebnisse

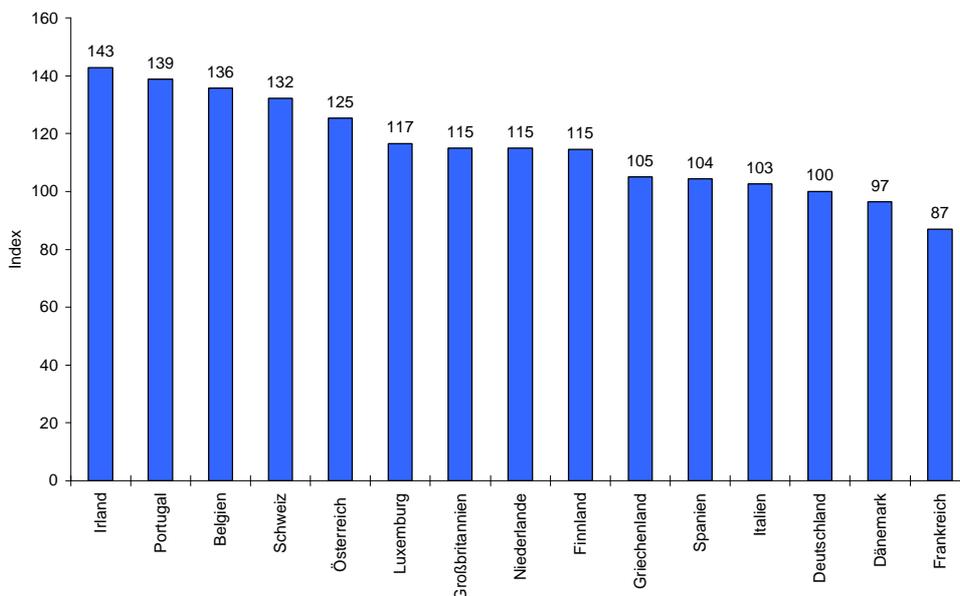
Tabelle 1: Preise und aufgewendete Arbeitszeit je DDD nach Ländern  
(Apothekenverkaufspreis)

Land	Preis je DDD		Aufgewendete Arbeitszeit je DDD		Laspeyres-Index (Deutschland=100)		
	Landeswährung	DM (Kaufkraftparitäten*)	DM (Devisenkurse)	Minuten (Einkommensverhältnisse)	DM (Kaufkraftparitäten*)	DM (Devisenkurse)	Minuten (Einkommensverhältnisse)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Belgien	30,89	1,67	1,50	4,2	136	122	146
Dänemark	5,02	1,19	1,32	2,3	97	107	81
Deutschland	1,23	1,23	1,23	2,9	100	100	100
Finnland	4,21	1,41	1,38	3,8	115	112	133
Frankreich	4,05	1,07	1,21	3,6	87	98	127
Griechenland	143,27	1,29	0,85	5,6	105	69	194
Großbritannien	0,46	1,41	1,35	3,7	115	110	129
Irland	0,61	1,76	1,54	5,3	143	126	185
Italien	1260,75	1,26	1,28	5,1	103	104	177
Luxemburg	29,22	1,43	1,42	3,4	117	115	117
Niederlande	1,47	1,41	1,30	3,7	115	106	128
Österreich	10,56	1,54	1,50	4,5	125	122	156
Portugal	106,69	1,71	1,04	9,6	139	85	335
Schweiz	1,63	1,62	1,96	4,1	132	160	144
Spanien	80,19	1,28	0,94	4,0	104	77	141

\* Schweiz 1997.

Tabelle 1 zeigt die anhand der deutschen Verordnungsstruktur ermittelten Preise je DDD auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises für die einzelnen Länder. Neben den Preisen in der jeweiligen Landeswährung (Spalte 1) werden die Preise in DM, umgerechnet mit Hilfe von Kaufkraftparitäten (Spalte 2) und Devisenkursen (Spalte 3), aufgezeigt. Spalte (4) der Tabelle zeigt den Gegenwert der durchschnittlichen Preise je DDD umgerechnet in durchschnittlich aufgewendete Arbeitszeit in Minuten. In Deutschland benötigte ein Industriearbeiter für den Durchschnittspreis von 1,23 DM je DDD 2,9 Minuten Arbeitszeit. Sein portugiesischer Kollege bezahlte umgerechnet DM 1,04, mußte jedoch 9,6 Minuten Arbeitszeit aufwenden. Die Spalten (4) bis (7) geben die jeweiligen Preisindizes für den Apothekenabgabepreis bei Zugrundelegung des deutschen Warenkorbes wider. In den Abbildungen 1 bis 3 werden diese Ergebnisse graphisch präsentiert.

Abbildung 1: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis  
(Vergleichsmaßstab: Kaufkraftparitäten)



Das Ergebnis der Preisindexberechnung für den Apothekenverkaufspreis auf der Basis von Kaufkraftparitäten ist zunächst in Abbildung 1 dargestellt.

Hierbei wurde Deutschland gleich 100 gesetzt. Im Vergleich zu den Preisen, die mit Hilfe von Devisenkursen umgerechnet wurden, führt dies in sämtlichen Ländern mit einer höheren Kaufkraft der jeweiligen Landeswährung zu einem niedrigeren, und in Ländern mit einer schwächeren Kaufkraft zu einem höheren Preis. Die meisten Länder liegen über dem Preisniveau von Deutschland. Lediglich Dänemark und Frankreich liegen mit einem Wert von 97 bzw. 87 darunter.

Abbildung 2: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis  
(Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)

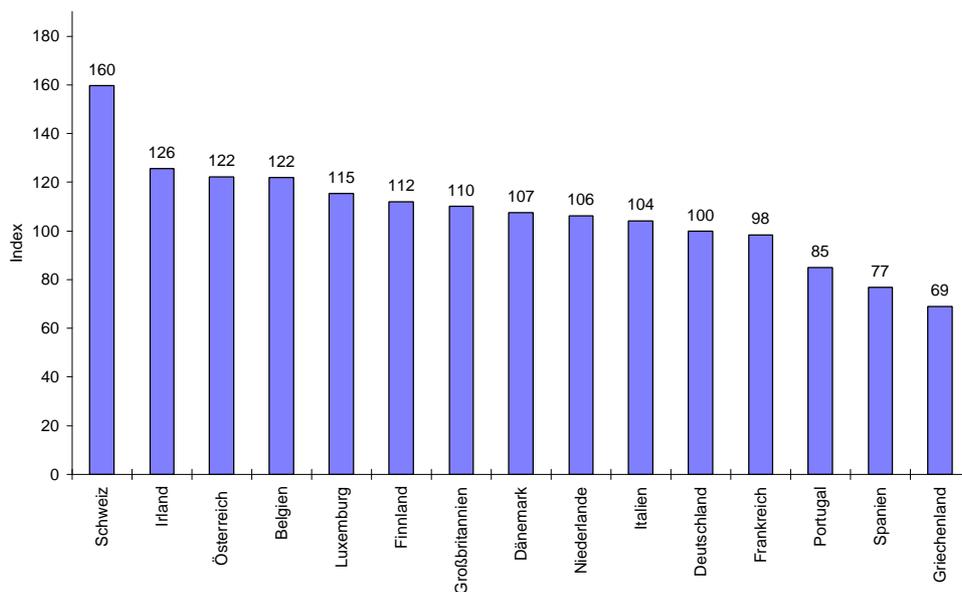
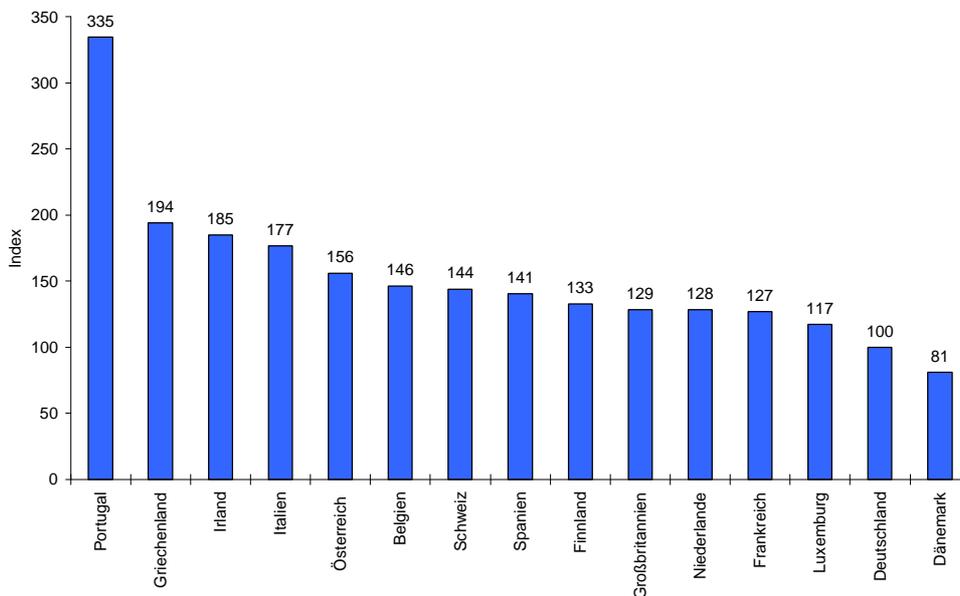


Abbildung 2 zeigt eine veränderte Rangfolge, wenn dem Preisvergleich an Stelle von Kaufkraftparitäten Devisenkurse als Vergleichsmaßstab zugrunde gelegt werden. Die Schweiz, Irland, Österreich, Belgien, Luxemburg, Finnland und Großbritannien führen mit Indizes zwischen 160 und 110 die Rangfolge an. Dänemark, die Niederlande und Italien liegen innerhalb eines Indexbandes von 107-104 über Deutschland. Die restlichen Länder liegen im Preisniveau unter dem Deutschlands. Während die Preise je DDD in Frankreich nicht wesentlich unter denen in Deutschland liegen, vergrößert

sich der Abstand zu Portugal und Spanien deutlich. Am günstigsten sind die Apothekenverkaufspreise je DDD umgerechnet zu Devisenkursen in Griechenland.

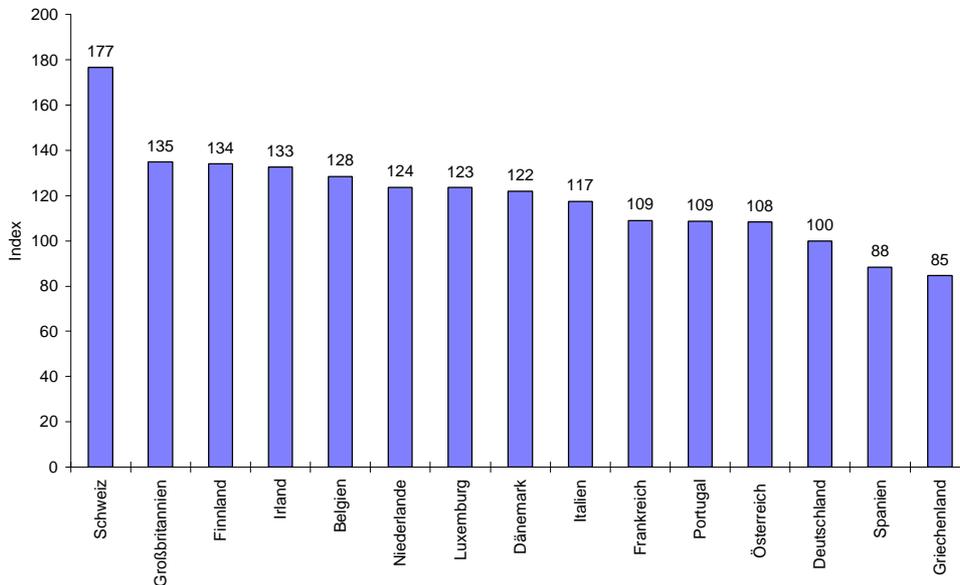
Abbildung 3: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis  
(Vergleichsmaßstab: Einkommensverhältnisse)



Legt man an Stelle von Devisenkursen oder Kaufkraftparitäten Einkommensverhältnisse zugrunde, ändert sich das Bild völlig (vgl. Abbildung 3). Hierbei wird dem durchschnittlichen Arzneimittelpreis je DDD der durchschnittliche Stundenlohn des jeweiligen Landes in der Verarbeitenden Industrie gegenübergestellt. Bei dieser Betrachtungsweise steht Portugal mit 335 an der Spitze der Länder, gefolgt von Griechenland, Irland, Italien und Österreich mit Werten zwischen 194 und 156. Das „Mittelfeld“, bestehend aus Belgien, der Schweiz, Spanien, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden und Frankreich, bewegt sich zwischen Werten von 146 und 127. Die Schlußposition wird von Luxemburg, Deutschland und Dänemark mit Werten von jeweils 117, 100 bzw. 81 eingenommen. Auf dieser Vergleichsebene sind die Arzneimittelpreise in allen in die Untersuchung einbe-

zogenen Ländern mit der Ausnahme von Dänemark teurer als in Deutschland.

Abbildung 4: Laspeyres-Preisindex Herstellerabgabepreis  
(Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)



Für den Preisvergleich auf der Ebene des Herstellerabgabepreises ist die Umrechnung zu Devisenkursen am besten geeignet, die Erlösmöglichkeiten der Hersteller wiederzugeben. Abbildung 4 zeigt auch hier, daß Deutschland innerhalb der 15 untersuchten Länder am unteren Ende vertreten ist. In sämtlichen Ländern mit Ausnahme von Spanien und Griechenland liegen im Durchschnitt den Herstellerabgabepreise je DDD für die in die Untersuchung einbezogenen Wirkstoffe über dem deutschen Niveau. Die Preisunterschiede betragen hier nach unten 15% und nach oben 77%.

## 2 Ausgangssituation und Zielsetzung der Untersuchung

Die nationalen Preisunterschiede in Europa sind immer wieder Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen und Interventionen im Arzneimittelmarkt. Trotz deregulierender Eingriffe der Europäischen Union im Hinblick auf einen gemeinsamen Markt sind die Arzneimittelpreise der einzelnen europäischen Länder nach wie vor unterschiedlich. Ursächlich hierfür sind nicht nur unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen, sondern vor allem Interventionen der einzelnen Länder. Die Arzneimittelmärkte der Mitgliedsstaaten sind gekennzeichnet durch unterschiedliche Zulassungs- und Preisbildungsverfahren, Erstattungsregelungen und Organisationsformen der nationalen Gesundheitssysteme sowie wirtschaftliche Rahmenbedingungen.

