

**DIBOGS-Beiträge zur
Gesundheitsökonomik
und Sozialpolitik**

7

**Topics in Health Economics and
Social Policy**

**Abstracts of the 7th DIBOGS-Work-
shop, Düsseldorf 2012**

herausgegeben von Laura Birg,
Annika Herr und Andreas Schmid

DIBOGS-Beiträge zur Gesundheits- ökonomik und Sozialpolitik

Herausgegeben von Laura Birg^{*}, Annika
Herr^{**} und Andreas Schmid^{***}

* Georg-August-Universität Göttingen

** Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE) und CINCH

*** Universität Bayreuth

Band 7

DIBOGS

Duisburg - Ilmenau - Bayreuther Oberseminar
zur Gesundheitsökonomik und Sozialpolitik e.V.

Inhaltsverzeichnis

Was ist DIBOGS?	2
Sicherheitsklima in deutschen Krankenhäusern – Entwicklung eines Messinstruments für den OP-Bereich (Projektskizze).....	3
<i>Carolin Banduhn</i>	
Treatment or Documentation? Pareto Optimality in the Physicians' Time Allocation	5
<i>Oxana Bechtold und Toufic M. El Masri</i>	
Pharmaceutical Regulation and Health Policy Objectives	7
<i>Laura Birg</i>	
Rationalisierung und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt	9
<i>Annika Herr</i>	
The political economics of social health insurance: the tricky case of individuals' preferences	12
<i>Christian Pfarr und Andreas Schmid</i>	
Der Einfluss der Einführung von Praxisbudgets im Jahr 1997 auf die Zahl der Arztbesuche in GKV und PKV	13
<i>Hendrik Schmitz</i>	
Explaining variations in breast cancer screening across European countries	16
<i>Ansgar Wübker</i>	

Was ist DIBOGS?

Der DIBOGS e.V. ist aus dem Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminar zur Gesundheitsökonomik und Sozialpolitik (DIBOGS) hervorgegangen. Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, den wissenschaftlichen Nachwuchs auf dem Gebiet der Wirtschaftswissenschaften in den Forschungsfeldern Gesundheitsökonomik, Gesundheitspolitik und Sozialpolitik zu fördern. Zu den Aktivitäten des Vereins zählt u.a. ein gesundheitsökonomischer Workshop, der erstmalig im Jahr 2005 ausgerichtet wurde und der sich zentral an gesundheitsökonomische Nachwuchswissenschaftler richtet. Ziel ist es, einen möglichst regen Erfahrungsaustausch herbeizuführen und insofern Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung von Dissertations- oder Habilitationsvorhaben, sowie sonstigen wissenschaftlichen Projekten oder Publikationen zu bieten.

Der Workshop stellt nicht die Präsentation an sich, sondern den Austausch über das jeweilige Thema in den Mittelpunkt. Alle Papiere gehen den Teilnehmern im Vorfeld zu. Während des Workshops stehen für jedes Papier 45 Minuten zur Verfügung. Ein Koreferent setzt sich intensiv mit dem Papier auseinander, darauf schließt sich eine Diskussion unter den Teilnehmern an. Mittlerweile (seit 2006) gibt es zu jedem Workshop einen Sammelband, der die (fach)politische Öffentlichkeit über diskutierte Themen informieren soll.

Der vorliegende Band „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomik und Sozialpolitik“ enthält -im Gegensatz zu den Überblicksartikeln aus den Vorjahren- die Zusammenfassungen/Abstracts ausgewählter Beiträge des siebten Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomik und Sozialpolitik (DIBOGS), das am 23. November 2012 in Düsseldorf stattgefunden hat. Die Zusammenfassung soll einen ersten Überblick über die diskutierten Papiere geben, die unter den ggf. jeweils angegeben Links auch im Detail gelesen werden können. Weitere Informationen zum Sammelband sowie zur Teilnahme am Workshop entnehmen Sie bitte der Webseite www.dibogs.biz.

