

Björn A. Kuchinke, Torsten Sundmacher, Jürgen Zerth
(Hrsg.)

Märkte und Versorgung

DIBOGS-Beiträge zur Gesundheits- ökonomie und Sozialpolitik

Herausgegeben von PD Dr. Björn A. Kuchinke,
Dr. Torsten Sundmacher und PD Dr. Jürgen
Zerth

Georg-August-Universität Göttingen, Professur
für Wirtschaftspolitik und Mittelstandsforschung

SUSTAIN CONSULT Dortmund

International Dialog College and Research
Institute (IDC) der Diakonie Neuendettelsau

Band 6

Märkte und Versorgung

mit Beiträgen von
Bülent L. Akmaz, Laura Birg, Julia Graf,
Wolfgang Janetzky, Björn A. Kuchinke,
Andreas Schmid, Brit S. Schneider,
Udo Schneider, Moritz Suppliet und
Sabine Wilbertz

herausgegeben von Björn A. Kuchinke,
Torsten Sundmacher und Jürgen Zerth



Universitätsverlag Ilmenau
2012

Impressum

DIBOGS steht für „Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminar zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“.

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Technische Universität Ilmenau/Universitätsbibliothek

Universitätsverlag Ilmenau

Postfach 10 05 65

98684 Ilmenau

www.tu-ilmenau.de/universitaetsverlag

Herstellung und Auslieferung

Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG

Am Hawerkamp 31

48155 Münster

www.mv-verlag.de

ISSN 1865-1046

ISBN

Vorwort

Der vorliegende Sammelband enthält ausgewählte Beiträge des siebten Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (DIBOGS). Dieser Workshop hat am 27. und 28. Oktober 2011 in Hamburg stattgefunden.

Die DIBOGS-Veranstaltungsreihe, die im Herbst 2005 mit einem ersten Workshop in Bayreuth begonnen hat, richtet sich insbesondere an Doktoranden, Habilitanden und Juniorprofessoren. Intention ist es, ein breites Spektrum an gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren und Raum für einen intensiven fachlichen Austausch von Gesundheitsökonominnen zu ermöglichen.

Mit dem vorliegenden sechsten Band der Reihe „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“ werden nun wieder ausgewählte Workshopbeiträge einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Die Publikation soll eine Informationsquelle für die (fach-)politische Öffentlichkeit sein. Aus diesem Grund fallen die abgedruckten Referate und Koreferate relativ knapp aus, enthalten aber aus Sicht der Herausgeber dennoch alle wesentlichen entscheidungsrelevanten Informationen. Insbesondere werden Fragestellung, Ergebnisse und wirtschaftspolitische Implikationen hervorgehoben. Die Beiträge sollen damit tiefer gehenden fachwissenschaftlichen Veröffentlichungen an anderer Stelle nicht ersetzen, sondern vielmehr auf diese „Appetit machen“ und inhaltlich Hilfestellung für weitere, umsetzungsbezogene Aufgaben geben.

Um eine möglichst große Reichweite zu erzielen, werden die Bände nicht nur viele gesundheitspolitische Entscheidungsträger in der Politik bei Verbänden und anderen Akteuren im Gesundheitswesen verschickt, sondern diese werden grundsätzlich sofort online gestellt. Die Bände sind allesamt unter www.dibogs.biz (legal) abrufbar. Unter dieser Adresse finden alle Interessierten auch weitere Hinweise zum Workshop (Regeln, Call for Paper usw.) sowie zum DIBOGS e.V.

Der Schwerpunkt des vorliegenden sechsten Bandes liegt auf der Analyse von alternativen Märkten und Aspekten der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen. Im ersten Beitrag von *Birg* wird die Frage von Großhandels-pannen und Parallelhandel behandelt. *Kuchinke/Akmaż/Janetzkę* gehen in in ihrem Artikel auf die Frage einer spezifischen Erkrankung, nämlich Morbus Parkinson, ein und analysieren die Auswirkungen einer frühen Diagnose sowie einer angepassten medikamentösen Therapie auf die Kosten. *Schmid* gibt einen Überblick über die Konzentrationsprozesse auf deutschen Krankenhausmärkten und analysiert deren Implikationen. *Schneider/Schneider* untersuchen hingegen die Wartezeiten bei Facharztbesuchen und die Folgen für die Gesundheit.

Die Herausgeber möchten es an dieser Stelle nicht versäumen, sich bei Herrn Dr. Johannes Wilken von der Universitätsbibliothek der Technischen Universität Ilmenau für die Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Bandes zu bedanken.

Göttingen, Dortmund, Neuendettelsau im April 2012

Björn A. Kuchinke
Torsten Sundmacher
Jürgen Zerth

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	5
Inhaltsverzeichnis	7
Großhandelsspannen und Parallelhandel: Zwangsrabatte als Alternative? <i>Laura Birg</i>	9
Koreferat zum Beitrag von Laura Birg „Großhandelsspannen und Parallelhandel: Zwangsrabatte als Alternative?“ <i>Moritz Suppliet</i>	22
Morbus Parkinson in Deutschland: Frühe Diagnose und Pharmakotherapie als Instrument zur Kostendämpfung? <i>Björn A. Kuchinke, Bülent L. Akmaz, Wolfgang Janetzky</i>	29
Koreferat zum Beitrag von Björn A. Kuchinke, Bülent Akmaz und Wolfgang Janetzky „Morbus Parkinson in Deutschland: Frühe Diagnose und Pharmakotherapie als Instrument zur Kostendämpfung?“ <i>Sabine Wilbertz</i>	44
Konzentrationsprozesse im deutschen Krankenhausmarkt – Ergebnisse und Implikationen <i>Andreas Schmid</i>	50
Koreferat zum Beitrag von Andreas Schmid „Konzentrationsprozesse im deutschen Krankenhausmarkt – Ergebnisse und Implikationen“ <i>Julia Graf</i>	62

Wartezeiten auf Facharztbesuche – eine Analyse versicherungsbedingter Diskriminierung und gesundheitlicher Nachteile	
<i>Brit S. Schneider, Udo Schneider</i>	67
Koreferat zum Beitrag von Brit S. Schneider und Udo Schneider „Wartezeiten auf Facharztbesuche – eine Analyse versicherungsbedingter Diskriminierung und gesundheitlicher Nachteile“	
<i>Björn A. Kuchinke</i>	84
Autorenverzeichnis/Herausgeberverzeichnis.....	90

Großhandelsspannen und Parallelhandel: Zwangsrabatte als Alternative?

Laura Birg*

	<i>Seite</i>
<i>Abstract</i>	10
1. <i>Einleitung</i>	11
2. <i>Hintergrund</i>	12
3. <i>Methodik</i>	15
4. <i>Ergebnisse</i>	17
5. <i>Wirtschaftspolitische Implikationen und Schlussfolgerungen</i>	18
<i>Literaturverzeichnis</i>	19

* Der vorliegende Text basiert auf dem Aufsatz „Pharmaceutical Regulation at the Wholesale Level and Parallel Trade“, welcher Bestandteil meiner Dissertation zu Regulierung im Arzneimittelmarkt ist. Ich bedanke mich für hilfreiche Anmerkungen bei den Organisatoren und Teilnehmern des siebten Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (DIBOGS) in Hamburg sowie bei Horst Raff und Jan S. Voßwinkel.

Abstract

Dieser Beitrag analysiert die Auswirkungen von maximal zulässigen Großhandelsspannen auf Arzneimittelpreise und öffentliche Arzneimittelausgaben vor dem Hintergrund grenzüberschreitender Verkäufe außerhalb des vom Hersteller autorisierten Vertriebsnetzes (Parallelhandel). In einem Zwei-Länder-Modell nach *Maskus/Chen* (2002, 2005) wird Parallelhandel ausgelöst, wenn der Hersteller nicht direkt, sondern über Großhändler verkauft. Maximal zulässige Großhandelsspannen sollen das Preissetzungsverhalten der Großhändler einschränken, führen aber auf Herstellerebene zu einer Verhaltensänderung bei der Festsetzung der Großhandelspreise. In einem symmetrischen Gleichgewicht zweier Länder, die die Großhandelsspannen regulieren, heben sich die Regulierungsinstrumente der beiden Länder gegenseitig auf. Werden Großhandelsspannen nicht-kooperativ auf nationaler Ebene zur Minimierung der öffentlichen Arzneimittelausgaben gesetzt, schränkt im resultierenden Gleichgewicht ein Land die Großhandelszuschläge nicht ein (keine Regulierung), während das andere Land Großhandelszuschläge komplett verbietet (maximale Regulierung). Herstellerzwangsrabatte in Verbindung mit freier Preissetzung der Großhändler wirken im symmetrischen Gleichgewicht sich gegenseitig verstärkend.

1. Einleitung

Parallelimporte sind Güter, die außerhalb des vom Hersteller autorisierten Vertriebsweges in ein Land importiert werden, nachdem sie zuvor für einen anderen Markt bestimmt waren.¹ Innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) ist Parallelhandel nur mit in der EU produzierten Gütern legal.² Voraussetzung dafür, dass sich grenzüberschreitende Weiterverkäufe für

¹ Vgl. *Maskus* (2000) u. *Ganslandt/Maskus* (2007).

² Vgl. *Maskus* (2000) u. *Ganslandt/Maskus* (2007).

Groß- und (gewerbliche) Parallelhändler lohnen, sind hinreichend große Preisunterschiede. Unterschiede in Konsumentenpreisen können aus unterschiedlichen Preisregulierungen der Mitgliedstaaten herrühren.³ Darüber hinaus entstehen ausreichend große Preisunterschiede in vertikalen Strukturen, in denen Hersteller über Großhändler verkaufen, auch zwischen den einzelnen Handelsstufen.⁴ Beide Faktoren sind auf Arzneimittelmärkten entscheidend: So zeichnen sich Arzneimittelmärkte, auch der deutsche Arzneimittelmärkte, durch eine sehr hohe Regulierungsdichte aus.⁵ Zudem verkaufen pharmazeutische Hersteller nicht direkt, sondern üblicherweise über unabhängige Großhändler.⁶ Beide Charakteristika greift das diesem Beitrag zugrundeliegende Modell auf. Hierbei stellt Arzneimittelmärkte regulierung jedoch keinen Auslöser von Parallelhandel dar, sondern wird im Hinblick auf die Auswirkungen auf Arzneimittelpreise und öffentliche Arzneimittelausgaben untersucht. Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Arzneimittelmärkte der einzelnen Mitgliedstaaten keine isolierten Systeme sind, sondern über Parallelhandel miteinander verzahnt sind. Während die bisherige Literatur hauptsächlich das Zusammenspiel von Parallelhandel und Arzneimittelmärkte regulierung auf der Einzelhandelsebene betrachtet⁷, liegt in diesem Beitrag der Fokus auf einem Regulierungsinstrument, welches auf der Großhandelsebene ansetzt.

2. Hintergrund

Die Beziehung zwischen Parallelhandel und Arzneimittelmärkte regulierung ist höchst relevant: Erstens findet, wie bereits ausgeführt, Parallelhandel mit Arzneimitteln in stark regulierten Märkten statt. In den letzten Jahrzehnten

³ Vgl. *EU-Kommission* (2003), *Kanavos et al.* (2004) u. *Enemark/Møller Pedersen/Sørensen* (2006).

⁴ Vgl. *EU-Kommission* (2003), *Kanavos et al.* (2004) u. *Enemark/Møller Pedersen/Sørensen* (2006).

⁵ Vgl. *Cassel/Wille* (2006) u. *Bungenstock* (2010).

⁶ Vgl. *Taylor/Mrazek/Mossialos* (2004).

⁷ Siehe *Rey* (2003), *Pecorino* (2002), *Königbauer* (2004) u. *Grossman/Lai* (2006).

sind in fast allen europäischen Staaten die Ausgaben für Arzneimittel angestiegen.⁸ Als ursächlich für hohe Ausgaben werden neben einer alternden Bevölkerung (mit wachsenden Gesundheitsbedürfnissen) hauptsächlich Marktunvollkommenheiten wie Informationsasymmetrien, Prinzipal-Agenten-Probleme und Moral Hazard angeführt, welche zu geringer Preiselastizität auf der Nachfrageseite und Marktmacht auf der Angebotsseite führen.⁹ In der Folge haben hohe Arzneimittelausgaben zu einer Reihe von staatlichen Regulierungseingriffen geführt.¹⁰ Angebotsseitige Regulierungsinstrumente, wie Preisobergrenzen oder Preisverhandlungen zielen auf die Begrenzung der Preise erstattungsfähiger Arzneimittel ab, während nachfrageseitige Instrumente, bspw. Patientenzuzahlungen und Referenzpreissysteme, versuchen, auf der Nachfrageseite die Preissensitivität zu erhöhen.¹¹ Dabei sind regelmäßig neue, ergänzende Regulierungsinstrumente hinzugefügt worden, die die jeweils bereits bestehenden Instrumente teils überlagern und behindern.¹²

Zweitens führen Regulierungsunterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten zu Preisunterschieden, welche eine Voraussetzung für Parallelhandel sind.¹³ Die Arbitragegewinne der Großhändler und gewerblichen Parallelhändler hängen erheblich von den Preisunterschieden zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten ab. Im Europäischen Wirtschaftsraum, in dem Parallelhandel erlaubt ist, sind bei Arzneimitteln Preisunterschiede von bis zu 300% zu beobachten.¹⁴ Zielländer von Parallelimporten wie Dänemark, Deutschland, die Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich, zeichnen sich durch

⁸ Vgl. *Maynard/Bloor* (2003) u. *OECD Health Data* (2010).

⁹ Vgl. *Mossialos/Lé Grand* (1999) u. *Hurley* (2001).

¹⁰ Vgl. *Maynard/Bloor* (2003) u. *Danzon* (1997).

¹¹ Vgl. *Kanavos et al.* (2004).

¹² Vgl. *Bungenstock* (2010). Zu einer Übersicht des Regulierungsbestands in der Europäischen Union siehe *Espin/Rovira* (2007).

¹³ Vgl. *EU-Kommission* (2003), *Kanavos et al.* (2004) u. *Enemark/Møller Pedersen/Sørensen* (2006).

¹⁴ Vgl. *Glynn* (2009).

eine relativ freie Preisgestaltung aus, während in den Ursprungsländern, bswp. Frankreich, Griechenland, Italien, Portugal und Spanien, die Arzneimittelpreise einer strikteren Regulierung unterliegen.¹⁵ So kostet das Medikament Betaferon® zur Behandlung der Multiplen Sklerose in Deutschland 1.429 €, während sich der Preis in Italien auf nur 817 € beläuft.¹⁶ Folglich erzeugt Arzneimittelmarktregulierung Preisdifferenzen, die Parallelhandel auslösen und/oder das Ausmaß, in welchem Parallelhandel stattfindet, bestimmen.

Drittens kann Parallelhandel selbst Markteingriffe auslösen. In vielen Zielländern von Parallelimporten soll durch entsprechende Regulierungsinstrumente eine verstärkte Verwendung von günstigeren Parallelimporten anstelle von Originalpräparaten¹⁷ erreicht werden. Die Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken unterliegt Vorschriften zur bevorzugten Abgabe von Parallelimporten; nachfrageseitig werden über den Zuzahlungsmechanismus Anreize für Patienten gesetzt, Parallelimporte zu kaufen.¹⁸ In Ursprungsländern von Parallelimporten kann Parallelhandel das Regulierungsverhalten einschränken: Unter segmentierten Märkten beeinträchtigt eine Preisobergrenze nur den Gewinn eines Unternehmens aus dem Geschäft im jeweils regulierten nationalen Markt, aber über den Kanal des Parallelhandels kann ein niedriger Höchstpreis in einem Land auch die Preise in anderen Ländern senken, wodurch sich der negative Effekt von Regulierung auf den Gewinn verstärkt.¹⁹ Es ist außerdem vorstellbar, dass in Zielländern die niedrigeren Preise für Parallelimporte die Information offenlegen, welche Preise für Hersteller gerade noch profitabel sind und daraufhin Regulierungsinstanzen ihre Höchstpreise nach unten an-

¹⁵ Vgl. Kanavos *et al.* (2004) u. Enemark/Møller Pedersen/Sørensen (2006).

¹⁶ Vgl. Spielberg (2010).

¹⁷ Mit dem Begriff „Originalpräparat“ wird in diesem Beitrag ein Präparat bezeichnet, das vom Hersteller für diesen Markt vorgesehen wurde, also nicht parallelimportiert wurde.

¹⁸ Vgl. Kanavos *et al.* (2004).

¹⁹ Vgl. Königsbauer (2004) u. Grossman/Lai (2008).

passen. Zuletzt ist es denkbar, dass in Ländern mit einer starken pharmazeutischen Industrie, in denen Arzneimittelmarktregulierung industriepolitische Ziele mit berücksichtigt, Regulierung insofern auf Parallelhandel reagieren muss, als dass Parallelhandel die Gewinne der Hersteller reduziert.

In diesem Beitrag wird mit Großhandelsspannen ein Regulierungsinstrument analysiert, welches als direkte Reaktion auf Parallelhandel verstanden werden kann: Preisinterdependenzen (infolge von Parallelhandel) schränken die Möglichkeit des Herstellers ein, das Problem des doppelten Preisaufschlags, das aus der vertikalen Struktur in einem Markt mit unvollständigem Wettbewerb resultiert²⁰, durch einen so genannten zweiteiligen Tarifs (Stückpreis + fixe Gebühr) zu bekämpfen. Üblicherweise verkaufen pharmazeutische Hersteller nicht direkt, sondern über unabhängige Großhändler.²¹ Sowohl Hersteller als auch Großhändler setzen einen Preisaufschlag über ihre Grenzkosten, ohne dabei die Wirkung ihrer Preisentscheidung auf den entsprechenden anderen Akteur zu berücksichtigen.²² In segmentierten Märkten besteht eine Lösung des Problems des doppelten Preisaufschlag in einem zweiteiligen Tarif zwischen Hersteller und Händler, bei dem der Stückpreis auf Grenzkostenniveau gesetzt wird und der Gewinn des Händlers über eine fixe Gebühr extrahiert wird. Wenn jedoch Parallelhandel stattfindet, hebt der Hersteller sowohl im Zielland als auch im Herkunftsland (von Parallelimporten) den Großhandelspreis an und verursacht so einen doppelten Preisaufschlags-Effekt mit höheren Preisen als bei Direktverkäufen. Die first-best Lösung wäre es, den Wettbewerb zwischen pharmazeutischen Herstellern oder Großhändlern zu stärken oder vertikale Integration durchzusetzen. Beides erweist sich jedoch

²⁰ Beim Problem des doppelten Preisaufschlags kommt es auf jeder Handelsstufe aufgrund von Marktmacht zu einem Preisaufschlag, so dass verglichen mit dem Direktverkauf der Verkaufspreis höher, die verkaufte Menge geringer ist und der Gesamtgewinn geringer ist.

²¹ Vgl. *Taylor/Mrazek/Mossialos* (2004).

²² Vgl. *Rey/Verge* (2008).

als nicht praktikabel. Das in diesem Beitrag analysierte Regulierungsinstrument der Großhandelsspannen versucht das Problem des doppelten Preisaufschlags über die Begrenzung der Preisaufschläge des Großhandels zu lösen. Maximale Großhandelsspannen finden in nahezu allen europäischen Staaten Anwendung. Zwangsrabatte, bei denen der pharmazeutische Hersteller den Großhändlern einen Rabatt auf den Großhandelspreis gewähren muss, ähnlich dem deutschen Herstellerzwangsrabatt, können hierzu eine Alternative darstellen.

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieses Beitrags die Untersuchung der Auswirkungen von Großhandelsspannen auf Arzneimittelpreise und Arzneimittelausgaben und der Vergleich mit Zwangsrabatten.

3. Methodik

Den Analyserahmen der vorliegenden Untersuchung bildet ein mikroökonomischer Modellansatz nach *Maskus/Chen* (2002, 2005), in welchem ein pharmazeutischer Hersteller ein patentgeschütztes Arzneimittel in zwei Ländern (Inland, Ausland) über jeweils einen unabhängigen Großhändler verkauft. Dieser kann das Arzneimittel außerhalb des Vertriebsnetzes des Herstellers verkaufen, d.h. als Parallelhändler tätig werden. Annahmegemäß kommt es zu Parallelimporten vom Ausland in das Inland, d.h. das Inland ist Zielland, das Ausland ist Ursprungsland des Parallelimports. Der Vertrag zwischen pharmazeutischem Hersteller und Großhändler sieht einen Großhandelspreis pro Mengeneinheit und eine fixe Gebühr vor.

