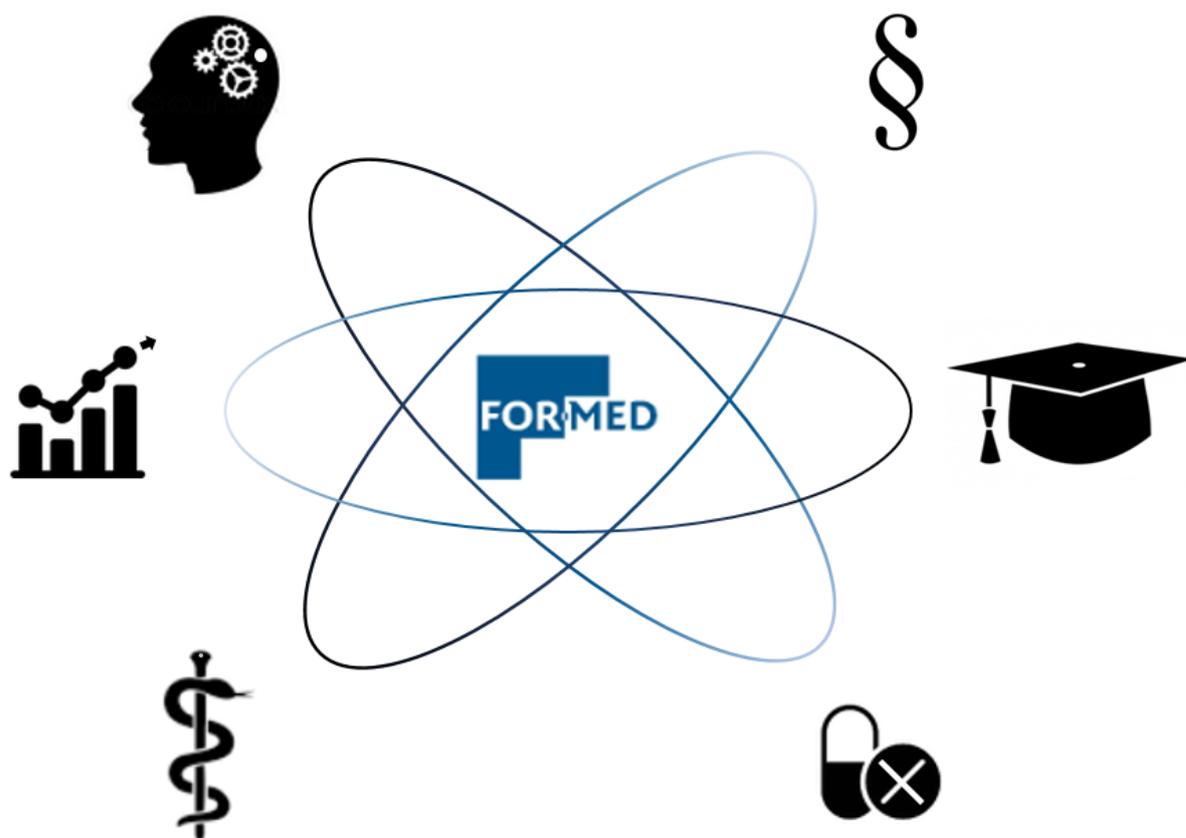


FOR-MED

Zeitschrift für das Management im Gesundheitswesen

Ausgabe 02/2020



Impressum

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Daumann
Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher

Reviewer Board:

Prof. Dr. Christoph Rasche
Prof. Dr. Gerald Schmola
Dr. Thomas Rudolf
PD Dr. Uwe Leder
Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke
Prof. Dr. Michael Hartmann

Chefredakteurin:

Aylin Faber
E-Mail: aylin.faber@for-med.de

Layout/Design:

Aylin Faber

Verlag:

FOR-MED GmbH
Postfach 10 06 47
95406 Bayreuth
info@mba-health-care.de

Hinweise zur Erscheinung: Die Zeitschrift der FOR-MED Gesellschaft für Betriebswirtschaft in der medizinischen Praxis mbH erscheint einmal pro Quartal.

Für Autoren und Anzeigen: Wenn Sie einen eigenen Beitrag oder eine Anzeige veröffentlichen möchten, nehmen Sie gerne Kontakt zur Redaktion auf:
info@mba-health-care.de

ISSN:

2627-5023

Copyright:

Die Zeitschrift sowie alle enthaltenen Beiträge inkl. Abbildungen und Tabellen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nicht zulässig. Der Nachdruck, die Übersetzung wie auch andere Verwendungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion und des Verlages unter Angabe der Quelle gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Managementweiterbildungen für Mediziner und der Unternehmenserfolg von Krankenhäusern – Evidenz aus Deutschland <i>- Dr. Florian Kaiser, Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann</i>	1
Die Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln in Österreich <i>- Ursula Jakob, Prof. Dr. Frank Daumann, Prof. Dr. Stefan Okruch</i>	10

Anzeigen

Healthcare Docs

Managementweiterbildungen für Mediziner und der Unternehmenserfolg von Krankenhäusern – Evidenz aus Deutschland

Abstract

Seit mehreren Jahren ist eine Zunahme von medizinisch ausgebildeten Krankenhausdirektoren zu verzeichnen, die eine akademische Managementweiterbildung absolviert haben (sogenannte MDMBAs). Neben den aus dieser Weiterbildung resultierenden Vorteilen, insbesondere im Bereich der ökonomischen Kenntnisse, besteht jedoch die Vermutung, dass etwa die Versorgungsqualität negativ beeinflusst werden könnte. Die vorliegende Untersuchung liefert hierzu erstmalig empirische Evidenz. Es zeigt sich, dass diese pauschalierte Sichtweise in der Praxis nur bedingt nachgezeichnet werden kann. So haben Krankenhäuser, die von MDMBAs geleitet werden gegenüber Einrichtungen mit medizinischem Geschäftsführer einen leicht höheren wirtschaftlichen Erfolg bei konstant bleibender Behandlungsqualität. Zudem bestehen erste Hinweise, dass Mediziner mit MBA-Weiterbildung eine bessere Harmonisierung medizinischer und ökonomischer Ziele gelingt.

Schlüsselbegriffe: Krankenhäuser, Management, Weiterbildung, Führung, Unternehmenserfolg

1. Problemstellung

Spätestens mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurde deutlich, dass der Gesetzgeber die Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern stärker fokussieren will. Zukünftig soll außerordentlich gute oder unzureichende Qualität finanzielle Zu- oder Abschläge bei der Vergütung zur Folge haben (vgl. §136b Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGBV). Neben der weiterhin bestehenden Notwendigkeit einer effizienten Leistungserbringung wird folglich eine Veränderung im Zielsystem der Krankenhäuser in Richtung Qualität und Patientennutzen stattfinden müssen. Der personellen Besetzung der Geschäftsführung kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Verschiedenen empirischen Arbeiten folgend können sie durch ihre Stellung und ihr Handeln rund 30 % des Unternehmenserfolgs beeinflussen (vgl. Quigley und Graffin, 2017, S. 799).

Regelmäßig wird deshalb der Vorschlag geäußert, Top-Management Positionen im Krankenhaus verstärkt mit Mediziner zu besetzen – den Experten der Kernleistung (vgl. Chaudrey et al., 2008, 213 f.; McAlearney et al., 2005, S. 11). Die Annahme lautet, dass medizinisch ausgebildete Geschäftsführer einen positiven Einfluss auf die Behandlungsqualität ausüben, etwa aufgrund ihrer klinischen Expertise, einer stärker patientenzentrierten Sichtweise und höherem Vertrauen seitens der Mitarbeiter (vgl. McGivern et al., 2015, S. 418-420). Ähnliche Entwicklungen lassen sich in anderen Branchen beobachten. So werden Chemie-Konzerne häufig von Naturwissenschaftlern und Fußball-Clubs von ehemaligen Spielern geführt. Auch hier wird argumentiert, dass Unternehmensleiter das zu Grunde liegende Geschäft beherrschen müssen. Übereinstimmend dazu ist auch in der Praxis eine wachsende Zahl von Ärzten in Führungspositionen in den Krankenhäusern der OECD-Länder zu verzeichnen (vgl. Rotar et al., 2016, S. 103 f.).