Sicherheitsklima in deutschen Krankenhäusern – Entwicklung eines Messinstruments für den OP-Bereich (Projektskizze)

Carolin Banduhn*

Koreferent: Björn Kuchinke[#]

Zahlreiche Statistiken und Veröffentlichungen zu medizinischen Behandlungsfehlern und Patientenschädigungen ziehen Forderungen zur Erhöhung der Sicherheit im Gesundheitswesen nach sich. Die Bedeutung kultureller Faktoren für die Sicherheit von Organisationen ist durch Forschung in High Reliability Organisationen (HROs) wie Kernkraftwerken erkannt worden. Im Zusammenhang mit der nuklearen Katastrophe von Tschernobyl 1986 entstand das Konzept der Sicherheitskultur. Untersuchungen ergaben, dass Tschernobyl nicht allein auf technisches Versagen, sondern vielmehr auf organisationale, führungsbezogene und menschliche Faktoren zurückzuführen war. Seither sind zahlreiche Instrumente entstanden, welche routinemäßig in HROs zur proaktiven Bestimmung der Sicherheitskultur bzw. des Sicherheitsklimas eingesetzt werden. Das Sicherheitsklima bildet den über die Einstellungen und Wahrnehmungen der Mitarbeiter messbaren Teil der Sicherheitskultur.

Im Zuge des Berichts „To err is human“ des Institute of Medicine im Jahr 2000, nach dem zwischen 44.000 und 98.000 Amerikaner aufgrund von Behandlungsfehlern im Krankenhaus sterben, hat das Konzept der Sicherheitskultur auch in das Gesundheitswesen Einzug gehalten. Es wurden Messinstrumente entwickelt und die Bedeutung des Sicherheitsklimas für die Patientensicherheit in Studien demonstriert. Die Bestimmung des Sicherheitsklimas verfolgt verschiedene Zielstellungen. Zunächst wird das Bewusstsein der Mitarbeiter für das Thema Sicherheit geschärft. Die Identifizierung von Stärken und Schwächen auf diesem Gebiet ermöglicht die zielgerichtete Ableitung von sicherheitsfördernden Maßnahmen, deren Wirksamkeit sich durch eine erneute Befragung evaluieren lässt. Außerdem ermöglichen die Ergebnisse der Sicherheitsklima-Befragung internes und externes Benchmarking. Darüber hinaus kann das Sicherheitsklima auch als Indikator für potenzielle Risiken gesehen werden.

Obwohl vor allem in den USA der Großteil der Krankenhäuser das Sicherheitsklima regelmäßig erhebt und vergleicht, fehlt bisher ein auf den deutschen Krankenhaussektor angepasster Fragebogen. Dieser Beitrag zielt auf die Entwicklung und Validierung eines Instruments zur Bestimmung des Sicherheitsklimas in den OPs deutscher Krankenhäuser ab. Hierzu wird der US-amerikanische Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Operating Room Version übersetzt, adaptiert und hinsichtlich seiner Faktorenstruktur, Reliabilität und Validität in Chirurgen deutscher Krankenhäuser getestet. Der SAQ ist das am weitesten verbreitete Messinstrument des

Sicherheitsklimas im Krankenhaus und bereits für die Anwendung in verschiedenen anderen Ländern angepasst.

- * Carolin Banduhn
LS BWL V, Prof. Schlüchtermann, Universität Bayreuth
E-Mail: carolin.banduhn@uni-bayreuth.de

- # Björn Kuchinke
LS Medienökonomie, Bauhaus Universität Weimar
E-Mail: bjoern.axel.kuchinke@uni-weimar.de

Treatment or Documentation?

Pareto Optimality in the Physicians' Time Allocation

Oxana Bechtold* und Toufic M. El Masri**

Discussant: Jürgen Zerth[#]

Recent scientific and technical developments led to a knowledge increase which induced a progressive specialization in the medical sector. As a result, cooperation among physicians has received a greater importance. This, in turn, affects the role of documentation tasks and the time spent for them. Physicians need to allocate their available labor time between direct patient treatment and documentation tasks. On the one hand, good and clear documentation has a direct positive effect on the interface between physicians and thus represents a major pre-requisite for an effective and efficient cooperation. On the other hand, documentation tasks reduce the time available for direct patient treatment and are generally poorly paid.