Die Modellierung der Nachfrageseite folgt *Shaked/Sutton* (1982). Vergleichen mit dem Originalarzneimittel verbinden die Konsumenten mit dem Reimport eine geringere Qualität, obwohl es sich um identische Produkte handelt. Unterschiede in Aufmachung und Verpackung des Parallelimports im Vergleich zum Originalprodukts sind ursächlich für diese Beurteilung. Generell können nach *Schmalensee* (1982) Unterschiede der Produkteigenschaften in subjektive Qualitätsunterschiede übersetzt werden. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass insbesondere im Gesundheitswesen der Preis als Quali-

tätsindikator fungiert, was den günstigeren Parallelimporten eine geringere Qualitätsanmutung verleiht.²³ Die wahrgenommene geringere Qualität des Parallelimports wird durch einen Diskontierungsfaktor in der Bewertung durch die Konsumenten dargestellt. In beiden Ländern sind die Konsumenten hinsichtlich ihrer Bewertung des Arzneimittels heterogen; dies wird durch einen Parameter im Intervall von 0 bis 1 dargestellt. Jeder Konsument fragt entweder eine oder keine Einheit des Arzneimittels nach. Konsumenten mit einem positiven Nettonutzen aus dem Arzneimittel wählen die präferierte Version des Arzneimittels – Originalarzneimittel oder Parallelimport –, indem sie die wahrgenommene Qualität der jeweiligen Version gegen die durch ihn zu leistende Zuzahlung abwägen. Je höher Konsumenten das Arzneimittel bewerten, desto mehr sind sie bereit, für die qualitativ höherwertige Originalversion des Arzneimittels zu zahlen. In einem Umfeld mit Parallelhandel wechselt gegenüber der Monopolstellung des Herstellers ohne Parallelhandel ein Teil der Konsumenten, der vorher das Originalarzneimittel gekauft hat, zum Parallelimport. Ein zusätzlicher Teil der Konsumenten, dessen Bewertung für den Kauf des Originalarzneimittels zu niedrig ist, kauft nun den Parallelimport.

In diesem Modellrahmen sollen nun zunächst die Auswirkungen von Großhandelsspannen auf Arzneimittelpreise und Arzneimittelausgaben analysiert werden und dann der Frage nachgegangen werden, ob und in welcher Art in Anbetracht des Parallelhandels nationale Entscheidungen über Regulierungsinstrumente Externalitäten hervorrufen. Anschließend werden im Hinblick auf diese Fragestellungen Zwangsrabatte untersucht.

²³ Vgl. *Waber et al.* (2006) u. *Hong Ang* (1999).

4. Ergebnisse

Unter Parallelhandel erhöht der pharmazeutische Hersteller in beiden Ländern den Großhandelspreis: Über eine Anhebung der Großhandelspreise können höhere Einzelhandelspreise induziert und der Wettbewerb durch Parallelhandel reduziert werden. Damit führt Parallelhandel in beiden Ländern zu einem doppelten Preisaufschlags-Effekt. Zeitgleich ist im Zielland des Parallelimports ein Wettbewerbseffekt zu verzeichnen, da der Hersteller keine Monopolstellung mehr inne hat. Aus dem Zusammenspiel dieser beiden Effekte im Zielland resultieren niedrigere Arzneimittelpreise und eine höhere konsumierte Menge. Im Ursprungsland führt der doppelte Preisaufschlags-Effekt zu einem höheren Arzneimittelpreis und einer geringeren konsumierten Menge.

Begrenzt man nun in beiden Ländern über Großhandelsspannen die Preisaufschläge der Großhändler, passt auch der Hersteller seine Großhandelspreise an: Das geänderte Gewinnmaximierungskalkül und die strategische Komplexität der Großhandelspreise führen dazu, dass die Großhandelspreise in beiden Ländern mit einer Senkung der Großhandelsspanne steigen. Dieser Zusammenhang ist jedoch unterproportional. Daraus folgt, dass die Arzneimittelpreise im Zielland mit einer Senkung der inländischen Großhandelsspanne sinken, mit einer Senkung der ausländischen Großhandelsmarge jedoch steigen. Im Ursprungsland sinkt der Arzneimittelpreis mit der Senkung der ausländischen Großhandelsspanne und steigt mit der Senkung der inländischen Großhandelsspanne. Gleichzeitig führt eine Senkung der Arzneimittelpreise zu einem Anstieg der konsumierten Menge, während ein Arzneimittelpreisanstieg eine Reduktion der konsumierten Menge induziert. Die Regulierungsinstrumente der beiden Ländern heben sich gegenseitig also auf, d.h. sie verlieren in ihrem Land die Wirkung.

Setzen beide Länder nicht-kooperativ Großhandelsspannen zur Minimierung der öffentlichen Arzneimittelausgaben, führt in beiden Ländern eine Begrenzung der Großhandelsspannen bis zu einem bestimmten Niveau zu einem Anstieg der Arzneimittelausgaben, da der ausgabensteigernde Effekt der

größeren konsumierte Menge den ausgabensenkenden Effekt der niedrigeren Preise übersteigt. Eine weitere Senkung der Großhandelsspannen über dieses Niveau hinaus führt dann zu einer Senkung der Arzneimittelausgaben. Im Gleichgewicht schränkt ein Land die Preissetzung des Großhändlers nicht ein (keine Regulierung), während das andere Land Großhandelszuschläge komplett verbietet (maximale Regulierung). Herstellerzwangsrabatte in Verbindung mit freier Preissetzung der Großhändler wirken im symmetrischen Gleichgewicht zweier regulierender Länder sich gegenseitig verstärkend.

5. Wirtschaftspolitische Implikationen und Schlussfolgerungen

Aus den hier dargestellten Ergebnissen folgt, dass Externalitäten nationaler Arzneimittelmartregulierung auftreten können, wenn Parallelhandel zur Marktintegration führt. Diese sind besonders dann von wirtschaftspolitischem Interesse, wenn sie zu gegenläufigen Effekten führen. So kann die Begrenzung von Großhandelsspannen zwar im eigenen Land die gewünschten Ergebnisse (niedrigere Arzneimittelpreise, niedrigere Arzneimittelausgaben) herbeiführen, gleichzeitig aber im Ausland entgegengesetzte Effekte erzeugen. Hier könnten Zwangsrabatte, die dem deutschen Herstellerzwangsrabatt ähneln, aber eine freie Preissetzung auf Einzelhandelsebene zulassen, eine Alternative darstellen. Sie weisen einen sich gegenseitig verstärkenden Effekt auf. Die Endogenisierung des Regulierungsgrades über das politische Ziel, die öffentlichen Arzneimittelausgaben zu minimieren, zeigt, dass ein Verzicht auf Arzneimittelmartregulierung und ein Zulassen der freien Preissetzung unter Umständen zu niedrigeren Ausgaben führen kann. Dies ist im Zwei-Länder-Modell dann der Fall, wenn das entsprechende andere Land Großhandelszuschläge verbietet. Demzufolge können Regulierungsunterschiede zwischen Ländern für beide Länder vorteilhaft sein.

Weiterer Forschungsbedarf besteht bei der Analyse der Externalitäten im Fall des Parallelhandels zwischen mehr als zwei Ländern. Hier wäre denkbar, dass Regulierungsinstrumente in anderen Ländern schwächere Auswirkungen

haben, zugleich aber mehr Länder, in denen reguliert wird, einen Einfluss haben.

Literaturverzeichnis

- Bungenstock, J. M.* (2010), Deutscher Arzneimittelmarkt zwischen Wettbewerb und Regulierung im zusammenwachsenden Europa, in: Wirtschaftsdienst, Sonderheft, S. 51-58.
- Cassel, D., Wille, E.* (2006), Vertragswettbewerbliche Steuerung der Arzneimittelversorgung, in: Wirtschaftsdienst, 86. Jg., Nr. 10, S. 679-686.
- Chen, Y., Maskus, K. E.* (2005), Vertical pricing and parallel imports, in: The Journal of International Trade & Economic Development, 14. Jg., S. 1-18.
- Danzon, P.* (1997), Pharmaceutical price regulation: national policies versus global interests, Washington, DC.
- Enemark, U., Møller Pedersen, K., Sørensen, J.* (2006), The economic impact of parallel imports of pharmaceuticals, University of Odense.
- Espin, J., Rovira, J.* (2007), Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe, study funded by DG Enterprise and Industry of the European Commission; Final Report, http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/study_pricing_2007/andalusian_school_public_health_report_pricing_2007_en.pdf, abgerufen am 2.2.2012.
- EU-Kommission* (2003), Communication COM(2003) 839, Commission Communication on parallel imports.
- Ganslandt, M., Maskus, K. E.* (2007), Vertical distribution, parallel trade, and price divergence in integrated markets, in: European Economic Review 51. Jg., S. 943-970.
- Grossman, G. M., Lai, E. L.-C.* (2008), Parallel imports and price controls, in: The Rand Journal of Economics, 39. Jg., S. 378-402.

- Glynn, D.* (2009), The effects of parallel trade on affordable access to medicines, in: *Eurohealth*, 15. Jg., S. 1-5.
- Hoon Ang, S.* (1999), The influence of physical, beneficial and image properties on responses to parallel imports, in: *International Marketing Review*, 17. Jg., S. 509-524.
- Hurley, J.* (2001), An Overview of the Normative Economics of the Health Sector, in: Culyer, A., Newhouse, J. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, S. 55-118.
- Kanavos, P., Costa-Font, J., Merkur, S., Gemmill, M.* (2004), *The Economic Impact of Pharmaceutical Parallel Trade in European Union Member States: A Stakeholder Analysis*, London: LSE Health and Social Care Special Research Paper.
- Koenigbauer, I.* (2004), Die Auswirkung von Parallelimporten auf die optimale Regulierung von Arzneimittelpreisen, in: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 73. Jg., S. 592 - 604.
- Maskus, K. E.* (2000), Parallel imports, in: *The World Economy*, 23. Jg., S. 1269-1284.
- Maskus, K. E., Chen, Y.* (2002), Parallel imports in a model of vertical distribution: theory, evidence, and policy, in: *Pacific Economic Review*, 7. Jg., S. 319-334.
- Maynard, A.; Bloor, K.* (2003), Dilemmas In Regulation Of The Market For Pharmaceuticals, in: *Health Affairs*, 22. Jg., S. 31-41.
- Mossialos, E., Le Grand, J.* (1999), Cost containment in the EU: an overview. in: Mossialos, E., Le Grand, J. (Hrsg.): *Health care and cost containment in the European Union*, Ashgate.
- OECD Health Data* (2010), Selected Data, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH>, abgerufen am 2.2.2012.
- Pecorino, P.* (2002), Should the US allow prescription drug reimports from Canada?, in: *Journal of Health Economics*, 21. Jg., S. 699-708.

- Rey, P.* (2003), The Impact of Parallel Imports on Prescription Medicines. mimeo, University of Toulouse.
- Rey, P., Verge, T.* (2008), Economics of Vertical Restraints. in: Buccirosi, P. (Hrsg.): Handbook of Antitrust Economics, S. 353-390.
- Schmalensee, R.* (1982), Product differentiation advantages of pioneering brands, in: American Economic Review, 72. Jg., S. 349-365.
- Shaked, A., John Sutton, J.* (1982), Relaxing price competition through product differentiation. Review of Economic Studies, 49. Jg. S. 3-13.
- Spielberg, P.* (2010), Arzneimittelpreise in der EU: Mehr Gerechtigkeit gefordert. Deutsches Ärzteblatt; online unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/77843>, abgerufen am 2.2.2012.
- Taylor, D., Mrazek, M., Mossialos, E.* (2004), Regulating pharmaceutical distribution and retail pharmacy in Europe. in: Mossialos, E.; Mrazek, M. & Walley, T. (Hrsg.), Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality, Maidenhead, S. 55-79.
- Waber, R. L., Shiv, B., Carmon, Z., Ariely, D.* (2008), Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy, in: Journal of the American Medical Association, 299. Jg. S. 1016-1017.

Koreferat zum Beitrag von Laura Birg „Großhandelsspannen und Parallelhandel: Zwangsrabatte als Alternative?“

Moritz Suppliet

	<i>Seite</i>
1. <i>Einordnung und Zusammenfassung</i>	23
2. <i>Kritische Würdigung</i>	24
3. <i>Fazit</i>	27
<i>Literaturverzeichnis</i>	27

1. Einordnung und Zusammenfassung

Staatliche Regulierungsmaßnahmen des Arzneimittelmarktes stehen vor dem Zielkonflikt günstige Arzneimittel möglichst vielen Patienten zugänglich zu machen und der Förderung unternehmerischer Investitions-Anreize in den technischen Fortschritt. Regulatoren werden dabei besonders herausgefordert von einer älter werdende Bevölkerung und mehr verfügbaren Arzneimitteln. Durch die intensive Regulierung des Arzneimittelmarkts überlagern sich zahlreiche Instrumente.¹

Der vorliegende Beitrag von Laura Birg analysiert die Auswirkungen von Regulierungen, wie Großhandelsspannen und Herstellerabschläge, auf Preise und Arzneimittelausgaben auf international integrierten Arzneimittelmärkten. Der Beitrag fokussiert dabei insbesondere auf die Interdependenz von parallel greifenden Regulierungen. In dem präsentierten Zwei-Länder-Modell verkaufen pharmazeutische Unternehmer ihre Produkte an Großhändler im In- und Ausland, die diese dann weiterverkaufen oder exportieren. Parallelhandel entsteht, wenn sich dem Großhändler Arbitrage-Gewinne durch den Verkauf ins Ausland bieten. Der Originalhersteller eines patentierten Produkts sieht sich somit im importierenden Land Konkurrenz in Form seiner eigenen Produkte, importiert aus dem anderen Land, gegenüber. Ziel dieser Form der Produktkonkurrenz ist die Ausgabensenkung für patentierte Arzneimittel. Der Handel in der EU findet vor allem von Niedrigpreis-Ländern (etwa Portugal oder Griechenland) zu Hochpreis-Ländern (etwa Dänemark oder Deutschland) statt.² In den USA wird seit einigen Jahren über die Einführung von Parallelimporten diskutiert.³ Das Modell von *Birg* (2012) zeigt: da Unternehmen ihre Preise anpassen, wenn die Großhandelsspannen reguliert werden, kommt es zu

¹ Vgl. *Kyle* (2011).

² Vgl. *Kanavos et al.* (2004).

³ Vgl. *Grossman/Lai* (2008), *Kanavos/Reinhardt* (2003) u. *Kanavos/Vandoros* (2010).

keiner Preissenkung oder Ausgabenreduzierung: die Regulierung hebt sich im internationalen Kontext auf.

Bei der Festsetzung von Preisabschlägen auf den Listenpreis von Arzneimitteln (auch „Herstellerabschlag“ oder „Herstellerzwangsrabatt“ genannt) definiert die Regulierungsbehörde oder der Gesetzgeber einen ad-hoc Preisrabatt, den die Unternehmen gewähren müssen, um weiterhin im Markt tätig sein zu dürfen. *Birg* (2012) zeigt, dass nicht-regulierte Großhandelsspannen und die Einführung eines Preisabschlags auf den Listenpreis sich gegenseitig verstärken und zu einer Preissenkung führen können.

2. Kritische Würdigung

Mit der Wahl der Themen Arzneimittelhandel (Parallelimporte) und Marktdesign greift die Autorin politisch und ökonomisch sehr relevante Fragen der Gesundheitsökonomie auf; sie schließt an bestehende theoretische mikroökonomische Modelle an und führt die Analyse von Regulierungen, um ihren Beitrag ergänzt, fort. Dabei fokussiert sich der Beitrag vor allem auf die interessante und bisher wenig thematisierte Interdependenz von Regulierungsmaßnahmen.

Steigende Arzneimittelpreise erklärt die Autorin mit demografischen Einflüssen und Marktunvollkommenheiten und bespricht dabei nicht den Effekt von mehr verfügbaren und besseren Medikamenten durch technologischen Fortschritt. Denn hohe Preise und damit hohe Renditen für innovative Produkte von Pharmaunternehmen sind politisch und ökonomisch durchaus gewollt: hohe Gewinne motivieren Unternehmer in Forschung und Entwicklung zu investieren und erhöhen somit die Wahrscheinlichkeit von pharmazeutischen Innovationen. Gewährte Patente und die damit verbundenen Monopolrenten motivieren Unternehmen zu innovieren und es bedarf einer normativen Begründung warum und in wie weit es einer Regulierung, wie Parallelhandel, Herstellerabschläge und Großhandelsspannen, überhaupt bedarf. Die

Diskussion, wie man Preise reguliert und dabei nicht Investitionsanreize vermindert, kann hier den Beitrag bereichern.

Die gut strukturierte und umfangreiche Einleitung motiviert die Fragestellung und erläutert ökonomische Wirkungen von Parallelhandel im In- und Ausland. Die Gründe für Preisdifferenzierung umfassen neben den erwähnten staatlichen Regulierungen auch wirtschaftliche Faktoren, wie Kaufkraft oder Lebensstandard. Leider berichtet *Birg* (2012) wenig über die Literatur zur internationalen Preisdifferenzierung von Medikamenten.⁴ Auch wenn es - wie im Beitrag richtig dargestellt - deutliche internationale Preisunterschiede bei Medikamenten gibt, bleibt bei dem dargestellten ad-hoc Preisvergleich unklar, welches Produkt und welcher Preis verglichen wird: Herstellerabgabepreise und Apothekenverkaufspreise unterscheiden sich teils erheblich, Mehrwertsteuersätze für Arzneimittel divergieren von 10% in Italien zu 19% in Deutschland. Umsatzsteuerbereinigte Herstellerabgabepreise auf DDD-Level (Defined Daily Dose) bieten eine gute Preisvergleichsbasis.

Eine intensivere Beschreibung der kurz- und langfristigen Wirkung des als Alternative präsentierten Herstellerrabatts kann dem Leser bei der Einordnung und Bewertung der Maßnahme helfen. In Deutschland erstatten die pharmazeutischen Hersteller am Jahresende einen Betrag an die Krankenkassen zurück und beeinflussen das Gewinnmaximierungskalkül der Großhändler nicht. Durch die Annahme von Rabatten an Großhändler und freier Preissetzung der Großhändler lassen sich an dieser Stelle keine Schlussfolgerungen für Deutschland ziehen.

⁴ Vgl. etwa *Danzon/Chao* (2000).

Drei Annahmen des Modells werden im Folgenden kritisch besprochen: die elastische Nachfragefunktion, differenzierte Produkte und nicht-integrierte Hersteller und Händler.

Die sehr interessante und relevante Frage in wieweit importierte Originalprodukte als differenzierte Produkte definiert werden können wird im Methodik-Teil geführt. Wie die Annahme von differenzierten Produkten dazu passt, dass Gesundheitsbehörden, die eine Substitution von Parallelimporten fördern, in der Regel Parallelimporte als Substitute (und damit als homogene Güter) definieren, bleibt offen.

Wie von der Autorin in der Einleitung erwähnt, zeichnen sich viele Arzneimittelmärkte durch eine unelastische Nachfrage der Konsumenten aus. Die Motivation der Annahme elastischer Nachfrage könnte den Beitrag bereichern. In vielen Ländern wird die unelastische Nachfrage durch Versicherungen für Gesundheitsleistungen hervorgerufen. In solchen Systeme fördern zahlreiche Maßnahmen die Preiselastizität: Patienten-Zuzahlungen und Festpreissysteme führen zu einer stärkere Preissensibilität der Patienten, Ärzte und Apotheker werden angehalten günstigere Produkte zu verschreiben/vertreiben, und Krankenkassen schließen Rabattverträge mit den Herstellern und minimieren so die Kosten für ihre Versicherten.