Um sie bei dieser Tätigkeit zu unterstützen und ihnen die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, wird vielfach empfohlen, die medizinische Ausbildung um eine wirtschaftswissenschaftliche Weiterbildung zu ergänzen. Auf diesem Weg, so die Annahme, erhalten sie eine Qualifikation, die Medizin und Ökonomie miteinander vereint und den Anforderungen einer wertschöpfungsorientierten Gesundheitsversorgung gerecht werden kann (vgl. Stoller et al., 2016, o. S.; Rotenstein et al., 2018, o. S.). In der Praxis finden Managementweiterbildungen für Mediziner eine zunehmende Verbreitung. So zeigt eine Studie der Harvard Business School, dass sich in den USA seit dem Jahr 2000 die Zahl der Programme mehr als verdoppelt hat (vgl. Ljuboja et al., 2016, S. 196).

Bereits mehrfach wurde der Frage nachgegangen, welchen Einfluss Mediziner im Top-Management von Krankenhäusern auf deren Leistung haben. Hierbei zeichnet sich tatsächlich ab, dass ärztliches Engagement mit besserer Behandlungsqualität einhergeht (vgl. Goodall, 2011, S. 536, Tasi et al., 2019, S. 258). Evidenz, welche Auswirkungen Doppelqualifikationen auf die Qualität der Versorgung oder den wirtschaftlichen Erfolg von Krankenhäusern haben, existierte jedoch bislang nicht. Dieser Frage sind nun

erstmalig Gesundheitsökonominnen der Universität Bayreuth nachgegangen. Mit 370 Einrichtungen aus dem deutschen Krankenhaussektor beinhaltet die Untersuchung die weltweit größte Stichprobe für ein einzelnes Land. Erfasst wurden für das Jahr 2016 sowohl Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität als auch die Patientenzufriedenheit und die finanzielle Leistung. Dieses breite Spektrum erlaubt es, ein differenziertes Bild der Versorgungssituation zu zeichnen.

2. Daten

Die Grundlage der Untersuchung bilden alle gemäß den Paragraphen 107ff. SGB V zugelassenen deutschen Krankenhäuser. Diese sind verpflichtet, jährlich strukturierte Qualitätsberichte auf Standortbasis zu veröffentlichen. Für die vorliegende Arbeit bilden die hierin enthaltenen Informationen über Bettenzahlen, durchgeführte Operationen und Prozeduren, Art der Trägerschaft, Führungsstrukturen sowie Art und Anzahl der Fachabteilungen die Datenbasis. Zudem wird die Wettbewerbsintensität einbezogen. Vergleichbare Untersuchungen haben gezeigt, dass diese ebenso die Handlungsfähigkeit der Geschäftsführung und Leistung der Krankenhäuser beeinflusst (vgl. Dorgan et al., 2010, S. 13; Schmid und Ulrich, 2013, S. 307).

Da in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser lediglich der Name des Geschäftsführers zu veröffentlichen ist, werden mittels umfassender Internetrecherchen alle weiteren für die Untersuchung relevanten Charakteristika der Führungskräfte separat erhoben. Hierzu gehören die Art der akademischen Ausbildung, die Amtsdauer in der aktuellen Position sowie akademische Zusatzqualifikationen. Die gewonnenen Informationen werden mittels der offiziellen Erklärungen in den Geschäftsberichten und freiwilligen Zusatzangaben aus den Qualitätsberichten validiert. Um fehlende Informationen zu ergänzen, werden die jeweiligen Krankenhäuser direkt kontaktiert.

Laut den strukturierten Qualitätsberichten hat Deutschland 1.717 Krankenhäuser an insgesamt 2.266 Standorten. Da Finanzinformationen allerdings nicht auf Standort- sondern nur auf Krankensebene verfügbar sind, werden nur jene 1.270 Krankenhäuser mit *einem* Standort in die Untersuchung einbezogen. Den Ausschlusskriterien vergleichbarer Untersuchungen folgend werden Einrichtungen mit weniger als 50 Betten und psychiatrische Krankenhäuser exkludiert, da diese Institutionen nicht die Versorgungssituation von Akutkrankenhäusern widerspiegeln, die diese Arbeit untersuchen möchte (vgl. Everhart et al., 2013, S. 153 f.; Kuntz et al., 2016, S. 170). Weiterhin auszuschließen sind Häuser, deren Geschäftsführer über keine der genannten Qualifikationsarten verfügt, nach 2015 eingestellt wurde oder solche mit mehr als einem Geschäftsführer.

Nach Bereinigung des Datensatzes gemäß den dargelegten

Kriterien umfasst das finale Sample 370 Einrichtungen und beinhaltet damit rund 20 % der deutschen Akutkrankenhäuser. Hier von haben 90 einen Geschäftsführer mit medizinischer Ausbildung, was etwa 4,4 % aller Krankenhäuser in Deutschland entspricht. Frühere Studien kommen zu der Einschätzung, dass weltweit weniger als 4 % aller Krankenhäuser von Medizinern geleitet werden (vgl. Gunderman und Kanter, 2009, S. 1348; Bloom et al., 2014, S. 16). Infolgedessen ist anzunehmen, dass die vorliegende Untersuchung einen substantiellen Teil der stationären Einrichtungen mit einer medizinisch ausgebildeten Geschäftsführung in Deutschland beinhaltet. In dem Sample der medizinischen Geschäftsführer haben rund 23 % eine Managementweiterbildung (sog. MDMBAs).

Behandlungsqualität

Die Behandlungsqualität wird ebenfalls mittels der strukturierten Qualitätsberichte erfasst. Für die Verwendung des Datensatzes im Rahmen dieser Untersuchung sprechen die Risikoadjustierung der Indikatoren für die Ergebnisqualität sowie die hohe Standardisierung des Datensatzes (vgl. Kostuj und Smektala, 2010, S. 1047 f.; Kuntz und Scholtes, 2013, S. 131 f.). Die Behandlungsqualität wird anhand von drei Krankheitsbildern bzw. Prozeduren erfasst: ambulant erworbene Pneumonien, Hüft- und Knieendoprothesen-Implantationen sowie Kaiserschnittgeburten. Für das Krankheitsbild Pneumonie wird als Indikator für Ergebnisqualität die Rate der Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie herangezogen, die während des stationären Aufenthaltes verstorben sind (pneuMort). Dieser Indikator lässt Rückschlüsse auf die allgemeine Behandlungsqualität zu, da unzureichende oder fehlerhafte Therapien mit einer etwa elffach erhöhten stationären Mortalitätsrate verknüpft sind (vgl. Menéndez et al., 2004, S. 960 f.).

Um die Behandlungsqualität der Hüftgelenkendoprothetik nach Gelenkfraktur zu bewerten, wird auf die präoperative Wartezeit bei der endoprothetischen Versorgung (hipRepWT) als Prozessindikator zurückgegriffen. Die Ergebnisse werden zusätzlich mit der präoperativen Wartezeit bei hüftgelenkserhaltenden Operationen validiert (hipPresWT). Überdurchschnittlich lange Wartezeiten können ein Hinweis für unzureichend organisierte Prozesse oder einen Mangel an personellen und materiellen Ressourcen sein (vgl. Casaletto und Gatt, 2004, S. 114; Mak et al., 2010, S. 37-39).