Previous studies dealing with physicians' labor time do not account for a distinction between the time spent for direct patient treatment and the time spent for documentation tasks. Thus, the importance of documentation tasks and their effects on the physicians' utility and time allocation behavior have received little or no attention in the literature until now. In this paper, we conduct a theoretical economic analysis in order to shed more light on this issue. More precisely, the total available labor time is splitted into two components: the time spent for direct patient treatment and the time spent for documentation tasks. While in literature it is generally stated that working time has a positive effect on the physicians' utility, our distinction now allows us to identify two different countervailing effects and to explore the pareto optimality conditions. Moreover, we analyze the effects of minimum documentation requirements stemming from legal arrangements, disease management programs, or integrated health care.

We confirm in our paper that, from the economic point of view, direct patient treatment and documentation tasks have indeed differing effects on the physicians' utility. Consequently, physicians tend to allocate their available time in favor of direct patient treatment, because they prefer treatment to documentation tasks. Despite this result, proper documentation remains an indispensable issue and it is important to counteract a shortcoming of documentation effort, which can be achieved by adopting suitable monetary and non-monetary incentives or through legal arrangements. A loss of utility through too much documentation could be compensated by positive externalities or a higher compensation of the documentation or treatment time units. Computer-based tools or the employment of documentation assistants could be further possible solutions for poor documentation. However, in this context the question arises who should and

could bear the resulting (opportunity) costs. This is accompanied by the question on who benefits from additional documentation effort.

Keywords: Documentation, Pareto Optimality, Externalities, Time Allocation, Physician

- * Oxana Bechtold
Innovation Incubator - Integrated Healthcare Management,
Leuphana University of Lueneburg
E-Mail: bechtold@leuphana.de

- ** Toufic M. El Masri
Institute of Economics,
Leuphana University of Lueneburg
E-Mail: elmasri@leuphana.de

- # Jürgen Zerth
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften Fürth,
International Dialog College and Research Institute
E-Mail: jzerth@wlh-fuerth.de

Pharmaceutical Regulation and Health Policy Objectives¹

Laura Birg*

Discussant: Annika Herr[#]

This paper analyzes a maximum price system (price cap regulation) and a reference price system (limitation of reimbursement) in a vertical differentiation model with a brand-name drug and a generic. In particular, both instruments are compared with respect to their performance in reducing public expenditure, limiting financial exposure of patients, improving access to pharmaceuticals, and stimulating competition.

The two regulatory instruments are applied in almost all Western European countries. The maximum price system includes a price cap that can be charged for a drug. The reference price system involves a reimbursement limit (reference price) for a group of interchangeable pharmaceuticals, but firms remain free to charge prices. If the manufacturer's price exceeds the reference price, the patient has to pay the difference between the market price and the reference price him/herself.

The model assumes a heterogeneous demand side, where consumers differ in their valuation of the drug, and a certain degree of product differentiation between the brand-name drug and the generic versions - either due to consumer perceptions or objective differences between the drugs. The maximum price system is modeled as a price cap amounting to the generic price in the benchmark case of no regulation plus a mark-up. The reference price system assumes a reference price as the weighted average of brand-name and generic price.

Both regulatory instrument reduce drug prices, pharmaceutical expenditure and financial exposure of patients and improve access to pharmaceuticals as compared to no regulation.

For identical price reductions of the brand-name drug, the lower reimbursement amount under the reference price system results in lower health expenditure, but higher financial exposure of patients. Access to pharmaceuticals is better under the maximum price system, although the generic quantity is higher under the reference price system. In the aggregate, consumer surplus for brand-name users is higher under the maximum price system, whereas consumer surplus for generic users is higher under the reference price system.

Whereas the maximum price system does not change the brand-name price premium and results in a lower generic market share, the reference price system reduces the brand-name price premium and brings about a higher generic quantity, but unchanged generic market share. Both

¹ Birg, L. (2012): Parallel Trade of Pharmaceuticals. Conflicts in Health Policy Objectives and Regulatory Externalities in the EU Internal Market?, Dissertation, available online (http://eldiss.uni-kiel.de/macau/receive/dissertation_diss_00009207)

regulatory instruments reduce the incentive for firms to gain a competitive advantage by increasing product differentiation.