Die Modellergebnisse hängen maßgeblich von den nicht integrierten Teilnehmern des Arzneimittelhandels ab. Regulierungsmaßnahmen können in dieser Situation nicht optimale bzw. nicht intendierte Marktallokationen hervorrufen. Folgt diesem Ergebnis dann die Politikempfehlung von vertikaler Marktintegration?

Zwei Erweiterungen würden die Ergebnisse des Modells für politikrelevante Rückschlüsse interessanter machen: zum einen wettbewerbllicher Großhandel, da es in Deutschland etwa 20 pharmazeutische Großhändler gibt (ähnlich in anderen EU-Ländern). Des Weiteren hängen die präsentierten Ergebnisse an der Annahme der nicht-kooperativen Festsetzung von Regulierungsmaßnahmen. In der Realität ist es durchaus vorstellbar, dass Regulierer voneinan-

der lernen und Erfahrungen austauschen. Daher stellt sich die Frage, in wie weit verändern sich die Ergebnisse bei einer kooperierten Festlegung von Maßnahmen?

3. Fazit

Der Artikel behandelt die interessante ökonomische und politisch wichtige Fragestellung, wie sich Großhandelsspannen und Herstellerrabatte auf die Preise von Arzneimitteln auswirken. Die präsentierten Ergebnisse liefern Hinweise, dass sich vor dem Hintergrund einer internationalen Marktintegration durch Parallelimporte nationale Regulierungsmaßnahmen aufheben können. Da in Deutschland alle vorgeschlagenen und als Alternativen diskutierten Formen der Regulierung gleichzeitig vorliegen, liefert der Artikel zur Interdependenz von Arzneimittelmarktregulierungen, eventuell durch einige Änderungen ergänzt, einen wichtigen Beitrag, wenn es um die Implementierung von weiteren politischen Maßnahmen geht.

Literaturverzeichnis

- Danzon, P., Chao, L.* (2000), Cross-national price differences for pharmaceuticals: how large, and why?, in: *Journal of Health Economics*, 19. Jg., Nr. 2, S. 159-195.
- Grossman, G., Lai, E.* (2008), Parallel imports and price controls, in: *RAND Journal of Economics*, RAND Corporation, 39. Jg., Nr. 2, S. 378-402.
- Kanavos, P., Vondoros, S.* (2010), Competition in prescription drug markets: is parallel trade the answer?, in: *Managerial and Decision Economics*, John Wiley & Sons, Ltd., 31. Jg., Nr. 5, S. 325-338.
- Kanavos, P., Costa-i-Font, J., Merkur, S., Gemmill, M.* (2004), The Economic Impact of Pharmaceutical Parallel Trade in European Union Member States: A Stakeholder Analysis, LSE Special Research Paper
- Kanavos, P., Reinhardt, U.* (2003), Reference pricing for drugs: Is it compatible with U.S. health care?, in: *Health Affairs*, 22. Jg., Nr. 3, S. 16-30.

Kyle, M. (2011), Strategic Responses to Parallel Trade, in: The B. E. Journal of Economic Analysis & Policy, Berkeley Electronic Press, 11. Jg., Nr. 2, S. 2.

Morbus Parkinson in Deutschland: Frühe Diagnose und Pharmakotherapie als Instrument zur Kostendämpfung?

Björn A. Kuchinke, Bülent L. Akmaz, Wolfgang Janetzky

	<i>Seite</i>
<i>Abstract</i>	30
1. <i>Motivation</i>	30
2. <i>Recherchestrategie</i>	31
3. <i>Ergebnisse und Auswertung</i>	35
4. <i>Diskussion</i>	38
5. <i>Schlussbemerkungen</i>	40
<i>Literaturverzeichnis</i>	41

Abstract

Morbus Parkinson hat als Erkrankung in den letzten Jahren hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens erheblich an Bedeutung gewonnen. Im Rahmen dieses Beitrags werden daher drei Fragenkomplexe bearbeitet. Erstens wird analysiert, wie hoch die jährlichen Kosten für Patienten sind. Zweitens, ob einzelne Schweregrade der Erkrankung zu unterschiedlichen Kosten führen und drittens, ob eine frühzeitige Diagnose und medikamentöse Therapie *ceteris paribus* nicht nur eine effektive Behandlung und damit einen zusätzlichen Nutzen für den Patienten ermöglichen, sondern hierdurch gleichzeitig auch Kosteneinsparpotenziale realisiert werden können. Auf Basis der Neuauswertung vorliegender Studien sowie eigener Berechnungen wird nachgewiesen, dass die Kosten pro Jahr und Patient in Abhängigkeit vom Schweregrad bis zu 18.680 € betragen können. In der Diskussion der Ergebnisse zeigt sich, dass durch eine frühzeitige Diagnose und medikamentöse Therapie eine Verlangsamung des Verlaufs der Erkrankung und ein erhebliches Kostensenkungspotenzial auszumachen ist.

1. Motivation

Morbus Parkinson ist neben anderen Erkrankungen, wie Rückenleiden oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, als eine Art „Volkskrankheit“ zu bezeichnen. Die Bedeutung solcher Erkrankungen hat in den letzten Jahren hinsichtlich der Häufigkeit, aber auch hinsichtlich der Ausgaben der Versicherungen stetig zugenommen. Morbus Parkinson ist dabei eine sogenannte chronisch-progrediente Erkrankung, d. h. a) sie ist chronisch und b) die Beeinträchtigungen für den Patienten nehmen im Zeitablauf zu. Ein zunehmender Schweregrad geht gleichzeitig mit einer steigenden Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen einher.¹

¹ Vgl. *Reuther et al.* (2007), *Müller/Dodel/Fritze* (2006) u. *Schulz/Gasser* (2007).

Es stellen sich somit folgende Fragen: Erstens wie hoch die jährlichen Kosten für Patienten sind. Im Beitrag wird hierbei auf eine bestimmte Patientengruppe abgestellt, d. h. der Fokus liegt auf Patienten mit der am häufigsten vorkommenden Art von Morbus Parkinson, dem idiopathischen Parkinson-Syndroms (IPS), die gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Zweitens ist zu klären, ob einzelne Schweregrade der Erkrankung zu unterschiedlichen Kosten führen und drittens, ob eine frühzeitige Diagnose und eine entsprechende medikamentöse Therapie *ceteris paribus* nicht nur einen Nutzen für den Patienten darstellen, sondern gleichzeitig auch Kosteneinsparpotenziale mit sich bringen. Hintergrund ist, dass durch eine adäquate, frühzeitige Therapie die Krankheitsprogression verlangsamt werden kann und somit potenziell Kosten eingespart werden können.²

Der vorliegende Beitrag stellt in erster Linie eine Übersichtsarbeit dar. Die Studien zu den genannten Fragestellungen werden zunächst systematisch dargestellt und insofern der aktuelle Forschungsstand zu den Kosten von Morbus Parkinson anhand gesundheitsökonomischer Daten aus Versorgungsstudien für Deutschland aufgezeigt. Im Beitrag werden jedoch nicht nur die Arbeiten präsentiert, sondern anschließend verglichen, analysiert und damit neu bewertet.

2. Recherchestrategie

Die Literaturrecherche ist für den Zeitraum Januar 2000 bis Dezember 2009 gemäß einer vordefinierten Suchstrategie in den Datenbanken des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) durchgeführt worden.³ Bei der Suche sind nur vollpublizierte Studien mit

² Vgl. *Lieber* (1996), *Parkinson Study Group* (2004), *Hauser et al.* (2009) u. *Olanow* (2009).

³ Hierbei sind die Suchbegriffe „Direkte Kosten“, „Deutschland“ und „Parkinson“ in einer ersten Suche und „Cost-of-Illness Study“, „Germany“ und „Parkinson“ in einer zweiten Suche verwendet worden.

originären Krankheitskostendaten (cost-of-illness studies) aus der Versorgung des Morbus Parkinson im Bottom-Up oder Top-Down-Ansatz⁴ eingeschlossen worden. Das Gleiche gilt für Kosteneffektivitätsstudien deren primäres Zielkriterium etwa die Darlegung der Kosteneffektivität von einzelnen Arzneimitteln ist. Als Einschlusskriterien für die Suche ist ex-ante definiert worden, dass das häufigste Krankheitsbild⁵ unter den Parkinson Syndromen - das Idiopatische Parkinson Syndrom (IPS) - in den Studien betrachtet werden muss. Zudem ist festgelegt worden, dass eine Stratifizierung, also Einordnung der Patienten nach ihrem Schweregrad, gemäß der Systematik von Hoehn und Yahr (H&Y) möglich und notwendig ist. Diese Systematik besagt, dass je höher die Einordnung in der Klassifizierung ist (H&Y I bis H&Y V), umso weiter ist die Erkrankung fortgeschritten.

Hinsichtlich der direkten Kosten⁶, die in den einzelnen Krankheitsstadien anfallen, sind Kosten aus dem ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungsbereich der GKV berücksichtigt worden. Hierzu zählen:

- Ambulante GKV-Arzneimittelversorgung (AVOA; Medikamentöse Therapie im ambulanten Sektor, d. h. Verordnungen von Haus- und Facharztpraxen nach Roter Liste im jeweiligen Studienjahr (inkl. Apomorphin))
- Sonstige GKV-Versorgung (SV), d. h.:
 - a) Ambulant-ärztliche Versorgung ohne Arzneimittel (AVOA; EBM-Leistungen mit Ausgaben für die ärztliche Versorgung bei Haus- und Fachärzten, wie z. B. Diagnose wie MRT, SPECT und CT (inkl. ambulante Behandlungen in Kliniken))

⁴ Vgl. *Schöffski/von der Schulenburg* (2008), S. 71 ff.

⁵ Vgl. *Reuther et al.* (2007).

⁶ Nicht berücksichtigt werden alle indirekten Kosten, wie etwa Produktivitätsverluste oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, da diese in den Studien nicht ausreichend erfasst werden. Vgl. *Müller/Dodel/Fritze* (2006).

- b) Stationäre Krankenhaus-Versorgung (SKV; Ausgaben für ärztliche und nicht-ärztliche Versorgung in akutstationären Krankenhäusern, z. B. DRG B49Z oder Deep Brain Stimulation (DBS), Apomorphin-Pumpe)
- c) Übrige Leistungen GKV-Ausgaben (ÜL; z. B. rehabilitative Maßnahmen, medizinische Hilfsmittel, Zuzahlungen der Patienten z. B. bei der Pharmakotherapie, nicht-medizinische Hilfsmittel, u.a. Physio- und Ergotherapie)

Die systematische Literatursuche ergibt 36 Treffer, von denen entsprechend der vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien fünf Publikationen in die weitere Bewertung aufgenommen worden. Alle eingeschlossenen Studien können mit ihrem medizinischen und gesundheitsökonomischen Profil vergleichend systematisiert werden. Tabelle 1 zeigt im Überblick die verwendeten Studien mit den wesentlichen Eckdaten.

Tabelle 1: Berücksichtigte Studien

	Ehret (2009)	Spottke (2005)	Dengler (2006)	Keller (2003)	Reese (2010)
Bezugsjahr (Studienbeginn)	2006	2000	2001	2001	2006
Beobachtungszeit (in Monate)	3	6	36	10	6
Patientenzahl (n= Anzahl)	425	145	148	77	86
Alter (in Jahre; MW, SD)	63,8; +9,8	67,3; +9,6	67,5; k. A.	67,2; +9,2	63,1; +9,9
Krankheitsdauer (in Jahren; MW, SD)	5,4; + 4,9	9,3; + 7,4	k. A.	k. A.	5,7; +5,0
Dauer bis Diagnose (in Jahren; MW, SD)	2,1;4,2	1,9;3,6	k. A.	k. A.	k. A.
Studiendesign Prospektiv (ja, nein) Kontrolliert (ja, nein)	ja nein	Ja Nein	ja nein	ja nein	ja nein
Mittlerer Schweregrad nach H&Y (MW)	3,4	2,8	2,5	2,2	1,9
1) AVOA	3.236 € 47,50%	3.040 € 45,10%	5.763 € 76,20%	6.168 € 78,11%	5.778 € 58,38%
2) SV					
a) AV	328 € (4,81%)	480 € (7,12%)	462 € (6,11%)	414 € (5,24%)	582 € (5,88%)
b) SKV	2.288 € 33,58%	2.260 € 33,53%	219 € 2,89%	966 € 12,23%	3.112 € 31,44%
c) ÜL	960 € 14,09%	960 € 14,24%	1.119 € 14,79%	348 € 4,40%	424 € 4,28%
GKV-Gesamt	6.812 € 100%	6.740 € 100%	7.563 € 100%	7.896 € 100%	9.896 € 100%

Quelle: Eigene Darstellung. Anmerkungen: MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Def. H & Y = Hoehn und Jahr-Stadien; Ausgewiesene Daten z. T. eigene Berechnungen. Bei *Vossius et. al.* 2006 sind nur Medikamentenkosten enthalten; die Studie ist daher nur zur Validierung für Kosten-Analysen im Bereich der Arzneimittelversorgung genutzt worden. Daten z. T. eigene Berechnungen; Rundungsfehler aufgrund Umrechnung (abs., rel.) möglich

3. Ergebnisse und Auswertung

GKV-Jahresbehandlungskosten

Die GKV-Kosten werden mit den verfügbaren Original-Daten aus den Publikationen deskriptiv ausgewertet, weil in der Mehrheit der Studien nur Mittelwerte ohne Standardabweichung sowie Konfidenzintervalle verwendet werden. Wenn eine Gewichtung, Adjustierung sowie Stratifizierung der GKV-Jahreskosten (Darstellung von Gesamtjahreskosten, Kostenentwicklung nach Einzelversorgungssektoren, Krankheitsprogression nach Schweregrad für H&Y I bis V) erforderlich ist und dies in den Studien explizit nicht dargestellt ist, wird dies anhand der ausgewiesenen Studienteilnehmer und der Kostenwerte nachträglich berechnet. Es wird auf eine Standardisierung (gemeinsames Vergleichsjahr) der Kosten und Preise durch Inflationierung verzichtet.⁷

Es wird angenommen, dass ein Parkinson-Patient aus Sicht einer Krankenkasse zwölf Monate wegen Parkinson behandelt wird. Aufgrund der unterschiedlichen Studienlänge (3 bis 36 Monate) werden die Angaben bezüglich der GKV-Kosten auf Angaben pro Tag vereinheitlicht und folglich linear auf Jahreswerte extrapoliert.

H&Y I und II werden als Frühstadium definiert. In den späteren Phasen der Erkrankung werden die Stadien nach H&Y IV und V gemeinsam betrachtet. Die Ursache liegt darin, dass in H&Y V, dem schwersten Stadium der Erkrankung, zu wenige Patienten in die Studien eingeschlossen werden konnten, d. h. in drei von fünf Studien konnte nur je ein Patient beobachtet werden.⁸

Aufgrund der Vorarbeiten wird eine Abbildung der anfallenden Kosten erstmals möglich. Wie Tabelle 1 zeigt, variieren die Ausgaben zwischen 6.740 € und 9.896 € pro IPS-Patient und Studienjahr. Die ambulante Arzneimittelthe-

⁷ Vgl. *Akmaç/Reese/Goemann* (2010).

⁸ Vgl. *Reese et al.* (2010), *Keller et al.* (2003) u. *Dengler et al.* (2006).

rapie steht im Mittelpunkt der Regelversorgung von Parkinson-Patienten und macht je nach Studie mehr als die Hälfte der GKV-Kosten aus.⁹ Der hohe Einsatz von Arzneimitteln ist auf die Behandlung der Symptome der Erkrankung zurückzuführen. Diese Symptome machen meist eine kostenintensive Kombinationstherapie erforderlich.¹⁰

Die Rolle der Kosten für die Behandlung im stationären Sektor variieren in den Studien erheblich. Zum einen geht hervor, dass Krankenhausbehandlungen eine eher geringe Rolle spielen.¹¹ Zum anderen ist zu sehen, dass das Auftreten von motorischen Komplikationen, z. B. durch Frakturen aufgrund von Stürzen, die Höhe der direkten GKV-Kosten maßgeblich beeinflussen. Sie können bis zu einem Drittel ausmachen.¹²

Die ambulant-ärztliche Versorgung durch Haus- und Fachärzte folgt in der Kostenhöhe und innerhalb der Kostenverteilung zwischen GKV-Versorgungsbereiche aus Sicht einer Krankenkasse mit weitem Abstand. Sie macht einen relativ niedrigen Kostenanteil an den Gesamtkosten in Höhe von 4,81 % und 7,12 % aus und entspricht ca. 27 € bis 48 € an EBM-Leistungen pro Monat in 2009.

GKV-Kostenentwicklung

Hinsichtlich der zweiten Frage, der Ausgabenlast in Abhängigkeit vom Fortschritt und Schweregrad der Erkrankung, ergibt sich folgendes, in Abbildung 1 dargestelltes Bild.

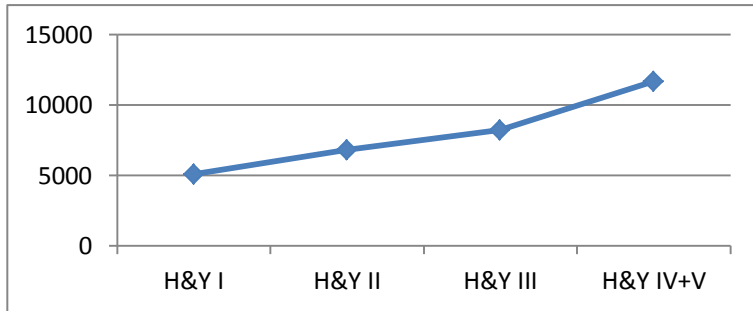
⁹ Vgl. *Dengler et al.* (2006), *Ehret et al.* (2009), *Keller et al.* (2003), *Spotzke et al.* (2005) u. *Reese et al.* (2010).

¹⁰ Vgl. *Ehret et al.* (2009), *Keller et al.* (2003) u. *Spotzke et al.* (2005).

¹¹ Vgl. *Dengler et al.* (2006).

¹² Vgl. *Ehret et al.* (2009), *Reese et al.* (2010) u. *Spotzke et al.* (2005).

Abbildung 1: Durchschnittliche GKV-Gesamtkosten in € nach H&Y-Schweregrad



Quelle: Eigene Darstellung. Anmerkungen: Def. H&Y = Hoehn und Yahr-Stadien; H&Y IV und V sind aufgrund niedriger Fallzahlen zusammengefasst worden.

Die Abbildung zeigt die gewichteten, jährlichen Durchschnittsausgaben von mehr als 1.000 deutschen Patienten stratifiziert nach dem Schweregrad H&Y aus dem Versorgungsalltag. Es ist zu erkennen, dass die GKV-Gesamtbehandlungskosten (inkl. Arzneimittel, ambulante und stationäre ärztliche und nicht-ärztliche Therapie) pro Parkinson-Patient im Versorgungsalltag mit dem Schweregrad im Durchschnitt, d. h. über alle Studien, erheblich ansteigen. Absolut steigen die Kosten über alle Studien von 5.100 € im Schweregrad H&Y I bis hin zu 11.659 € im Schweregrad H&Y IV + V an. Dies stellt einen durchschnittlichen Anstieg der Kosten im Verlaufe der Erkrankung von 228 % dar.

Die in Abbildung 1 dargestellte zusammengefasste Entwicklung über alle Studien variiert selbstverständlich bei der separaten Betrachtung. Das in Abbildung 1 skizzierte Bild des Anstiegs der Kosten im Verlaufe der Erkrankung von H&Y I bis hin zu H&Y IV+V ist jedoch stets nachzuvollziehen. Der Anstieg liegt zwischen 144 % (*Dengler et al. (2006)*) und 322 % (*Spottke et al. (2005)*). In den betrachteten Studien steigen die Kosten für die Behandlung der IPS-Patienten also zwischen dem Früh- und Spätstadium bis auf das Dreifache

an. Die absoluten Werte schwanken zwischen 3.512 € für H&Y I (*Ehret et al.* (2009)) und 6.744,26 € (*Reese et al.* (2010)). Für H&Y IV+V werden Werte zwischen 8.930 € (*Dengler et al.* (2006)) und 18.680 € (*Reese et al.* (2010)) ermittelt.