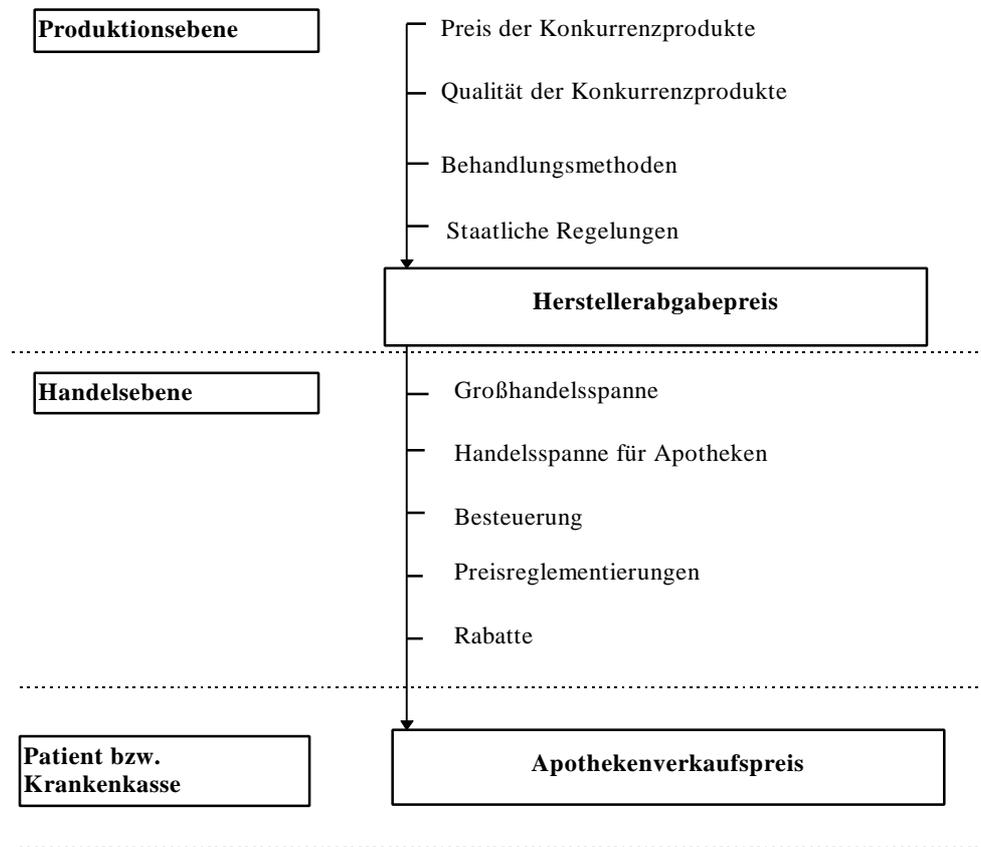
In der Vergangenheit wurden wiederholt von unterschiedlichen Institutionen internationale Arzneimittelpreisvergleiche unter verschiedenen Blickwinkeln durchgeführt. Je nach Zielsetzung der einzelnen Studien beschränkte sich die Betrachtung auf identische Arzneimittel (*Oficina de Economica de la Salud* 1988 oder *Sermois, Adriaenssens* 1989) oder es wurden für den Preisvergleich bestimmte Arzneimittelgruppen (z.B. *Danzon, Kim* 1993 oder *Lecomte, Paris* 1994) oder Einzelbereiche wie Generika (z.B. *Keiding* 1997) herausgegriffen. Ferner wurden anhand von Warenkörben Aussagen über das Preisniveau des gesamten Arzneimittelmarktes im Vergleich zu anderen Ländern gemacht. Einem Teil dieser Studien liegen die Strukturen des nationalen Arzneimittelmarktes der Herkunftsländer der Untersuchungen zugrunde (z.B. *Health Econ* 1990, *SNIP* 1997). Dies ist auch mit ein Grund dafür, daß deutsche Verordnungsstrukturen bisher nicht Ausgangspunkt eines derartigen Preisvergleichs waren. Andere internationale Studien erstellen den Preisvergleich mit Hilfe einer repräsentativen Auswahl von Arzneimitteln (z.B. *Pelc, Bertin* 1989 oder *ÖBIG* 1993). Hier stellt sich automatisch die Frage, inwieweit die Auswahl der Arzneimittel die einzelnen

nationalen Arzneimittelmärkte hinsichtlich ihrer Zusammensetzung widerspiegeln.

Ein Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Studien muß die unterschiedlichen Zielsetzungen und Vorgehensweisen beachten. So erfolgt z.B. der Preisvergleich auf unterschiedlichen Preisebenen, der Vergleichsmaßstab ist nicht identisch oder der Vergleich beschränkt sich nur auf wenige Länder der Europäischen Union. Ferner liegt die Erstellung einiger dieser Studien bereits mehrere Jahre zurück, so daß eventuell aufgrund in der Zwischenzeit in Kraft getretener Regelungen in den einzelnen Ländern die damals ermittelten Preisunterschiede keine Gültigkeit mehr haben.

Preisdifferenzen bei Arzneimitteln können die Folge unterschiedlicher Faktoren in den einzelnen Ländern sein (vgl. Abbildung 5). Bei der Preisfindung der Arzneimittelhersteller finden in der Regel nicht nur die Preise der jeweiligen Konkurrenzunternehmen Berücksichtigung, sondern auch die Qualität der Arzneimittel. Eine weitere Ursache für Preisunterschiede bei Arzneimitteln sind staatlich festgelegte Gewinnmargen der Hersteller und Handelsspannen für Apotheken und Großhandel sowie die unterschiedliche Besteuerung von Arzneimitteln. So werden in einigen Ländern die vollen Umsatzsteuersätze, in anderen z.B. nur reduzierte Umsatzsteuersätze auf Arzneimittel erhoben, in einigen Ländern entfällt diese Besteuerung vollständig. Nicht zuletzt haben unterschiedliche Behandlungsmethoden und Krankheitsstrukturen in den einzelnen Ländern Auswirkungen auf den Verbrauch und damit auf den Umsatz der Arzneimittel und beeinflussen damit auch das Niveau der Arzneimittelpreise.

Abbildung 5: Preisbildende Faktoren des Arzneimittelmarktes



Quelle: Eigene Zusammenstellung *BASYS*.

Die Anforderungen an einen internationalen Preisvergleich sind somit abhängig von der jeweiligen Zielsetzung. Je nach dem, ob der Apothekenverkaufspreis oder Herstellerabgabepreise verglichen werden sollen, differiert auch die methodische Vorgehensweise (vgl. Tabelle 2).

Preisvergleiche auf der Ebene des pharmazeutischen Großhandels sind in der Regel nicht Gegenstand von Preisvergleichen, da der Großhandel als

Wiederverkäufer im wesentlichen mit der Distribution der Arzneimittel befaßt ist und sein Anteil am Arzneimittelpreis relativ gering ausfällt.

Analysiert man die Kostenbelastung der Patienten oder Kassen kommen als Vergleichsmaßstab Devisenkurs, Kaufkraftparität oder die Einkommensverhältnisse in Betracht. In diesem Zusammenhang kommen als Preisbasis für den Vergleich nur Apothekenverkaufs- oder Erstattungspreise in Frage. Anders ist es, wenn die Preise der Hersteller miteinander verglichen werden sollen. Ein derartiger Preisvergleich kann nur auf der Basis des Herstellerabgabepreises mit Hilfe von Devisenkursen als Umrechnungsfaktor erfolgen. Werden Preise auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises verglichen, führen verschiedene Vergleichsmaßstäbe zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die alleinige Anwendung von Devisenkursen stellt deshalb eine einseitige Betrachtung dar (vgl. Tabelle 2).

Ein weiterer Gesichtspunkt für die methodischen Anforderungen ist die Repräsentativität. Je nach Zielsetzung des Preisvergleichs ist die Frage nach der Repräsentativität unterschiedlich zu beantworten. Ist z.B. das Preisverhalten einer Herstellergruppe Gegenstand der Analyse, so müssen die einbezogenen Produkte einen entsprechend großen Anteil am Umsatz dieser Herstellergruppe erzielen. Möchte man jedoch die von einer Substanz ausgehende Kostenbelastung analysieren, müssen die einbezogenen Produkte repräsentativ für den ausgewählten Substanzmarkt sein.

Im Hinblick auf die Untersuchung von Preisen sind sowohl gewichtete als auch ungewichtete Methoden der Durchschnittsbildung möglich. Bei einem Vergleich von Einzelprodukten entfällt die Gewichtung ganz. Um allerdings zu Aussagen z.B. über den gesamten Markt zu gelangen, ist die Mengengewichtung von entscheidender Bedeutung.

Tabelle 2: Theoretische Anforderungen an internationale Preisvergleiche von Arzneimitteln in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielsetzung

Anforderung	Ziel							
	Kostenbelastung bei Patienten/Krankenkassen				Preis des Herstellers			
	Einzelprodukt	Wirkstoff	Indikation	Gesamte Arzneimitteltherapie	Einzelprodukt	Sortiment	Herstellergruppe	Branche
<i>Identität notwendig bei</i>								
– Packungsgröße	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)
– Darreichungsform	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)
– Wirkstärke	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)
– Hersteller	x			x	x	x	x	x
– Substanz	x	x		x	x	x	x	x
– Indikation	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Repräsentativität in bezug auf</i>		Wirkstoff	Indikation	Gesamtmarkt		Hersteller	Herstellergruppe	Alle Hersteller
<i>Vergleichsmaßstab</i>								
– Devisenkurs	x	x	x	x	x	x	x	x
– Kaufkraftparitäten	x	x	x	x				
– Einkommensverhältnisse	x	x	x	x				
<i>Preisbasis</i>								
– Herstellerabgabepreis					x	x	x	x
– Apothekenverkaufspreis	x	x	x	x				
– Erstattungspreis	x	x	x	x				
<i>Mengengewichtung</i>		x	x	x		x	x	x

(x) Identität prinzipiell möglich; Vergleichbarmachung über Umrechnung möglich.

Quelle: Modifizierte Darstellung nach *Huber, W. T. (1993)*.

Neben den bisher aufgezeigten Anforderungskriterien ist auch die „Identität“ der Produkte wichtig. Preisvergleiche sind dann problemlos möglich, wenn die zu vergleichenden Arzneimittel absolut identisch sind. Diese Identität gilt jedoch nur für wenige Produkte, so daß bei weniger restriktiven Preisvergleichen eine Vergleichsbasis zu definieren ist. Hier bietet sich z.B. das Konzept der „Defined Daily Dose“ an. Bei der DDD handelt es sich um eine technische Maßeinheit, die den Vergleich des Verbrauchs verschiedener Arzneimittel auf nationaler und internationaler Ebene ermöglicht.

Die in Tabelle 3 aufgelisteten Studien gingen durchweg von identischen Produkten aus. Voraussetzung für einen solchen Vergleich ist, daß man identische Produkte in allen Ländern vorfindet. Es liegt nahe, daß ein solcher Vergleich insbesondere Produkte einbezieht, die europaweit vertrieben werden. Die von *BEUC* im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführte Untersuchung für das Jahr 1988 umfaßte beispielsweise 125 führende Pharmaprodukte. *Diener* (1990/1991) legte erhebliche Datenmängel in der BEUC-Studie offen. Anhand korrigierter Werte zeigte er für den BEUC-Warenkorb eine fallende Tendenz des Deutschen Preisniveaus hin zum europäischen Durchschnitt. Dabei blieben Generika noch unberücksichtigt. Nach Berechnungen von *Werner-Janson* werden dadurch die Ergebnisse für Deutschland um 10 bis 15 Indexpunkte zu hoch ausgewiesen. Analoges gilt für die von *SNIP* für das Jahr 1997 durchgeführte Studie, deren Warenkorb 104 in Frankreich erstattungsfähige Produkte umfaßt. Nach einer von *NERA* 1998 durchgeführten Studie für die Europäische Kommission ist der Anteil an Generika jedoch gerade in der Bundesrepublik Deutschland besonders gestiegen und nun am höchsten in der Europäischen Union. Eine Einbeziehung der Zweitanmelderpräparate wird deshalb zwangsläufig zu einem anderen Ergebnis für Deutschland führen.

Die von *Clement et al.* für die Jahre 1989 und 1993 durchgeführte Studie anhand der 500 umsatzstärksten Arzneimittel des jeweiligen Landes bietet eine höhere Repräsentativität des deutschen Arzneimittelmarktes. Der Vergleich mittels Durchschnittspreise pro Packung vermeidet auch das Problem, daß allzu viele Arzneimittel aus dem Vergleich herausfallen. Allerdings beinhaltet

dieser Vergleich das Problem, daß die Wirkstoffmengen je Packung variieren. Der Vergleich für das Jahr 1993 erfaßt ferner nicht die zwischenzeitlich vorgenommenen Preisanpassungen aufgrund veränderter Wettbewerbsbedingungen und staatlicher Eingriffe und kann somit keine Grundlage für eine aktuelle Bewertung der Preisunterschiede sein.

Tabelle 3: Auswahl internationaler Preisvergleichsstudien für Arzneimittel (seit 1988)

Bearbeiter/ Auftraggeber	Titel	Warenkorb	Methodik	Länder
Oficina de Economía de la Salud, 1988	„A comparison of international drug prices“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 328 Arzneimittel, 46% aller Produkte des spanischen Arzneimittelmarktes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMS-Daten (1986)</li> <li>• Vergleich identischer Arzneimittel</li> <li>• Preisindex ausgehend von der spanischen Mengenstruktur</li> </ul>	F, I, E, UK
G. Sermois, G. Adriaenssens, 1989/ Bureau Eu- ropéen des Unions de Consom- mateurs (BEUC)	„Drug Prices and Drug Legislation in Europe“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 125 Arzneimittel (in der jeweils gebräuchlichsten Darreichungsform), mindestens 20% des Gesamtumsatzes innerhalb des jeweiligen Landes</li> <li>• keine Generika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E.F.P.I.A.- Daten (1988)</li> <li>• Vergleich identischer Arzneimittel</li> <li>• Preisvergleich des Warenkorbes der einzelnen Länder auf der Ebene des Apotheken- bzw. Herstellerabgabepreises (ECU)</li> <li>• Gewichtung des Preises nach Absatzvolumen in Spanien und Deutschland bzw. EU-Durchschnitt</li> </ul>	B, DK, D, F, GR, IRL, I, L, NL, P, E, UK
A. Pelc, P. Bertin, 1989/ Syndicat National de L'Industrie Pharmaceuti- que (SNIP)	„Les prix des spécialités remboursables dans la Com- munauté Euro- péenne“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 der in allen acht Ländern am häufigsten verkauften Arzneimittel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preisindex auf der Basis des Herstellerabgabepreises</li> <li>• Gewichtung der abgesetzten Menge jedes einzelnen Produktes gegenüber dem Gesamtabsatzvolumen der acht Märkte</li> </ul>	B, D, F, GR, IRL, I, NL, UK
Health Econ, 1990/ In- terpharma	„Preisvergleich bei Arzneimit- teln Schweiz/ EG“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 109 in der Schweiz kassenzulässige Arzneimittel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preisindex auf der Basis des Apothekenverkaufspreises</li> <li>• Umrechnung in Devisenkurs, Kaufkraftparitäten und durchschnittlichen Stundenlöhnen</li> </ul>	B, DK, D, SF, F, GR, IRL, I, NL, P, S, CH, E, UK

Bearbeiter/ Auftraggeber	Titel	Warenkorb	Methodik	Länder
F. Diener, 1990 bzw. F. Diener, H. Sitzius-Ze- hender, 1991/ Bundes- vereinigung Deutscher Apotheker- verbände (ABDA)	„Arzneimittel- preise in der EG“ bzw. „Arzneimittel- preise in der EG“ (aktualisierte Fassung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 125 Arzneimittel (vgl. G. Sermois, G. Adriaenssens, 1989, „BEUC-Studie“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im wesentlichen auf BEUC-Studie zurückgehend unter Berücksichtigung des Mehrwertsteuergefälles und Kassenzwangsabschlägen in den einzelnen Ländern</li> <li>• Preisindex nach Ländern gewichtet (Anteil des Warenkorbpreises am EG-Bruttosozialprodukt )</li> </ul>	B, DK, D, F, GR, IRL, I, L, NL, P, E, UK
M. Oettl, W. Clement, M. Juricek (IWI), 1991/ Wirt- schaftsförderu- ngsinstitut der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft	„Die österrei- chische Phar- mawirtschaft: Ihre Rolle im Gesundheits- wesen und Stellung im internationalen Vergleich“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtmarkt sowie fünf Teilmärkte (erlösstärkste Medikamente und Zuordnung nach Indikationsgruppen) der einzelnen Länder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMS-Daten (1989) und Stichprobe von Apotheken zur Erfassung der Direktbezüge vom Hersteller</li> <li>• Vergleich des Durchschnittspreises je Packung auf der Ebene von Herstellerabgabe-, Apothekenverkaufspreis</li> <li>• gewichteter Einzelpreis identischer Produkte</li> </ul>	B, D, SF, F, GR, I, NL, A, P, CH, S, E, TK, UK
P. Danzon, J. Kim 1993/ University of Pennsylvania,	„International Price Compari- sons for Phar- maceuticals“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beschränkt auf die Gruppe kardiovaskulärer Arzneimittel (Monopräparate einschl. Generika und OTC-Produkte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMS-Daten (1991)</li> <li>• Vergleich von Produkten mit identischen Wirkstoffen innerhalb der erwähnten therapeutischen Arzneimittelgruppe</li> <li>• Preisindex auf der Grundlage von Herstellerabgabepreisen</li> </ul>	D, F, I, J, CAN, S, CH, UK, USA