Consequently, there is a trade-off between important health policy objectives: The reference price system may be more appropriate to reduce public pharmaceutical expenditure or stimulate competition, but the maximum price system performs better for distributive objectives, such as limiting financial exposure of patients and guaranteeing access to pharmaceuticals. A lower degree of product differentiation improves performance of both regulatory instruments with respect to these policy objectives.

* Laura Birg

Centrum für Europa-, Governance- und Entwicklungsforschung,
Georg-August-Universität Göttingen
E-Mail: laura.birg@wiwi.uni-goettingen.de

Annika Herr

Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf, und CINCH, Universität Duisburg-Essen
E-Mail: annika.herr@dice.hhu.de

Rationalisierung und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt

Annika Herr*

Koreferent: Björn Kuchinke[#]

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel sind zwischen 1995 und 2009 real um 68% auf 33 Mrd. Euro gestiegen. Sie stellen 17% der Gesamtausgaben für Gesundheit der GKV dar, welche in demselben Zeitraum real um 22% gestiegen sind (Statistisches Bundesamt, 2011 und 2012). Getrieben wird diese Entwicklung vor allem durch die Ausgabensteigerung bei patentgeschützten Präparaten. Dabei machen Analogarzneimittel knapp 24% des GKV-Fertigarzneimittelumsatzes patentgeschützter Arzneimittel aus (Coca et al., 2011).

Rationalisierung stellt einen Weg dar, den Ausgabenanstieg im Arzneimittelmarkt zu verlangsamen, „[...] ohne dass den Patienten Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss und dadurch die Versorgungsqualität leidet (Nagel et al., 2010)“. Mit diesem Ziel wurden im Arzneimittelmarkt im letzten Jahrzehnt verschiedene Reformansätze verfolgt, von denen einige in dem Beitrag von Herr (2012) vorgestellt und bewertet werden. Zwei Schwerpunkte der Analyse liegen auf dem Preiswettbewerb im Festbetragsmarkt durch Zuzahlungsbefreiungsgrenzen (ZBG, sukzessive seit 2006) sowie auf der neuen Erstattungsregulierung des Arzneimittel-Neuordnungsgesetzes (AMNOG, seit 2011) für neue, patentierte Arzneimittel.

Mit dem Festbetragssystem hat Deutschland bereits 1989 ein System geschaffen, dass durch Anreizregulierung die Nachfrage zu kostengünstigen Substituten lenken kann, sobald die Patentlaufzeit eines innovativen Produktes beendet ist und Markteintritt durch Generika stattgefunden hat. In der Tat beobachten wir seitdem Preissenkungen (Augurzky et al., 2009) und eine unterdurchschnittliche Ausgabensteigerung in diesem Segment. Innerhalb dieses Systems wurden dennoch im Rahmen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) 2006 weitere Regulierungsmaßnahmen zur Ausgabensenkung eingeführt. Diese werden in Herr (2012) im Hinblick auf die Steigerung der Effizienz beurteilt. Es zeigt sich empirisch z.B. ein eindeutig preissenkender Effekt von sogenannten Zuzahlungsbefreiungsgrenzen bei Produkten von Generika-Herstellern (-5% bzw. -13% (Markengenerikafirmen)), jedoch nicht bei Arzneimitteln innovativer Firmen (Herr und Suppliet, 2012). Letztere erhöhen ihre Preise – angenommen der Festbetrag und die Zahl der Firmen in der Festbetragsgruppe bleiben konstant – nach der Einführung einer ZBG um 2%. Es gibt also Firmen im Arzneimittelmarkt, die nicht auf Preissenkungsanreize reagieren, sondern weiter die Patienten mit einer geringen Preiselastizität der Nachfrage bedienen.