Bei detaillierter Analyse der Kosten in den Studien zeigt sich ferner, dass die Arzneimittelkosten, die in H&Y-Stadium I größter Kostenblock sind, im Zeitverlauf und dem Fortschritt der Erkrankung unterdurchschnittlich im Vergleich zu den direkten Gesamtkosten zunehmen. Überdurchschnittlich steigen dagegen die Kosten in der „sonstigen GKV-Versorgung“ an, allen voran die Ausgaben im Krankenhaus.¹³

4. Diskussion

Kernergebnisse

Die vorliegende systematische Literaturrecherche ergibt wichtige Anhaltspunkte für die aktuellen Aufwendungen von Krankenkassen für Parkinson-Patienten. Die in der Analyse eingeschlossenen Versorgungsstudien von mehr als 1.000 Parkinson-Patienten zeigen einen einheitlichen Trend bezüglich der mit dem Schweregrad verbundenen Kostensteigerung in der GKV.¹⁴ Die Dynamik in der Kostensteigerung ist jedoch nicht zentral in der Pharmakotherapie, sondern eher aufgrund der Krankenhausbehandlung nachzuvollziehen.

Einordnung der Kosten und der Kostenerfassung

Allerdings ist zu beachten, dass die Daten in der Regel in Facharztpraxen und/oder in Krankenhäusern erhoben worden sind, so dass Patienten in Pflegeeinrichtungen und bei Hausärzten nicht oder nur unzureichend erfasst

¹³ Vgl. *Reese et al.* (2010).

¹⁴ Ein internationaler Vergleich für Parkinsonkosten von *Lindgren et al.* (2005) bestätigt dieses Resultat.

werden. Es ist daher zu vermuten, dass sowohl leicht erkrankte (H&Y-I, insgs. n =127) als auch schwer erkrankte Patienten (H&Y-V, insg. n=28) unterrepräsentiert sind. So kann erklärt werden, warum die meisten Patienten in den Stadien II & III (insg. n = 477) zu finden sind und die wenigsten im Stadium V. Der Schweregrad der erkrankten Patienten schwankt in den Studien zwischen 1,9 (H&Y I) und 3,4 (H&Y III), deckt aber die Krankheitsprogression in der Versorgung vermutlich ab.

Des Weiteren ist für die Beurteilung der Gesamtkosten nicht nur die mit der Krankheit direkt verbundenen Kosten zu beachten, sondern auch die sonstigen Kosten, die sich z. B. aus den Pflegeleistungen der Angehörigen oder ihrer eingeschränkten Berufstätigkeit ergibt. Für Patienten mit Parkinson liegt eine derartig detaillierte Darstellung der tatsächlichen Gesamtkosten leider nicht vor. Zu bemängeln ist darüber hinaus, dass es keine sektorübergreifenden Versorgungsstudien mit Parkinson-Patienten gibt, um die Gesamtkosten, z. B. auch die Kosten für Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, zu erfassen. Zu deren Ermittlung sollten weitere Versorgungsforschungsprojekte durchgeführt werden. Auch fehlen Krankenkassenstudien, die die aktuelle Prävalenz und die Versorgungssituation nach Schweregrad von Parkinson-Patienten besser widerspiegeln könnten.

Pharmakotherapie

Es ist zu erwarten, dass in einer alternden Gesellschaft die Anzahl der Patienten mit Morbus Parkinson und die Kosten für deren Behandlung insgesamt weiter ansteigen wird.¹⁵ Um diese Kosten zu begrenzen, kommt der frühzeitigen Diagnose und Behandlung der Betroffenen eine wichtige Rolle zu, v. a. dann, wenn krankheitsmodifizierende Therapieoptionen genutzt werden können, die zu einer Verlangsamung der Krankheitsprogression führen. Dies würde bedeuten, dass Patienten länger in einem in früheren Krankheitsstadien

¹⁵ Vgl. *Dengler et al.* (2006) u. *Reuther et al.* (2007).

verbleiben und weniger Zeit in den kostenintensiven Spätstadien verbringen.¹⁶ Hierdurch können, neben der verbesserten Lebensqualität auch niedrigere Behandlungskosten und Kosteneinsparungen aus Sicht der GKV erreicht werden, z. B. durch eine frühe Diagnose der Parkinson-Erkrankung und eine adäquate medikamentöse Versorgung.

Statistisch signifikante Hinweise auf Krankheitsmodifikation bei der Behandlung des Morbus Parkinson im Frühstadium konnte bisher nur für die pharmakologische Therapie mit dem sogenannten MAO-B-Hemmer Rasagilin in der empfohlenen Dosierung von 1 mg¹⁷ gezeigt werden. Bereits zuvor konnte mit der TEMPO-Studie und deren follow up¹⁸ wurde ebenfalls deutlich, dass Patienten von einer frühzeitigen Therapie stärker profitieren, als Patienten, die zu einem späteren Zeitpunkt auf die Medikation eingestellt wurden. Inwieweit eine Frühtherapie mit MAO-B Hemmern wie Rasagilin Kosteneinsparungen bewirken, sollte in weiteren Studien noch genauer analysiert werden.

5. Schlussbemerkungen

Mit der vorliegenden Analyse ist es erstmals möglich, Aussagen über den Verlauf der Kosten der Erkrankung bei Parkinsonpatienten, respektive bei IPS-Erkrankten zu machen. Dies ist so mit den Kostendaten des Statistischen Bundesamtes aktuell nicht möglich. Die Analyse hat gezeigt, dass mit zunehmendem Schweregrad von Morbus Parkinson die direkten Kosten erheblich ansteigen. Diese Angaben beziehen sich aber nur auf die direkten, aus Sicht der GKV aktuell „relevanten“ Kosten. Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtkosten, die zusätzlich auch indirekte und externe Kosten beinhalten und damit ein realistisches Bild der Aufwendungen für Parkinson-Patienten geben,

¹⁶ Vgl. *Dodel et al.* (1997).

¹⁷ Vgl. *Olanow et al.* (2009).

¹⁸ Vgl. *Parkinson Study Group* (2004), *Hauser et al.* (2009) u. *Lew et al.* (2010).

weitaus höher liegen. Hier ist eine umfassende Betrachtung durch weitere Studien notwendig. Gleichzeitig sind die Kosteneffekte und Einsparpotenziale auf Basis vorliegender Studien und weiteren Berechnungen grundsätzlich aufgezeigt worden. Es ist deutlich geworden, dass aktuell insbesondere durch Krankheitsmodifikation im Rahmen einer frühen Diagnose und entsprechender medikamentöser Therapie erhebliche Einsparpotenziale zu erwarten sind. Die genauen Effekte sind jedoch ebenfalls über weitere Studien detailliert zu klären.

Literaturverzeichnis

- Akmaç, B., Reese, J. P., Goemann, C.* (2010), Kosten des Morbus Parkinson in Deutschland und ökonomische Potentiale der Krankheitsmodifikation, Poster Nr. 568 auf DGN Kongress Neurowoche, Mannheim.
- Dengler, I., Leukel, N., Meuser, T., Jost, W. H.* (2006), Prospektive Erfassung der direkten und indirekten Kosten des idiopathischen Parkinson-Syndroms, in: *Der Nervenarzt*, 77. Jg., Nr.10, S. 1.204-1.209.
- Dodel, R. C., Singer, M., Kohne-Volland, R., Selzer, R. Scholz, W., Rathay, B., Oertel, W. H.* (1997), Cost of illness in Parkinson disease. A retrospective 3-month analysis of direct costs, in: *Der Nervenarzt*, 68. Jg., Nr. 12, S. 978-984.
- Ehret, R., Balzer-Geldsetzer, M., Reese, J. P., Dodel, I., Becker, E., Christopher, E., Friedrich, H., Kraemer, S., Lüer, W., Müngersdorf, M., Puzich, R., Robr, A., Schultes-Platzek, I., Siefjediers, V., Tiel-Wilck, K., Oertel, W. H., Dodel, R.* (2009), Direkte Kosten der Parkinson-Behandlung: Eine Erhebung in neurologischen Schwerpunktpraxen in Berlin, in: *Der Nervenarzt*, 80. Jg., Nr. 4, S. 452-458.
- Hauser R. A., Beck, B., Paume, D., Doyle, C.* (2009), Long-term outcome of early versus delayed Rasagiline treatment in early Parkinson's Disease, in: *Movement Disorders*, 24. Jg., Nr. 4, S. 564-573.

- Keller S., Kessler, T., Meuser, Th., Fogel, W., Bremen, D., Jost, W. H.* (2003), Analyse der direkten Kosten in der Parkinson-Therapie, in: *Der Nervenarzt*, 74. Jg., Nr. 12, S. 1.105-1.109.
- Leber, P.* (1996), Observations and Suggestions on Antidementia Drug Development, in: *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 10. Jg., s1, S. 31-35.
- Lew, M.-F., Hauser, R. A., Hurtig, H. I., Ondo, W. G., Wojcieszek, J., Goren, T., Fitzner-Attas, C. J.* (2010), Long-term efficacy of Rasagiline in Early Parkinson's Disease, in: *International Journal of Neuroscience*, S. 404-408.
- Lindgren, P., von Campenhausen, S., Spotke, E., Siebert, U., Dodel, R.* (2005), Cost of Parkinson's disease in Europe, in: *European Journal of Neurology*, 12. Jg., s1, S. 68-73.
- Müller T., Dodel, R., Fritze, J.* (2006), Kosten- und Qualitätsaspekte in der Therapie des Morbus Parkinson, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 100. Jg., S. 291-295.
- Olanow, C. W., Rascol, O., Hauser, R., Feigin, P. D., Jankovic, J., Lang, A., Langston, W., Melamed, E., Poewe, W., Stocchi, F., Tolosa, E.* (2009), A double-blind, delayed-start trial of rasagiline in Parkinson's disease, in: *The New England Journal of Medicine*, 361. Jg., Nr. 13, S. 1.268-1.278.
- Parkinson Study Group* (2004), A controlled, randomized, delayed-start study of Rasagiline in early Parkinson Disease, in: *Archives of Neurology*, 61. Jg., S. 561-566.
- Reese, J. P., Winter, Y., Balzer-Geldsetzer, M., Bötzel, K., Eggert, K., Oertel, W. H., Dodel, R., Campenhausen S.* (2010), Parkinson's Disease: Cost-of-Illness in an Outpatient Cohort, in: *Gesundheitswesen*, 78. Jg., S. 1-8.
- Reuther, P., Ebret, R., Dodel, R., Simonov, A., Müngersdorf, M., Oertel, W. H., Eggert, K.* (2007), Rahmenkonzept zur strukturierten/integrierten Versorgung von Patienten mit Parkinson-Syndromen, in: *Maier U., Diener H. C. (Hrsg.): Integrierte Versorgung in der Neurologie*, Stuttgart, S. 50-63.

- Schöffski, O., Graf von der Schulenburg, M.* (2008), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Auflage Heidelberg.
- Schulz, J. B., Gasser, T.* (2007), Parkinson-Syndrome, in: Brandt, T., Dichgans, J., Diener, H. C. (Hrsg.): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, Stuttgart, S. 984.
- Spottke, A. E., Reuter, M., Machat, O., Bornschein, B., Campenhausen, S., Berger, K., Koehne-Volland, R. K., Rieke, J., Simonow, A., Brandstaedter, D., Siebert, U., Oertel, W.* (2005), Cost of illness and its predictors for Parkinson's disease in Germany, in: Pharmaco Economics, 23. Jg., Nr. 8, S. 817-836.
- Vossius, C., Gjerstad, M., Baas, H., Larsen, J. P.* (2006), Drug costs for patients with Parkinson's disease in two different European countries, in: Acta Neurologica Scandinavica, 113. Jg., Nr. 4, S. 228-232.

Koreferat zum Beitrag von Björn A. Kuchinke, Bülent Akmaz und Wolfgang Janetzky „Morbus Parkinson in Deutschland: Frühe Diagnose und Pharmakotherapie als Instrument zur Kostendämpfung?“

Sabine Wilbertz^{*}

	<i>Seite</i>
1. Kurzzusammenfassung.....	45
2. Anmerkungen.....	46
Literaturverzeichnis.....	49

^{*} Dieser Beitrag stellt die Meinung der Autorin, nicht der Janssen-Cilag GmbH dar.

1. Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Arbeit von *Kuchinke/Akmaç/Janetzky* befasst sich mit den Kosten von Morbus Parkinson, einer chronisch-progredienten neurologischen Erkrankung, in Deutschland und der Frage, ob eine frühzeitige Diagnose und Arzneimitteltherapie den Patientennutzen steigern und Kosteneinsparpotentiale realisieren könnte.

Als Anlass für diese Fragestellung geben die Autoren die steigende Prävalenz der Erkrankung und die steigenden Kosten für die Versicherungsgemeinschaften an.

Aufbauend auf einer systematischen Literaturrecherche analysieren *Kuchinke/Akmaç/Janetzky* in dieser Übersichtsarbeit die vollpublizierten Krankheitskostenstudien zur häufigsten Form des Morbus Parkinson, dem Idiopathischen Parkinson-Syndrom (IPS).

Die Autoren identifizieren fünf relevante Studien. Im ersten Schritt werten *Kuchinke/Akmaç/Janetzky* die Jahresbehandlungskosten des Idiopathischen Parkinson-Syndroms für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aus und untersuchen im zweiten Schritt die Abhängigkeit der Kostenentwicklung vom Schweregrad der Erkrankung nach der Einteilung in Hoehn & Yahr Stadien (H & Y).

Es werden die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM), für ambulante Arzneimittel, für die stationäre Versorgung sowie für weitere Leistungen wie z. B. Rehabilitation, Hilfsmittel und Patientenzuzahlungen berücksichtigt. Indirekte und intangible Kosten werden nicht untersucht. Die Jahresbehandlungskosten der GKV in den fünf Studien weisen eine Schwankungsbreite von bis zu 3.000 € (6.740 € bis 9.896 €) auf. Alle Studien belegen einen Kostenanstieg mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung.

In der Diskussion werden die Kernergebnisse bewertet, die Limitationen der Studien und der Analyse aufgearbeitet sowie die Bedeutung einer krankheitsmodifizierenden Therapie beschrieben. Der dargestellte Schweregradab-

hängige Kostenanstieg bei Patienten mit IPS für die GKV wird durch eine internationale Publikation von *Lindgren et al.* (2005) bestätigt. Als Treiber der Kostensteigerung in Deutschland wird die stationäre Versorgung identifiziert.

Als maßgebliche Limitationen sehen *Kuchinke/Akmaç/Janetzky* eine Unterrepräsentierung von leicht und schwer erkrankten Patienten (H & Y Stadien I und Y-V), da die Daten in der fachärztlichen und in der stationären Versorgung erhoben wurden. Zum anderen bemängeln sie das Fehlen von Daten zu indirekten Kosten wie Pflegeleistungen von Angehörigen, eingeschränkte Berufstätigkeit und Kosten für Rehabilitation und Pflegeeinrichtungen. Sie fordern daher weitere Studien zur Prävalenz und zu den indirekten Kosten des Morbus Parkinson.

Die Autoren argumentieren zudem, dass aufgrund eines erwarteten weiteren Kostenanstiegs für die Behandlung des Morbus Parkinson eine frühe Diagnostik und eine Therapie, die zu einer Verlangsamung der Krankheitsprogression führen würde, wachsende Bedeutung erhalten würden. Bei einer solchen Krankheitsmodifikation würden die Patienten länger einen niedrigeren Schweregrad der Erkrankung erleiden und weniger Zeit in den kostenintensiven Spätstadien verbringen. Dadurch könnten niedrigere Behandlungskosten und Kosteneinsparungen aus Sicht der GKV erreicht werden. Statistisch signifikante Hinweise auf Krankheitsmodifikation lägen für den MAO-B-Hemmer Rasagilin vor. Kosteneinsparungen durch Rasagilin müssten jedoch noch belegt werden.

2. Anmerkungen

Sowohl die Analyse der Krankheitskosten, als auch des Budget-Impacts einer Therapie gewinnen in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Die Autoren widmen sich daher einem aktuellen Thema am Beispiel der Erkrankung Morbus Parkinson. Die Stärken der Arbeit sind zum einen die systematische Zusammenfassung der aktuellen Studien und Publikationen und zum anderen der Beleg für den Anstieg der Kosten des IPS mit dem Schweregrad der Er-

krankung. Die Ergebnisse der Analyse bestätigen somit für das Idiopathische Parkinsonsyndrom die allgemein verbreitete Vermutung, dass Kosten mit dem Schweregrad einer Erkrankung ansteigen.¹

Die nachfolgenden Anmerkungen gehen sowohl auf methodische als auch auf inhaltliche Aspekte des Beitrags ein.

Ziel der Arbeit soll laut Titel die Untersuchung des Einflusses der frühen Diagnose und Pharmakotherapie auf die Kosten des Morbus Parkinson in Deutschland sein. Die Autoren nehmen hingegen die Sicht der Krankenkassen ein und begrenzen sich auf die direkten IPS-Behandlungskosten der GKV. Zudem wird der Effekt der frühen Diagnostik und Therapie des Morbus Parkinson nicht im Hauptteil der Arbeit untersucht. Stattdessen erfolgt im Diskussionsteil ein kurzer Verweis auf die Arbeit von *Dodel et al.* (1997), in der belegt werde, dass durch frühe Diagnose und krankheitsmodifizierende Therapie die Patienten länger in Frühstadien verblieben und weniger Zeit in kostenintensiven Spätstadien verbringen würden. Diese Krankheitsmodifikation sei laut der Arbeiten von *Olanow et al.* (2009), *Parkinson Study Group* (2004), *Hauser et al.* (2009) und *Lew et al.* (2010) für den Wirkstoff Rasagilin belegt. Dieser Aspekt stellt den Kern des im Titel angekündigten Themas dar. Eine ausführliche Darstellung im Hauptteil wäre sinnvoll gewesen, anstatt dies erst im Diskussionsteil des Beitrags aufzugreifen. Eine Kosteneinsparung durch Rasagilin wird laut den Autoren auch durch die zitierten Arbeiten nicht belegt. Somit kann mit dieser Arbeit keine Aussage darüber getroffen werden, ob Rasagilin - wie im Titel zur Frage gestellt - zur Kostendämpfung in Deutschland beiträgt. Außerdem wären Hinweise auf die Voraussetzungen einer solchen Kosteneinsparung, wie etwa eine unveränderte Lebensdauer des Patienten und die damit verbundene unveränderte Leistungsanspruchnahme, wünschenswert gewesen.

¹ Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2009), S. 73.

Eine Evidenzbewertung der Studien wäre ebenso wünschenswert wie eine Zusammenfassung der Ergebnisse in einer Metaanalyse, wenngleich die Autoren andeuten, dass die Daten nicht ausreichend dafür sind.

Ein weiterer methodischer Aspekt betrifft die Auswertung der fünf Studien zu den direkten Kosten des IPS. In Tabelle 1 werden die Studien mittels Studiendesign, Alter, Krankheitsdauer, Dauer bis Diagnose und mittlerem Schweregrad beschrieben und die mittleren Kosten der einzelnen GKV-Leistungsbereiche für jede Studie angegeben. Aussagen über die Repräsentativität der Studienpopulationen, beispielsweise die Geschlechtsverteilung wären interessant gewesen, da Frauen in den meisten Lebensphasen höhere Gesundheitsausgaben verursachen als Männer² und bei großem Anteil in der Studienpopulation das Ergebnis beeinflussen könnten.

Die Bündelung der Kostenbereiche in Tabelle 1 ermöglicht einen schnellen Überblick über die Kostenanteile. Allerdings ist bei der Betrachtung der Kosten aus GKV-Perspektive die Berücksichtigung der Patientenzuzahlungen nicht zwingend. Möglicherweise lässt sie sich dadurch erklären, dass chronisch erkrankte Patienten - wie in diesem Fall bei Morbus Parkinson - in der Regel die individuelle Belastungsgrenze für Zuzahlungen aktuell in Höhe von 1% des Bruttoeinkommens³ schnell überschreiten und die darüber hinausgehenden Zuzahlungen von der GKV getragen werden.

Die hohe Varianz der GKV-Jahresbehandlungskosten in den Studien wurde in der vorliegenden Arbeit nicht diskutiert. Wenn es sich um Beobachtungsstudien handeln würde, könnte die Varianz durch unterschiedliche Behandlungskonzepte der behandelnden Ärzte bedingt sein.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Arbeit eine gute Übersicht über die aktuelle Studienlage zu den Kosten des IPS gibt, der Einfluss der frühen

² Vgl. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (2008).