Weiterhin wird die risikoadjustierte Kaiserschnitttrate berücksichtigt (cSec). Seit Beginn der 1990er-Jahre hat sich die Sectiorate in Deutschland mehr als verdoppelt. Aktuell wird in Deutschland und im internationalen Umfeld vor allem seitens der Gesetzgeber und der medizinischen Fachgesellschaften gefordert, die Rate der Kaiserschnittgeburten zu reduzieren oder zumindest zu stabilisieren. Neuere Studien deuten darauf hin,

dass eine Sectorate, die über dem risikoadjustierten Erwartungswert liegt, mit einem negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität von Mutter und Kind assoziiert sein kann (vgl. Sandall et al., 2018, S. 1349 f.). Eine erhöhte Sectorate bei risikoarmen Schwangerschaften kann zudem ein Hinweis auf organisatorische Probleme sein. Hierzu zählen etwa eine zu risikoaverse Geburtshilfe, Personalmangel im Kreißsaal oder eingeschränkte Leitlinienreue (z. B. lückenhafte Kontrolle des Blutzuckerspiegels oder geburtshilfliche Beratung) (vgl. Degani und Sikich, 2015, S. 27; Lenzen-Schulte, 2019, S. 1063 f.).

Zuletzt findet die Patientenzufriedenheit Berücksichtigung. Im Gegensatz zu den bisher dargelegten Indikatoren werden die Informationen über die Zufriedenheit der Patienten während ihres stationären Aufenthaltes (patSat) dem Patient Experience Questionnaire entnommen. Diese Erhebung wird von zwei der größten deutschen Krankenkassen (AOK und BARMER) durchgeführt und ist mit über einer halben Million Rückläufen die größte Befragung ihrer Art in Europa. Für den US-amerikanischen Krankenhaussektor sind mehrere Studien zu dem Ergebnis gekommen, dass Einrichtungen mit sehr positiven Patientenbewertungen signifikant niedrigere 30-Tages-Mortalitätsraten bei Herzinfarkten und Pneumonien sowie geringe Wiedereinweisungsrate haben (Vgl. Weisse Liste, 2018, S. 4-8; Boulding et al., 2011, S. 41; Sacks et al., 2015, S. 858).

Wirtschaftlicher Erfolg

Die Amadeus-Finanzdatenbank von Bureau van Dijk stellt die Datengrundlage für die Bewertung der finanziellen Leistung dar. Amadeus liefert Finanzinformationen von über 22 Millionen börsennotierten und nicht-börsennotierten Unternehmen in Europa. Die Datenbank kombiniert dabei Finanzdaten von mehr als 35 Informationsanbietern mit eigenen Erhebungen. Ein wesentlicher Vorteil ist die standardisierte Aufbereitung und Darstellung der Informationen, die es ermöglicht, aussagekräftige Vergleiche der finanziellen Leistungsfähigkeit unterschiedlicher Unternehmen anzustellen. Als Kennzahl für die finanzielle Leistung der Krankenhäuser wird die Gewinnspanne genutzt (Profit Margin). In Amadeus ist die Gewinnspanne definiert als das Verhältnis zwischen Gewinn/Verlust vor Steuern und dem Umsatzerlös aus dem operativen und nicht-operativen Geschäft. Sie ist eine der am häufigsten genutzten Finanzkennzahlen und lässt Aussagen über die Rentabilität von Unternehmen zu (vgl. Kuntz et al., 2014, S. 395).

Methodik

Indikatoren und Kennzahlen des Erfolgs von Krankenhäusern können unterschiedlichste Formen annehmen, wie etwa Wartezeit, Gelenkbeweglichkeit oder Mortalität. Um den Einfluss der

akademischen Aus- und Weiterbildung der Krankenhausgeschäftsführung auf den Unternehmenserfolg analysieren zu können, wird deshalb eine robuste Spezifikation benötigt, die heterogene Verteilungen und Darstellungsformen innerhalb der Qualitäts- und Finanzdaten erfassen kann. In diesem Kontext wird in der wirtschaftswissenschaftlichen Forschung häufig auf Ordered-Probit-Modelle zurückgegriffen (vgl. McKelvey und Zavoina, 1975, S. 103 ff.; Greene, 2012, S. 827). Hierbei werden alle abhängigen Variablen kategorisiert und auf einer Ordinalskala abgebildet, was es ermöglicht, Rangordnungen zu erstellen. Im Fall der präoperativen Wartezeit beispielsweise nach Minuten, geordnet von niedrig nach hoch. Anders als bei klassischen linearen Regressionsmodellen ist es nicht notwendig, den Abstand zwischen den einzelnen Kategorien (etwa niedrig, mittel, hoch) zu kennen. Die Modellspezifikation, die die Wirkungsbeziehung zwischen Unternehmenserfolg und erklärenden Variablen aufzeigt, wird durch folgenden linearen Regressionszusammenhang beschrieben:

$$y_i^* = \beta'x_i + \varepsilon_i, \text{ gegeben } y_i = j \text{ if } \mu_{j-1} < y_i^* < \mu_j, \quad \varepsilon_i \sim N[0,1]$$

Hierin sei y_i^* die Variable, die den medizinischen oder finanziellen Erfolg eines Krankenhauses misst. Da y_i^* selbst nicht beobachtbar ist, handelt es sich um eine latente Variable. Der Vektor x_i bezeichnet den $(k \times 1)$ -Vektor und enthält die Ausprägungen der beobachtbaren, nicht-zufälligen erklärenden Variablen; β ist ein $(k \times 1)$ -Vektor mit den unbekanntenen Parametern des Modells; ε_i symbolisiert den Störterm des aufgrund der fehlenden Beobachtbarkeit der endogenen Variablen latenten Regressionsmodells. Für ε_i gelte, dass der Term unabhängig über die n Erhebungseinheiten standardnormalverteilt um die Regressionslinie mit dem Erwartungswert Null und der Varianz Eins ist.

Dementsprechend wird Krankenhauserfolg mit niedrigen Komplikationsraten, hohen Leitlinienreuen, kurzen Wartezeiten und hohen Gewinnspannen, y_i^* beschrieben. Jede dieser polytomen Indikatorvariablen mit ordinalem Messniveau y_i kann in drei diskrete Kategorien eingeordnet werden; y_i wird gemäß dem nachfolgenden Modell bestimmt, wobei μ_1 und μ_2 hier die unbekanntenen, zu schätzenden Schwellenwerte darstellen, bei deren Überschreitung die manifeste Variable y_i in eine der anderen Kategorien wechselt:

$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{if } -\infty \leq y_i^* \leq \mu_1 \text{ (niedrigste Kategorie)} \\ 2 & \text{if } \mu_1 \leq y_i^* \leq \mu_2 \text{ (mittlere Kategorie)} \\ 3 & \text{if } \mu_2 \leq y_i^* \leq \infty \text{ (höchste Kategorie)} \end{cases}$$

Für lineare Regressionsmodelle mit metrisch skalierten Variablen lässt sich mittels des ausgewiesenen R^2 die durch das Modell erklärte Varianz als Gütemaß angeben. Aufgrund der Nicht-

Linearität von Ordered-Probit-Modellen, die aus dem ordinalen Skalenniveau resultiert, kann diese Varianz jedoch nicht geschätzt werden. Für die Beurteilung der Modellgüte wird deshalb eine logarithmische Plausibilitätsfunktion in Form des adjustierten Pseudo-R² nach McFadden (1973) verwendet (vgl. McFadden, 1973, S. 121 f.).

$$Adj. R^2 = 1 - \frac{\ln \hat{L}(M_{Voll}) - K}{\ln \hat{L}(M_{Konstante})}$$

Weiterhin könnten zwischen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe deutliche Abweichungen in Bezug auf die Verteilung der Kovariablen (Bettzahl, Trägerschaft, Dauer der Geschäftsführung und Wettbewerbsumfeld) existieren. So sind in der vorliegenden Untersuchung etwa medizinisch ausgebildete Geschäftsführer im Vergleich deutlich häufiger in großen und/oder öffentlichen Krankenhäusern tätig. Um das aus diesen Unterschieden erwachsene Risiko von Störfaktoren und Endogenität zu reduzieren, wird ein Coarsened-Exact-Matching (CEM) Algorithmus nach Iacus et al. (2012) auf die Krankenhauscharakteristika angewendet. Dieser eliminiert alle Ungleichgewichte innerhalb der jeweiligen Behandlungs- und Kontrollgruppe (vgl. Iacus et al. 2012, S. 8 f.).