Bei patentgeschützten Arzneimitteln, deren Preise bis vor einem Jahrzehnt gänzlich unreguliert waren, haben vor allem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 und das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG, 2010) im Jahr 2011 starke Veränderungen stattgefunden. In Herr (2012) stehen die Durchführung und der Stand der frühen Nutzenbewertung als Teil des AMNOG im Mittelpunkt der Analyse. Die Autorin zeigt dort, welche Firmen seit Januar 2011 eine frühe Nutzenbewertung für welche Arzneimittel beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beantragt haben und wie der G-BA bis September 2012 über die insgesamt 31 Verfahren entschieden hat. Es fällt auf, dass zu Beginn ein Drittel aller Anträge ohne Bewertung abgeschlossen wurden, da die eingereichten Dossiers nicht die erforderlichen Inhalte abdeckten. Andererseits haben einige Firmen erfolgreich einen beträchtlichen Zusatznutzen nachweisen können. Diese können nun selbstbewusst die Erstattungspreisverhandlungen beginnen. Das erste komplett abgeschlossene Verfahren hat gezeigt, dass das Unternehmen gemeinsam mit dem Spitzenverband der Krankenkassen einen „beiderseitig zufrieden stellendes Ergebnis“ (GKV-Spitzenverband, 2012) verhandeln konnten, das auch als Signal für die anderen Hersteller gewertet werden kann (Preisabschlag netto von 3% für GKV-Versicherte). Schlussendlich schließt die Autorin jedoch damit, dass die frühe Nutzenbewertung nicht wie eine detaillierte Kosten-Nutzen-Bewertung zu effizienten, d.h. wohlfahrtmaximierenden, Preisen führen (vgl. auch Kifmann, 2010) und nur als praktikable Lösung bewertet werden kann.

Stichworte: Arzneimittelmarkt, Rationalisierung, Regulierung, Wettbewerb, Effizienz, Preiselastizität der Nachfrage

Literaturhinweise

AMNOG (2010), Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV, [http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%27bgbl110s2262.pdf%27\]](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl110s2262.pdf%27]).

Augurzky, B., S. Göhlmann, Greß und J. Wasem (2009), Effects of the German Reference Drug Program on ex-factory Prices of Prescription Drugs: A Panel Data Approach, *Health Economics* 18: 421–436.

Breyer, F., Zweifel, P. und M. Kifmann (2005), *Gesundheitsökonomik*, Springer, Berlin.

Coca, V., Nink, K. und Schröder, H. (2011), *Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2010*, in: Schwabe, U. und Paffrath D. (Hrsg), *Arzneiverordnungsreport 2011*, Springer, Berlin: 167-224.

- GKV-Spitzenverband (2012), Erstes AMNOG-Verfahren: Verhandlungspartner einigen sich auf fairen Preis. Gemeinsame Pressemitteilung, AstraZeneca GmbH und GKV-Spitzenverband, abgerufen am 24.08.2012 unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/Gem_PM_2012-06-13_AMNOG_Ergebnis_zu_Ticagrelor.pdf.
- Herr, A. (2012), Rationalisierung und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt, DICE Ordnungspolitische Perspektiven Nr. 31, abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.dice.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Wirtschaftswissenschaftliche_Fakultaet/DICE/Ordnungspolitische_Perspektiven/031_OP_Herr.pdf
- Herr, A. und M. Suppliet (2012), Pharmaceutical Prices under Regulation: Tiered Co-payments and Reference Pricing in Germany, DICE Discussion Paper No. 48.
- Kifmann, M. (2010), Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln: Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten? In: Barmer GEK, Repschläger, U., Schulte C. und Osterkamp, N. (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2010, Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf: 16-31.
- Nagel, E., K. Alber und B. Bayerl (2010), Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung – Konzepte zur Gesundheitsversorgung der Zukunft, Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 14: 355–359.
- Statistisches Bundesamt (2011), Gesundheit – Ausgaben 1995-2009, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012), Preise – Verbraucherpreisindizes für Deutschland, Lange Reihen ab 1948, Wiesbaden, abgerufen am 02.09.2012 unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Preise/Verbraucherpreise/Verbraucherpreisindex-LangeReihen.html>.

Weitere Materialien

Herr, A. (2012), Rationalisierung und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt, DICE Ordnungspolitische Perspektiven Nr. 31, Arbeitspapier.