Bearbeiter/ Auftraggeber	Titel	Warenkorb	Methodik	Länder
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) 1993/ Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz	„Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich“	<ul style="list-style-type: none"> <li>ca. 100 therapeutisch bedeutende Arzneimittel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einzelpreisvergleich nach identischem Wirkstoff und Wirkstoffgehalt sowie identischer Arzneiform</li> <li>Vergleich des Preisniveaus auf Basis des Herstellerabgabepreises, des Großhandelsabgabepreises und des Apothekenverkaufspreises (ohne MwSt.)</li> </ul>	A, D, DK, CH, F, I, NL, S, UK
Th. Lecomte, V. Paris, 1994/ CREDES	„Consumption de pharmacie en Europe, 1992“	<ul style="list-style-type: none"> <li>14 therapeutische Arzneimittelgruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preisvergleich auf der Basis des durchschnittlichen Herstellerabgabepreises anhand der verkauften DDD</li> <li>Gewichtung des Durchschnittspreises nach Absatz</li> </ul>	D, F, I, UK
W. Clement, M. Juricek, W. Kolb, R. Mikulits, M. Oettl, 1995/ Industriewissenschaftliches Institut (IWI)	„Arzneimittelpreise und Struktur der österreichischen Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich“	<ul style="list-style-type: none"> <li>aktualisierte Fassung der Studie von M. Oettl, W. Clement, M. Juricek (IWI), 1991, vgl. oben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aktualisierte Fassung der IWI-Studie von 1991, vgl. oben</li> </ul>	B, DK, D (O/W), SF, F, GR, IRL, I, NL, A, P, CH, S, E, UK
C. Lucioni, C. Jommi 1995/ Istituto di Economia Sanitaria (ES)	„Drug Price Comparison among EU Countries“	<ul style="list-style-type: none"> <li>14 neue, 1990/92 eingeführte Arzneimittel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preisvergleich auf Basis des Großhandelspreises pro DDD</li> </ul>	B, DK, F, D, GR, I, P, E, UK

Bearbeiter/ Auftraggeber	Titel	Warenkorb	Methodik	Länder
Experten- gruppe „Arzneimittel “ 1996/ As- sociation Internationale de la Mutua- lité (AIM)	„Instrumente zur Regelung der Arznei- mittelmärkte: Wie wirksam sind sie?, Erste Ergebnisse einer europäi- schen Um- frage“	• 47 Arzneimittel	• Preisvergleich auf Basis des Apothekenein- kaufspreises (ohne MwSt.) und des Apothekenver- kaufspreises (mit MwSt.) pro Dosiereinheit	B, CH, D, F, NL
H. Keiding, 1997/ Univer- sity of Copenhagen	„European price compari- son for phar- maceuticals“	• meistverkaufte Arzneimittel aus 100 Generi- kagruppen	• Daten III/1996 • Preisvergleich auf Basis des Apothekenver- kaufspreises (ohne MwSt.)	B, D (W/O), SF, F, GR, IRL, I, NL, A, P, E, UK
Syndicat National de L'Industrie Pharmaceuti- que (SNIP), 1997	„Médicaments: Comparaison de prix dans l'Union Eu- ropéenne en 1997“	• 104 in Frank- reich erstat- tungsfähige Produkte, 40% des französi- schen Arznei- mittelmarktes	• Gewichtung der Preise durch die abgesetzten Mengen (zwei alternative Verfahren) • bei bilateralem Direktver- gleich Gewichtung der in den beiden genannten Ländern abgesetzten Men- gen, beim Gesamtver- gleich aller 8 Länder Ge- wichtung des Gesamtab- satzes in allen Ländern (hier nur 79 Produkte, die in allen Ländern angeboten werden)	B, D, F, I, NL, P, E, UK
Association Générale de l'Industrie du Médicament (AGIM), 1998	„L'Industrie du médicament en Belgique, 1998“	• 105 der in Bel- gien meistver- kauften Wirk- stoffe (meistverkauftes Produkt/ meist- verkaufte Pak- kungsgröße) ohne OTC	• Daten III/1997 • Preisvergleich zwischen den Ländern basierend auf ungewichtetem Durch- schnitts-Apothekenver- kaufspreis (ohne MwSt.)	B, D, F, I, L, NL, UK

Bearbeiter/ Auftraggeber	Titel	Warenkorb	Methodik	Länder
Apoteket AB (annual update of Euro-pean price index)	„European Drug Price Index“	<ul style="list-style-type: none"> <li>150 der meistverkauften Produkte des Vorjahres (jährlich wechselnd), 61% des schwedischen Arzneimittelmarktes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gewichtung des Warenkorbes nach den im Vorjahr in Schweden abgesetzten Mengen</li> <li>Umrechnung in SKR (wobei der am ersten Arbeitstag des jeweils aktuellen Monats geltende Umrechnungskurs verwendet wurde)</li> <li>Darstellung als Index mit Schweden (=100)</li> </ul>	B, DK, D, F, SF, I, NL, N, A, CH, UK
Farindustria (annual update of Euro-pean price index)	„Indicatori farmaceutici“	<ul style="list-style-type: none"> <li>länderspezifischer Warenkorb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vergleich identischer Produkte</li> <li>ungewichteter Durchschnittspreis auf der Basis des Apothekenabgabepreises</li> </ul>	B, DK, D, SF, F, GR, IRL, I, NL, P, S, A, CH, E, UK

Quelle: Eigene Zusammenstellung BASYS.

In den Tabellen 4 und 5 wurden die Ergebnisse bisheriger internationaler Vergleichsstudien aufbereitet, indem die Indizes jeweils auf Deutschland =100 umbasiert wurden. Es muß dabei berücksichtigt werden, daß eine Bereinigung um die oben angesprochenen Effekte nicht möglich war. Nach den bisherigen Ergebnissen wären die Arzneimittel in der Schweiz, Irland, Großbritannien, Deutschland und den Niederlanden am teuersten. Ein mittleres Preisniveau hatten Belgien, Finnland, Frankreich, Luxemburg und Österreich. Länder mit einem eher niedrigen Preisniveau waren Griechenland, Italien, Portugal und Spanien. Insgesamt läßt sich ferner eine Konvergenz der Preise in Europa beobachten.

Tabelle 4: Ergebnisse internationaler Preisvergleichsstudien für Arzneimittel auf der Basis des Apothekenverkaufspreises (Deutschland = 100)

Studie	Sermois, Adriaensens, BEUC	Diener, ABDA	Diener, Sitzius- Zehnder, ABDA	ÖBIG	Clement et al., IWI	AGIM
Daten/Jahr	1988	1990	1991	1992	1993	1997
Mehrwertsteuer	ohne	inklusive	inklusive	ohne	inklusive	inklusive
Belgien	55	70	91	-	77	73
Deutschland	100	100	100	100	100 (W)	100
Finnland	-	-	-	-	84	-
Frankreich	42	57	58	45	47	60
Griechenland	35	58	77	-	40	-
Großbritannien	71	92	113	-	90	95
Irland	81	104	117	-	65	-
Italien	45	62	87	57	62	61
Luxemburg	61	77	86	-	-	72
Niederlande	101	105	121	96	126	72
Österreich	-	-	-	90	82	-
Portugal	37	54	52	-	52	-
Schweiz	-	-	-	117	97	-
Spanien	38	57	-	-	49	-

(W) = Alte Bundesländer

Quelle: Eigene Zusammenstellung *BASYS*.

Tabelle 5: Ergebnisse internationaler Preisvergleichsstudien für Arzneimittel auf der Basis des Herstellerabgabepreises (Deutschland = 100)

Studie	Pelc, Bertin, SNIP	SNIP	ÖBIG	Clement et al., IWI	AGIM
Daten/Jahr	1987	1997	1992	1993	1997
Belgien	59	78	-	86	97
Deutschland	100	100	100	100 (W)	100
Finnland	-	-	-	81	-
Frankreich	49	76	50	54	89
Griechenland	43	-	-	48	-
Großbritannien	67	96	82	87	114
Irland	-	-	-	77	-
Italien	52	64	67	75	77
Luxemburg	-	-	-	-	-
Niederlande	95	87	101	126	100
Österreich	-	-	75	74	-
Portugal	-	72	-	71	-
Schweiz	-	-	114	103	-
Spanien	41	61	-	56	-

(W) = Alte Bundesländer

Quelle: Eigene Zusammenstellung BASYS.

Aus deutscher Sicht fehlte bislang ein aktueller Arzneimittelpreisvergleich, der sowohl die deutschen Verordnungsstrukturen berücksichtigt, als auch einen therapiebezogenen Vergleich ermöglicht.

Ziel dieser Untersuchung ist, diese Lücke zu schließen und die deutschen Arzneimittelpreise mit denen der Länder der Europäischen Union zu einem bestimmten Zeitpunkt (1998) zu vergleichen. Hierbei steht der Vergleich der kostenmäßigen Belastung der Patienten bzw. ihrer Kostenträger im Vordergrund. Der Vergleich geht von der deutschen Versorgungsstruktur aus und erfolgt bilateral zwischen Deutschland und den einzelnen Ländern.

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Der Darstellung und Diskussion der ermittelten Preisniveaus der einzelnen Länder wird ein einleitender Abschnitt zur angewandten Methodik vorangestellt.

In einem weiteren Abschnitt der Untersuchung werden die vorhandenen Preisunterschiede beschrieben und diskutiert. Die Darstellung erfolgt sowohl auf der Ebene der Herstellerabgabepreise als auch auf der Ebene der Apothekenverkaufspreise. Zur Diskussion der Preisunterschiede auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises werden die Unterschiede in den Preisbildungssystemen der einzelnen Länder aufgezeigt. Hierzu gehören u.a. Unterschiede bei den Handelsspannen und der steuerlichen Belastung.

### **3 Methodik des Preisvergleichs**

#### **3.1 Verfahren zur Ermittlung der Preisunterschiede**

##### **3.1.1 Vergleichsgröße**

Die Zielsetzung bildet den Ausgangspunkt für das methodische Vorgehen eines jeden Preisvergleichs. Preisvergleiche sind dann einfach durchführbar, wenn die zu vergleichende Produkte vollkommen identisch sind. Da diese Identität in der Regel nur für wenige Produkte gilt, müssen andere Bezugsgrößen (Vergleichsgrößen) zugrunde gelegt werden um damit einen umfassenden Preisvergleich zu ermöglichen.

Im Bereich der Arzneimittel ist das Konzept der DDD (Defined Daily Dose) das gebräuchlichste Maß für die Standardisierung der Arzneimittelmenge. Bei der DDD handelt es sich um eine technische Maßeinheit, die den Vergleich des Verbrauchs verschiedener Arzneimittel auf nationaler und internationaler Ebene ermöglicht. Ein Preisvergleich auf der Basis eines gemeinsamen Nenners wie der DDD berücksichtigt die unterschiedlichen Verschreibungs- und Dosierungsgewohnheiten in den einzelnen Ländern, sowie die unterschiedlichen Bestimmungen auf nationaler Ebene, die sich unter anderem in unterschiedlichen Packungsgrößen, Dosierungen und Darreichungsformen widerspiegeln. Gegenüber dem Vergleich auf der Basis von Packungsgrößen oder des Wertumsatzes bietet der Preisvergleich auf der

Basis von DDD den Vorteil, daß damit auch therapiebezogene Vergleichseinheiten vorliegen.

Zur Umrechnung der Wirkstoffmengen wurden die DDD-Angaben der WHO<sup>3</sup> benutzt. Lagen diese im Einzelfall nicht vor, wurden die mittleren Tagesdosen der Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen<sup>4</sup> bzw. anderen relevanten Quellen wie z.B. dem Arzneimittelkursbuch 96/97<sup>5</sup> entnommen.

### 3.1.2 Ebenen des Preisvergleichs

Der Preisvergleich erfolgt auf zwei unterschiedlichen Preisebenen:

- Herstellerabgabepreis und
- Apothekenverkaufspreis.

Der Herstellerabgabepreis stellt den vom Hersteller erzielten Verkaufspreis je Wirkstoff dar. Der Herstellerabgabepreis spiegelt damit das Preisniveau auf Herstellerebene wider. Es können damit jedoch noch keine Aussagen über eine produktspezifische Preisgestaltung getroffen werden. Dies würde einen Vergleich der einzelnen Produkte voraussetzen. Der Apothekenverkaufspreis pro DDD liefert Informationen zur Ausgabenbelastung der Kostenträger bzw. des Patienten.

Die Preise der unterschiedlichen Ebenen wurden für die einzelnen Wirkstoffe bezogen auf die DDD und differenziert nach den einzelnen Darreichungsformen berechnet. Da eine zusammenfassende Darstellung der Preise für einen Wirkstoff pharmakologisch nicht sinnvoll ist, wurde die Differenzierung nach Darreichungsformen durchgeführt. Anschließend wurde für die einzelnen Wirkstoffe und die jeweiligen Länder ein gewichteter Preisdurchschnitt auf DDD-Basis ermittelt. Die Darstellung der Preise be-

---

3 WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology, (1997).

4 Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen (Herausgeber), (1992).

5 A.V.J. Arzneimittelverlagsgesellschaft Berlin, (1996).

schränkt sich jeweils auf die wichtigsten Darreichungsformen für die einzelnen Wirkstoffe.

Bei der Darstellung der Unterschiede der Herstellerabgabepreise wird die Umrechnung aus der jeweiligen Landeswährung in Devisenkursen vorgenommen. Für den Patienten (oder den Kostenträger) ist hingegen entscheidend, wie teuer Arzneimittel in Relation zu anderen Produkten der Lebenshaltung sind oder wie hoch der Einkommensanteil ist, den er hierfür aufwenden muß. Deshalb werden bei der Ermittlung der Preisunterschiede auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises neben den Devisenkursen auch Kaufkraftparitäten und Einkommensverhältnisse herangezogen. Die Kaufkraftparitäten sind den regelmäßig erscheinenden Veröffentlichungen der Europäischen Kommission zur europäischen Wirtschaft entnommen. Zur Umrechnung der Preise aufgrund von Einkommensverhältnissen wurde auf die Stundenlöhne in der Verarbeitenden Industrie zurückgegriffen. Quelle hierfür sind die Veröffentlichungen des Instituts der deutschen Wirtschaft, die auf nationalen Angaben beruhen.