Die Grundidee von CEM ist es, jede Variable durch Umkodierung so zu vergrößern, dass vergleichbare Werte gruppiert und mit einem gemeinsamen numerischen Wert versehen werden. Anders ausgedrückt erstellt der CEM-Algorithmus verschiedene Ebenen (Strata), beispielsweise $s \in S$, jeweils mit dem gleichen vergrößerten Wert X . Je Ebene werden nur die Einheiten behalten, für die mindestens eine Kontroll- und Behandlungseinheit vorhanden ist. Dementsprechend beschreibt T^s die Behandlungseinheiten in der Ebene s und $m_T^s = \#T^s$ die Anzahl der Behandlungseinheiten je Ebene. Analog gilt dazu C^s und $m_C^s = \#C^s$ für die Kontrolleinheiten. Die Anzahl der zugeordneten Einheiten wird durch $m_T = \sum_{s \in S} m_T^s$ und $m_C = \sum_{s \in S} m_C^s$ beschrieben. Für jede zugeordnete Einheit i in der Ebene s ordnet CEM folgende Gewichtungen zu:

$$w_i = \begin{cases} 1, & i \in T^s \\ \frac{m_C m_T^s}{m_T m_C^s}, & i \in C^s \end{cases}$$

Ergebnisse

Behandlungsqualität

Krankenhäuser, die von MDMBAs geführt werden, erzielen im Vergleich zu von Ökonomen geleiteten Einrichtungen eine bessere Ergebnisqualität bei Patienten mit einer extern erworbenen Pneumonie in Form einer niedrigeren stationären Mortalitätsrate (Pneu Mort, $p < 0,05$). Die Wahrscheinlichkeit, die beste Ergebniskategorie zu erreichen, liegt in von MDMBAs geleiteten Krankenhäusern rund 24,7 Prozentpunkte über der von Einrichtungen mit rein wirtschaftswissenschaftlich ausgebildeten Geschäftsführern ($p < 0,05$).

In Bezug auf die Prozessqualität zeigt sich ein geteiltes Bild. Einerseits erzielen Krankenhäuser mit MDMBAs in der Klinikleitung im Vergleich zu Ökonomen schlechtere Ergebnisse für präoperative Wartezeiten bei Hüftfrakturen sowohl bei gelenkeretzenden als auch bei gelenkerhaltenden Operationen (hipRep WT, hipPres WT, $p < 0,01$, $p < 0,1$). Auch die Wahrscheinlichkeit niedrigster Wartezeiten ist in von MDMBAs geführten Einrichtungen zwischen 12,8 und 22,2 Prozentpunkte geringer ($p < 0,05$, $p < 0,1$). Die Ergebnisse der bivariaten Schätzung deuten zudem darauf hin, dass MDMBAs bei der frühen Mobilisierung von Patienten mit einer extern erworbenen Pneumonie schlechtere Ergebnisse erzielen ($p < 0,1$). Andererseits zeigen die Ergebnisse ebenfalls, dass die Rate der Kaiserschnittgeburten in von MDMBAs geführten Einrichtungen unter der von Ökonomen sowie von Medizinern liegen (cSec, $p < 0,1$). Die Wahrscheinlichkeit eine geringe Sectiorate zu erzielen ist in Einrichtungen mit einem MD MBA an der Spitze im Vergleich rund 10,5 Prozentpunkte geringer ($p < 0,1$).

Patientenzufriedenheit

Hinsichtlich der Zufriedenheit von Patienten mit ihrer Behandlung in Krankenhäusern (patSat) können auf Grundlage der Untersuchung keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen von MDMBAs oder von Ökonomen geleiteten Einrichtungen festgestellt werden. Aus dem bestehenden Datensatz ist es nicht direkt möglich, die Ergebnisse der Patientenzufriedenheit zwischen Krankenhäusern mit einem Mediziner und einem Mediziner mit Managementweiterbildung in der Geschäftsführung (d. h. zwischen Abbildung eins und zwei) zu vergleichen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die geringere Beobachtungszahl in der MD MBA-Schätzung zu einem überproportionalen Auftreten extremer Werte führen kann, wodurch die Effektgröße unter Umständen überschätzt wird.

Finanzielle Leistung

Hinsichtlich der finanziellen Leistung von Krankenhäusern (Profit Margin), die von MDMBAs geleitet werden, können keine statistisch signifikanten Unterschiede zu von Ökonomen geleiteten Einrichtungen festgestellt werden. Die Berechnungen für die medizinische und finanzielle Leistung sowie für die Patientenzufriedenheit erfolgte ebenfalls mit einer bivariaten Schätzung, die vergleichbare Ergebnisse hervorgebracht hat. Die Abbildungen eins und zwei nehmen eine graphische Darstellung der Ergebnisse vor.

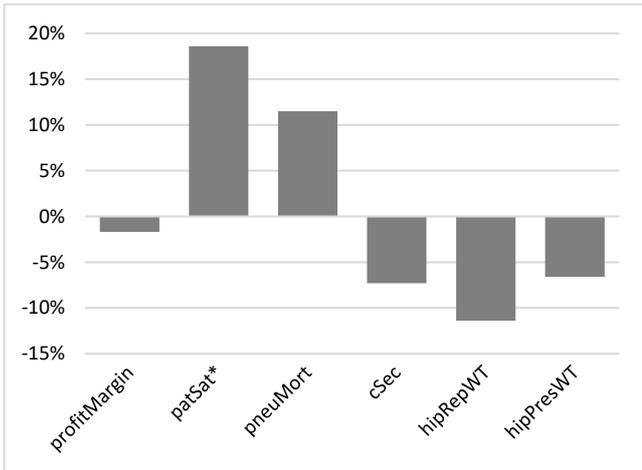


Abbildung 1: Wahrscheinlichkeit zur Erreichung der besten Ergebniskategorie durch medizinisch ausgebildete Geschäftsführer (*Ergebnis nicht direkt mit Abb. 2 vergleichbar)
Quelle: Eigene Darstellung

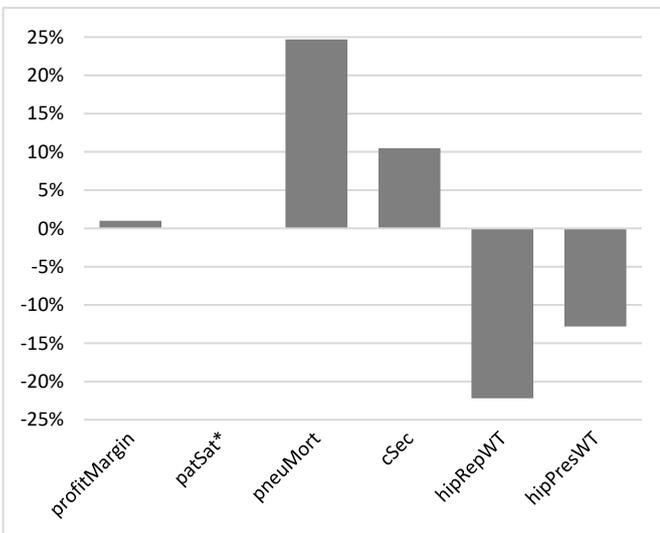


Abbildung 2: Wahrscheinlichkeit zur Erreichung der besten Ergebniskategorie durch medizinische Geschäftsführer mit Managementweiterbildung (*Ergebnis nicht direkt mit Abb. 1 vergleichbar)
Quelle: Eigene Darstellung

Diskussion

Insgesamt zeigt sich, dass die gewonnenen Erkenntnisse zum Teil die in der Literatur bestehenden Annahmen bestätigen, ihnen aber auch in zentralen Punkten widersprechen. So ist es eine der zentralen Aussagen, dass, anders als bislang angenommen, keine Verschlechterung der Behandlungsqualität durch eine Managementweiterbildung festgestellt werden konnte. Dies stützt die Annahme einer nachhaltigen Beeinflussung des Entscheidungsverhaltens und der individuellen Kompetenzbasis durch die starke Sozialisierung im Medizinstudium.