* Annika Herr
Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf, und CINCH, Universität Duisburg-Essen
E-Mail: annika.herr@dice.hhu.de

Björn Kuchinke
LS Medienökonomie, Bauhaus University Weimar
E-Mail: bjoern.axel.kuchinke@uni-weimar.de

The political economics of social health insurance: the tricky case of individuals' preferences

Christian Pfarr* und Andreas Schmid**

Discussant: Laura Birg#

Social health insurance systems can be designed with different levels of state involvement and varying degrees of redistribution. In this article we focus on citizens' preferences regarding the design of their health insurance coverage including the extent of redistribution. Using a micro-economic model we hypothesize that the individual's preferred options are determined by the relative income position and the relative risk of falling ill. Only individuals who expect to realize a net profit through the implicit redistributive transfers will favour a public insurance coverage over a private one. We test this hypothesis empirically using three distinct approaches. The first two are based on survey questions focusing on the type of coverage and the degree of redistribution respectively. The third is based on a discrete choice experiment thus accounting for trade-offs and budget constraints. The data is from a representative sample of 1.538 German individuals who were surveyed and participated in the DCE in early 2012. We find that the model has to be rejected. There is a wide consensus that redistributive elements should be an integral part of the social health insurance system and could even be extended. However, there are also preferences for health insurance coverage that can be individually optimized.

Further Resources:

[Pfarr C. and Schmid A. \(2013\), The political economics of social health insurance: the tricky case of individuals' preferences, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionsbeiträge, Band 01-13, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Bayreuth.](#)

* [Christian Pfarr](#)
LS VWL III, Prof. Ulrich, Universität Bayreuth
E-Mail: christian.pfarr@uni-bayreuth.de

** [Andreas Schmid](#)
Juniorprofessur Gesundheitsmanagement, Universität Bayreuth
E-Mail: andreas.schmid@uni-bayreuth.de

[Laura Birg](#)
Centrum für Europa-, Governance- und Entwicklungsforschung, Georg-August-Universität Göttingen
E-Mail: laura.birg@wiwi.uni-goettingen.de

Der Einfluss der Einführung von Praxisbudgets im Jahr 1997 auf die Zahl der Arztbesuche in GKV und PKV¹

Hendrik Schmitz*

Koreferent: Ansgar Wübker[#]

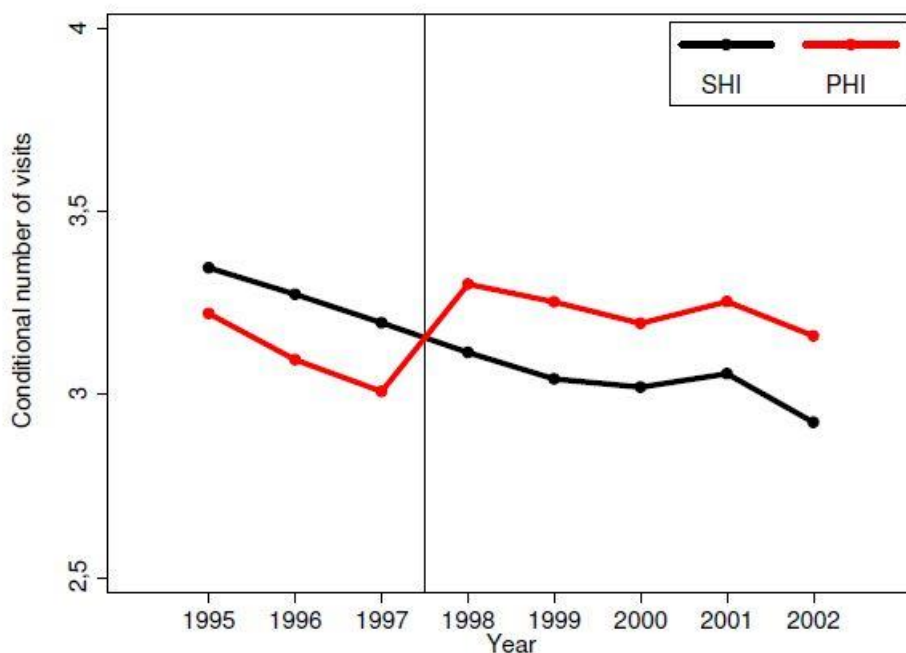
Die Frage, ob Ärzte jeden Patienten ausschließlich nach dessen Bedürfnissen behandeln oder ob auch finanzielle Anreize das Arztverhalten beeinflussen, ist entscheidend bei der Gestaltung von Arztvergütungssystemen. Bekanntlich haben Ärzte durch ihre Fachkenntnis einen Informationsvorsprung gegenüber ihren Patienten, den sie, prinzipiell, zu ihrem eigenen Vorteil ausnutzen könnten, etwa indem sie längere Behandlungen als nötig durchführen um damit ihr Einkommen zu erhöhen. Ob Ärzte das tatsächlich tun, lässt sich nur durch empirische Analysen klären. Ein ideales Mittel zur statistischen Überprüfung, ob (und wie) Ärzte auf finanzielle Anreize reagieren, ist zu untersuchen, wie sie sich nach Änderungen des Vergütungssystems verhalten.