### 3.1.3 Einbezogene Wirkstoffe

Im Rahmen des Preisvergleichs sollten Aussagen zum Preisniveau des gesamten Arzneimittelmarktes gemacht werden. Da ein Preisvergleich auf der Basis einer Vollerhebung nicht in Frage kommt, wurden die in die Untersuchung einzubeziehenden Wirkstoffe durch ein systematisches Auswahlverfahren bestimmt. Die Wirkstoffe wurden so ausgewählt, daß ein möglichst großer Anteil der Verordnungen und des Umsatzes im GKV-Arzneimittelmarkt abgedeckt und alle wichtigen Indikationsgruppen der Roten Liste zumindest durch einen Wirkstoff repräsentiert werden.

In einem ersten Schritt wurden die Wirkstoffe zum einen nach dem Umsatz und zum anderen nach dem Verordnungsvolumen ausgewählt. Grundlage für die Auswahl waren die Daten des *Arzneiverordnungs-Reports* von 1997<sup>6</sup>. Dieser stützt sich auf die Auswertung der Daten des GKV-Arzneimittel-

---

6 Der Arzneiverordnungsreport 1998 lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

indexes von 1996. Danach wurden die jeweils 25 umsatzstärksten und 25 verordnungshäufigsten Wirkstoffe (Zweitnamemarkte) in die Untersuchung mit einbezogen (vgl. Tabelle 6). Da 15 der 25 verordnungshäufigsten Wirkstoffe auch zu den 25 umsatzstärksten Wirkstoffen gehören, kamen aufgrund dieses Auswahlverfahrens 35 Wirkstoffe aus Monopräparaten in die Untersuchung.

Ferner wurden, um nicht nur Wirkstoffe von Zweitnamemark-Präparaten zu berücksichtigen, zusätzlich diejenigen Wirkstoffe von Präparaten ohne Zweitnamemark mit in die Betrachtung einbezogen, deren Umsatz mindestens so hoch war wie der Umsatz des Präparats auf Rangplatz 25 der Zweitnamemarkte. Dies führte zur Einbeziehung von acht weiteren Wirkstoffen (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 6: Führende Zweitanmelder-Märkte (1996)

Wirkstoffe (Zweitanmelder)	Indikationsgruppe	Umsatz (Mio.)	Verordnungen (Mio.)	Rangfolge	
				Umsatz	Verordnungen
Insulin	12	879	6,1	1	23
Nifedipin	27, 17	533	11,9	2	6
Captopril	27	423	7,9	3	12
Isosorbidmononitrat	55	418	6,1	4	22
Ginkgo biloba	11	414	7,5	5	14
Diclofenac	5	407	30,5	6	1
Acetylcystein	24	351	19,7	7	2
Metoprolol	27	324	5,7	8	25
Theophyllin	28	301	6,8	9	17
Ranitidin	60	271	4,3	10	
Verapamil	27	252	7,1	11	15
Isosorbiddinitrat	55	240	6,5	12	19
Budesonid	28, 60, 72	231	2,1	13	
Alpha-Liponsäure	67	221	1,6	14	
Heparin	20, 83 23, 68	216	8,1	15	11
Estradiol	76, 46	183	4,7	16	
Furosemid	36	183	6,4	17	20
Pentoxifyllin	37	181	3,3	18	
Glibenclamid	12	179	8,3	19	10
Tramadol	5	175	4,4	20	
Interferon	51, 86	174	0,2	21	
Carbamazepin	15	164	2,1	22	
Pankreatin	60, 23	163	1,9	23	
Ibuprofen	5	156	7,6	24	13
Beclometason	28, 72	154	1,8	25	
Paracetamol	5	62	16,7		3
Xylometazolin	72, 68	68	14,9		4
Ambroxol	24, 46	132	12,5		5
Acetylsalicylsäure	5, 79	78	11,4		7
Levothyroxin-Natrium	74	153	8,3		8
Metoclopramid	60	76	9,0		9
Penicillin V	10	125	7,1		16
Dexpanthenol	85, 60, 84, 68, 72	51	6,8		18
Metamizol	5	50	6,4		21
Doxycyclin	10	66	5,8		24

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Schwabe, U. (Hrsg.), (1997) und Rote Liste Service GmbH, (1999).

Tabelle 7: Führende Wirkstoffe ohne Zweitanmelder (1996)

Umsatzstärkste Wirkstoffe (ohne Zweitanmelder)	Indikationsgruppe	Umsatz (Mio.)	Verordnungen (Mio.)
Omeprazol	60	373	2,4
Simvastatin	58	330	1,7
Ciclosporin	51	268	0,5
Enalapril	27	240	2,2
Amlodipin	27	214	1,7
Erythropoetin (Epoetin)	8	186	0,3
Lovastatin	58	180	0,9
Acarbose	12	179	2,6

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Schwabe, U. (Hrsg.), (1997) und Rote Liste Service GmbH, (1999).

In einem zweiten Schritt wurde die Auswahl der Wirkstoffe dahingehend geprüft, ob alle wichtigen Indikationsgruppen nach der Roten Liste abgedeckt sind. Ein Vergleich mit der Liste der 20 wichtigsten Indikationsgruppen (Arzneiverordnungsreport 1997, S. 4) ergab, daß 13 der Indikationsgruppen durch zumindest einen Wirkstoff repräsentiert sind. Bei den nicht abgedeckten Indikationsgruppen handelte es sich um: Psychopharmaka (Gruppe 71), Dermatika (Gruppe 32), Ophthalmika (Gruppe 68), Mineralstoffpräparate (Gruppe 62), Hypnotika/Sedativa (Gruppe 49), Kardiaka (Gruppe 53) sowie Antihypertonika (Gruppe 17). Um diese Bereiche ebenfalls in der Untersuchung berücksichtigen zu können, wurden hiervon die umsatzstärksten Wirkstoffe mit in die Untersuchung aufgenommen. Allerdings konnten bei den Dermatika, Ophthalmika und Mineralstoffpräparaten keine entsprechenden Wirkstoffe identifiziert werden, da in diesen Bereichen das Anwendungsspektrum zu heterogen ist. Für die anderen Bereiche kamen Doxepin, Lormetazepam, Digitoxin sowie Doxazosin mit in die Untersuchung.

Aufgrund der oben genannten Kriterien sollten auch vier Kombinationspräparate, sofern sie die entsprechenden Umsatz- bzw. Verordnungsgrößenord-

nung erreichten, mit in die Untersuchung einbezogen werden<sup>7</sup>. Es stellte sich jedoch im Rahmen der Preisermittlungen heraus, daß diese Produkte nur in wenigen Ländern angeboten werden und damit ein Preisvergleich bei diesen Präparaten nicht sinnvoll erscheint. Aus diesem Grund beschränkt sich die Untersuchung ausschließlich auf die Betrachtung von Monopräparaten.

Insgesamt umfassen die 47 ausgewählten Wirkstoffe 1996 10,1 Mrd. DM (1997: 9,7 Mrd. DM) des Apothekenumsatzes. Dies entspricht rund 283 Mio. (1997: 262 Mio.) Verordnungen. Durch diese Wirkstoffe wird knapp ein Drittel des GKV-Arzneimittelmarktes sowohl im Hinblick auf den Umsatz (1996: 29,2%; 1997: 28,3%), als auch hinsichtlich der Anzahl der Verordnungen (1996: 30,2%; 1997: 31,4%) im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland abgedeckt.

### 3.1.4 Einbezogene Länder

Wie bereits erwähnt, war das Ziel dieser Untersuchung, die deutschen Arzneimittelpreise mit denen der Länder der Europäischen Union zu einem bestimmten Zeitpunkt (1998) zu vergleichen. Allerdings war dies nur eingeschränkt möglich, da nicht für alle Länder der Europäischen Union die für die Untersuchung benötigten Daten zur Verfügung standen. So wurden für den Vergleich der Arzneimittelpreise neben Deutschland folgende 14 Länder einbezogen:

- Belgien,
- Dänemark,
- Finnland,
- Frankreich,
- Griechenland
- Großbritannien,
- Irland,
- Italien,
- Luxemburg,

---

7 DNCG/Repoterol, Ipatropium/Fenoterol, Captopril/HCT, Tilidin/Naloxon.

- Niederlande,
- Österreich,
- Portugal,
- Schweiz und
- Spanien.

### 3.1.5 Ermittlung der Preisunterschiede (Preisindizes)

Zur Beschreibung der Preisunterschiede zwischen Deutschland und den in die Untersuchung einbezogenen Ländern wurde auf sogenannte Preisindizes zurückgegriffen. Während eine Preismeßzahl die Preisänderung eines einzelnen Gutes beschreibt, gibt der Preisindex Auskunft über die Preisänderung vieler Güter. Ein praktikabler Preisindex sollte dabei möglichst einfach sein, d.h. aus einer einzigen Zahl bestehen und neben den Preisen auch die Bedeutung der einzelnen Wirkstoffe mit den unterschiedlichen Darreichungsformen berücksichtigen.

Bei der Mengengewichtung für die Berechnung der unterschiedlichen Indizes werden bei den einzelnen Ländern nur die Darreichungsformen der Wirkstoffe berücksichtigt, für die in den jeweiligen Ländern auch Preise ermittelt werden konnten. Darüber hinaus wurden nur die Darreichungsformen in die Berechnung der Preisindizes mit einbezogen, bei denen mindestens in drei Vergleichsländern ein entsprechender Durchschnittspreis je DDD ermittelt werden konnte.<sup>8</sup> Ferner beschränkt sich die Berechnung der Preisindizes auf die Darreichungsformen, deren Mengenkomponekte in Deutschland innerhalb der Stichprobe 500.000 DDD nicht unterschreitet. Ausnahme bilden hierbei die Wirkstoffe, die dadurch gänzlich aus der Berechnung herausfallen würden.

Bei der Berechnung von Preisunterschieden wird im allgemeinen nach dem Preisindex von Laspeyres verfahren. Dieser gibt an, wie sich der Durchschnittspreis ändern würde, wenn die in der Ausgangssituation

---

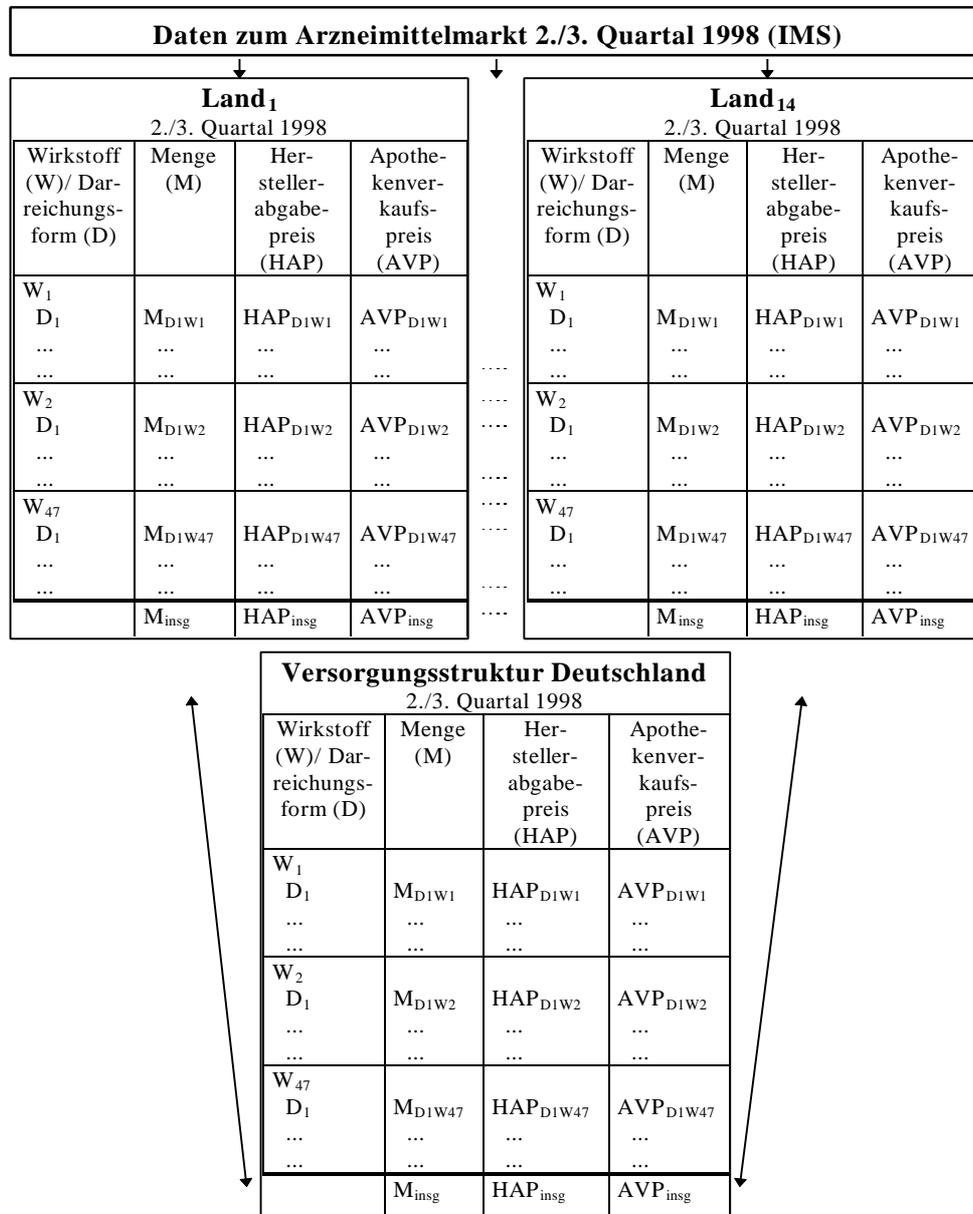
<sup>8</sup> Aus diesem Grund mußte der Wirkstoff „Alpha-Liponsäure“ aus den Berechnungen herausgenommen werden.

(Versorgungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland) gültige Mengenstruktur des Arzneimittelmarktes unverändert auch in der Vergleichssituation (Wirkstoffpreis anderer Länder) Gültigkeit hätte. Ausgangspunkt für den Vergleich der Arzneimittelpreise sind somit die mit der deutschen Mengenstruktur<sup>9</sup> gewichteten Preise nach Wirkstoffen in den anderen Ländern. Der Vergleich erfolgt dabei bilateral zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den in die Untersuchung einbezogenen Ländern. Aufgrund dieser Vorgehensweise ist kein Vergleich der anderen Ländern untereinander möglich.

---

9 Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies die deutsche Mengenstruktur der IMS-Daten.

Abbildung 6: Vereinfachte schematische Vorgehensweise zum Vergleich der Arzneimittelpreise



## 3.2 Datengrundlage

### 3.2.1 IMS-Daten

Die Grundlage der Untersuchung bilden die Daten des IMS<sup>10</sup> zum Apothekenmarkt für die systematisch ausgewählten Wirkstoffe (2. und 3. Quartal 1998). Zum damaligen Zeitpunkt waren dies die aktuellsten verfügbaren Daten. Da sowohl die Mehrwertsteuererhöhung als auch die Anpassung der Festbeträge zum 1.4.1998 in den Daten berücksichtigt werden sollte, beschränkt sich die Analyse auf die Daten der beiden folgenden Quartale. Für die Niederlande standen die Daten für die entsprechenden Quartale nur für das Jahr 1997 zur Verfügung, so daß sich hier die ermittelten Preise der Untersuchung auf das Jahr 1997 beziehen.

IMS erfaßt den Bezug von Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken über den Großhandel anhand einer repräsentativen Auswahl oder Vollerhebung von Arzneimittelgroßhändlern. In Europa sind die Marktanteile der Arzneimittel, die über den Großhandel abgewickelt werden, relativ hoch. Die Daten umfassen damit nicht nur die vom Arzt verordneten Arzneimittel, sondern auch die Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation der Patienten. Im Gegensatz zu den Angaben im Arzneiverordnungsreport, die sich ausschließlich auf die gesetzliche Krankenversicherung beziehen, umfassen die IMS-Daten neben der angesprochenen Selbstmedikation auch die Arzneimittelverordnungen im privatärztlichen Bereich. Nicht berücksichtigt wird der Klinikmarkt.