In Bezug auf die Zielpriorisierung bestehen erste Hinweise, dass es MDMBAs gelingt, gegenüber den anderen Qualifikationsarten eine bessere Harmonisierung zwischen medizinischen und ökonomischen Zielen zu erreichen. So haben von Medizinern mit Managementweiterbildung geführte Krankenhäuser die niedrigste Rate an Kaiserschnittgeburten. Eine niedrige Sectorate bei risikoarmen Schwangerschaften ist ein Hinweis darauf, dass sowohl organisatorische Herausforderungen (Personalmangel im Kreißaal, eingeschränkte Leitlinien-treue etc.) als auch medizinische Aspekte (z. B. risikoaverse Geburtshilfe) miteinander in Einklang gebracht werden können. Eine Begründung für diese Beobachtung liegt in der Unterrichtsmethodik von MBA-Programmen. So baut die häufig angewendete Fallstudien-Methode („Case Study Method“) darauf auf, dass Wissen nicht nur von den Dozenten vermittelt wird, sondern zu einem großen Teil durch Interaktion zwischen den Studierenden entsteht (vgl. Harvard Business School (2020), o. S.). Da die Teilnehmer innerhalb der Gruppen häufig unter „ihresgleichen“ sind, also dem klinischen Umfeld entstammen, können diese Diskussionsrunden als korrektiv gegenüber zu stark ökonomisch geprägten Lösungsansätzen wirken.

Darüber hinaus zeigt sich, dass MBA-Weiterbildungen für Mediziner kaum negativen Einfluss auf die Vertrauens- und Machtbasis gegenüber den Mitarbeitern haben. Für eine konstant bleibende Einflussnahme durch MDMBAs sprechen jedoch die etwa gleichbleibende Patientenzufriedenheit und Prozessqualität gegenüber Ökonomen. Insgesamt scheint damit der in der früheren Literatur vielfach zitierte Reputationsverlust durch Managementweiterbildungen weitestgehend ein Phänomen der Vergangenheit zu sein. So werden beispielsweise in Stellenausschreibungen für Chefarztpositionen mittlerweile explizit Managementkompetenzen eingefordert. Dies verdeutlicht, dass ein MBA unter Fachkollegen nicht länger als Schandfleck angesehen wird, sondern die besondere Eignung der medizinischen Führungskraft für diese Stelle unterstreicht. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Wahrnehmung durch Kollegen und Mitarbeiter stets einer gewissen Dynamik unterliegt. Führen etwa Veränderungen der äußeren Umstände (Epidemien o. Ä.) zu der Ansicht, die ökonomische Komponente müsse in den Hintergrund rücken, könnte dies auch einen Vertrauensverlust in MDMBAs zur Folge haben.

Eine Vorteilhaftigkeit kann MBA-Programmen vor allem dann attestiert werden, wenn bei gleichbleibender Behandlungsqualität der wirtschaftliche Erfolg der Krankenhäuser zunimmt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die finanzielle Leistung der von MDMBAs geleiteten Einrichtungen nur gering von denen mit Ökonomen in der Geschäftsführung unterscheidet. Dies kann als erster Hinweis gelten, dass der Effekt von Managementweiter-

bildungen für Mediziner in ihrer derzeitigen Ausgestaltung überschaubar ist. Allerdings sollten die Ergebnisse mit gebotener Vorsicht interpretiert werden. Einerseits sind die Unterschiede in der finanziellen Leistung zwischen den drei Qualifikationsarten und die Effektgrößen insgesamt eher gering. Etwaige Vorteile von Managementweiterbildungen könnten so aufgrund statistischer Unschärfen verloren gehen. Andererseits wurde der wirtschaftliche Erfolg nur anhand der Gewinnspanne bewertet, Effekte in anderen Bereichen der finanziellen Leistung werden somit unter Umständen nicht erfasst. Damit bleibt festzuhalten, dass erste Hinweise für einen überschaubaren positiven Einfluss von Managementweiterbildungen für Mediziner auf den wirtschaftlichen Erfolg von Krankenhäusern bestehen. Deutlich wird jedoch auch die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen. Hervorzuheben ist, dass die in der Literatur vielfach vermutete Verschlechterung der Behandlungsqualität nicht nachgezeichnet werden kann.

Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den gewonnenen Erkenntnissen können mehrere Handlungsempfehlung abgeleitet werden. So liegt es nahe, dass es den wirtschaftswissenschaftlichen Studiengängen besser gelingt, die theoretischen Inhalte aus der Lehre mit der Praxis zu verknüpfen. Insbesondere die sozialen Kompetenzen sind hierbei exemplarisch. MDMBAs erzielen schlechtere Ergebnisse im Bereich der Personalführung als Ökonomen, trotz der im Vergleich umfangreicheren Vermittlung von Soft Skills und überfachlichen Fähigkeiten. Ein möglicher Erklärungsansatz besteht darin, dass Ökonomen bereits während des Studiums Praxiserfahrung in der Wirtschaft sammeln und nach ihrer Ausbildung schneller und umfassender Führungsverantwortung innehaben, im Rahmen dessen sie ihre sozialen Kompetenzen weiter ausbauen können. Demgegenüber übernehmen Mediziner in der Regel erst später und auf höheren Karriereebenen vergleichbare Personalverantwortung.

Basierend auf dieser Annahme werden zwei Empfehlungen für die Gestaltung von MBA-Programmen ausgesprochen. Erstens sind die Teilnehmer nach ihren Karrierezielen bzw. ihrer angestrebten Laufbahn zu selektieren. Mediziner, die in der Klinik tätig sind, sollten beginnen, wenn sie erste Führungsverantwortung übernehmen. Wohingegen für Mediziner, die bereits nach der Ausbildung eine Management-Laufbahn einschlagen ein früherer Start sinnvoll sein kann. Auf diesem Weg kann eine stärkere Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis erreicht werden. Diese ist notwendig, da individuelle Kompetenzen nicht nur im Rahmen der formellen Qualifizierung (Aus- und Weiterbildung), sondern auch durch informell-erfahrungsorientiertes Lernen im beruflichen Alltag formiert werden. Erst das Zusammenwirken beider Faktoren ermöglicht es, die Kompetenzbasis von

Individuen nachhaltig und substantiell zu verändern.