³ Vgl. § 62 SGB V.

Diagnose und Pharmakotherapie auf die Kostenentwicklung aber detaillierter dargestellt werden sollte.

Literaturverzeichnis

- Dodel, R. C., Singer, M., Kohne-Volland, R., Selzer, R. Scholz, W., Rathay, B., Oertel, W. H.* (1997), Cost of illness in Parkinson disease. A retrospective 3-month analysis of direct costs, in: *Der Nervenarzt*, 68. Jg., Nr. 12, S. 978-984.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (2008), Krankheitskosten je Einwohner in €, www.gbe-bund.de, abgerufen am 12.02.2012.
- Hauser R. A., Beck, B., Paume, D., Doyle, C.* (2009), Long-term outcome of early versus delayed Rasagiline treatment in early Parkinson's Disease, in: *Movement Disorders*, 24. Jg., Nr. 4, S. 564-573.
- Lew, M.-F., Hauser, R. A., Hurtig, H. I., Ondo, W. G., Wojcieszek, J., Goren, T., Fitzner-Attas, C. J.* (2010), Long-term efficacy of Rasagiline in Early Parkinson's Disease, in: *International Journal of Neuroscience*, S. 404-408.
- Olanow, C. W., Rascol, O., Hauser, R., Feigin, P. D., Jankovic, J., Lang, A., Langston, W., Melamed, E., Poewe, W., Stocchi, F., Tolosa, E.* (2009), A double-blind, delayed-start trial of rasagiline in Parkinson's disease, in: *The New England Journal of Medicine*, 361. Jg., Nr. 13, S. 1.268-1.278.
- Parkinson Study Group* (2004): A controlled, randomized, delayed-start study of Rasagiline in early Parkinson Disease, in: *Archives of Neurology*, 61. Jg., S. 561-566.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2009), Gutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>, abgerufen am 12.02.2012.

Konzentrationsprozesse im deutschen Krankenhausmarkt – Ergebnisse und Implikationen

Andreas Schmid

	<i>Seite</i>
<i>Abstract</i>	51
1. <i>Einführung</i>	51
2. <i>Entwicklung des Krankenhausesektors</i>	52
3. <i>Potenzielle Folgen für Patienten und Kostenträger</i>	53
4. <i>Zielstellung und Vorgehen</i>	55
5. <i>Ergebnisse</i>	56
6. <i>Diskussion und Fazit</i>	59
<i>Literaturverzeichnis</i>	60

Abstract

Der Krankenhausesektor hat in den letzten zehn Jahren eine dynamische Entwicklung durchlebt und dabei eine deutliche Konsolidierung erfahren. Wird durch letztere in regionalen Krankenhausmärkten eine zu hohe Konzentration erreicht, ermöglicht dies die Ausübung von Marktmacht, welche negative Konsequenzen für Patienten und Kostenträger nach sich ziehen kann.

Das Ziel des diesem Beitrag zugrundeliegenden Projektes ist es, zum ersten Mal unter Berücksichtigung der Trägerzugehörigkeit für den gesamten deutschen Krankenhausesektor die Konzentration zu ermitteln. Die Ergebnisse zeigen, dass selbst bei einer sehr konservativen Abgrenzung des relevanten geographischen Marktes der deutsche Krankenhausesektor bereits im Jahr 2007 in wesentlichen Teilen durch hoch konzentrierte Marktstrukturen gekennzeichnet ist. Ländliche Regionen sind deutlich stärker von diesem Phänomen betroffen als urbane Ballungsräume.

Die daraus abzuleitenden Implikationen betreffen die Gesundheitspolitik ebenso wie die gesundheitsökonomische Forschung. Eine hohe Konzentration stellt nicht nur Instrumente wie selektives Kontrahieren vor Probleme, sie verschärft auch den krankenhauserplanerischen Zielkonflikt, in ländlichen Regionen eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen, ohne zugleich kaum reversible, monopolartige Strukturen mit den damit einhergehenden negativen Konsequenzen zu schaffen.

1. Einführung

Im Rahmen verschiedener gesundheitspolitischer Reformschritte wurde in den letzten Jahren versucht, den Wettbewerbsgedanken im Gesundheitswesen zu stärken. Dabei stand meist das Ziel im Vordergrund, Qualität und Effizienz zu fördern, was ein sehr funktionales Wettbewerbsverständnis impliziert. An-

dere Wettbewerbskonzeptionen fanden weniger Beachtung.¹ Unabhängig vom konkreten Wettbewerbsverständnis ist es jedoch für die Etablierung jeglicher Form von Wettbewerb eine notwendige Bedingung, einen Ordnungsrahmen zu etablieren, der die entsprechenden Spielregeln für alle Akteure festlegt. Dies ist umso wichtiger, wenn klare Erwartungen mit der Stärkung des Wettbewerbs verknüpft werden. Obwohl sie die Ergebnisse des Wettbewerbsprozesses wesentlich beeinflussen, wird diesen Voraussetzungen überraschend wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Die vorliegende Analyse beschäftigt sich diesbezüglich mit einem bestimmten Aspekt, nämlich der Struktur des Krankenhausmarktes. Aus wettbewerbspolitischer Sicht ist eine zu hohe Konzentration, d.h. ein zu großes Übergewicht einzelner Akteure, problematisch. Die Konzentration wird dabei durch Maße wie den Herfindahl-Hirschman-Index (HHI)² erfasst. In diesem Kurzbeitrag werden ausgewählte Ergebnisse und Implikationen des Forschungsprojektes vorgestellt, wobei für weitere Hintergründe insbesondere zu Theorie und Methodik auf *Schmid* (2012) verwiesen sei. Die Ergebnisse zeigen, dass der deutsche Krankenhausmarkt bereits 2007 in weiten Teilen stark konzentriert war. Dies kann sich mittel- und langfristig negativ auf Qualität und Preis der erbrachten Krankenhausleistungen auswirken und stellt zumindest in manchen Regionen die Implementierbarkeit selektivvertraglicher Konzepte in Frage.

2. Entwicklung des Krankensektors

Der Krankensektor hat in den letzten zehn Jahren eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbsprinzips erfahren.³ Den größten Beitrag hierzu

¹ Vgl. *Wasem/Geraeds* (2011).

² Der HHI ist definiert als die Summe der quadrierten Marktanteile der im relevanten Markt aktiven Unternehmen. Damit bewegt sich der Index zwischen 0 und 1, wobei eine höhere Konzentration bzw. eine stärker Ungleichverteilung der Marktanteile zu höheren Werten führen.

³ Vgl. *Fleßa* (2007), S. 130 ff. u. *Rau/Roeder/Hensen* (2009), S. 9 f.

leistete die Einführung der Vergütung auf Basis von DRGs, die einen starken kostenseitigen Wettbewerbsdruck induzierte. Langfristig wird erwartet, dass nur sehr effizient wirtschaftende Krankenhäuser in diesem System überleben können.⁴

Die erste daraus resultierende Folge war ein deutlicher Anstieg der Fusionen und Übernahmen im Krankenhaussektor, was zu einer starken Konsolidierung des Marktes führte. Insbesondere öffentliche Einrichtungen hatten Schwierigkeiten, der Dynamik des ablaufenden Prozesses zu folgen.⁵ Es entstanden größere Krankenhausverbände, wobei häufig Schlagworte wie Kostenreduktion, Synergieeffekte oder optimale Betriebsgröße als Gründe ins Feld geführt wurden.⁶

Die zweite Folge war, dass der Wettbewerb um Patienten immer stärker in den Fokus rückte. Krankenhäuser bemühten sich verstärkt darum, Patienten an sich zu binden und möglichst früh im ambulanten Sektor abzufangen. Zudem versuchten sie durch die Eingliederung von benachbarten Einrichtungen in den eigenen Verbund den Wettbewerbsdruck zu reduzieren.⁷ Dabei wird deutlich, dass aus betriebswirtschaftlichen wie aus wettbewerbsstrategischen Überlegungen heraus nicht das einzelne Krankenhaus, sondern der Verbund, also der Krankenhausträger, das relevante Analyseobjekt darstellt.

3. Potenzielle Folgen für Patienten und Kostenträger

All dies führt zu Befürchtungen, dass der deutsche Krankenhausmarkt einen hohen Konzentrationsgrad erreicht hat, der sich wiederum negativ auf die Marktergebnisse auswirken könnte. Wenn beispielsweise in einer ländlichen Region durch die Bildung eines Verbundes der nächstgelegenen Krankenhäu-

⁴ Vgl. *Bangard* (2007), S. 228 u. *Fleßa* (2007), S. 163.

⁵ Vgl. *Braun/Rau/Tuschen* (2008), S. 10.

⁶ Vgl. *Steffen/Offermanns* (2011), S. 21.

⁷ Vgl. *Bangard* (2007), S. 187 f.

ser eine hohe Marktkonzentration erreicht wird, kann ein Patient, der mit dem Angebot oder dem Qualitätsniveau nicht zufrieden ist, nur unter Inkaufnahme großer Wegstrecken auf einen alternativen Anbieter ausweichen. Der Sanktionsmechanismus des Marktprozesses kann dadurch eingeschränkt werden.⁸

Auch wenn durch die Dominanz des kollektivvertraglich implementierten DRG-Systems kurz- und mittelfristig keine Effekte auf die Preissetzung zu erwarten sind, können sich die Folgen für Patienten beispielsweise durch höhere Gebühren für „Hotelleistungen“ wie Telefon, TV oder Parken bemerkbar machen. Schwerwiegender erscheinen derzeit jedoch mögliche langfristige Auswirkungen. So werden gerade auch aufgrund großer qualitativer Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenhäusern große Hoffnungen in die verstärkte Einführung von Selektivverträgen gesetzt. Diese sollen helfen, Patienten primär zu qualitativ hochwertigen Anbietern zu lenken und die Kosten möglichst niedrig zu halten.⁹ Derartige Verträge können jedoch aus Sicht der Krankenkassen nur dann erfolgreich geschlossen werden, wenn sie dem jeweiligen Leistungserbringer glaubhaft drohen können, dass sie ggf. einen Vertrag mit einem alternativen Anbieter abschließen.¹⁰ In hoch konzentrierten Märkten ist dies in der Regel nicht mehr möglich.

Erschwerend kommt hinzu, dass einmal geschaffene marktmächtige Unternehmen sich weder von selbst wieder auflösen, noch zerschlagen werden können. Zudem ist der Krankenhausmarkt durch hohe Markteintrittsschranken gekennzeichnet.¹¹ Auch das Bundeskartellamt, dem die Fusionskontrolle obliegt, sieht sich mit hohen Hürden konfrontiert. So kann eine Fusion nach § 35 I GWB nur dann geprüft werden, wenn die Aufgreifschwelle, d. h. ein

⁸ Vgl. *Bangard* (2007), S. 187 f. Für die industrieökonomischen Hintergründe und Zusammenhänge auch im Kontext des Krankensektors siehe Kapitel 2 in *Schmid* 2012.

⁹ Vgl. *Wasem/Geraedts* (2011), S. 7 ff. u. *Mohrmann/Koch* (2011), S. 61 ff.

¹⁰ Vgl. *Town/Vistnes* (2001), S. 733.

¹¹ Vgl. *Bangard* (2007), S. 191.

Umsatz von 500 Millionen €, erreicht wird. Insbesondere bei kleineren Krankenhäusern im ländlichen Bereich stellt dies nach wie vor eine wesentliche Barriere dar. Dies umso mehr, als Krankenhausmärkte in ihrer geographischen Dimension eher eng abzugrenzen sind.¹²

4. Zielstellung und Vorgehen

Während insbesondere mit Fokus auf den U.S. Krankenhausmarkt diese Thematik umfassend wissenschaftlich bearbeitet wird, ist die Literatur zum deutschen Krankenhausmarkt noch relativ übersichtlich. Forschungsprojekte auf nationaler Ebene leiden beispielsweise darunter, dass in der amtlichen deutschen Krankenhausstatistik der Träger nicht über eine eindeutige Identifikationsnummer erfasst wird, weshalb alle bisherigen Auswertungen im Wesentlichen auf Ebene einzelner Krankenhausstandorte erfolgt sind.¹³ Da jedoch unternehmensstrategische Entscheidungen primär auf Ebene des Trägers getroffen werden, erscheint dieses Vorgehen zur Charakterisierung von Wettbewerbsintensitäten nicht geeignet. Das Ziel des diesem Beitrag zugrundeliegenden Projektes ist es daher, erstmals umfassend die Konzentration für den deutschen Krankenhaussektor auf Ebene der Krankenhausträger zu ermitteln.

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf einer Auswertung der amtlichen Krankenhausstatistik¹⁴ und des damit korrespondierenden Krankenhausverzeichnis¹⁵. In einem ersten Schritt wird für jeden Krankenhausträger eine eindeutige Identifikationsnummer vergeben, was die Berechnung eines Konzentrationsmaßes auf Trägerebene ermöglicht. Zur Abgrenzung des relevanten geographischen Marktes wird auf die Analyse von Patientenströmen zurückgegrif-

¹² Vgl. *Lindrooth* (2008).

¹³ Für eine umfassende Literaturübersicht siehe *Schmid* 2012.

¹⁴ Vgl. *FDZ* (o. J.).

¹⁵ Vgl. *Statistische Ämter des Bundes und der Länder* (2009).

fen.¹⁶ Es werden dem relevanten geographischen Markt so lange Postleitzahlbezirke hinzugefügt, bis die so definierte Region mindestens 60 % des Fallvolumens des jeweiligen Krankenhausträgers abdeckt. Darüber hinaus werden dem relevanten geographischen Markt noch all diejenigen Postleitzahlbezirke zugeschlagen, die mindestens 1 % zum Fallvolumen beitragen. Im Ergebnis führt dies zu einer sehr weiten Abgrenzung des geographischen Marktes, was wiederum in der Tendenz in einer Unterschätzung der Konzentration resultiert. Letztere wird für jeden Krankenhausträger in Form des HHI auf Basis des für ihn definierten geographischen Marktes sowie der Marktanteile der darin aktiven Wettbewerber ermittelt.

5. Ergebnisse

Während die Zahl der Krankenhäuser im Jahr 2007 bei rund 2.030 lag, betrug die Zahl der im deutschen Krankenhausmarkt aktiven Krankenhausträger nur rund 1.280. Dabei gehörten etwas über 50 % der Krankenhäuser einem Träger an, der nur ein Krankenhaus führte. Rund 32 % der Krankenhäuser befanden sich in einem Trägerverbund mit zwei bis fünf Krankenhäusern. Die restlichen rund 19 % waren Teil von Trägern, die jeweils sechs oder mehr Krankenhäuser unter sich vereinten.

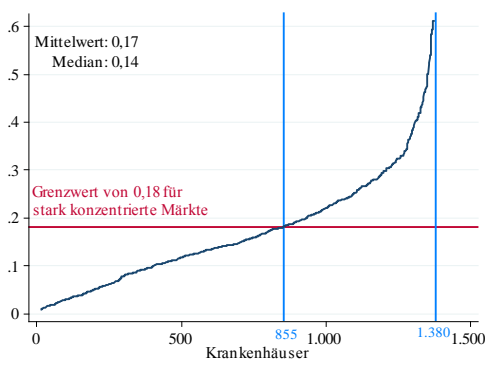
Nach Ausschluss von Krankenhäusern mit weniger als 50 Betten, primär psychiatrischen Einrichtungen und Krankenhäusern mit fehlenden Daten können für 1.384 Krankenhäuser Konzentrationsgrade auf Trägerebene ermittelt werden. Im allgemeinen gilt ein HHI über 0,18 als Indiz dafür, dass es sich um einen stark konzentrierten Markt handelt, in dem weitere Fusionen wahrscheinlich negative Auswirkungen auf die Marktergebnisse nach sich ziehen dürften. Im vorliegenden Fall liegt der durchschnittliche HHI bei 0,17 und der

¹⁶ Der Produktmarkt wird in Anlehnung an die bisher gängige Praxis in der Literatur nicht weiter differenziert.

Median bei 0,14. Rund 25 % der Krankenhäuser sind in Märkten aktiv, deren HHI bei mindestens 0,23 liegt und die damit als deutlich konzentriert bezeichnet werden können. Berechnet man den kumulativen Marktanteil der drei (CR3) bzw. fünf (CR5) größten Krankenhausträger im Markt, liegt der Median des CR3 bei 56 % und der Median des CR5 bei 66 %. Beide Werte liegen sehr nahe an den in § 19 III GWB angeführten Grenzwerten, ab welchen die Existenz einer marktmachtbeherrschenden Stellung naheliegend erscheint.

Abbildung 1 illustriert nochmals die Verteilung der Konzentrationsgrade über die einzelnen Krankenhäuser hinweg. Die graphische Analyse bestätigt den Eindruck, dass der durchschnittliche HHI in Höhe von 0,17 darüber hinweg täuscht, dass bereits im Jahr 2007 ein wesentlicher Teil der Krankenhäuser in hoch konzentrierten Märkten agierte.

Abbildung 1: Verteilung des auf Ebene der Träger berechneten HHI¹⁷

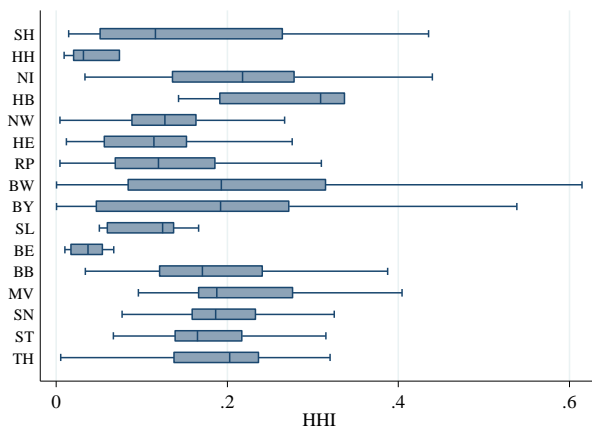


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Krankenhausstatistik 2007 nach FDZ (o. J.).

¹⁷ Anmerkungen: Aus Datenschutzgründen dürfen bei Analysen der Krankenhausstatistik keine Minima und Maxima ausgegeben werden. Deshalb ist diese Abbildung auf dem 1 % und dem 99 % Perzentil zensiert, d.h. die Ausgabe der darunter bzw. darüber liegenden Werte wurde bei der Generierung der Abbildungen unterdrückt.

Nun liegt die Vermutung nahe, dass die Konzentration insbesondere in ländlichen und dünn besiedelten Regionen hoch sein dürfte. Abbildung 2 illustriert die Verteilung der Konzentration anhand von Boxplots differenziert nach Bundesländern. Dabei wird deutlich, dass in der Tat Flächenstaaten wie Baden-Württemberg und Bayern die höchsten Konzentrationsgrade verzeichnen. Die Stadtstaaten Berlin und Hansestadt Hamburg zeichnen sich hingegen durch ein sehr hohes strukturelles Wettbewerbspotential aus.

Abbildung 2: Verteilung des HHI differenziert nach Bundesländern¹⁸



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Krankenhausstatistik 2007 nach FDZ (o. J.).

Aus dem Rahmen fällt allerdings die Hansestadt Bremen, welche durch eine sehr hohe Konzentration geprägt wird. Sie illustriert zudem, dass eine Betrachtung auf Ebene der Krankenhäuser zu einer gravierenden Fehleinschätzung der Wettbewerbssituation führen kann. Das Krankenhausverzeichnis zeigt, dass die vier größten Krankenhäuser zum selben öffentlichen Träger

¹⁸ Anmerkung: Aus Datenschutzgründen wurde bei dieser Abbildung auf die Ausgabe von Ausreißern verzichtet.

gehören, was wesentlich zur hohen Konzentration beitragen dürfte.¹⁹ Eine Darstellung auf Ebene der Krankenhäuser würde die Konzentration erheblich unterschätzen.