In Finnland und den Niederlanden handelt es sich bei den IMS-Daten um eine Vollerhebung. In diesen beiden Ländern wird wegen der Erhebungsmethodik (Vollerhebung) keine Validierung durchgeführt. Dasselbe gilt für die Schweiz, hier liegt den Daten ebenfalls eine Vollerhebung zugrunde. In den anderen Ländern handelt es sich um repräsentative Stichproben.

---

10 *Institut für medizinische Statistik (IMS)*, Frankfurt.

IMS ermittelt die Umsätze und Absatzmengen der einzelnen Arzneimittel in den jeweiligen europäischen Ländern überwiegend auf der Ebene der Herstellerabgabepreise. Die Umrechnung auf andere einheitliche Preisstufen wird mittels landeseinheitlicher Umrechnungsfaktoren durchgeführt (vgl. Tabelle 8). Dieses Umrechnungsverfahren spiegelt die Realität nur annähernd wider, da es in bestimmten Ländern differenzierte Zuschlagssysteme gibt. Laut Mitteilung des IMS werden in Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, den Niederlanden, Österreich, der Schweiz und Spanien auch die Direkteinkäufe der Apotheken bei den Pharmafirmen erfaßt. Die in den einzelnen Ländern auf den unterschiedlichsten Ebenen gewährten Rabatte werden bei den in den IMS-Daten ausgewiesenen Umsätzen nicht berücksichtigt.

Tabelle 8: Verhältnis von Herstellerabgabe- zu Apothekenverkaufspreis  
(Conversion factors) (3. Quartal 1998)

Land	Herstellerabgabepreis (MNF)	Apothekenabgabepreis (PUB)
Belgien	1,0000	1,7680
Dänemark	1,0000	1,6450
Deutschland	1,0000	1,8605
Finnland	1,0000	1,7840
Frankreich	1,0000	1,6796
Griechenland	1,0000	1,5700
Großbritannien	1,0000	1,5200
Irland	1,0000	1,7650
Italien	1,0000	1,6507
Luxemburg	1,0000	1,7409
Niederlande	1,0000	1,6000
Österreich	1,0000	2,1000
Portugal	1,0000	1,4580
Schweiz	1,0000	1,7483
Spanien	1,0000	1,6207

Quelle: Mitteilung des IMS, Frankfurt.

Zur Ermittlung der Preisunterschiede auf den unterschiedlichen Preisebenen werden bestimmte Angaben benötigt, die von der jeweiligen Methodik des

Preisvergleichs abhängig sind. Im einzelnen enthalten die für diese Untersuchung zur Verfügung gestellten Daten folgende Informationen:

- (1) Land,
- (2) Wirkstoff,
- (3) Darreichungsform,
- (4) Wirkstärke,
- (5) Quartal und Jahr,
- (6) Anzahl der Packungen (Units),
- (7) Arzneimittelmenge (Standard Units),
- (8) Umsatz „Herstellerabgabepreis“ und
- (9) Umsatz „Apothekenverkaufspreis“.

Die Darreichungsform oder Applikationsart wird beim IMS nach einem 3-Buchstaben-Schlüssel klassifiziert. Der erste Buchstabe kennzeichnet die Darreichungsform. Der zweite Buchstabe bezeichnet unabhängig von der Applikationsart die allgemeinen galenischen Formen wie z.B. Tabletten oder Ampullen. Der zweite Buchstabe wird durch einen dritten Buchstaben ergänzt. Dieser zeigt die spezielle Form an, die zur jeweiligen allgemeinen galenischen Form gehört. So werden z.B. Tabletten unterteilt in Filmtabletten, Buccaltabletten usw.

Die Arzneimittelmenge bezieht sich je nach Darreichungsform z.B. auf Tabletten oder Ampullen oder die entsprechende Arzneimittelmenge. Jeder Darreichungsform wird somit eine eindeutig definierte Einheit für die Arzneimittelmenge zugeordnet.

Der Umsatz zu Herstellerabgabepreisen bzw. Apothekenverkaufspreisen wird in den Daten in DM ausgewiesen. Zur Umrechnung der einzelnen Preise von der jeweiligen Landeswährung in DM verwendet IMS die Quartalsdurchschnitte der offiziellen Devisenkurse der Wall Street. Tabelle 9 zeigt die für die beiden in die Untersuchung einbezogenen Quartale relevanten Wechselkurse.

Tabelle 9: Zur Umrechnung verwendete Devisenkurse

Land	Devisenkurs	
	2. Quartal 1998	3. Quartal 1998
Belgien	0,04847435	0,04848109
Dänemark	0,26241585	0,26257823
Deutschland	1,00000000	1,00000000
Finnland	0,32892429	0,32650148
Frankreich	0,29826530	0,29828483
Griechenland	0,00579851	0,00589986
Großbritannien	2,96903827	2,90815703
Irland	2,51943414	2,50945182
Italien	0,00101391	0,00101324
Luxemburg	0,04847435	0,04847989
Niederlande	0,88765423	0,88681656
Österreich	0,14213831	0,14215848
Portugal	0,00976166	0,00976615
Schweiz	1,20009290	1,20129790
Spanien	0,01177932	0,01177654

Quelle: Mitteilung des *IMS*, Frankfurt.

### 3.2.2 Sonstige Daten

Für die Qualitätsprüfung der Daten, zur Berechnung der Preisunterschiede sowie die Interpretation der Preisunterschiede wurden neben den Daten des *IMS* weitere Informationsquellen herangezogen.

Dazu gehörten neben den „direkten Informationen“ zu den Daten des *IMS* der Bericht der internen Kontrollkommission des *IMS*, der Informationen über die Datenqualität und den Grad der Marktabdeckung in den in die Untersuchung einbezogenen Ländern liefert.

Neben diesen internen Qualitätsangaben des *IMS* wurden auch externe nationale Informationen zu den Arzneimittelmärkten herangezogen. Im einzelnen sind dies Informationen zum Umsatz des Arzneimittelmärktes bzw. zu

den Ausgaben der Kostenträger, zur Verordnungshäufigkeit von Arzneimitteln sowie zu nationalen Regelungen. Die Informationen zum Arzneimittelmarkt wurden verwendet, um die IMS-Daten zu den einzelnen Ländern hinsichtlich ihrer Marktabdeckung einordnen zu können. Die Informationen zu den nationalen Regelungen dienen zur Beschreibung und Erläuterung der Preisunterschiede im Vergleich zu Deutschland.

Weitere externe Informationen sind allgemeine Wirtschaftsdaten wie Umrechnungskurse, Konsumentenpreise, Stundenlöhne etc. Diese sind Grundlage für die Umrechnung der ermittelten Preise. Darüber hinaus wurden zu den für die Untersuchung relevanten Themenbereichen einschlägige Veröffentlichungen ausgewertet. Diese Auswertung war im wesentlichen die Basis für die Zusammenstellung der internationalen Vergleichsstudien im Abschnitt „Ausgangssituation und Zielsetzung der Untersuchung“.

#### **4 Ergebnisse des bilateralen Vergleichs der Arzneimittelpreise**

In diesem Abschnitt der Studie werden die Ergebnisse des Preisvergleichs aufgezeigt. Der Preisvergleich erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen. Der Herstellerabgabepreis läßt quantifizierbare Aussagen zu, welchen Preis der Hersteller auf dem Arzneimittelmarkt erzielen kann. Der Apothekenverkaufspreis pro DDD liefert Informationen zur Ausgabenbelastung der Kostenträger bzw. des Patienten. Hierbei werden in einem eigenen Abschnitt die unterschiedlichen Handelsspannen, Steuern und Rabatte erläutert, die maßgeblichen Einfluß auf den Apothekenverkaufspreis haben.

Die Präsentation der Ergebnisse beschränkt sich damit nicht ausschließlich auf die Darstellung der Unterschiede, sondern erklärt auch deren Ursachen. Hierzu wird im wesentlichen auf die Preisbildungssysteme auf der Angebotsseite Bezug genommen. Maßnahmen, die auf der Nachfrageseite und damit auf der Erstattungsebene ansetzen und somit indirekt auf die Preisbildung der Anbieter von Arzneimitteln Einfluß nehmen werden hierbei nicht berücksichtigt.

## **4.1 Preisvergleich auf der Ebene des Apothekenverkaufspreises**

### **4.1.1 Zusammensetzung der Apothekenverkaufspreise**

Ursache für die unterschiedlichen Apothekenverkaufspreise in den einzelnen Ländern sind nicht allein die Differenzen bei den Herstellerabgabepreisen. Selbst wenn der Herstellerabgabepreis in manchen Ländern identisch ist, können die Apothekenverkaufspreise erheblich voneinander abweichen. Grund hierfür sind staatlich festgelegte Handelspannen für Großhandel und Apotheken, gewährte Rabatte sowie eine unterschiedliche Besteuerung.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anteile der Handelspannen und Steuern am Apothekenverkaufspreis in den einzelnen Ländern. Die Anteile der Hersteller liegen zwischen 42,3% (Österreich) und 68,6% (Portugal), jene des Großhandels zwischen 4,0% (Finnland) und 14,9% (Österreich). Der durchschnittliche Anteil der Apotheken bewegt sich zwischen 19,0% (Portugal) und 33,0% (Irland und Großbritannien).

Tabelle 10: Prozentuale Anteile der Handelsspannen und Steuern am Apothekenverkaufspreis (=100%) (1997)

Land	Anteil des Herstellers	Anteil des Großhandels	Anteil der Apotheken	Anteil der Mehrwertsteuer
Belgien	56,6%	8,5%	29,2%	5,7%
Dänemark (1998)	56,5%	4,4%	19,2%	20,0%
Deutschland	54,1%	7,1%	25,8% <sup>1</sup>	13,0% <sup>2</sup>
Finnland	52,4%	4,0%	26,5%	17,1% <sup>3</sup>
Frankreich	65,8% <sup>4</sup>	7,1%	25,0%	2,1%
Griechenland	63,3%	5,3%	24,0%	7,4%
Großbritannien	54,5%	12,5%	33,0%	0,0%
Irland (1996)	57,0%	10,0%	33,0%	0,0%
Italien	60,6%	6,1%	24,3%	9,1%
Luxemburg <sup>5</sup>	53,4%	12,8%	30,9%	2,9%
Niederlande	65,0%	9,0%	20,3%	5,7%
Österreich <sup>6</sup>	42,3%	14,9%	36,4%	6,4%
Portugal	68,6%	7,6%	19,0%	4,8%
Schweiz	56,7%	8,5%	32,8%	2,0%
Spanien	59,3%	8,1%	28,8%	3,8%

1 Ohne Berücksichtigung des Kassenrabatts in der GKV von 5%.

2 Erhöhung der Mehrwertsteuer zum 1.4.1998 von 15% auf 16%; veränderte Werte ab dem zweiten Quartal 1998: 53,6%, 7,0%, 25,6%, 13,8%.

3 Mehrwertsteuer einschließlich Apothekensteuer.

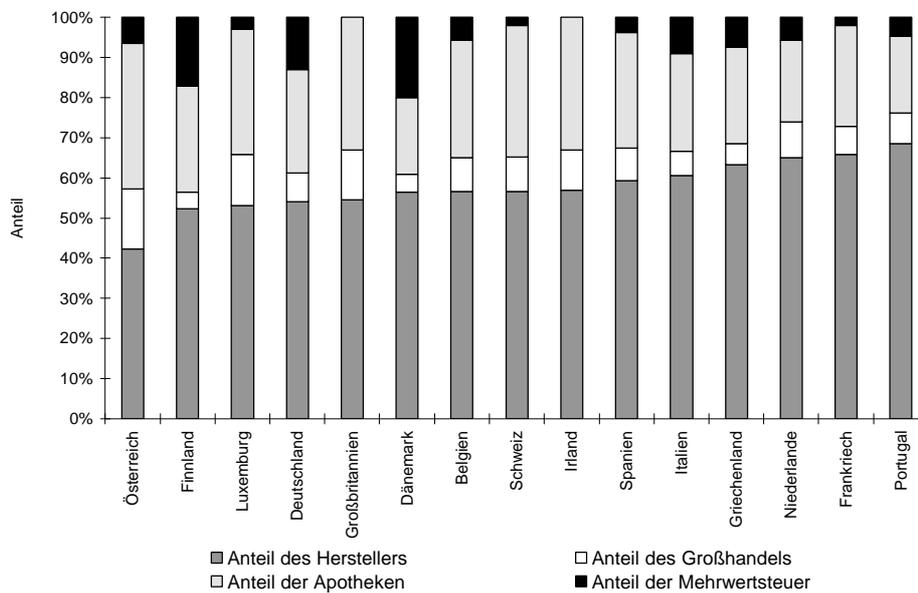
4 Einschließlich 0,9% Werbesteuer bezogen auf den Apothekenverkaufspreis.

5 Unterschiedliche Hersteller- und Apothekerspannen bei Importen aus Belgien und Deutschland.

6 Apothekenspanne einschließlich Privatverkaufszuschlag.

Quelle: Eigene Zusammenstellung BASYS nach nationalen Angaben.

Abbildung 7: Prozentuale Zusammensetzung des Apothekenverkaufspreises (=100%)



#### 4.1.1.1 Großhandelsspannen

In 12 der 15 untersuchten Länder gibt es staatliche Regelungen zur Preisfestsetzung auf Großhandelsebene. Hierzu gehören neben Belgien auch Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Italien, Irland, Luxemburg, Österreich, Portugal und Spanien. In Deutschland wird der Großhandelspreis durch die Arzneimittelpreisverordnung festgelegt. Danach errechnet sich der Großhandelspreis aus dem Herstellerabgabepreis ohne Mehrwertsteuer plus einem Höchstzuschlag.

In Irland gilt seit 1. August 1997 ein neues Preisbildungssystem für Großhandelspreise. Nach einer zwischen der Vereinigung der Irischen Pharma-Hersteller und dem Gesundheitsministerium geltenden Vereinbarung darf der irische Großhandelspreis für nach dem 1. August 1997 eingeführte Arzneimittel den im Vereinigten Königreich geltenden Preis für den Groß-

handel sowie den in den EU-Mitgliedstaaten Frankreich, Deutschland, Niederlande und Vereinigtes Königreich geltenden Großhandelsdurchschnittspreis des entsprechenden Medikaments nicht überschreiten. Dabei wird der am Tag der Bekanntmachung für die einzelnen Währungen geltende Umrechnungskurs zugrunde gelegt.

Ist ein neues Arzneimittel nicht in allen aufgeführten EU-Staaten erhältlich, darf der irische Großhandelspreis den im Vereinigten Königreich und den errechneten Durchschnittspreis aus den Ländern, in denen das Arzneimittel erhältlich ist, nicht überschreiten. Ist ein neues Medikament nicht im Vereinigten Königreich erhältlich, so ist wiederum der Durchschnittspreis der übrigen Länder ausschlaggebend. Ist das neue Arzneimittel in keinem der aufgeführten Länder erhältlich, so ist der irische Großhandelspreis zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Hersteller/ Importeur auszuhandeln.

Lediglich in Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz werden die Großhandelsmargen nicht staatlich (gesetzlich) geregelt. In der Schweiz allerdings werden die Vertriebsbedingungen für den Groß- und Fachhandel - und damit auch die Höhe der Handelsmargen - von der privaten Organisation „Sanphar“ (früher: „Reglementation“) festgesetzt. Ihr gehören Arzneimittelhersteller und -importeure, Großhändler sowie der Apotheker- und Drogistenverband an.