Dieser Beitrag untersucht, wie sich die für Ärzte vermutlich einschneidendste Reform der 90er Jahre, die Einführung der „Praxisbudgets“ in der GKV, auf die Länge der Behandlung von Kassenpatienten ausgewirkt hat. Die Reform, in Kraft getreten im Juli 1997, bestand in der Einführung eines individuellen Budgets an Punkten, die jeder Arzt innerhalb eines Quartals abrechnen darf. Nachdem bis dato jeder Punkt abgerechnet werden konnte, wurden nunmehr Punkte, die die individuelle Budgetgrenze überschritten, nicht mehr oder zu deutlich geringeren Geldwerten vergütet. Das führte dazu, dass Ärzte nach Erschöpfung des Budgets gegen Ende des Quartals möglicherweise den Anreiz hatten, Kassenpatienten nicht mehr zu behandeln oder die Behandlung ins nächste Quartal zu verschieben. Das von der GKV völlig unabhängige System der PKV war von dieser Reform nicht betroffen, hier können Ärzte nach wie vor so viele Leistungen abrechnen, wie sie möchten. Allerdings ist es denkbar dass Ärzte die freigewordenen Kapazitäten durch eine Reduktion der Behandlung von Kassenpatienten durch eine Ausweitung der Behandlung privat Versicherter füllen. Dann wäre auch die PKV indirekt von dieser Reform betroffen.

¹ Dieser Beitrag basiert auf dem noch unveröffentlichten Arbeitspapier „Practice budgets and the patient mix of physicians - The effect of a remuneration system reform on health care utilization“, erhältlich auf Anfrage bei hendrik.schmitz@uni-due.de.

Zur Analyse werden repräsentative Umfragedaten des Sozioökonomischen Panels für die Jahre 1995-2002 verwendet, die knapp 20.000 Personen pro Jahr umfassen und die Zahl der Arztbesuche in den drei Monaten vor der Befragung (typischerweise im ersten Quartal jedes Jahres) erheben. Entscheidend für die Untersuchung ist die Trennung von Nachfrage- und Angebotseffekten auf die Zahl der Arztbesuche. Dazu nehme ich an, dass der erste Arztkontakt pro Quartal ausschließlich das Patientenverhalten (also den Nachfrageeffekt) widerspiegelt. Ein Patient, der krank ist, entscheidet in der Regel selbst, ob er einen Arzt aufsucht oder die Krankheit einfach selbst auskuriert. Falls der Patient allerdings einen Arzt aufsucht, bestimmt der Arzt – möglicherweise gemeinsam mit dem Patienten – über die Anzahl der Folgebesuche zur Behandlung der Krankheit. Das heißt, an der Zahl der Arztbesuche der Patienten, die mindestens einen Arztbesuch aufweisen, kann man auch das Verhalten des Arztes (also den Angebotseffekt) ablesen.

Abbildung 1: Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche in den vergangenen 3 Monaten (gegeben mindestens ein Arztbesuch im Quartal).