6. Diskussion und Fazit

Derzeit steht die Struktur des Krankenhausesektors nicht im Zentrum der gesundheitspolitischen Agenda. Andere Ziele, wie die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung unter den Vorzeichen des demographischen Wandels oder die möglichst effiziente Produktion von Krankenhausleistungen durch die Bildung betriebswirtschaftlich optimaler Betriebsgrößen stehen eher im Vordergrund. Dies geht mit einem starken Druck zu weiteren Konsolidierungsrunden einher, was die Konzentration weiter erhöhen dürfte. Über die Zeit besteht bei marktbeherrschenden Unternehmen jedoch stets die Gefahr, dass sich ihre gesicherte Stellung negativ auf die bereitgestellte Qualität auswirkt und Preiserhöhungen begünstigt.

Die vorliegenden Ergebnisse belegen, dass selbst bei einer sehr konservativen Abgrenzung des relevanten Marktes davon ausgegangen werden muss, dass weite Teile des deutschen Krankenhausmarktes durch hohe Konzentration geprägt sind. Die Politik sollte deshalb insbesondere auch vor dem Hintergrund der daraus erwachsenden potenziellen langfristigen negativen Konsequenzen den wettbewerbspolitischen Argumenten einen höheren Stellenwert einräumen. Gerade im ländlichen Raum dürfte dies nicht ohne Probleme möglich sein. Wenn jedoch die Politik weiterhin bestrebt ist, durch verstärktes selektives Kontrahieren Qualitätsanreize zu setzen und Kosten zu minimieren, wird sie sich in manchen Regionen mit Schwierigkeiten konfrontiert sehen. Denn ohne eine hinreichend große Anzahl relevanter Wettbewerber werden

¹⁹ Vgl. *Statistische Ämter des Bundes und der Länder* (2009).

sich die Leistungserbringer kaum auf aus ihrer Sicht weniger attraktive Bedingungen einlassen.

Literaturverzeichnis

- Bangard, A.* (2007), Krankenhausfusionskontrolle, in: Zeitschrift für Wettbewerbsrecht, 5. Jg., Nr. 2, S. 183-238.
- Braun, T., Rau, F., Tuschen, K. H.* (2008), Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht, Eine Zwischenbilanz, in: Klauber, J., Robra, B.-P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart, S. 3-22.
- Fleßa, S.* (2007), Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, in: Healthcare management, Oldenbourg, München.
- FDZ - Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder* (o. J.), Krankenhausstatistik, 1995, 2000, 2003, 2005 und 2007, eigene Berechnungen.
- Lindrooth, R. C.* (2008), Research on the Hospital Market: Recent Advances and Continuing Data Needs, in: Inquiry - The Journal of Health Care Organization Provision and Financing, 45. Jg., Nr. 1, S. 19-29.
- Mohrman, M., Koch, V.* (2011), Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011, Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Krankenhaus-Report, Bd. 2011, Stuttgart, S. 61-79.
- Rau, F., Roeder, N., Hensen, P.* (2009), Zum Stand der deutschen DRG-Einführung: Erkenntnisse, Erfahrungen und Meinungen, in: Rau, F., Roeder, N., Hensen, P. (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland, Standortbestimmung und Perspektiven, Kohlhammer Krankenhaus, Stuttgart, S. 9-22.

- Schmid, A.* (2012; in Vorbereitung), Konsolidierung und Konzentration im Krankenhausektor, Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers, in: Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 36, Nomos, Baden-Baden.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder* (2009), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland - Krankenhausverzeichnis, Stand: 31.12.2007, Wiesbaden.
- Steffen, P., Offermanns, M.* (2011), Erfolgskritische Faktoren von Krankenhausfusionen, Forschungsgutachten im Auftrag der Schubert Unternehmensgruppe und der Bank für Sozialwirtschaft, Düsseldorf.
- Tonn, R., Vistnes, G.* (2001), Hospital competition in HMO networks, in: Journal of Health Economics, 20. Jg., Nr. 5, S. 733-753.
- Wasem, J., Geraedts, M.* (2011), Qualität durch Wettbewerb, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011, Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Krankenhaus-Report, Bd. 2011, Stuttgart, S. 3-17.

Koreferat zum Beitrag von Andreas Schmid „Konzentrationsprozesse im deutschen Krankenhausmarkt – Ergebnisse und Implikationen“

Julia Graf

	<i>Seite</i>
1. Kurzzusammenfassung und Einordnung.....	63
2. Einzelne Anmerkungen und Anregungen.....	64
Literaturverzeichnis.....	66

1. Kurzzusammenfassung und Einordnung

Schmid beleuchtet in seinem Beitrag die Strukturen im deutschen Krankenhausmarkt auf der Ebene der Krankenhausträger. Der deutsche Krankenhaussektor wird durch eine zunehmende Konzentration des Marktes gekennzeichnet. Steigender Kostendruck und ein verstärktes Bewusstsein für Synergiepotentiale, führen zu einem Anstieg der Zusammenschlüsse und Übernahmen von Krankenhäusern.

Für die Patienten hat dies unterschiedliche Folgen. Einerseits müssen sie zunehmend größere Wegstecken auf sich nehmen um auf einen alternativen Anbieter auszuweichen, andererseits sind durchaus auch Effekte auf die Preissetzung möglich. Bedingt durch das kollektivvertragliche DRG-System sind zwar aktuell keine Auswirkungen auf die Preise für medizinische Leistungen zu erwarten, wohl aber erhöhte Gebühren für Leistungen wie etwa Telefon und TV. Künftig sind auch Preissteigerungen im Bereich der medizinischen Leistungen nicht vollständig auszuschließen, da die zunehmende Konzentration den Versuchen der Kostenreduktion mittels Selektivverträgen entgegenwirken kann. In einer stark konzentrierten Region kann dem Leistungserbringer kaum glaubhaft mit einem Vertragsausschluss gedroht werden, um ihn auf diese Art und Weise zu Preisnachlässen zu bewegen.

Eine Umkehr der bereits entstandenen Strukturen ist in naher Zukunft nicht zu erwarten, da der Krankenhausmarkt durch hohe Markteintrittsschranken gekennzeichnet wird. Auch eine Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt mit dem Ziel eine marktbeherrschende Stellung zu verhindern ist auf Basis des § 35 I GWB nur schwer zu realisieren. Für das Eingreifen des Bundeskartellamts muss eine hohe Angriffsschwelle d.h. ein Umsatz von mindestens 500 Millionen € erreicht werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es die Beobachtungen der zunehmenden Konzentration wissenschaftlich zu untermauern. Erstmals wird für den deutschen Krankenhausmarkt dabei eine umfassende Messung der Konzentration auf der Ebene der Krankenhausträger durchgeführt. Bisher existieren zu die-

sem Themenkomplex lediglich Messungen aus Basis einzelner Krankenhäuser. Da jedoch davon auszugehen ist, dass verschiedene Krankenhäuser eines Trägers ihre Strategieentscheidungen koordiniert treffen, ist eine Untersuchung auf Krankenhausträgerebene zielführender.

Eine erste deskriptive Analyse der Daten ergab für das Jahr 2007 2030 Krankenhäuser und rund 1280 aktive Krankenhausträger. Die anschließende Abgrenzung des relevanten Marktes erfolgt auf Basis der Patientenströme. Es wird eine konservative Marktabgrenzung durch das Hinzufügen von Postleitzahlenbezirken zu einem relevanten Markt durchgeführt, bis mindestens 60% des Fallvolumens eines Krankenhausträgers abgedeckt sind. Zudem werden einem relevanten Markt in einem weiteren Schritt alle Postleitzahlenbezirke zugeordnet, die mindestens 1 % zum Fallvolumen eines Krankenhauses beitragen.

Etwa die Hälfte aller Krankenhäuser befindet sich in einem Trägerverbund mit mehr als einem Krankenhaus. 19 % sind dabei sogar Teil eines Verbundes mit sechs oder mehr Krankenhäusern. Nach Aufbereitung der Daten wird die Marktkonzentration auf Basis von 1.384 Krankenhäusern gemessen. Der durchschnittliche Herfindahl-Hirschman Index (HHI) liegt bei 0,17 mit einem Median von 0,14. Zudem agieren rund 25 % der Krankenhäuser in einem Markt der durch einen HHI von mindestens 0,23 charakterisiert ist. Der kumulierte Marktanteil der drei bzw. fünf größten Marktteilnehmer liegt im Median bei 56 % bzw. 66 %.

Hinsichtlich der regionalen Verteilung der Krankenhäuser lässt sich bis auf den Stadtstaat Bremen ein positiver Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte und dem Konzentrationsgrad konstatieren.

2. Einzelne Anmerkungen und Anregungen

Der Wettbewerb im Krankenhausektor gewinnt national und international zunehmend an Bedeutung, was sich in den unterschiedlichsten Studien zu diesem Thema niederschlägt. Der Autor des vorliegenden Beitrages legt dabei

einen Fokus auf die Messung der Konzentration im deutschen Krankenmarkt. Im Gegensatz zu bereits existierenden Artikeln, konzentriert sich *Schmid* in seiner Arbeit nicht auf die Messung von Marktmacht auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser, sondern auf Trägerebene. Diese Herangehensweise erscheint gerechtfertigt, da davon auszugehen ist, dass verschiedene Krankenhäuser eines Trägers ihr Verhalten aufeinander abstimmen. Die dargestellten Werte hinsichtlich der Marktkonzentration geben Anlass zur Vermutung, dass es sich bei dem deutschen Krankenhaussektor um einen hoch konzentrierten Markt handelt.

Ein Argument, das besonders seitens der Krankenhäuser in Zusammenhang mit dieser Diskussion angeführt wird, sind mögliche Verbundvorteile. Gerade in einem investitionsintensiven Bereich sind Synergieeffekte und Kosteneinsparmöglichkeiten nicht zu vernachlässigen. Um die Validität dieses Argumentes zu überprüfen, wäre es unter Umständen interessant die Kosten, die den Krankenhäusern für verschiedene Eingriffe entstehen in Bezug zu setzen zu der Zugehörigkeit von Krankenhäusern zu Verbänden. Oder aber Informationen einzuholen über potenzielle Unterschiede in den Einkaufspreisen für medizinische Artikel, die mit der Verbundgröße variieren könnten. All diese Kosteneinsparungen könnten an die Patienten weitergegeben werden und die Vorteilhaftigkeit einer hohen Konzentration im Krankenhausmarkt untermauern.

Der Autor geht von einer negativeren Bewertung der Marktmacht aus und stimmt damit mit zahlreichen Studien überein. Untersuchungen von *Keller/Melnick/Zwanziger* (1999), *Gaynor/Vogt* (2003), *Capps/Dranove* (2004) und *Robinson* (2011) haben beispielsweise gezeigt, dass die Preise für medizinische Leistungen nach einer Konzentrationswelle in den USA um bis zu 53 % gestiegen sind. In Bezug auf die Übertragbarkeit derartiger Beobachtungen merkt *Schmid* zu Recht an, dass durch das DRG-System die Gestaltungsräume der Krankenhäuser erheblich eingeschränkt sind. Ein Punkt, der in diesem Zusammenhang unter Umständen auch von Interesse sein könnte ist die Gewinn-

norientierung der Krankenhäuser. Gemeinnützige Krankenhäuser haben wahrscheinlich auch in einem stark konzentrierten Markt geringere Anreize Preise zu erhöhen. Denkbar wäre diese bei der Analyse separat auszuweisen.

Literaturverzeichnis

Capps C., Dranove, D. (2004), Hospital consolidation and negotiated PPO prices, in *Health Affairs*, 23. Jg., Nr. 2, S. 175-181.

Gaynor M., Vogt, W. (2003), Competition among hospitals, in: *RAND*, 34. Jg., Nr. 4, S. 764-785.

Keeler, E., Melnick, G., Zwanziger, J. (1999), The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior, in *Journal of Health Economics*, 18. Jg., Nr. 1, S. 69-86.

Robinson J. (2011), Hospital market concentration, pricing and profitability in orthopedic surgery and interventional cardiology, in *The American Journal of Managed Care*, 17. Jg., Nr. 6, S. 241-248.

Wartezeiten auf Facharztbesuche – Eine Analyse versicherungsbedingter Diskriminierung und gesundheitlicher Nachteile

Brit S. Schneider, Udo Schneider [♦]

	Seite
<i>Abstract</i>	68
1. <i>Einleitung</i>	68
2. <i>Daten und Methoden</i>	72
3. <i>Ergebnisse</i>	76
4. <i>Zusammenfassung</i>	81
<i>Literaturverzeichnis</i>	81

[♦] Für hilfreiche Kommentare danken wir Björn A. Kuchinke und Andreas Schmid.

Abstract

Wartezeiten auf Arztbesuche bestimmen immer wieder die öffentliche, politische und wissenschaftliche Diskussion über den Zugang zu medizinischen Leistungen. Ungeklärt ist jedoch, welche Faktoren die Wartezeiten über eine versicherungsbedingte Diskriminierung hinaus beeinflussen. Hier ist an erster Stelle neben sozioökonomischen Charakteristika des Patienten der behandelnde Facharzt zu nennen. Mit Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung untersucht die vorliegende Arbeit zwei grundlegende Fragen: Erstens geht es darum, Einflussfaktoren auf die Wartezeiten und Unterschiede zwischen Facharztgruppen zu bestimmen. Zweitens soll der Frage nachgegangen werden, ob lange Wartezeiten tatsächlich mit zunehmenden gesundheitlichen Nachteilen verbunden sind. Die Ergebnisse bekräftigen die Hypothese, dass Privatversicherte schnelleren Zugang zu ambulanten medizinischen Leistungen besitzen. Zudem zeigt sich eine starke Streuung der Wartezeiten über die Facharztgruppen. Für GKV-Versicherte ergeben sich zudem deutlich stärkere wartezeitbedingte gesundheitliche Nachteile.

1. Einleitung

Eine aktuelle repräsentative BKK-Studie zeigt, dass GKV-Patienten im Schnitt 20 Tage auf einen Arztbesuch warten, während die Wartezeit für PKV-Versicherte nur etwa 14 Tage beträgt.¹ Diese offensichtliche Diskriminierung von GKV-Patienten durch die Leistungsanbieter hat ihren Grund im Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und hiermit verbundenen Fehlanreizen. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), gültig für die privatärztliche Behandlung, erlaubt es den Ärzten, bis zum 3,5-fachen der

¹ Im Vergleich zum Jahr 2008 reduzierte sich die Wartezeit für GKV-Patienten um einen Tag, während PKV-Patienten im Schnitt vier Tage länger warten mussten.

Grundvergütung anzusetzen, während im GKV-System der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) die Erstattung regelt. Im Schnitt erfolgt die Vergütung privatärztlicher Leistungen auf einem höheren Niveau, woraus sich für Ärzte ein Anreiz ergibt, PKV-Patienten bei der Terminvergabe zu bevorzugen.² Weiterhin wird dieser Anreiz durch die in der GKV gültigen Budgets sowie die Regelleistungsvolumina verstärkt, deren gesundheitspolitisches Ziel es ist, ein Überangebot von Leistungen zu verhindern. Besonders am Ende eines Quartals können Quartalsbudgets somit zu einer bevorzugten Behandlung Privatversicherter führen. Eine medizinische Begründung lässt sich für die offensichtliche Bevorzugung Privatversicherter (jedenfalls) nicht finden.

Bei der Diskussion um mögliche Ursachen von Wartezeitdifferenzen darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass sich die Versichertengruppen auch hinsichtlich des Einkommens und des Bildungsstandes unterscheiden. Wenn Individuen mit einem höheren Bildungsstatus beispielsweise eher auf eine schnellere Terminvergabe drängen, wäre dies primär keine Diskriminierung nach dem Versicherungsstatus. Andererseits fallen Opportunitätskosten der Zeit für Bezieher höherer Einkommen stärker ins Gewicht, so dass sich daraus die Möglichkeit freiwilliger längerer Wartezeiten ergibt.

In der gesundheitsökonomischen Literatur existieren zahlreiche Analysen zu der Problematik von Wartezeiten und Wartelisten.³ Im internationalen Kontext werden Wartezeiten häufig im Rahmen der Krankenhausbehandlung untersucht.⁴ Für Allgemeinärzte im englischen NHS zeigt *Polisson* (2011), dass Wartezeiten die Menge der nachgefragten ärztlichen Leistungen nicht oder nur sehr schwach beeinflussen. Für den ambulanten Bereich untersuchen *Sicilia-*

² Die Einnahmen für einen PKV-Patienten beliefen sich im Jahr 2003 auf 823,30 EUR. Für die GKV waren dies nur 364,55 EUR pro Patient. Vgl. *Niehaus/Weber* (2005).

³ Vgl. hierzu *Cullis/Jones/Propper* (2000).

⁴ Vgl. u.a. *Siciliani/Martin* (2007) und *Propper et al.* (2008)

ni/Verzulli (2009) den Zugang zu Fachärzten sowie nicht-notfallbedingten chirurgischen Eingriffen für neun europäische Länder, ohne jedoch Privatpatienten mit in die Untersuchung aufzunehmen. Im Rahmen dieser Studie hat Bildung einen mindernden Einfluss auf die Wartezeiten. Weiterhin bestehen selbst innerhalb der GKV positive Einkommenseffekte für Facharztbesuche in Deutschland.

Während in Großbritannien Wartezeiten ein Instrument zur Rationierung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen darstellen, werden Wartezeiten und -listen in Deutschland nicht zur Steuerung der Nachfrage eingesetzt. Für den Krankenhaussektor zeigen *Kuchinke/Sauerland/Wübker* (2009) und *Schwierz et al.* (2011), dass der Versicherungsstatus zu einer Diskriminierung führt. Bezogen auf die ambulante Behandlung zeigen die Resultate von *Zok* (2007), dass Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Patienten bei der Terminvergabe bestehen. Während jeder vierte GKV-Patient länger als zwei Wochen auf einen Termin warten musste, war dies nur bei weniger als 8 Prozent der PKV-Versicherten der Fall. *Lüngen et al.* (2008) verwenden zur Analyse der Wartezeiten in einem randomisiertes Experiment 189 Fachärzte aus der Region Köln. Im Ergebnis finden auch sie, dass der Versicherungsstatus eine hohe Relevanz für einen schnellen Behandlungstermin besitzt. Die relative Differenz zwischen GKV und PKV liegt dabei, je nach Behandlung, zwischen 4 und 25 Tagen.

Der Ansatz der vorliegenden Analyse liegt in einer möglichen Diskriminierung gesetzlich Versicherter in Bezug auf Wartezeiten auf eine fachärztliche Behandlung. Hierbei soll untersucht werden, welche Unterschiede durch die Faktoren Alter, Einkommen und Bildung des Patienten erklärt werden kön-

nen. Die Unterschiede in den Wartezeiten zwischen den verschiedenen Facharztgruppen werden dabei besonders berücksichtigt.⁵

Nach unserem besten Wissen gehören wir zu den ersten, die Wartezeiten in Bezug auf verschiedene Facharztgruppen für Deutschland untersuchen. Es existieren derzeit zwei Studien, die mit der unseren vergleichbar sind und ebenfalls Daten des Gesundheitsmonitors nutzen. *Schellhorn* (2007) analysiert Wartezeiten für Arztbesuche sowie innerhalb einer Arztpraxis sowohl für Allgemeinmediziner als auch für Fachärzte mit Daten des Jahres 2006. Wartezeiten sind dabei intervallskaliert, wobei das Intervall mit der längsten Wartezeit mehr als 14 Tage umfasst und somit der Einfluss extrem langer Wartezeiten nicht näher betrachtet wird. In Bezug auf Fachärzte zeigt die Studie, dass PKV-Versicherte im Schnitt 2,5 Tage kürzer warten als GKV-Versicherte. Insbesondere finden sich, verglichen mit Internisten, lange Wartezeiten bei Augenärzten, Orthopäden und Psychotherapeuten. Zudem untersucht Schellhorn als bis dato einziger mögliche gesundheitliche Nachteile durch lange Wartezeiten. Deren Effekt erweist sich zwar wie zu erwarten als negativ, d.h. lange Wartezeiten gehen mit Nachteilen einher, jedoch ist die Größenordnung eher vernachlässigbar. Zudem findet er keine Anhaltspunkte, dass die gesundheitlichen Nachteile mit dem Versicherungsstatus zusammen hängen. In einer aktuellen Untersuchung anhand der Daten des Gesundheitsmonitors der Jahre 2007-2009 betrachten *Roll/Stargardt/Schreyögg* (2011) die Rolle von Versicherungs- und Einkommenseffekten für Wartezeiten auf einen Termin und in der Praxis. Hierbei untersuchen sie sowohl Allgemeinmediziner als auch Fachärzte. Sie finden dabei starke Effekte des Versicherungsstatus, wobei sich ein gesi-

⁵ So liefert bspw. eine aktuelle Studie der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* (2011) Daten über erhebliche Differenzen zwischen den Versichertengruppen (11 Prozent der GKV-Versicherten warteten mehr als 3 Wochen, hingegen nur 4 Prozent der Privatpatienten), ohne jedoch zwischen Arztgruppen zu differenzieren. Somit bleibt unklar, ob sich die fünfmal höhere Wahrscheinlichkeit einer Wartezeit von mehr als drei Wochen für GKV- im Vergleich zu PKV-Patienten über alle Facharzttypen gleich verteilt.

cherter Einfluss nur für Einkommen über 5000 € ergibt. Individuen, die in diese Kategorie fallen, haben im Schnitt eine um 4 Tage kürzere Wartezeit auf einen Termin, verglichen mit der Referenzgruppe von 500 € und weniger. Ein weiteres Ergebnis der Studie ist die große Heterogenität in der Wartezeit bei unterschiedlichen Fachärzten. Verglichen mit Internisten ergeben sich für Homöopathen, Arbeitsmediziner, Gynäkologen und Orthopäden kürzere Wartezeiten, während die für HNO-Ärzte und Psychologen stark nach oben abweichen.