Tabelle 11: Großhandelszuschläge und -spannen in ausgewählten europäischen Ländern (1997)

Land	Großhandelszuschlag (Prozentualer Aufschlag auf den Herstellerabgabepreis)	Großhandelsspanne (Prozentualer Anteil des Apothekeneinkaufspreises)
Belgien <sup>1</sup>	15,0%	13,1%
Dänemark (1998)	7,8%	7,2%
Deutschland	13,7%	12,1%
Finnland	7,6%	7,1%
Frankreich <sup>2</sup>	10,8%	9,7%
Griechenland	8,4%	7,8%
Großbritannien	22,9%	18,7%
Irland (1996)	17,5%	14,9%
Italien	10,0%	9,1%
Luxemburg	24,1%	19,4%
Niederlande	13,8%	12,2%
Österreich	35,2%	26,0%
Portugal	11,1%	10,0%
Schweiz <sup>3</sup>	15,1%	13,1%
Spanien	13,6%	12,0%

1 Maximal 88 BFR.

2 Einschließlich maximal 1,8% Rabatt und 0,8% Umsatzsteuer des Großhandels bezogen auf den Apothekenverkaufspreis.

3 Durchschnittswert, der sich auf unterschiedliche Stufen- und Preiskategorien bezieht; daneben gibt es für jede Stufe eine sog. Pufferzone, innerhalb derer Großhandel, Fachhandel und SD-Ärzte statt der prozentualen Margen Fixbeträge erhalten.

Quelle: Eigene Zusammenstellung BASYS nach nationalen Angaben.

#### 4.1.1.2 Apothekenhandelsspannen

In allen in die Untersuchung einbezogenen Ländern werden die Apothekenmargen staatlich festgelegt, lediglich die Schweiz bildet hier eine Ausnahme.

Die Handelsspannen der Apotheken sind in der Ausgestaltung meist differenzierter als die Großhandelszuschläge.

Tabelle 12: Apothekenzuschläge und -spannen in ausgewählten europäischen Ländern (1997)

Land	Apothekenzuschlag (Prozentualer Aufschlag auf den Großhandelsabgabepreises)	Apothekenhandelsspanne (Prozentualer Anteil des Apothe- kenverkaufspreises ohne MwSt.)
Belgien	44,9% <sup>1</sup>	31,0%
Dänemark (1998)	31,5%	24,0%
Deutschland <sup>2</sup>	42,1%	29,7%
Finnland	47,0%	32,0%
Frankreich	34,3%	25,5%
Griechenland	35,0%	25,9%
Großbritannien	49,3%	33,0%
Irland (1996)	49,3%	33,0%
Italien	36,4%	26,7%
Luxemburg	47,3%	32,1%
Niederlande	27,4%	21,5%
Österreich <sup>3</sup>	63,6%	38,9%
Portugal	25,0%	20,0%
Schweiz <sup>4</sup>	50,4%	33,5%
Spanien	42,7%	29,9%

1 Maximal 300 BFR.

2 Vor Abzug des Kassenrabatts im Bereich der GKV von 5%.

3 Vor Abzug des Kassenrabatts (7,5%) und einschließlich des Privatverkaufszuschlags (15,0%).

4 Durchschnittswert, der sich auf unterschiedliche Stufen- und Preiskategorien bezieht; daneben gibt es für jede Stufe eine sog. Pufferzone, innerhalb derer Großhandel, Fachhandel und SD-Ärzte statt der prozentualen Margen Fixbeträge erhalten.

Quelle: Eigene Zusammenstellung *BASYS* nach nationalen Angaben.

Die Verdienstspanne der Apotheken in Deutschland wird durch die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 geregelt, die am 1. Juli 1998 durch die Erste Verordnung zur Änderung der Arzneimittelpreisverordnung modifiziert wurde. In dieser Arzneimittelpreisverordnung werden die Aufschläge auf den Großhandelspreis nach einer bestimmten Staffelung festgelegt. Eine derartige Regelung gibt es auch in der Schweiz.

#### 4.1.1.3 Rabatte

Rabatte können auf unterschiedlichen Ebenen zum Tragen kommen. Sowohl den Großhändlern als auch den Apotheken können beim Einkauf von Arzneimitteln Preisnachlässe eingeräumt werden. Auch kann eine Apotheke vom Rabatt eines Großhändlers profitieren, wenn dieser den mit dem Hersteller ausgehandelten Preisnachlaß ganz oder teilweise an die Apotheke weitergibt. Ferner können nur bestimmte Bereiche vom Rabatt betroffen sein. In Irland wird z.B. auf verschreibungspflichtige Arzneimittel ein Kassenrabatt gewährt, nicht jedoch auf frei verkäufliche. Die Rabattgewährung unterliegt in bestimmten Ländern staatlichen Regelungen, die sich auf verschiedenen Ebenen auswirken können.

So sind z.B. Apotheken in Deutschland, Italien und Österreich gesetzlich verpflichtet, beim Verkauf von Arzneimitteln Rabatte zu Gunsten des Krankenversicherungssystems zu gewähren. In Irland wird den „Health Boards“ von den Herstellern bzw. Importeuren ein Rabatt von 3% für Arzneimittel, die unter dem „GMS Scheme“ erstattet werden, eingeräumt. In Deutschland beträgt der Kassenrabatt innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung 5%.

In Griechenland, Italien und Österreich entfallen auf die Apothekenhandelspreisen sog. Mengenrabatte. Griechenland bildet insofern eine Ausnahme, als der Rabatt von 0,4% für ländliche Gegenden nicht auf die Apothekenmarge, sondern auf den Herstellerabgabepreis entfällt.

Für vom italienischen Servizio Sanitario Nazionale (SSN) erstattete Arzneimittel wurde in Italien 1992 ein Rabatt auf Apothekenhandelspreisen eingeführt. Ursprünglich war der Rabatt als fester Preisbestandteil auf 2,5%

des Mehrwertsteuer-Nettopreises, seit 1995 auf 3% festgesetzt worden. 1997 jedoch wurde eine regressive Margenregelung für vom SSN erstattete Arzneimittel eingeführt, d.h. bei höherpreisigen Produkten kommen höhere Rabatte zum Tragen.

Der in Österreich ebenfalls auf die Apothekenmarge entfallende, umsatzabhängige Mengenrabatt von durchschnittlich 7,5% ist allerdings nur den Krankenkassen als sog. „begünstigten Beziehern“ zu gewähren (sog. „Kassenverkaufspreis“). Privatpatienten hingegen zahlen den sog. „Allgemeinen Verkaufspreis“ ohne Rabatt.

Wie bereits erwähnt, werden die hier aufgeführten Rabatte bei den IMS-Daten in den einzelnen Ländern nicht erfaßt. Die Rabatte werden somit bei der Berechnung der Preise je DDD und den Preisunterschieden zu Deutschland nicht berücksichtigt. Aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ländern, den zu diesem Bereich nur lückenhaft vorliegenden Informationen sowie der Tatsache, daß der in Form von Waren gewährte Rabatt in der Regel nicht erfaßt werden kann, erschien auch eine Bereinigung der in den IMS-Daten ausgewiesenen Umsätze um derartige Rabatte nicht sinnvoll.

Tabelle 13: Kassenrabatt in ausgewählten europäischen Ländern (1998)

Land	Kassenrabatt			
	Verschreibungspflichtige Arzneimittel		Rezeptfreie Arzneimittel	
	Rabatt üblich? (ja/nein)	Durchschnittlicher Rabatt (%)	Rabatt üblich? (ja/nein)	Durchschnittlicher Rabatt (%)
Belgien	nein	-	k. A.	-
Dänemark	ja	1,17	nein	-
Deutschland	ja	5,0	ja	5,0
Finnland	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Frankreich	nein	-	k. A.	k. A.
Griechenland <sup>1</sup>	nein	-	nein	-
Großbritannien	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Irland	ja	3,0	nein	-
Italien	ja	k. A.	k. A.	k. A.
Luxemburg	nein	-	nein	-
Niederlande	nein	-	k. A.	k. A.
Österreich	ja	7,5	ja	7,5
Portugal	nein	-	nein	-
Schweiz	nein	-	nein	-
Spanien	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

k. A. = Keine Angaben.

1 gilt nur für ländliche Gegenden.

Quelle: Eigene Zusammenstellung *BASYS* nach nationalen Angaben.

Tabelle 14: Patientenrabatt in ausgewählten europäischen Ländern (1998)

Land	Patientenrabatt			
	Verschreibungspflichtige Arzneimittel		Rezeptfreie Arzneimittel	
	Rabatt üblich? (ja/nein)	Durchschnittlicher Rabatt (%)	Rabatt üblich? (ja/nein)	Durchschnittlicher Rabatt (%)
Belgien	ja	10,0	ja	10,0
Dänemark	ja	5,0.	ja	5,0.
Deutschland	nein	-	nein	-
Finnland	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Frankreich	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Griechenland <sup>1</sup>	ja	0,4	ja	0,4
Großbritannien	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Irland	nein	-	nein	-
Italien	nein.	-	nein	-
Luxemburg	nein	-	nein	-
Niederlande	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Österreich	nein	-	nein	-
Portugal	nein	-	nein	-
Schweiz	nein	-	nein	-
Spanien	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

k. A. = Keine Angaben.

1 gilt nur für ländliche Gegenden.

Quelle: Eigene Zusammenstellung *BASYS* nach nationalen Angaben.

#### 4.1.1.4 Mehrwertsteuersätze

In den untersuchten mittel- und westeuropäischen Ländern sind Arzneimittel mit äußerst unterschiedlichen Mehrwertsteuersätzen belegt. In einigen Ländern werden auf Arzneimittel lediglich reduzierte Steuersätze erhoben, in einigen Ländern entfällt die Steuerbelastung durch die Mehrwertsteuer bei bestimmten Arzneimitteln ganz.

Tabelle 15: Mehrwertsteuersätze in ausgewählten europäischen Ländern  
(1998)

Land	Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel	Normalsatz der Mehrwertsteuer
Belgien	6,0%	21,0%
Dänemark	25,0%	25,0%
Deutschland	16,0%	16,0% <sup>1</sup>
Finnland	8,0%	22,0%
Frankreich	2,1% für erstattungsfähige Arzneimittel 5,5% für nicht erstattungsfähige Arzneimittel	20,6%
Griechenland	8,0% für verschreibungspflichtige Arzneimittel	18,0%
Großbritannien	0,0% für Arzneimittel im Rahmen des National Health Service 17,5% für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	17,5%
Irland	0,0% für Arzneimittel zur oralen Anwendung 21,0% für nicht oral angewendete Arzneimittel	21,0%
Italien	10,0%	19,0%
Luxemburg	3,0%	15,0%
Niederlande	6,0%	17,5%
Österreich	0,0% bei Übernahme durch die Sozialversicherung 20,0% bei Übernahme durch den Patienten	20,0%
Portugal	5,0%	17,0%
Schweiz	2,0%	7,0%
Spanien	4,0%	16,0%

<sup>1</sup> Ermäßigter Mehrwertsteuersatz 7%.

Quelle: Eigene Zusammenstellung *BASYS* nach nationalen Angaben.

So sind in Großbritannien verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Mehrwertsteuer befreit (für OTC-Produkte gilt der normale Mehrwertsteuersatz von 17,5%). In Irland wird bei der Festsetzung des Steuersatzes nicht zwischen verschreibungs- oder nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln unterschieden, vielmehr ist hier die Anwendungsform entscheidend: Arzneimittel zur oralen Anwendung sind von der Mehrwertsteuer befreit, für die übrigen gilt ein Mehrwertsteuersatz von 21%.

Dänemark, Deutschland und Österreich sind die einzigen Länder, in denen für alle Arzneimittel der Mehrwertsteuer-Normalsatz erhoben wird. Unter den genannten Ländern nimmt Österreich eine Sonderstellung ein: der Mehrwertsteuersatz von 20% gilt nur für Privat-, nicht aber für Kassenpatienten, die von der Umsatzsteuer befreit sind. In den übrigen untersuchten Ländern Belgien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Portugal und Spanien gelten hingegen reduzierte Steuersätze (vgl. Tabelle 15). Innerhalb des reduzierten Steuersatzes unterscheidet lediglich Frankreich zwischen erstattungsfähigen und nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln (2,1% bzw. 5,5%).

#### 4.1.2 Vergleich der Apothekenverkaufspreise

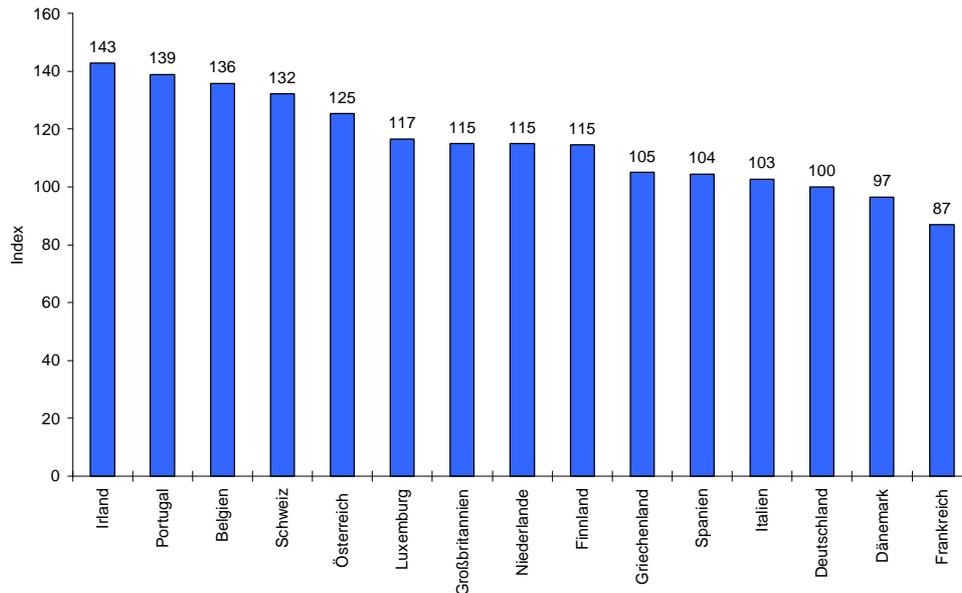
##### 4.1.2.1 Vergleichsmaßstab „Kaufkraftparitäten“

Die Umrechnung der einzelnen Landeswährungen mit Hilfe der jeweiligen Devisenkurse spiegelt nicht die tatsächliche Kaufkraft in den einzelnen Ländern wider. Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt der Untersuchung die einzelnen Preise in nationale Währungen mit Hilfe von Kaufkraftparitäten des Jahres 1998 umgerechnet und auf DM bezogen. Generell basiert die Berechnung der Kaufkraftparitäten auf Preisvergleichen für Waren- und Dienstleistungen der Lebenshaltung zwischen den ausländischen Staaten und der Bundesrepublik Deutschland. Diese Ergebnisse zeigen somit nicht, wieviel eine entsprechende Tagesdosis eines Wirkstoffes in den Untersuchungsländern in DM zu Devisenkursen umgerechnet kostet, sondern welchen Gegenwert diese Preise in DM im Ausland für die dortige Bevölkerung in Bezug auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit tatsächlich darstellen. Ferner sind die Kaufkraftparitäten nicht wie die Devisenkurse den Schwankungen von Angebot und Nachfrage auf den Devisenmärkten ausgesetzt.