Quelle: SOEP, eigene Berechnungen; Anmerkung: SHI = GKV, PHI = PKV. „Conditional number of visits“ = Anzahl der Arztbesuche in den letzten drei Monaten der Personen, die mindestens einen Arztbesuch hatten. Die Werte sind durch eine Regression für Unterschiede zwischen PKV und GKV in Merkmalen wie Alter, Einkommen, Gesundheitszustand und anderen bereinigt.

Wenn man nun die Zahl der Arztbesuche von Kassenpatienten (von der Einführung der Praxisbudgets direkt betroffen) und privat Versicherten (nur indirekt betroffen) vor und nach der Reform vergleicht, ergibt sich folgendes Bild. An der Wahrscheinlichkeit, einen Arzt innerhalb von drei Monaten mindestens einmal aufzusuchen, hat sich nichts geändert, weder in der GKV noch in der PKV. Betrachtet man aber die Zahl der Arztbesuche derer, die mindestens einen Arztkontakt hatten (und damit den Angebotseffekt), ergibt sich Abbildung 1. Während die Zahl der Arztbesuche in der GKV reduziert wurde, stieg die Zahl in der PKV sprunghaft an. Dies ist mit den Anreizen durch die Reform zu erklären und lässt vermuten, dass Ärzte in der Tat stark auf finanzielle Anreize durch das Vergütungssystem reagieren.

* Hendrik Schmitz

Universität Duisburg-Essen und CINCH, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften,
E-Mail: hendrik.schmitz@wiwinf.uni-due.de

Ansgar Wübker

Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Institutionenökonomik und Gesundheitssystemmanagement
E-Mail: ansgar.wuebker@uni-wh.de

Explaining variations in breast cancer screening across European countries

Ansgar Wübker*

Koreferent: Andreas Schmid#

Objective: In this study I aim to explore the statistical causes of country differences in mammography screening among women aged 50 to 69 years in 13 European countries. I focus on the relative importance of individual (e.g. age, education, etc.) and institutional (e.g. public screening programs) factors in explaining these differences. Data and Methods: I use individual level data from the first three waves (2004-2006-2009) of the SHARE as well as regional and country level data on institutional factors. The analytical approach is based on multilevel statistical models which allow me to analyze the contribution of individual and institutional factors in explaining the variation in breast cancer screening across European countries. Results: I find that the standard deviation in screening rates across countries increases slightly from 19.5 to 20.8 per cent after controlling for individual factors. Thus, observed individual factors like age, education, health status, etc. do not significantly contribute to the explanation of cross-country differences. In contrast, after controlling for observed institutional factors like the availability of an organized screening program the standard deviation drops from 20.86 to 12.92 per cent. Thus, these factors can statistically explain about 40 per cent of the between country differences in screening rates. Moreover, I found that these institutional factors seem to prevent that a woman believes a mammogram is “not necessary”. Conclusion: This analysis provides important insights about patient’s attitudes and understanding and highlights the importance of the availability of an organized screening program for screening differences across European countries.

* Ansgar Wübker

Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Institutionenökonomik und Gesundheitsmanagement

E-Mail: ansgar.wuebker@uni-wh.de

Andreas Schmid

Juniorprofessur Gesundheitsmanagement, Universität Bayreuth

E-Mail: andreas.schmid@uni-bayreuth.de

Bisher erschienene Bände der Reihe „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“

Band 1 – *Steuerungsprobleme im deutschen Gesundheitssystem – Aktuelle Ergebnisse empirischer Forschung*

Band 2 – *Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Wettbewerbswirkungen*

Band 3 – *Gesundheitspolitik, Wettbewerb und Gesundheitssystemforschung*

Band 4 – *Wettbewerb und Gesundheitskapital*

Band 5 – *Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen Gesundheitswesen:
Die Bereiche Pharma und stationäre Versorgung im Fokus gesundheitsökonomischer Forschung*

Band 6 – *Märkte und Versorgung*

Impressum

DIBOGS e.V.

c/o Prof. Dr. Andreas Schmid

JP Gesundheitsmanagement

Universität Bayreuth

95440 Bayreuth

www.dibogs.biz