Fasst man die Ergebnisse aus der bestehenden Literatur zusammen, so scheint eine versicherungsbezogene Diskriminierung in Bezug auf Wartezeiten in Deutschland zu existieren. Mit der vorliegenden Studie sollen die Arbeiten von *Schellhorn* (2007) sowie *Roll/Stargardt/Schreyögg* (2011) ergänzt und erweitert werden. Hierzu wird eine stärkere Fokussierung auf die Gruppe der Fachärzte vorgenommen. Zudem sollen mögliche gesundheitliche Nachteile durch eine Verschiebung des Arztbesuches analysiert werden.

2. Daten und Methoden

Datenbasis

Die Daten für die nachfolgende Analyse stammen aus dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung. Der Datensatz umfasst Fragen zur Gesundheitspolitik, zu den persönlichen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sowie Fragen zum sozioökonomischen Status. Die Umfrage findet seit dem Jahr 2001 immer im Frühjahr und Herbst statt. Jede Welle umfasst einen repräsentativen Querschnitt der deutschen Bevölkerung (ca. 1500 Befragte). Seit dem Frühjahr 2007 werden Wartezeiten bei Allgemeinmedizinern und Fachärzten in Tagen erfragt, zuvor wurde dies nur auf Basis einer Intervallskala durchgeführt. Somit stehen zur Analyse der Determinanten der Wartezeiten für Facharztbesuche fünf Wellen von Frühjahr 2007 bis zum Frühjahr 2009 zur Verfügung. Durch die Ausgestaltung des Bertelsmann-Datensatzes ist es

möglich, die angegebenen Wartezeiten einzelnen Facharzt-disziplinen zuzuordnen.

In einigen Fällen wird von den Befragten jedoch mehr als eine Facharztgruppe bei der Beantwortung dieser Frage angegeben. Nach Ausschluss dieser Fälle umfasst der Datensatz insgesamt 4901 Beobachtungen.⁶ Im Gegensatz zu *Schellhorn* (2007), der nur eine Welle mit Intervalldaten untersucht, stehen uns dabei die Wartezeiten in Tagen für 5 Wellen zur Verfügung.⁷

In unserem finalen Datensatz sind insgesamt 15,3 % der Individuen privat versichert (inklusive Beihilfe) und 81,4 % Versicherte der GKV.⁸ Die restlichen 3,3 % sind in speziellen Systemen wie der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder der Knappschaft abgesichert, die über eine Sonderstellung im System der GKV verfügen.⁹ Um angebotsseitige Faktoren, die für Wartezeiten relevant sein könnten, zu erfassen, berücksichtigen wir Überweisungen zu einem Facharzt sowie die Ärztedichte pro 100.000 Einwohner, getrennt nach Allgemeinmedizinern und Fachärzten. Insgesamt wird zwischen elf Facharztgruppen unterschieden, wobei Neurologen, Psychologen und Psychotherapeuten zusammengefasst werden. Homöopathen, Naturheilkundler sowie Fachärzte ohne genaue Bezeichnung werden in die Kategorie „andere Fachärzte“ eingeordnet. Da sich darüber hinaus die Gründe, einen Arbeitsmediziner oder

⁶ Diese Doppelnennungen wurden in der Studie von *Roll/Stargardt/Schreyögg* (2011) jedoch nicht berücksichtigt.

⁷ Tabellen zur deskriptiven Statistik sowie detaillierten Schätzergebnissen sind auf Anfrage bei den Autoren erhältlich.

⁸ Bezogen auf die deutsche Bevölkerung sind nahezu 11 % privatversichert. Somit sind PKV-Patienten in unserem Datensatz überrepräsentiert.

⁹ Diese speziellen Versicherungssysteme unterscheiden sich von der GKV beispielsweise im Hinblick auf ein eigenes medizinisches Netzwerk. Als einzige Krankenkasse besitzt die Knappschaft ein Netzwerk aus Krankenhäusern, Krankenhauskooperationen und speziellen Verträgen mit niedergelassenen Ärzten. Den Versicherten steht es dabei frei, einen dieser Leistungserbringer zu wählen oder ein allgemeines Krankenhaus oder einen anderen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Vgl. *Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See* (2011).

Amtsarzt aufzusuchen, von denen bei übrigen Fachärzten unterscheiden, werden die beiden erstgenannten Gruppen in unserer Analyse nicht berücksichtigt.

Da die Krankheitsprävalenz und Multimorbidität und somit die Nachfrage nach medizinischen Leistungen mit dem Alter zunehmen, kontrollieren wir für Alterseffekte, indem wir Altersquintile verwenden. Um unterschiedliche schulische und berufliche Bildungsniveaus vergleichbar zu machen, wird auf die International Standard Classification of Education (ISCED) zurückgegriffen. Die Referenzgruppe umfasst Individuen mit einem Abschluss unterhalb der dritten Kategorie (Sekundarbildung Unterstufe oder geringer).

Neben den Wartezeiten wird als zweiter Schwerpunkt untersucht, ob Verzögerungen beim Arztbesuch zu gesundheitlichen Konsequenzen führen. Die Befragten wurden dabei gebeten, anzugeben, ob durch eine Verzögerung mit Sicherheit, wahrscheinlich oder überhaupt keine gesundheitlichen Nachteile einhergingen. Für diese Analyse reduziert sich die Anzahl der Beobachtungen auf 4126, da alle Individuen ausgeschlossen wurden, die nicht auf einen Facharzttermin warten mussten oder die Frage nicht beantworteten.

Eine deskriptive Analyse der Wartezeiten zeigt, dass diese im Schnitt für PKV-Patienten deutlich geringer ausfallen als für GKV-Patienten. Die größten Unterschiede finden sich für Augenärzte, während sich für Chirurgen nur geringe Abweichungen ergeben. HNO-Ärzte weisen für alle Versicherten-gruppen die geringsten Wartezeiten auf und werden daher als Referenzgruppe gewählt. Eine Analyse der Variation in den Wartezeiten zeigt, dass diese für GKV-Versicherte deutlich größer ausfällt. So erhalten bspw. 75 % der Privat-versicherten innerhalb von 20 Tagen einen Termin beim Augenarzt, während 75 % der gesetzlich Versicherten zwischen 0 und 60 Tagen warten mussten. Über alle Facharztgruppen liegt der Median der Wartezeit zudem für PKV-Patienten deutlich niedriger. Während 50 % der PKV-Versicherten stets eine Behandlung innerhalb von 20 Tagen erhielten, gilt für GKV-Versicherte, dass lediglich bei HNO-Ärzten und Chirurgen die Wartezeit deutlich geringer als 20

Tage ausfällt, bei allen übrigen Fachärzten jedoch z. T. deutlich längerer Wartezeiten in Kauf genommen werden mussten.

Schätzmethodik

Die im Gesundheitsmonitor vorliegenden Daten sind reine Erinnerungsdaten, so dass angegebene Wartezeiten auf Basis von vollen Wochen oder Monaten häufiger angegeben werden. Alternativ finden sich auch Häufungen bei 10-Tages-Intervallen. Konkret bedeutet dies, dass Spitzen bei Werten von fünf, sieben, zehn, vierzehn oder dreißig Tagen vorliegen. Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass die angegebenen Werte nur in begrenztem Umfang die tatsächliche Wartezeit wiedergeben. Die „wahren“ Werte dürften dabei um die Spitzen streuen. Bezüglich der verwendeten Methodik sind wir uns somit der Tatsache bewusst, dass in Befragungsstudien von Patienten die angegebenen Wartezeiten durchaus von den tatsächlichen abweichen können. Wir verwenden, anders als *Roll/Stargardt/Schreyögg* (2011), die eine Zähl Datenanalyse durchführen, nicht die angegebenen Wartezeiten, sondern transformieren diese in eine Intervallskala. Das erste Intervall umfasst 0-2 Tage, das zweite 3-7 Tage und das dritte 8-14 Tage. Intervall vier beinhaltet dann die Angaben von 15-30 Tagen, das fünfte Intervall diejenigen Wartezeiten von 31-90 Tagen und das letzte die Wartezeiten über 90 Tage.

Aus diesem Grund verwenden wir als Schätzmethode eine Intervallregression.¹⁰ Dabei stellen die Intervallgrenzen die Ausprägungen der abhängigen Variablen dar. Da die Annahme der Normalverteilung für die zugrunde liegenden Wartezeitkategorien nicht erfüllt ist, verwenden wir stattdessen die logarithmierten Intervallgrenzen für die Schätzung. Für das erste Intervall, dessen

¹⁰ Um die Resultate vergleichbar zu machen, wurde zusätzlich eine Negbin-Schätzung durchgeführt. Dabei ergeben sich Koeffizienten, die im Durchschnitt größer sind. Zudem finden sich positive Einkommenseffekte höherer Einkommenskategorien, die sich ökonomisch kaum erklären lassen. Eine Intervallregression lässt sich auch als ein ordered Probit Model mit festen Schwellenwerten interpretieren. Vgl. *Wooldridge* (2002).

untere Grenze bei null liegt, wird ein Minimum von $-\infty$ unterstellt.¹¹ Hinsichtlich der Schätzung der gesundheitlichen Nachteile durch Wartezeiten wird ein ordered Logit Modell angewendet, da die Daten zu den Nachteilen in geordneten Kategorien verfügbar sind. Die Regressionskoeffizienten werden als Odds Ratios dargestellt, wobei Odds als Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses (z. B. $y=1$) in Relation zur Wahrscheinlichkeit des Gegenereignisses (z. B. $y=0$) definiert sind.¹² Liegt die Odds Ratio über eins, so ist die Chance des Ereignisses höher ist als bei der Referenzkategorie.

3. Ergebnisse

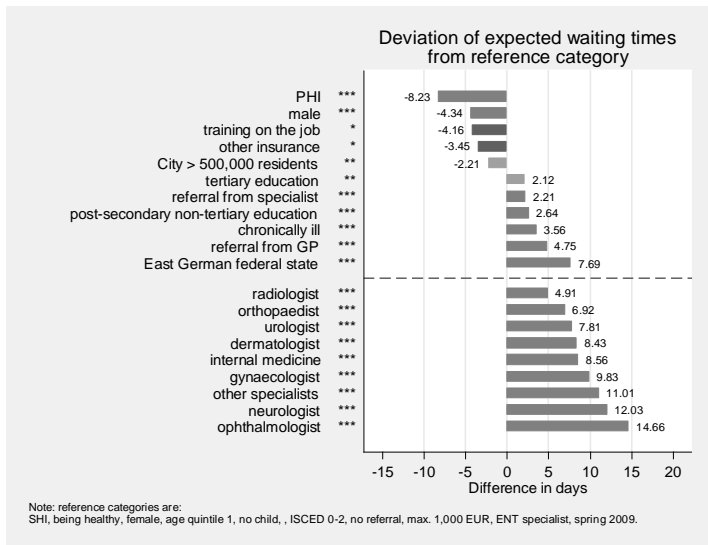
Die wichtigsten Ergebnisse der Intervallregression für die Wartezeiten auf einen Facharztbesuch sind in Abbildung 1 dargestellt. Dort sind die Abweichungen in Tagen von der jeweiligen Referenzkategorie für signifikante Koeffizienten abgebildet. In Bezug auf die Diskriminierung von GKV-Versicherten lässt sich feststellen, dass PKV-Patienten 8 Tage weniger auf einen Termin warten müssen.¹³ Verglichen mit dem Unterschied von 11 Tagen aus der deskriptiven Statistik wird deutlich, dass individuelle Charakteristika wie Alter, Einkommen oder auch der Bildungsstand im Schnitt eine Differenz von drei Tagen erklären. Die verbleibenden 8 Tage lassen sich dagegen nicht durch sozioökonomische Faktoren erklären, sondern sind vornehmlich das Resultat von Fehlanreizen, die zu einem großen Teil von den unterschiedlichen Vergütungssystemen ausgehen dürften.

¹¹ Jene unteren Grenzwerte sind daher als Fehlwerte codiert und werden als links-zensiert betrachtet. Um Heteroskedastie zu korrigieren, verwenden wir robuste Standardfehler. Vgl. *StataCorp* (2009).

¹² Vgl. *Long* (1997).

¹³ Für die anderen, speziellen Versicherungssysteme ergeben sich ebenfalls signifikant niedrigere Wartezeiten. Die geschätzte Abweichung übertrifft die Differenz in den Daten dabei um 0,5 Tage.

Abbildung 1: Schätzergebnisse I (Wartezeiten)



Quelle: Eigene Darstellung.

Interessant erscheint der Geschlechterunterschied: Frauen müssen signifikant länger auf einen Termin warten (vier Tage). Eine Erklärung könnte darin liegen, dass Männer bei der Terminvereinbarung ein resoluteres Auftreten an den Tag legen, besonders bedingt durch eine beruflich geringere zeitliche Flexibilität. Für die angebotsbezogenen Faktoren ergibt sich in städtischen Regionen mit mehr als 500.000 Einwohnern eine geringere Wartezeit auf einen Facharztbesuch. Die geringere Bevölkerungsdichte in ländlichen Regionen Ostdeutschlands sowie die für viele jüngere Fachärzte scheinbar geringere Attraktivität dieser Regionen können als Hauptgründe dafür gesehen werden, dass Ostdeutsche im Schnitt 7 Tage länger warten als westdeutsche Patienten.

Ärztliche Überweisungen zu einem Facharzt bedeuten für den Patienten eine längere Wartezeit auf den Facharzttermin. Dabei spielt es überraschender Weise keine Rolle, ob die Überweisung von einem Hausarzt oder einem Facharzt vorgenommen wurde. In Bezug auf die Rolle des Arztes als Gatekeeper

hätte man hierbei ein anderes Ergebnis erwartet. Da jedoch die Termine in einer Praxis in der Regel durch den Patienten selbst und nicht durch den überweisenden Arzt vereinbart werden, ergeben sich für den Patienten keinerlei Vorteile aus einer Überweisung. Im Gegenteil, empfiehlt der Arzt seinen Patienten bei der Überweisung einen bestimmten Kollegen, kann dies sogar zu längeren Wartezeiten führen. Längere Wartezeiten von Patienten mit höheren Bildungsabschlüssen spiegeln höhere Opportunitätskosten der Zeit wider und bilden daher eine geringere zeitliche Flexibilität über die Arbeitsmarktpartizipation hinaus ab.

Im Vergleich mit den geringen Wartezeiten bei HNO-Ärzten (Referenzgruppe) müssen nur Patienten, die auf einen Termin beim Chirurgen warten, keine signifikanten Unterschiede hinnehmen. Für alle übrigen Facharztgruppen finden wir signifikant längere Wartezeiten. So müssen Patienten bei Augenärzten im Schnitt zwei Wochen länger auf einen Termin warten.

Um die Diskriminierung von GKV-Patienten gegenüber PKV-Versicherten näher zu betrachten, schätzen wir zudem die Determinanten der Wartezeiten getrennt für alle Facharztgruppen. Mit Ausnahme von Chirurgen und Radiologen diskriminieren fast alle Facharztgruppen signifikant GKV-Patienten. Wiederum ist der geschätzte Effekt für Augenärzte am größten. Hier liegt die Wartezeit für GKV-Patienten zwei Wochen über der für PKV-Patienten. Auch wenn die geschätzten Abweichungen diejenigen aus der deskriptiven Statistik unterschreiten, bleibt die Diskriminierung aber trotz Berücksichtigung zahlreicher anderer Faktoren wie Geschlecht, Alter, Einkommen oder Bildung eindeutig bestehen.

Diese Ergebnisse geben allerdings noch keinerlei Aufschluss darüber, ob sich durch die Verzögerungen eines Arztbesuches negative Konsequenzen für den Gesundheitszustand ergeben.¹⁴ Im besten Fall sind die längeren Wartezei-

¹⁴ Vgl. auch *Schellborn* (2007).

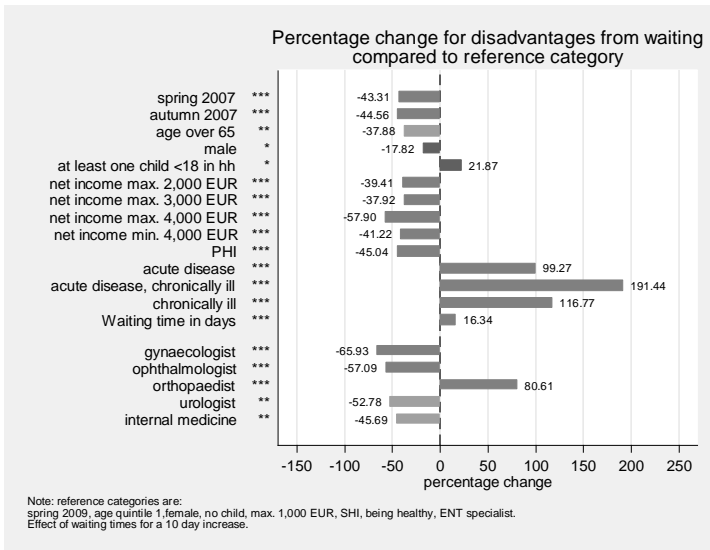
ten für GKV-Patienten nur unerfreulich. Weitaus problematischer sind jedoch ernsthafte gesundheitliche Probleme mit langwierigen Folgen. Da klinische Daten über den Gesundheitszustand fehlen, müssen wir auf eine subjektive Einschätzung der Befragten zurückgreifen. Im Schnitt geben weniger als 20 % der Befragten an, dass es zu gesundheitlichen Nachteilen gekommen sei. Allerdings zeigt sich auch hier eine große Variation bezüglich der Existenz von Nachteilen über die Facharztgruppen hinweg. Insbesondere Patienten bei Orthopäden und Neurologen scheinen von diesen Nachteilen betroffen zu sein. Weiterhin sind die Effekte für GKV-Versicherte deutlich größer als für PKV-Patienten. Im Gegensatz dazu scheint bei Gynäkologen und Urologen kein Zusammenhang mit gesundheitlichen Nachteilen zu bestehen. Jeweils nur rund 5 % beider Patientengruppen berichten von wartezeitbedingten Nachteilen. Dieses Muster zeigt, dass Besuche bei diesen beiden Arztgruppen oftmals Vorsorgecharakter aufweisen, während Akutfälle bei Orthopäden und Neurologen häufiger sein dürften.

Zur Schätzung des Einflusses von Wartezeiten auf etwaige gesundheitliche Nachteile verwenden wir ein Ordered Logit-Modell. Dazu ist es notwendig, nur solche Beobachtungen zu berücksichtigen, die mindestens einen Tag auf einen Termin warten mussten. Abbildung 2 enthält die Kernergebnisse der Schätzung.