Im Vergleich zu den Preisen, die mit Hilfe von Devisenkursen umgerechnet wurden, führt dies in sämtlichen Ländern mit einer höheren Kaufkraft der jeweiligen Landeswährung zu einem niedrigeren und in Ländern mit einer

schwächeren Kaufkraft zu einem höheren Preis. Da alle Preise auf DM bezogen werden, bleiben die Preise für Deutschland im Vergleich zu den Umrechnungen mit Devisenkursen unverändert. Ferner ergibt der Preisvergleich auf dieser Basis, daß die Preisunterschiede im Vergleich zu Deutschland nicht so groß sind wie bei der Umrechnung auf der Basis von Devisenkursen.

Abbildung 8: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis  
(Vergleichsmaßstab: Kaufkraftparitäten)



Die Ergebnisse des Preisvergleichs auf Basis von Kaufkraftparitäten sind in Abbildung 8 dargestellt. Die meisten Länder liegen über dem Preisniveau von Deutschland. Lediglich Dänemark und Frankreich liegen mit einem Wert von 97 bzw. 87 darunter. Die höchsten Preise im Vergleich zu Deutschland haben Irland (143), Portugal (139) und Belgien (136).

## 4.1.2.2 Vergleichsmaßstab „Devisenkurse“

Abbildung 9: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis  
(Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)

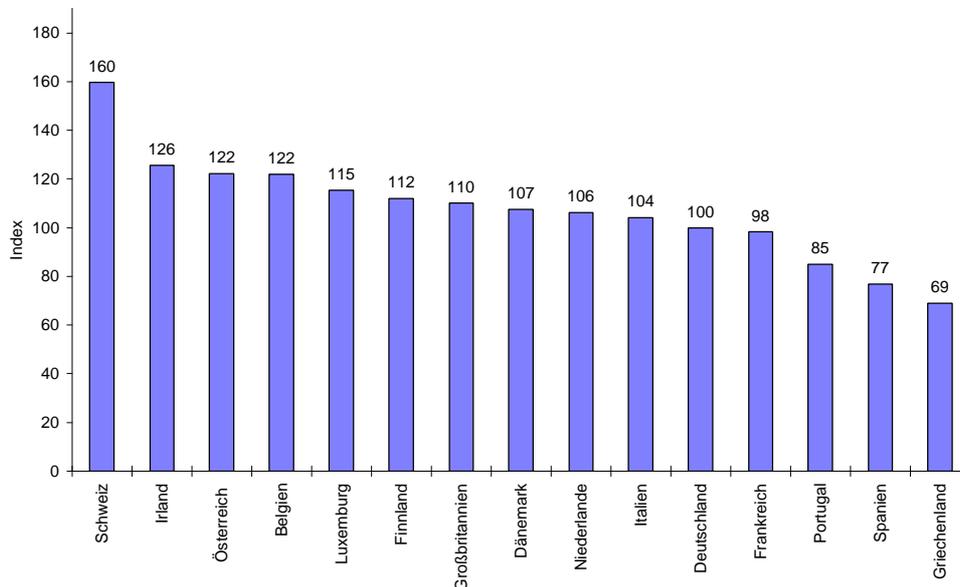
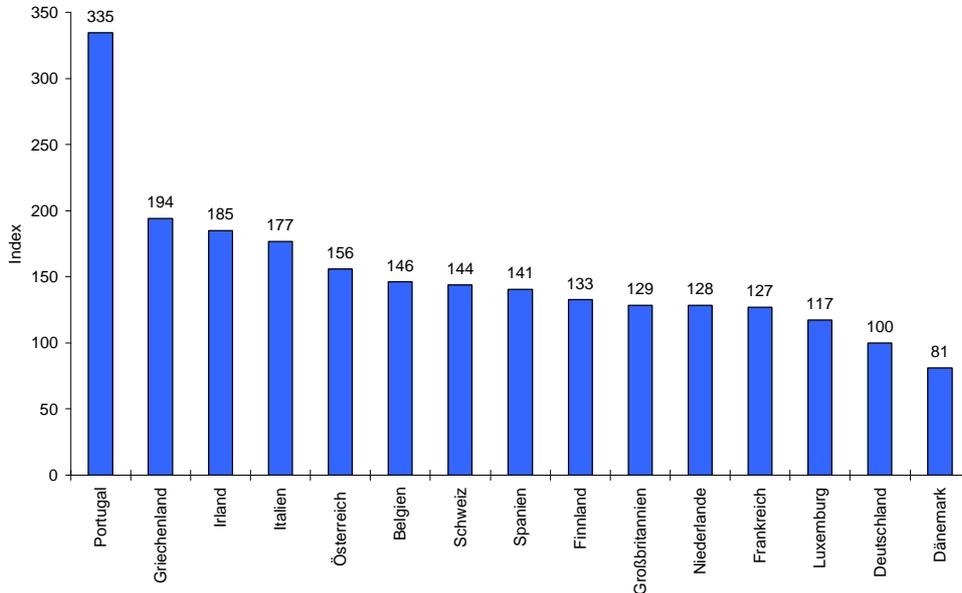


Abbildung 9 zeigt eine veränderte Reihenfolge, wenn dem Preisvergleich an Stelle von Kaufkraftparitäten Devisenkurse als Vergleichsmaßstab zugrunde gelegt werden. Die Schweiz, Irland, Österreich und Belgien führen hier mit Indizes zwischen 160 und 122 die Rangfolge an. Luxemburg, Finnland, Großbritannien, Dänemark, die Niederlande und Italien liegen innerhalb eines Indexbandes von 115 - 104 über Deutschland. Die restlichen Länder liegen im Preisniveau unter dem Deutschlands. Während die Preise je DDD in Frankreich nicht wesentlich unter denen in Deutschland liegen, vergrößert sich der Abstand zu Portugal und Spanien deutlich. Am niedrigsten sind die Arzneimittelpreise in Griechenland.

#### 4.1.2.3 Vergleichsmaßstab „Einkommensverhältnisse“

Abbildung 10: Laspeyres-Preisindex Apothekenverkaufspreis  
(Vergleichsmaßstab: Einkommensverhältnisse)



Legt man an Stelle von Devisenkursen oder Kaufkraftparitäten Einkommensverhältnisse zugrunde, ändert sich das Bild völlig. Hierbei wird dem durchschnittlichen Arzneimittelpreis je DDD der durchschnittliche Stundenlohn des jeweiligen Landes in der Verarbeitenden Industrie gegenübergestellt. Ausgangspunkt für die Berechnung des Indexes ist der Anteil der aufgewendeten Arbeitsstunden, die ein Arbeiter als Gegenwert für eine DDD erbringen muß.

Bei dieser Betrachtungsweise steht Portugal mit 335 an der Spitze der Länder, gefolgt von Griechenland, Irland, Italien und Österreich mit Werten zwischen 194 und 156. Das „Mittelfeld“, bestehend aus Belgien, der Schweiz, Spanien, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden und Frankreich, bewegt sich zwischen Werten von 146 und 127. Die Schlußposition wird von der Luxemburg, Deutschland und Dänemark mit Werten von je-

weils 117, 100 bzw. 81 eingenommen. Auf dieser Vergleichsebene sind die Arzneimittelpreise in allen, in die Untersuchung einbezogenen Ländern mit der Ausnahme von Dänemark teurer als in Deutschland.

#### **4.2 Preisvergleich auf der Ebene des Herstellerabgabepreises**

Internationale Preisvergleiche beschränken ihre Betrachtung oft auf den Apothekenverkaufspreis. Allerdings kann vom Apothekenverkaufspreis nicht auf das Niveau des Herstellerabgabepreises geschlossen werden. Selbst identische Herstellerabgabepreise können durch Unterschiede bei den Handelsspannen und Steuerbelastungen international unterschiedliche Apothekenverkaufspreise ergeben.

In allen europäischen Staaten wird bereits auf der Herstellerebene in die Preisbildung regulierend eingegriffen. Zur Zeit können die Arzneimittelhersteller in Europa nur in Deutschland und Großbritannien die Preise für neue Arzneimittel frei bestimmen, wobei in diesen beiden Ländern durch andere Regelungen indirekt die Höhe des Herstellerabgabepreises beeinflusst wird.

Die Preisbildung auf Ebene des Herstellerabgabepreises orientiert sich in einem hohem Maße an der vorgegebenen Erstattungshöhe. So zeigt sich in Deutschland, daß trotz freier Preisbildung bei 93,5% der festbetragsgeregelten Arzneimittel<sup>11</sup> der Preis den Festbetrag nicht überschreitet. Versuche der Hersteller, ihre Produkte preislich über den Festbeträgen zu positionieren, führten aufgrund der erhöhten Zuzahlung der Patienten zu deutlichen Umsatzrückgängen. Der Umsatzanteil der Arzneimittel mit einem Preis über dem Festbetrag liegt unter 1%.

Besteht keine freie Preisbildung kann bei der Festsetzung des Herstellerabgabepreises prinzipiell zwischen folgenden Grundkonzepten unterschieden werden:

---

11 Die Aussage bezieht sich auf alle mit Stand 15.1.1999 festbetragsgeregelten Arzneimittel aller Festbetragsstufen und Indikationen (26.796 Arzneimittel).

- Preisvergleich mit gleichen Präparaten in anderen Ländern und/oder im eigenen Land,
- „Value for money“ – Vorstellungen oder
- Festlegung der Gewinnmarge.

*Preisvergleiche mit Präparaten in anderen Ländern und/oder im eigenen Land*

Bei diesem Konzept findet eine Preisfestlegung auf der Basis des Preises des gleichen Herstellers bzw. seiner Lizenznehmer in anderen Ländern statt. Teilweise wählen die Länder dabei eine Kombination aus unterschiedlichen Vergleichspreisen, wie z.B. einem gewichteten europäischen Durchschnittspreis oder sie orientieren sich an den niedrigsten Preisen in Europa. Eine Variante ist hierbei, daß auch Generika in derartige Preisvergleiche einbezogen werden.

Der größere Teil der Länder setzt die Preise aufgrund eines länderübergreifenden Durchschnittspreises fest. In den Niederlanden bezieht sich die Preisfestlegung auf die Durchschnittspreise von Belgien, Deutschland, Frankreich und Großbritannien. Die Schweiz bezieht sich bei der Preisfestlegung auf die drei Referenzländer Deutschland, Dänemark und Niederlande.

Seit 1996 gilt in Griechenland eine Marktverordnung, die eine Preisfestsetzung für Medikamente auf dem niedrigstem europäischen Niveau vorschreibt. Hierzu werden jeweils die drei niedrigsten Preise in Europa zur Durchschnittsbildung herangezogen. Italien ermittelt seine Arzneimittelpreise anhand der Durchschnittspreise aller europäischen Länder.

Grundlage für die Preisfestsetzung in Spanien ist der Arzneimittelpreis im jeweiligen Ursprungsland sowie der niedrigste Preis in Europa. In Finnland dient der Preis des Ursprungslandes ebenfalls als Referenzgröße. Für Portugal sind die Arzneimittelpreise in Italien, Frankreich und Spanien für die Festlegung ausschlaggebend. In Irland sind die Preise für Arzneimittel an die Arzneimittelpreise Großbritanniens gekoppelt.

In Österreich gehen neben der volkswirtschaftlichen Lage und den Interessen der Anbieter und Verbraucher die für die Herstellung nachgewiesenen

Kosten in die Preisgestaltung mit ein. Darüber hinaus werden verschiedene Preisvergleiche bei der Preisbildung herangezogen. Bei bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln sind hierfür die Durchschnittspreise in anderen europäischen Ländern oder die Preise im Erzeugerland maßgeblich. Ferner dienen als Vergleichsgrundlage auch die Preise von vergleichbaren Produkten im Inland.

Der Weg der Referenzpreisbildung bleibt nicht ohne Einfluß auf die jeweils anderen Preisbildungssysteme. So beeinflusst der neue Durchschnittspreis in den Niederlanden aufgrund des italienischen Referenzpreissystems unmittelbar die Arzneimittelpreise in Italien.

*„Value for money“- Vorstellungen (Kosten-Nutzen-Analysen)*

Mit zunehmenden Kostendruck, unter dem die Kostenträger des Gesundheitswesens in allen Ländern stehen, gewinnt bei allen Behandlungsmaßnahmen die Frage nach dem Gegenwert der eingesetzten Geldmittel („value for money“) zunehmend an Bedeutung. Deshalb sind in einzelnen Ländern pharmako-ökonomische Studien als Bestandteil der Dokumentation für den Zulassungsantrag und die Rückerstattung gesetzlich vorgeschrieben. Diese Studien befassen sich mit der Identifikation, der Messung und dem Vergleich der Kosten, des Risikos und des Nutzens eines Arzneimittels. Ferner werden diejenigen medikamentösen Alternativen ermittelt, die den besten Gegenwert liefern, und zwar entweder bei minimalem Ressourcenverzehr oder einem möglichst optimalen Erfolg bei gegebenen Ressourcen.

In den Niederlanden wurde auf der Basis jüngst erarbeiteter Richtlinien 1999 eine ökonomische Evaluation für neue Arzneimittel außerhalb des Referenzpreissystems eingeführt. Auch in Schweden werden pharmako-ökonomische Studien für die Preisbildung herangezogen. In Finnland gelten seit Juni 1999 ebenfalls pharmako-ökonomische Leitlinien für die Entscheidung über die Höhe der Erstattung. In anderen Ländern, wie z. B. in Dänemark, können pharmako-ökonomische Studien freiwillig eingereicht werden.

In Frankreich werden die Studien zur Klärung der Preis- und Rückerstattung durch die Transparenz-Kommission und ein neues pharmako-ökonomisches

Beratergremium zukünftig ebenfalls stärker als bisher in Betracht gezogen. In Großbritannien hatten bis jetzt pharmako-ökonomische Studien im Rahmen der Erstattung von Arzneimitteln noch keine große Bedeutung. Im Bezug auf das neu gegründete National Institute for Clinical Excellence (NICE) sollen diese jedoch in Zukunft mehr Beachtung finden. In Portugal bestehen ebenfalls Pläne zur Einbeziehung pharmako-ökonomischer Daten in die Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln.

#### *Festlegung der Gewinnmarge*

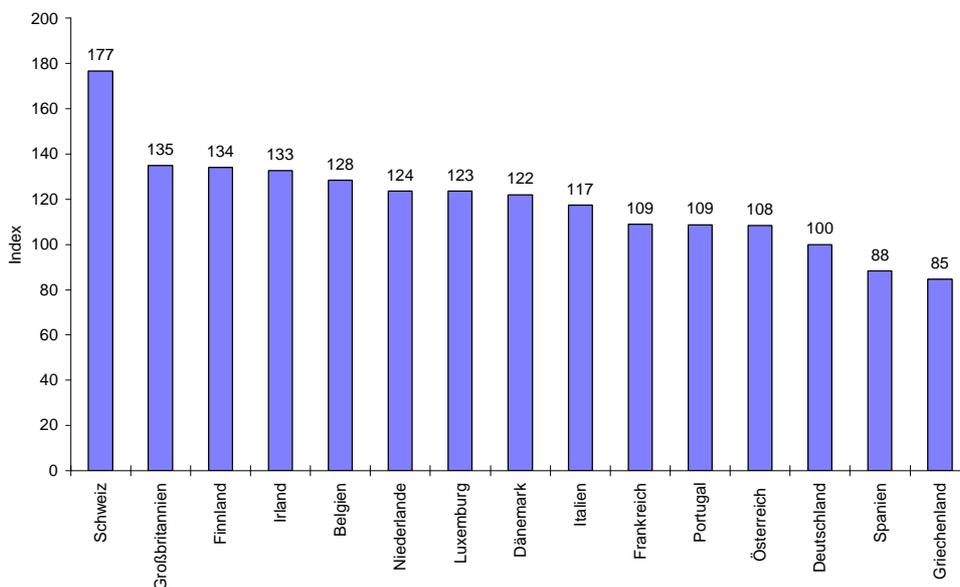
Eine Sonderstellung bei Festlegung der Arzneimittelpreise auf Herstellererebene nimmt Großbritannien ein. Das besondere an dieser Art der Preisbildungsregelung ist, daß nicht der Preis für einzelne pharmazeutische Produkte, sondern der Gesamtgewinn eines Unternehmens ausschlaggebend für die Preisfestlegung ist.