Zweitens sollten die Anbieter von MBAs versuchen, die Verbindung von Theorie und Praxis auch bei der Ausgestaltung ihrer Programme stärker zu berücksichtigen, etwa indem strukturierte Praxisanteile ergänzt oder umfangreichere Praxisprojekte in das Curriculum integriert werden. Hierbei ist insbesondere die Kontextspezifität individueller Kompetenzen zu berücksichtigen. So sollten beispielsweise Managementprogramme, die auf Führungsaufgaben in Krankenhäusern vorbereiten, praktische Anteile beinhalten, die die Rahmenbedingungen und Besonderheiten des Gesundheitswesens berücksichtigen. Diese Empfehlungen beziehen sich dabei primär auf Vollzeitprogramme. Studierende in Teilzeitprogrammen verbleiben hingegen in der Regel an ihrem bisherigen Arbeitsplatz, weshalb bei ihnen von Beginn an eine stärkere Einbindung des Erlernten in die einschlägige berufliche Praxis erfolgt. Gleichwohl wird noch einmal die Relevanz des erstgenannten Punktes ersichtlich, wonach MBA-Weiterbildungen idealerweise mit der ersten Managementtätigkeit beginnen sollten, um sowohl einen Praxistransfer zu ermöglichen als auch Redundanzen bei der Kompetenzvermittlung zu vermeiden.

Zuletzt darf nicht außer Acht gelassen werden, dass MBA-Programme positive Effekte für die Teilnehmenden hervorbringen können, die in erster Linie indirekt oder mittelfristig zu einer veränderten Unternehmensleistung beitragen. Hierzu gehört die Erweiterung des eigenen beruflichen Netzwerks, wodurch Möglichkeiten für Kooperationen oder zum Erfahrungsaustausch entstehen können. Weiterhin erfolgt bei jeder Art der (Weiter-)Bildung auch eine individuelle Horizonterweiterung, wodurch die Fähigkeit zunimmt, ein reflektiertes Verhältnis zu sich und seiner Umwelt zu entwickeln sowie die hierin bestehenden Zusammenhänge zu bewerten (vgl. Dederich, 1996, S. 2-4).

Fazit

Nach Kenntnis der Autoren ist die vorliegende Untersuchung international die erste Arbeit, die den Einfluss von MBA-Weiterbildungen für Mediziner im Top-Management von Krankenhäusern auf den Unternehmenserfolg empirisch analysiert. Trotz des explorativen Charakters konnten mehrere Erkenntnisse gewonnen werden, die die bisherige Literatur teils bestätigen, ihr aber auch in zentralen Punkten widersprechen. So konnte, anders als bislang angenommen, keine Verschlechterung der Behandlungsqualität durch eine Managementweiterbildung festgestellt werden. Dies stützt die Beobachtung, dass die medizinische Sozialisation stark ist und das Entscheidungsverhalten nachhaltig beeinflusst. Darüber hinaus bestehen erste Hinweise, dass MDMBAs eine bessere Harmonisierung zwischen medizinischen und ökonomischen Zielen erreichen. Auch scheint der in der Literatur vielfach zitierte Reputationsverlust nach der Weiterbildung ein Phänomen der Vergangenheit zu sein. Hierfür sprechen die

gleichbleibende Patientenzufriedenheit und eine leicht vorteilhafte Prozessqualität.

In Bezug auf die finanzielle Leistung wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Krankenhäusern mit MDMBAs oder Ökonomen in der Geschäftsführung gefunden. Gegenüber Mediziner*innen scheint eine leicht bessere finanzielle Leistung zu bestehen. Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass erste Hinweise für einen überschaubaren, leicht positiven Einfluss von Managementweiterbildungen für Mediziner auf den wirtschaftlichen Erfolg vorliegen. Deutlich wird jedoch auch die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen.

Ein zentraler Ansatzpunkt für Optimierungsbemühungen ist die Gestaltung der Programme. Es wird empfohlen, die Teilnehmer nach ihrer angestrebten Laufbahn zu selektieren und die Weiterbildung mit der Übernahme erster Führungsverantwortung zu beginnen. Auf diesem Weg kann eine starke Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis erreicht werden. Für Mediziner, die klinisch tätig sind, ist somit ein späterer Start ratsam, als für jene, die bereits nach dem Studium eine dezidierte Management-Karriere verfolgen. Auch sollten die Anbieter von Vollzeitprogrammen versuchen, diese Verknüpfung stärker in den Curricula zu berücksichtigen, etwa indem strukturierte Praxisanteile oder umfangreichere Projektarbeiten integriert werden. Zuletzt bleibt zu berücksichtigen, dass MBA-Weiterbildungen auch positive Effekte hervorbringen, die nicht direkt auf den Unternehmenserfolg einwirken. Hierzu gehören etwa eine individuelle Horizonterweiterung und die Erweiterung des eigenen beruflichen Netzwerks.

Autoren



Dr. Florian Kaiser

Universität Bayreuth

E-Mail: Florian.Kaiser@uni-bayreuth.de

Dr. Florian Kaiser ist Gesundheitsökonom und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl BWL V (Produktionswirtschaft und Industriebetriebslehre) an der Universität Bayreuth. Er hat über Managementqualifikationen im Krankenhaus promoviert.



Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann

Universität Bayreuth

E-Mail: j.schluechtermann@uni-bayreuth.de

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann ist Inhaber des Lehrstuhls BWL V (Produktionswirtschaft und Industriebetriebslehre) an der Universität Bayreuth. Er ist einer der beiden Leiter des berufsbegleitenden MBA-Studiengangs Health Care Management an der Universität Bayreuth.

Literaturverzeichnis

- Bloom, N., Sadun, R. and van Reenen, J. (2014) 'Does Management Matter in Healthcare?' Center for Economic Performance and Harvard Business School. Verfügbar unter: https://www.ihf-fih.org/resources/pdf/Does_Management_Matter_in_Healthcare.pdf (Zugriff: 9. März 2020).
- Boulding, W., Glickman, S.W., Manary, M.P., Schulman, K.A. and Staelin, R. (2011) 'Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days', *The American Journal of Managed Care*, 17(1), S. 41–48.
- Casaletto, J.A. and Gatt, R. (2004) 'Post-operative mortality related to waiting time for hip fracture surgery', *Injury*, 35(2), S. 114–120.
- Chaudry, J., Jain, A., McKenzie, S. and Schwartz, R.W. (2008) 'Physician leadership: The competencies of change', *Journal of Surgical Education*, 65(3), S. 213–220.
- Dedering, H. (1996) 'Einführung: Gegenstand und Bedeutung der arbeitsorientierten Bildung', in Dedering, H., Arnold, R., Bönsch, M. and Bojanowski, A. (Hrsg.) *Handbuch zur arbeitsorientierten Bildung*. Berlin: De Gruyter, S. 1–8.
- Dedering, H., Arnold, R., Bönsch, M. and Bojanowski, A. (Hrsg.) (1996) *Handbuch zur arbeitsorientierten Bildung*. Berlin: De Gruyter.
- Degani, N. and Sikich, N. (2015) 'Caesarean Delivery Rate Review: An Evidence-Based Analysis', *Ontario Health Technology Assessment Series*, 15(9), S. 1–58.
- Dorgan, S., Layton, D., Bloom, N., Homkes, R., Sadun, R. and van Reenan, J. (2010) *Management in healthcare, why good practice really matters*. London: McKinsey and Company/London School of Economics.
- Everhart, D., Neff, D., Al-Amin, M., Nogle, J. and Weech-Maldonado, R. (2013) 'The effects of nurse staffing on hospital financial performance: Competitive versus less competitive markets', *Health Care Management Review*, 38(2), S. 146–155.
- Goodall, A.H. (2011) 'Physician-leaders and hospital performance: Is there an association?' *Social Science and Medicine*, 73(4), S. 535–539.
- Greene, W.H. (2012) *Econometric analysis*. 7. Auflage. Boston: Pearson.
- Gunderman, R. and Kanter, S.L. (2009) 'Perspective: Educating physicians to lead hospitals', *Academic Medicine*, 84(10), S. 1348–1351.
- Harvard Business School (2020) *What is the Case Study Method?* Verfügbar unter: <https://www.exed.hbs.edu/hbs-experience/learning-experience/case-study-method> (Zugriff: 31. März 2020).
- Iacus, S.M., King, G. and Porro, G. (2012) 'Causal Inference without Balance Checking: Coarsened Exact Matching', *Political Analysis*, 20(01), S. 1–24.
- Kostuj, T. and Smektala, R. (2010) *Qualitätssicherung mithilfe von Routinedaten. Ist Ergebnisqualität ab jetzt messbar?* *Der Unfallchirurg*, 113(12), 1047–8, 1050–2.
- Kuntz, L., Pulm, J. and Wittland, M. (2014) 'Hospital Governance und die Struktur deutscher Krankenhaus-Aufsichtsgremien', *Das Gesundheitswesen*, 76(6), S. 392–398.
- Kuntz, L., Pulm, J. and Wittland, M. (2016) 'Hospital ownership, decisions on supervisory board characteristics, and financial performance', *Health Care Management Review*, 41(2), S. 165–176.
- Kuntz, L. and Scholtes, S. (2013) 'Physicians in leadership: the association between medical director involvement and staff-to-patient ratios', *Health Care Management Science*, 16(2), S. 129–138.
- Lenzen-Schulte, M. (2019) 'Geburtshilfe: Die Sectorate zu senken ist schwierig', *Deutsches Ärzteblatt*, 116(21), S. 1063–1065.