Zur besseren Visualisierung wurden in Abbildung 2 die Odds Ratios der Ordered-Logit-Schätzung in prozentuale Änderungen transformiert, um die Größenordnung der Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Nachteilen besser darstellen zu können. Verglichen mit einem GKV-Patienten und ohne Berücksichtigung des Facharzttyps besitzen PKV-Versicherte eine um 45 % geringere Wahrscheinlichkeit wartezeitbedingter gesundheitlicher Nachteile als GKV-Versicherte. Einen ähnlichen Effekt findet man für Einkommenskategorien über 1.000 EUR. Somit zeigt sich, dass die selbst eingeschätzten Nachteile eng mit der Einkommensposition verbunden sind. Wie zu erwarten gehen längere Wartezeiten auf eine fachärztliche

Behandlung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Nachteilen einher. Ein Anstieg der Wartezeit um zehn Tage erhöht die der Wahrscheinlichkeit adverser Gesundheitseffekte um 16 %. Hingegen ist eine akute Krankheit eines chronisch Erkrankten für einen nahezu 200 %igen Anstieg der Wahrscheinlichkeit verantwortlich. Chroniker ohne akute Symptome verzeichnen eine um 116,77 % höhere Wahrscheinlichkeit und für akut Erkrankte liegt dieser Wert bei knapp 100 %. Somit scheint nicht die Länge der Wartezeit, sondern vielmehr der zugrunde liegende Gesundheitszustand des Patienten für die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Nachteilen entscheidend zu sein.

Abbildung 2: Schätzergebnisse II (Gesundheitsnachteile)



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Resultate bestätigen die deskriptive Statistik, dass adverse Gesundheitseffekte weniger relevant für Facharztgruppen sind, für die Vorsorgeuntersuchungen besonders häufig sind. Zudem zeigen die Schätzungen, dass Wartezeiten beim Orthopäden zu einem 80 %igen Anstieg der Wahrscheinlichkeit von Nachteilen führen, verglichen mit einem HNO-Arzt.

4. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen detaillierte Erkenntnisse über die Determinanten von Wartezeiten für Facharztbesuche. Neue Evidenz bezieht sich vor allem auf die Frage der Diskriminierung nach Versichertenstatus und Facharzttyp. Dabei zeigt sich, dass PKV-Versicherte im Schnitt 8 Tage kürzer auf einen Facharztbesuch warten als GKV-Versicherte. Die Diskussion um eine Zwei-Klassen-Medizin besitzt auch vor diesem Hintergrund hohe Relevanz. Die Ergebnisse bekräftigen die Hypothese, dass Privatversicherte schnelleren Zugang zu ambulanten medizinischen Leistungen besitzen. Zudem zeigt sich eine starke Streuung der Wartezeiten über die Facharztgruppen. Mit Ausnahme von Chirurgen und Radiologen finden sich in allen anderen Disziplinen signifikant kürzere Wartezeiten für PKV-Versicherte. Für GKV-Versicherte ergeben sich deutlich stärkere wartezeitbedingte gesundheitliche Nachteile.

Literaturverzeichnis

- BKK Bundesverband* (2011), Umfrage: Gesetzlich Krankenversicherte warten in den Praxen eine halbe Stunde - auf einen Termin 20 Tage, Pressemitteilung vom 06.06.2011, Berlin.
- Cullis, J. G., Jones, P. R., Propper, C.* (2000), Waiting Lists and Medical Treatment: Analysis and Policies, in: Cullis, A. J., Newhouse, J. P. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*, Volume 1B, 17. Aufl., S. 1.201-1.249.
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See* (2011), Ihre Kranken- und Pflegeversicherung, Knappschaft im Überblick, Bochum.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2011), Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, Berlin.

- Kuchinke, B. A., Sauerland, D., Wübker, A.* (2009), The influence of insurance status on waiting times in German acute care hospitals: an empirical analysis of new data, in: *International Journal for Equity in Health*, 8. Jg., Nr. 1, doi: 10.1186/1475-9276-8-44.
- Lisac, M., Blum, K., Schlette, S.* (2008), Changing Long-established Structures for More Competition and Stronger Coordination - Health Care Reform in Germany in the New Millennium, in: *Intereconomics*, 43. Jg., Nr. 4, S. 184-189.
- Long, J. S.* (1997), *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*, Thousand Oaks et al.
- Lüngen, M., Stollenwerk, B., Messner, P., Lauterbach, K. W., Gerber, A.* (2008), Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany, in: *International Journal for Equity in Health*, 7. Jg., Nr. 1, doi:10.1186/1475-9276-7-1.
- Niehaus, F., Weber, C.* (2005), *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen*, Köln.
- Polisson, M.* (2011), Do waiting times matter in primary care? GP visit and list sizes in England, University of Oxford, Department of Economics, Economics Series Working Papers, 541.
- Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., Windmeijer, F.* (2008), Did 'Targets and Terror' Reduce Waiting Times in England for Hospital Care?, In: *B. E. Journal of Economic Analysis and Policy: Contributions to Economic Analysis and Policy*, 8. Jg., Nr. 2, Article 5.
- Roll, K., Stargardt, T., Schreyögg, J.* (2011), Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient Care, *Geneva Papers on Risk and Insurance* (forthcoming).

- Schellhorn, M.* (2007), Vergleich der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung, in: Schellhorn, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh, S. 95-113.
- Schwierz, C., Wübker, A., Wübker, A., Kuchinke, B. A.* (2011), Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness, in: The European Journal of Health Economics, 12. Jg., Nr. 5, S. 405-416.
- Siciliani, L., Verzulli, R.* (2009), Waiting Times and Socioeconomic Status among Elderly Europeans: Evidence from SHAR!, in: Health Economics, 18. Jg., Nr. 11, S. 1.295-1.306.
- Siciliani, L., Martin, S.* (2007), An Empirical Analysis of the Impact of Choice on Waiting Times, in: Health Economics, 16. Jg., Nr. 8, S. 763-779.
- StataCorp.* (2009), Stata: Release 11. Statistical Software. College Station: StataCorp LP.
- Wooldridge, J. M.* (2002), Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data, Cambridge, Mass. and London.
- Zok, K.* (2007), Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten, in: WIDo Monitor, 4. Jg., Nr. 1, S. 1-7.

Koreferat zum Beitrag von Brit S. Schneider und Udo Schneider „Wartezeiten auf Facharztbesuche – eine Analyse versicherungsbedingter Diskriminierung und gesundheitlicher Nachteile“

Björn A. Kuchinke

	Seite
1. <i>Motivation und Zusammenfassung</i>	85
2. <i>Anmerkungen und Diskussion</i>	87
3. <i>Fazit</i>	89
<i>Literaturverzeichnis</i>	89

1. Motivation und Zusammenfassung

Schneider und *Schneider* widmen sich in ihrem Beitrag dem sowohl gesundheitsökonomisch als auch –politisch relevanten und spannenden Feld der Wartezeiten bzw. des Wartezeitenmanagements im deutschen Gesundheitswesen. Wie die Autoren in ihrem Literaturüberblick ausführen, gibt es hierzu bereits verschiedene Publikationen, die sich alternativen Fragestellungen zum Thema Wartezeiten in der stationären und ambulanten Versorgung widmen. Typischerweise wird in diesen Untersuchungen nachgewiesen, dass bezogen auf die Versicherung, Privatversicherte schneller einen Behandlungstermin bekommen als gesetzlich Versicherte. Üblicherweise wird dafür zentral die höhere Entlohnung für den einzelnen Arzt bei Behandlung von Privatversicherten verantwortlich gemacht.

Warum also nun eine weitere Abhandlung zu diesem Thema bzw. was ist hier neu? Es wird relativ schnell deutlich, dass *Schneider* und *Schneider* zwei zentrale Forschungsfragen stellen und beantworten, die so in der wissenschaftlichen Diskussion bislang noch nicht behandelt worden sind und gleichzeitig als wesentliche Schwachstellen der vorhandenen Literatur auszumachen sind. Die erste Frage und damit der erste wesentliche Beitrag im Rahmen des wissenschaftlichen Diskurses ist die Betrachtung von alternativen Fachärzten im Rahmen der Analyse von Wartezeiten unter Berücksichtigung von alternativen Beeinflussungsfaktoren wie Versicherungsstatus, Alter Bildung oder Einkommen. Hierdurch wird eine ausdifferenzierte Analyse des Problems von Wartezeiten im ambulanten Sektor erst ermöglicht. Die zweite Frage lautet: Welche gesundheitlichen Nachteile entstehen eigentlich durch Wartezeiten? Diese zweite Problemstellung erscheint als nahezu zwingend, denn wenn sich keinerlei (zusätzliche) gesundheitlichen Probleme aus Wartezeiten oder besser zu langen Wartezeiten ergeben würden, die dann womöglich zu höheren Kosten im Nachgang führen, wäre aus ökonomischer Sicht ein Großteil der Probleme, die Wartezeiten nachgesagt werden, nahezu verschwunden.

Ohne alle Ergebnisse im Detail vorstellen zu wollen, es sei auf den Beitrag in diesem Band verwiesen, stellen die Autoren auf Basis der Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmannstiftung und unter Zuhilfenahme einer Schätzung mittels Intervallregression zunächst fest, dass Privatversicherte acht Tage kürzer auf einen Termin warten müssen, wobei der Grund dafür in der unterschiedlichen Versicherung der Patienten und der dahinter steckenden Vergütungsanreize für Ärzte zu vermuten sind. Weitere drei Tage Wartezeitenunterschied sind mit Blick auf die deskriptive Statistik den genannten anderen sozioökonomischen Faktoren (Bildung, Alter usw.) geschuldet. Gleichfalls wird deutlich, dass zwischen den einzelnen Fachärzten signifikante Unterschiede bestehen. Beispielsweise ist bei Augenärzten im Vergleich zur Referenzgruppe der HNO-Ärzte 14 Tage länger auf einen Termin zu warten.

Mit Blick auf die Wirkungen von Wartezeiten ergibt sich, dass rund ein Fünftel der betrachteten Patienten angeben, gesundheitliche Nachteile aus der Wartezeit erfahren zu haben.¹ Das Bild ist bezüglich des Versichertenstatus und der einzelnen Fachärzte jedoch sehr heterogen. Aufgrund der längeren Wartezeiten ist der gesundheitliche Nachteil von gesetzlich Versicherten offensichtlich größer. Anders ausgedrückt: Privatpatienten haben eine um 45 % geringere Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Einbußen in Kauf zu nehmen. Orthopädische und neurologische Patienten müssen wohl im Vergleich zu gynäkologischen und urologischen Patienten eher gesundheitliche Nachteile tragen. Grundsätzlich gilt hier: Je länger die Wartezeit umso größer die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Nachteilen.

¹ Zu den detaillierten Ergebnissen, sei auch hier wiederum auf den Beitrag in diesem Band verwiesen.

2. Anmerkungen und Diskussion

Der Beitrag von *Schneider* und *Schneider* geht einen Schritt weiter als die bislang vorhandene Literatur, indem das Problem der Wartezeiten vor dem Hintergrund alternativer Fachärzte differenziert betrachtet und zusätzlich der Aspekt der gesundheitlichen Nachteile durch Wartezeiten in die Analyse integriert wird. Dies ist umso lobenswerter als die Diskussion in Deutschland – insbesondere im gesundheitspolitischen Alltag – normalerweise eher allgemein, also undifferenziert geführt wird. Dies ist jedoch mit Blick auf den Beitrag so falsch, denn das vermeintliche Problem ist nicht in allen fachärztlichen Versorgungsbereichen gleich groß. Dies gilt erstens hinsichtlich der Erkenntnis, dass die Wartezeiten in den alternativen Bereichen unterschiedlich lang sind und deshalb auch z. B. die Diskussion von Vergütungen in den einzelnen Sektoren unterschiedlich drängend bzw. zu führen sind. Zweitens zeigt der Beitrag, dass der Versicherungsstatus einen erheblichen Anteil an der Erklärung der Länge von Wartezeiten hat, jedoch nicht ausschließlich. D. h. es kommt auch auf den Bildungsstand, das Alter oder das Geschlecht an. Damit ist die Diskussion um Wartezeiten nicht nur auf den Versicherungsstatus zu beschränken. Drittens sind die gesundheitlichen Einbußen durch Wartezeiten höchst uneinheitlich. D. h. auch hier ist eine differenzierte Diskussion offenbar von Nöten.

Hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse fällt positiv auf, dass die Autoren durchweg sehr abgewogen argumentieren. Das bedeutet, die Ergebnisse werden weder ökonomisch, ökonometrisch oder gesundheitspolitisch überstrapaziert. Dies zeigt wiederum eindeutig, dass die aufgezeigten Fragen als besser oder erstmalig, aber nicht als abschließend beantwortet einzuschätzen sind. Daher ein paar kritische Anmerkungen und Anregungen zur Diskussion.

Zunächst – mit dem Ende des Beitrags beginnend – fällt die gesundheitspolitische Diskussion der Ergebnisse relativ (oder zu) knapp aus. Es wäre wünschenswert gewesen, ein wenig mehr in dieser Richtung von den

Autoren zu erfahren, wobei der Koreferent, wie zu Beginn dieses Abschnitts angeführt, einen Anschub (keine abschließende Einschätzung) in dieser Richtung gerne übernimmt oder besser übernommen hat.

Ein weiterer Einwand betrifft die Datenbasis. Hierzu ist zu bemerken, dass die Datengrundlage nicht immer dazu geeignet ist, alle Fragen zu klären. Dies erkennen die Autoren selbstverständlich auch an, wie etwa im Rahmen der Diskussion von gesundheitlichen Nachteilen durch Wartezeiten. Hierbei handelt es sich lediglich um eine Selbsteinschätzung der Patienten und nicht um klinisch überprüfbare Ergebnisse. Weiterhin muss grundsätzlich gesehen werden, dass beim Gesundheitsmonitor mit Erinnerungsdaten gearbeitet wird. Die Patienten werden also im Nacheinander nach der Wartezeit befragt. Dies ist als problematisch zu bezeichnen, da hiermit i. d. R. doch erhebliche „Erinnerungslücken“ und Verzerrungen verbunden sind.² Ein Indiz hierfür sollten die „Intervalle“ von einer, zwei und drei Woche sein.³

Im Detail sind ebenfalls ein paar Fragen zu stellen, wobei versucht werden soll die Kritik exemplarisch an einem Punkt kenntlich zu machen. Dies betrifft etwa die Variable „City>500.000“ und deren Interpretation. Zweifelsohne sollte oder kann die Frage städtische oder ländliche Region einen Einfluss auf die Wartezeit haben. Jedoch ist die Interpretation ungemein schwieriger, denn hier spielt ja nicht nur der Aspekt der Arztdichte eine Rolle, sondern gleichfalls der Aspekt inwiefern Wettbewerb zwischen Ärzten besteht oder nicht. Die Antwort auf die Frage des Einfluss des Wettbewerbs ist insgesamt unklar, denn den Wettbewerb zwischen Gesundheitsdienstlern beeinflusst nicht nur die Zahl der Konkurrenten, sondern auch deren Verteilung, die Verteilung der Privatpatienten in der Fläche, deren Erkrankung usw.

² Vgl. zu einem anderen Ansatz und einer eigenen Erhebung *Kuchinke/Sauerland/Wübker* (2008).

³ Die gleichen Probleme sind bei allen anderen Aufsätzen zu erkennen, die mit dieser Datenbasis arbeiten.

3. Fazit

Zusammenfassend kann bemerkt werden, dass *Schneider* und *Schneider* die bestehende Literatur mit diesem Beitrag sehr gut ergänzen. Die Autoren bearbeiten zwei bestehende Forschungslücken bei der Analyse von Wartezeiten (Facharztrelevanz, gesundheitliche Einbußen) und schließen diese ein gutes Stück, wenn auch nicht vollständig. Dies ist (zwangsläufig) der Datenbasis geschuldet. Es bleibt zu wünschen, dass sich die Autoren dieses Themas weiter annehmen und die Forschung in diesem gesundheitspolitisch hoch relevanten Bereich weiter vorantreiben.

Literaturverzeichnis

Kuchinke, B. A., Sauerland, D., Wübker, A. (2008), Bestimmungsgründe von Wartezeiten auf einen stationären Behandlungstermin: Ergebnisse einer aktuellen Umfrage, in: *Kuchinke, B. A., Sundmacher, T., Zerth, J.* (Hrsg.): Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Wettbewerbswirkungen, DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, Bd. 2, S. 49-68.

Autorenverzeichnis/Herausgeberverzeichnis

Bülent L. Akmaz

Dr. Bülent L. Akmaz ist Manager für Gesundheitsökonomie & -politik, Abteilung HVAM der Lundbeck GmbH, Karnapp 25, 21079 Hamburg, Tel.: +49 (40) 236-490, Fax: +49 (40) 236-49255, Mail: buak@lundbeck.com, Homepage: www.lundbeck.de.

Laura Birg

Dipl.-Ökonomin Laura Birg ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel am Institut für Volkswirtschaftslehre, Olshausenstraße 40, 24118 Kiel, Tel.: (+49) 431-8803354, Mail: birg@economics.uni-kiel.de, Homepage: <http://www.wiso.uni-kiel.de/vwlinstitute/Raff>.

Julia Graf

Dipl.-Volkswirtin Julia Graf ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Mail: julia.graf@dice.uni-duesseldorf.de, Homepage: www.dice.uni-duesseldorf.de.

Wolfgang Janetzky

Dr. Wolfgang Janetzky ist ... Manager für Gesundheitsökonomie & -politik, Abteilung HVAM der Lundbeck GmbH, Karnapp 25, D-21079 Hamburg, Tel.: +49 (40) 236-490, Fax: +49 (40) 236-49255, Mail: buak@lundbeck.com, Homepage: www.lundbeck.de.

Björn A. Kuchinke

PD Dr. Björn A. Kuchinke ist Vertreter der Professur für Wirtschaftspolitik und Mittelstandsforschung an der Georg-August-Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen, Tel.: (+49) 551-394608, Fax: (+49) 551-

3919558, Mail: bjoern.kuchinke@wiwi.uni-goettingen.de, Homepage: <http://www.uni-goettingen.de/de/64099.html>

Andreas Schmid

Dipl.-Gesundheitsökonom Andreas Schmid ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, von Prof. Dr. Ulrich, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth, Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth, Tel.: (+49) 921-554324, Mail: andreas.schmid@uni-bayreuth.de, Homepage: www.fwi.uni-bayreuth.de.

Brit S. Schneider

Dr. Brit Svenja Schneider ist akademische Rätin am Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, von Prof. Dr. Ulrich, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth, Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth, Tel.: (+49) 921-556227, Mail: brit.schneider@uni-bayreuth.de, Homepage: www.fwi.uni-bayreuth.de.

Udo Schneider

PD Dr. Udo Schneider ist akademische Oberrat am Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, von Prof. Dr. Ulrich, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth, Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth, Tel.: (+49) 921-556303, Mail: udo.schneider@uni-bayreuth.de, Homepage: www.fwi.uni-bayreuth.de.

Torsten Sundmacher

Dr. Torsten Sundmacher ist Partner des Beratungsunternehmens SUSTAIN CONSULT, Kaiserstr. 24, 44135 Dortmund, Tel.: (+49) 231-98128510, Fax: (+49) 231-98128529, Mail: sundmacher@sustain-consult.de, Homepage: www.sustain-consult.de und Lehrbeauftragter der Universität Duisburg-Essen, Mercator School of Management, Lotharstr. 65, 47058 Duisburg.

Moritz Suppliet

Dipl.-Volkswirt Moritz Suppliet ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Mail: moritz.suppliet@dice.uni-duesseldorf.de, Homepage: www.dice.uni-duesseldorf.de.

Sabine Wilbertz

Sabine Wilbertz ist Manager Health Economics, Janssen-Cilag GmbH, Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss. Tel.: +49 (0) 2137 955-7412, Fax: +49 (0) 2137 955-566, Mail: swilbert@its.jnj.com.

Jürgen Zerth

PD Dr. Jürgen Zerth ist Institutsleiter am International Dialog College and Research Institute (IDC) der Diakonie Neuendettelsau, Wilhelm-Löhe-Straße 16, 91564 Neuendettelsau, Tel.: (+49) 9874-82793, Mail: juergen.zerth@diakonieneuendettelsau.de, Homepage: <http://www.idc-campus.de>.