In Großbritannien werden die Preise für jene Präparate, deren Kosten vom National Health Service (NHS) übernommen werden, nach dem Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) zwischen dem Gesundheitsministerium und der pharmazeutischen Industrie festgesetzt. Dieser Plan setzt für Pharma-Unternehmen eine maximale Profitgrenze fest, die sich, bezogen auf Kapitalerträge, zwischen 17-21% bewegt bzw. bei 4,9-6,0% der Verkaufserträge liegt.

Der Gewinn eines Pharma-Unternehmens kann dabei um bis zu 40% über bzw. 50% unterhalb dieser Profitgrenze liegen (sog. Toleranzmarge). Überschreitet ein Pharma-Hersteller seine Profitmarge, ist er angehalten, die Preise für seine Produkte entsprechend zu senken oder eine entsprechende Rückzahlung an die Regierung zu leisten. Bei Unterschreitung der Profitlinie kann der Hersteller eine Preiserhöhung für seine Produkte beantragen.

Die Preise für Arzneimittel der stationären Versorgung können in Großbritannien vom Hersteller festgelegt werden, allerdings kommen auch hier die oben beschriebenen Regelungen zur Anwendung. Dabei kann der Arzneimittelhersteller die für seine Produkte geltenden Tarife auch unterbieten, um ihnen bessere (Markt-) Chancen einzuräumen.

Abbildung 11: Laspeyres-Preisindex Herstellerabgabepreis  
(Vergleichsmaßstab: Devisenkurse)



Gewichtet man die Preise der einzelnen Wirkstoffe differenziert nach den unterschiedlichen Darreichungsformen mit der deutschen Mengenstruktur, erhält man den in Abbildung 11 dargestellten Preisindex für die Herstellerabgabepreise nach Laspeyres. Die Umrechnung erfolgte hier auf der Basis von Devisenkursen.

Der Preisvergleich zeigt, daß in einzelnen Ländern im Vergleich zu Deutschland unterschiedliche Preisabstände bestehen, wobei Deutschland innerhalb der 15 untersuchten Länder am unteren Ende vertreten ist. In sämtlichen Ländern mit Ausnahme von Spanien und Griechenland liegen die Herstellerabgabepreise über dem deutschen Niveau. Die Preisunterschiede betragen hier zwischen 8% und 77%.

In Spanien (88) und Griechenland (85) liegt das Niveau der Herstellerabgabepreise für Arzneimittel unter dem von Deutschland.

Die Preisunterschiede auf der Ebene des Herstellerabgabepreises sind nicht allein auf unterschiedliche staatliche Regelungen (vgl. z.B. Großbritannien) zurückzuführen. Ursächlich für die Preisunterschiede auf Herstellerebene sind auch die Anzahl der durchschnittlich bezogenen Handelsformen sowie unterschiedliche Verschreibungs- und Therapiegewohnheiten. So tragen kleinere Packungsgrößen in Frankreich zu einem umfangreicheren Verschreibungsverhalten der Ärzte bei. Griechenland ist aufgrund seiner Wirtschaftsstruktur, des Entwicklungsstandes und des daraus abgeleiteten Preisniveaus grundsätzlich nur eingeschränkt mit Deutschland und den meisten anderen hier untersuchten Ländern vergleichbar.

## 5 Literaturverzeichnis

- AGIM*, (1998), L'Industrie du médicament en Belgique, Bruxelles.
- AIM*, (1996), Instrumente zur Regelung der Arzneimärkte: Wie wirksam sind sie?, Genf.
- Apoteket*, (1998), Apoteket's European drug price index, Stockholm.
- Arzneimittel Zeitung*, (XII/1998), Fakten und Trends, Europäische Gesundheitssysteme und Pharmamärkte, Neu-Isenburg.
- A.V.J. Arzneimittelverlagsgesellschaft Berlin*, (1996), Arzneimittelkursbuch 96/97, Berlin.
- BPI*, (1998), Pharma Daten '98, Frankfurt.
- Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen (Herausgeber)*, (1992), Preisvergleichsliste 1992 (Stand: 01.04.1992), Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Bundesministerium für Wirtschaft*, (1998), Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Ersten Verordnung zur Änderung der Arzneimittelpreisverordnung vom 15. April 1998, BGBl. I, S. 721.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)*, (1998), Bericht 1997/1998, in: Pharmazeutische Zeitung (PZ), Nr. 36, 1998.
- Clement W., Juricek M., Kolb W., Mikulits R., Oettl M.*, (1995), Arzneimittelpreise und Struktur der österreichischen Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich, Industriewissenschaftliches Institut (IWI), Wien.
- Danzon P., Kim J.*, (1993), International Price Comparisons for Pharmaceuticals, The Wharton School of the University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Department of Health*, (1993), Pharmaceutical Price Regulation Scheme, London.
- Department of Health*, (1997), Agreement between the Irish Pharmaceutical Healthcare Association and the Department of Health on Supply Terms, Conditions and Prices of Medicines supplied to the Health

- Services i.e. the General Medical Services (GMS) and other Community Drugs Schemes, Health Boards, and Hospitals, Dublin.
- Diener F.*, (1990), Arzneimittelpreise in der EG, in: Pharmazeutische Zeitung (PZ), November 1990/Nr. 40, S. 9-16.
- Diener F., Sitzius-Zehender H.*, (1991), Arzneimittelpreise in der EG, in: Pharmazeutische Zeitung (PZ), November 1991/Nr. 45, S. 19-24.
- Europäische Kommission*, (1998), Europäische Wirtschaft, Nr. 65, Brüssel.
- Farindustria*, (1998), *Indicatori farmaceutici*, Rome.
- Frank W., Hofmarcher M.M., Rosian I., Theuer W.*, (1993), Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien.
- Health Econ AG*, (1990), Preisvergleich bei Arzneimitteln Schweiz/ EG-Länder, Basel.
- Huber, W. T.*, (1993), Die Suche nach dem gerechten Preis - eine unendliche Geschichte, Vortrag bei der I.I.R.-Konferenz „Preisbildung und Rückerstattung im europäischen Pharmamarkt“, Frankfurt 10./11. März 1993.
- IMS Germany*, (1999), Drei-Buchstaben-Schlüssel, New-Form-Code (NFC), Erläuterungen zur Klassifikation der Applikationsformen, Frankfurt.
- IMS International*, (1998), ACTS 97, Statistics & Quality Center c/o IMS GmbH, Frankfurt.
- Keiding H.*, (1997), Sammenlignende Prisundersogelser for Laegemidler, Universitet Kobenhavns.
- Lecomte Th., Paris V.*, (1994), Consommation de pharmacie en Europe, 1992, CREDES, Paris.
- Lucioni C., Jommi C.*, (1995), Drug Price Comparison among EU Countries, Istituto di Economia Sanitaria (ES), Milan.
- LIF (Laegemiddel Industri Foreningen)*, (1998), Tal og Data 1998, Kobenhavns.
- Mehnert, A.*, (1998), Regulierung auf europäischen Arzneimittelmärkten, Reihe: Gesundheit und Ökonomie, Band 7, Bern.

- Ministère de l'Economie et des Classes Moyennes*, (1988), Règlement grand-ducal du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués, Luxembourg.
- Nera*, (1998), Policy Relating to Generic Medicines in the OECD Countries.
- Oettl M., Clement W., Juricek M.*, (1991), Die österreichische Pharmawirtschaft: Ihre Rolle im Gesundheitswesen und Stellung im internationalen Vergleich, Industriewissenschaftliches Institut, Wien.
- Oficina de Economía de la Salud*, (1988), A comparison of international drug prices, Madrid.
- Österreichische Apothekerkammer*, (1999), Die österreichische Apotheke in Zahlen, Wien.
- Pelc A., Bertin P.*, (1989), Les prix des spécialités remboursables dans la Communauté Européenne, in: Journal d'Economie Médicale, 1989/vol. 7, no. 4, S. 239-257.
- Pharma Information*, (1998), Pharma-Markt Schweiz, Ausgabe 1998, Basel.
- Pharmig*, (1998), Die Pharmawirtschaft Österreichs in Zahlen, Ausgabe 1997/98, Wien.
- Pharmig*, (1999), Daten & Fakten 1998/99, Wien.
- Rote Liste Service GmbH (Hrsg.)*, (1999), Rote Liste 1999, Editio Cantor Verlag, Aulendorf.
- Schwabe U., (Hrsg.)*, (1997), Arzneiverordnungsreport '97, Stuttgart.
- Schwabe U., Paffrath, D.*, (1999), Arzneiverordnungs-Report 1998, Berlin.
- Sermes G., Adriaenssens G., BEUC*, (1989), Drug prices and drug legislation in Europe, Brussels.
- SNIP*, (1998), Comparaisons de prix dans l'Union Européenne en 1997, Paris.
- SNIP*, (1998), Health Economics, Pharmaceuticals and Health Systems, 10/98, Paris.
- SNIP*, (1999), Key Data 1998, Paris.
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA)*, (1998), Die Arzneimittelindustrie in Deutschland, Statistics '97 und '98, Bonn.
- Werner-Janson S.*, (1990), Der Pharmazeutische Markt nach 1992 unter besonderer Berücksichtigung der OTC-Arzneimittel: Preisbildende Fakten in Europa, MEDI-CONSULT, Basel.

*WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology*, (1997), Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index including Defined Daily Doses (DDD) for plain substances, Oslo.

## **6 Anhang**

---

**6.1 Kaufkraftparitäten (1998)**

---

Land	Kaufkraftparität
Belgien	0,054
Dänemark	0,236
Deutschland	1,000
Finnland	0,334
Frankreich	0,306
Griechenland	0,009
Großbritannien	3,038
Irland	2,855
Italien	0,001
Luxemburg	0,049
Niederlande	0,961
Österreich	0,146
Portugal	0,016
Schweiz	0,995 <sup>1</sup>
Spanien	0,016

---

1 1997.

Quelle: *Europäische Kommission*, (1998).

## 6.2 Stundenlöhne in der Verarbeitenden Industrie in nationaler Währung (Weibliche und männliche Arbeiter) (1998)

Land	Währung	Stundenlöhne <sup>1</sup>
Belgien	bfr	440,61
Dänemark	dkr	129,63
Finnland	Fmk	66,25
Frankreich	FF	57,54
Griechenland	Dr	1.541,47
Großbritannien	L	7,55
Irland	IRL	6,94
Italien	Lit	14.885,14
Luxemburg	lfr	520,95
Niederlande	hfl	23,91
Ostdeutschland	DM	18,17
Österreich	öS	141,40
Portugal	Esc	665,56
Schweiz	sfr	23,73
Spanien	Pta	1.190,54
Westdeutschland	DM	26,38

1 Zum Teil vorläufige Zahlen.

Quelle: Mitteilung des *Instituts der deutschen Wirtschaft*, Köln.

### 6.3 Anteile der DDDs nach Wirkstoffen und Darreichungsformen in der Stichprobe (IMS-Daten)

Wirkstoff	Anteil der DDD Deutschland (IMS-Daten)	Definition der DDD
Acarbose		
oral fest	0,79%	0,3 g
Acetylcystein		
oral fest	3,54%	0,5 g
oral flüssig	0,23%	0,5 g
Acetylsalicylsäure		
oral fest	1,85%	3000 mg
Ambroxol		
oral fest	0,69%	90 mg
oral flüssig	0,52%	90 mg
Amlodipin		
oral fest	2,40%	5 mg
Beclometason		
nasal topisch	0,09%	0,4 mg
pulmonal	0,67%	0,8 mg
Budesonid		
nasal topisch	0,11%	0,3 mg
oral fest	0,02%	9 mg
pulmonal	1,02%	0,8 mg
Captopril		
oral fest	4,73%	50 mg
Carbamazepin		
oral fest	0,86%	1 g
Ciclosporin		
oral fest	0,07%	0,25 g
Dexpanthenol		
oral fest	0,08%	300 mg
Diclofenac		
topisch	0,85%	150 mg
oral fest	4,45%	100 mg
parenteral	0,13%	100 mg
rektal	0,41%	100 mg
Digitoxin		
oral fest	2,77%	0,1 mg

Wirkstoff	Anteil der DDD Deutschland (IMS-Daten)	Definition der DDD
Doxazosin oral fest	0,98%	4 mg
Doxepin oral fest	0,56%	100 mg
Doxycyclin oral fest	0,83%	0,1 g
Enalapril oral fest	1,95%	10 mg
Epoetin parenteral	0,01%	4300 U
Estradiol oral fest	0,63%	2 mg
sonstige systemische	0,44%	50 mc
Furosemid oral fest	7,59%	40 mg
Ginkgo biloba oral fest	2,80%	120 mg
oral flüssig	0,54%	120 mg
Glibenclamid oral fest	2,93%	10 mg
Heparin dermatologisch	1,51%	3 TU
parenteral	0,03%	10 TU
Ibuprofen topisch	3,03%	1,2 g
oral fest	1,69%	1,2 g
oral flüssig	0,04%	1,2 g
Insulin human/bovine/porcine parenteral	2,23%	40 U
Insulin lispro parenteral	0,09%	40 U
Interferon alpha 2a/b parenteral	0,07%	1300 TU
Isosorbiddinitrat oral fest	4,10%	60 mg
Isosorbidmononitrat oral fest	4,81%	40 mg
oral flüssig	0,03%	40 mg

Wirkstoff	Anteil der DDD Deutschland (IMS-Daten)	Definition der DDD
Levothyroxin-Natrium		
oral fest	7,26%	0,15 mg
Lormetazepam		
oral fest	0,66%	1 mg
Lovastatin		
oral fest	0,52%	30 mg
Metamizol		
oral fest	0,11%	3 mg
Metoclopramid		
oral fest	0,19%	30 mg
oral flüssig	0,56%	30 mg
Metoprolol		
oral fest	3,18%	150 mg
Nifedipin		
oral fest	4,86%	30 mg
oral flüssig	0,04%	30 mg
Omeprazol		
oral fest	1,22%	20 mg
Pancreatin		
oral fest	0,28%	200 TU
Paracetamol		
oral fest	0,86%	3000 mg
oral flüssig	0,05%	3000 mg
rektal	0,15%	3000 mg
Penicillin v		
oral fest	0,44%	3000 TU
oral flüssig	0,06%	900 TU
Pentoxifyllin		
oral fest	1,08%	1 g
parenteral	0,03%	0,1 g
Ranitidin		
oral fest	2,27%	0,3 g
Simvastatin		
oral fest	1,60%	15 mg
Theophyllin		
oral fest	3,53%	400 mg
oral flüssig	0,04%	400 mg

---

Wirkstoff	Anteil der DDD Deutschland (IMS-Daten)	Definition der DDD
Tramadol		
oral fest	0,24%	0,3 g
oral flüssig	0,43%	0,3 g
Verapamil		
oral fest	2,83%	240 mg
Xylometazolin		
nasal topisch	4,32%	0,8 mg

---