- Ljuboja, D., Powers, B.W., Robbins, B., Huckman, R., Yeshwant, K. and Jain, S.H. (2016) 'When doctors go to business school: Career choices of physician-MBAs', *The American Journal of Managed Care*, 22(6), 196-198.
- Mak, J.C.S., Cameron, I.D. and March, L.M. (2010) 'Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update', *The Medical Journal of Australia*, 192(1), S. 37-41.
- McAlearney, A.S., Fisher, D., Heiser, K., Robbins, D. and Kelleher, K. (2005) 'Developing effective physician leaders: Changing cultures and transforming organizations', *Hospital Topics*, 83(2), S. 11-18.
- McFadden, D. (1974) 'Conditional Logit Analysis of Qualitative Choice Behavior', in Zarembka, P. (Hrsg.) *Frontiers in econometrics. (Economic theory and mathematical economics)*. New York: Academic Press, S. 105-142.
- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L. and Waring, J. (2015) 'Hybrid Manager-Professionals' Identity Work: The Maintenance and Hybridization of Medical Professionalism in Managerial Contexts', *Public Administration*, 93(2), S. 412-432.
- McKelvey, R.D. and Zavoina, W. (1975) 'A statistical model for the analysis of ordinal level dependent variables', *The Journal of Mathematical Sociology*, 4(1), S. 103-120.
- Menéndez, R., Torres, A., Zalacain, R., Aspa, J., Martín Villasclaras, J.J., Borderías, L., Benítez Moya, J.M., Ruiz-Manzano, J., Rodríguez de Castro, F., Blanquer, J., Pérez, D., Puzo, C., Sánchez Gascón, F., Gallardo, J., Alvarez, C. and Molinos, L. (2004) 'Risk factors of treatment failure in community acquired pneumonia: implications for disease outcome', *Thorax*, 59(11), S. 960-965.
- Quigley, T.J. and Graffin, S.D. (2017) 'Reaffirming the CEO effect is significant and much larger than chance: A comment on Fitza (2014)', *Strategic Management Journal*, 38(3), S. 793-801.
- Rotar, A.M., Botje, D., Klazinga, N.S., Lombarts, K.M., Groene, O., Sunol, R. and Plochg, T. (2016) 'The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries', *BMC Health Services Research*, 16(SuSI. 2), S. 99-109.
- Rotenstein, L.S., Sadun, R. and Jena, A.B. (2018) 'Why Doctors Need Leadership Training', *Harvard Business Review* (Zugriff: 10. März 2020).
- Sacks, G.D., Lawson, E.H., Dawes, A.J., Russell, M.M., Maggard-Gibbons, M., Zingmond, D.S. and Ko, C.Y. (2015) 'Relationship Between Hospital Performance on a Patient Satisfaction Survey and Surgical Quality', *JAMA Surgery*, 150(9), S. 858-864.
- Sandall, J., Tribe, R.M., Avery, L., Mola, G., Visser, G.H.A., Homer, C.S.E., Gibbons, D., Kelly, N.M., Kennedy, H.P., Kidanto, H., Taylor, P. and Temmerman, M. (2018) 'Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children', *The Lancet*, 392(10155), S. 1349-1357.
- Schmid, A. and Ulrich, V. (2013) 'Consolidation and concentration in the German hospital market: the two sides of the coin', *Health Policy*, 109(3), S. 301-310.
- Stoller, J.K., Goodall, A. and Bäker, A. (2016) 'Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors'. *Harvard Business Review* (digital article). Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/311981072_Why_The_Best_Hospitals_Are_Managed_by_Doctors (Zugriff: 10. März 2020).
- Tasi, M.C., Keswani, A. and Bozic, K.J. (2019) 'Does physician leadership affect hospital quality, operational efficiency, and financial performance?' *Health Care Management Review*, 44(3), S. 256-262.
- Weisse Liste (2018) Methodendokument Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ), 16 April. Verfügbar unter: https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/export/sites/aok/de/content/pdf/service/Methodendokument_PEQ-Normal_PEQ-Geburt.pdf.
- Zarembka, P. (Hrsg.) (1974) *Frontiers in econometrics*. New York: Academic Press

BOOST YOUR CAREER:
Come to New Zealand!
Project Manager Healthcare Innovation



We ...

- Looking for a project manager in an institute for innovation and improvement, connected to a large clinic in Auckland.
- need someone supporting clinical teams with projects for the redesign of nursing as well as further innovations in the field of health care.
- The Auckland Health Board is the largest in New Zealand and provides services to a population of more than 630,000 people.
- The focus lies on the design and implementation of innovative care models.
- This role requires the ability to manage projects, change management, KPI analysis and coaching
- Excellent communication skills and intercultural competence are an absolute 'must have'

You ...

- manage and support multiple projects in collaboration with other project managers
- create detailed project plans and regular reports for the clinic management
- use population approaches, and are confident in data and evidence-based strategies for planning
- have the main focus on improving patient care
- are familiar with positive change management
- are fit in using methods of quality improvement
- have a tertiary qualification in health management, as well as in project management, preferably in the health sector



our service is free of charge
www.healthcare-docs.com

Die Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln in Österreich

Abstract

In Österreich wird von staatlicher Seite erheblich in die Preisbestimmung verschreibungspflichtiger Medikamente eingegriffen. In diesem Beitrag sollen daher Preisfindung und Erstattung von verschreibungspflichtigen Medikamenten dargestellt und gewürdigt werden. In Österreich wurde im Jahre 2005 ein sog. Erstattungskodex (EKO) eingeführt, der eine „Positivliste“ für Arzneimittel darstellt und in drei Bereiche (grün, gelb, rot) unterteilt ist. Dabei ist die Zuordnung neuer Arzneimittel (AM) zu diesen Bereichen, die auf Basis einer ökonomischen Evaluation erfolgt, ausschlaggebend für die Preisbildung. Es zeigt sich, dass im Vergleich zu Deutschland die österreichischen Arzneimittel-Ausgaben pro Kopf geringer und die Anzahl der Arzneimittel-Marktneueinführungen auf gleicher Höhe ist.

Schlüsselbegriffe: Arzneimittel, Preisbildung, Erstattung, Preisbildungsverfahren, Generika.

1 Problemstellung

Seit Jahren steigen die Ausgaben der Krankenkassen für verschreibungspflichtige AM (Rx-Medikamente) in Österreich stetig an (vgl. statista, 2019). Die erhöhte Nachfrage nach dieser Medikamentengruppe liegt besonders an der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und der ebenso steigenden Multimorbidität der Patienten (vgl. dazu Böhm/Tesch-Römer/Ziese, 2009). In Österreich (und auch in vielen anderen Ländern) wird dabei von staatlicher Seite erheblich in die Preisbestimmung verschreibungspflichtiger Medikamente eingegriffen. Vor diesem Hintergrund sollen in diesem Betrag Preisfindung und Erstattung von verschreibungspflichtigen Medikamenten dargestellt und gewürdigt werden. Der Betrag ist dabei wie folgt aufgebaut: Zuerst erfolgt eine grundsätzliche Darstellung der österreichischen Systems und anschließend soll dasselbe anhand einschlägiger Kriterien gewürdigt werden.

2 Einordnung und Rahmenbedingungen

In Österreich (bzw. in dem im Reichsrat vertretenen Königreichen und Ländern) wurde 1888/1889 das Sozialversicherungssystem eingeführt, auf dem auch das österreichische Gesundheitssystem beruht (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2018, S. 1.). Im Gegensatz zu Deutschland umfasst dieses fast die gesamte Bevölkerung. Die Einwohner werden in Abhängigkeit von beruflichem Status und der Region in einem der 19 Krankenversicherungsträger (Stand: 2014) krankenversichert und haben keine freie Kassenwahl.

Betrachtet man die Arzneimittel-Ausgaben, so liegt Österreich mit einem Anteil von 1,25 % am BIP (Jahr 2016), verglichen mit anderen OECD Ländern, im unteren Bereich des Mittelfelds. Bemerkenswert ist, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel (2016: 631,1 US-\$) deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegen (OECD, 2019).

In Österreich obliegt die Aufgabe der Zulassung von Arzneimitteln (AM) dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) / Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit (AGES). Diese erfolgt auf der Basis des Österreichischen Arzneimittelgesetzes (AMG). Ein AM wird hinsichtlich seiner Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft und erhält nur dann eine Zulassung, wenn ein angemessenes Nutzen-Risiko-Profil Verhältnis vorliegt. Diese Zulassung ist zunächst beschränkt auf eine Dauer von fünf Jahren und kann danach durch einen neuerlichen Antrag verlängert werden. Voraussetzung hierfür ist, dass eine erneute positive Überprüfung durch das BASG / AGES vorliegt (vgl. Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, 2013, S. 1.).

3 Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln im niedergelassenen Sektor

Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) werden sowohl der Umfang als auch die Kosten der sozialen Krankenversicherung gesetzlich definiert. Das Gesetz schreibt vor, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch darf sie nicht das Maß des Notwendigen überschreiten (vgl. Rechtsinformationssystem des Bundes, 2018). Der mit 01. Januar im Jahr 2005 eingeführte Erstattungskodex (EKO) sollte die Ärzte

dabei unterstützen, sofern es eine Auswahl von mehreren therapeutischen geeigneten Heilmitteln gibt, immer das ökonomisch Günstigste zu verschreiben (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019a, S. 1).

3.1 Maßgebliche Charakteristika des Preisbildungsverfahrens

Dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger obliegt die Aufgabe, einen EKO der Sozialversicherung für die Abgabe von Arzneispezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers im niedergelassenen Bereich, herauszugeben (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019a, S. 1). Grundlage für die Aufnahme eines AM in den EKO ist eine österreichische Zulassung, Erstattungsfähigkeit und eine gesicherte Lieferfähigkeit. Ebenso muss sich für die Arzneispezialität gemäß dem ASVG eine nach den Erfahrungen im In- und Ausland und dem aktuellen Stand der Wissenschaft therapeutische Wirkung und Nutzen für den Patienten im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung annehmen lassen.

Beim EKO handelt es sich um eine sogenannte „Positivliste“, die in drei Bereiche unterteilt ist: In einen Grünen-, Gelben- und in einen Roten Bereich, wie aus der Abbildung 1 ersichtlich wird. Alle AM, die im EKO gelistet sind, haben eine pharmakologische, medizinisch-therapeutische und gesundheitsökonomische Evaluation durchlaufen (vgl. PHARMIG, 2018, S. 84).

Der Grüne Bereich beinhaltet jene Medikamente, die von der Krankenkasse ohne Bewilligung als frei verschreibbar erstattet werden (vgl. Österreichische Apothekerkammer, 2018, S. 23). Zum Teil ist die freie Verschreibbarkeit eingeschränkt auf bestimmte Indikationen (vgl. PHARMIG, 2019). Als Orientierung für die Preisfestsetzung gelten die in diesem Bereich angeführten Vergleichspräparate. Nur bei einem nachgewiesenen Mehrwert wird eine beantragte Arzneispezialität höher vergütet.

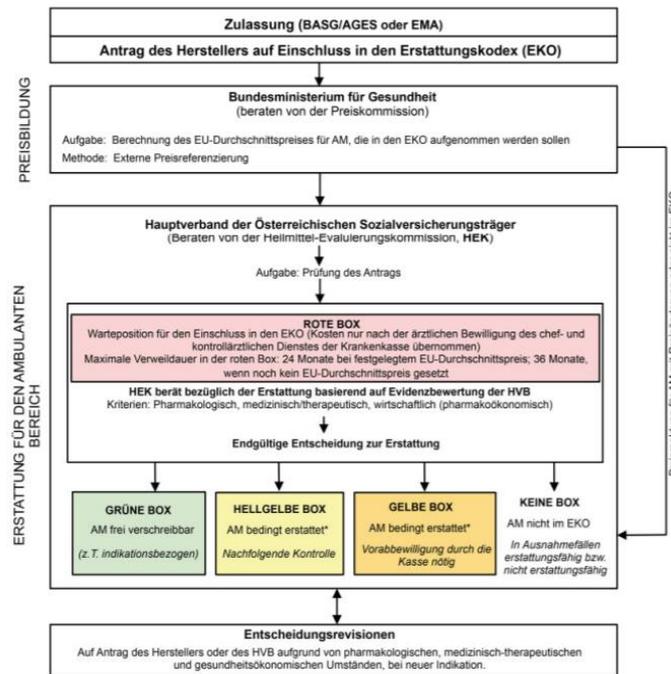


Abbildung 1: Erstattung und Preisbildung in Österreich (Busse/Panteli/Henschke, 2015, S. 79)

Der Gelbe Bereich umfasst jene AM, die einen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten aufweisen und aus gesundheitsökonomischen und/oder medizinischen Gründen nicht in den Grünen Bereich aufgenommen wurden. Für diese AM gilt der ermittelte EU-Durchschnittspreis als Höchstgrenze. Des Weiteren bedarf es bei AM in diesem Bereich für eine Erstattung seitens der Krankenkasse eine Genehmigung der Verordnung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (dunkelgelber Bereich RE1). Bei einigen AM wird auch eine nachfolgende Kontrolle bei gegebener Dokumentation des Arztes akzeptiert (hellgelber Bereich RE2).

In der Roten Box befinden sich befristet jene Medikamente, deren Antrag zur Aufnahme in den EKO geprüft wird. Auch diese Medikamente werden bei Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes von der Krankenkasse erstattet. Dabei gilt auch hier der EU-Durchschnittspreis als Preishöchstgrenze (vgl. PHARMIG, 2018, S.84 f.).

Der EU-Durchschnittspreis als Erstattungshöchstgrenze gilt auch für alle Medikamente, die außerhalb des EKO gelistet sind, sofern ihr Jahresumsatz 750.000 € übersteigt. Demnach folgen Rückzahlungsverpflichtungen, sobald die Summe überstiegen wird (vgl. PHARMIG, 2018, S. 90).

Zur Ermittlung des EU-Durchschnittspreises werden die von den Unternehmen gemeldeten Preise, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Herstellerrabatte von den Mitgliedsstaaten der EU, berücksichtigt (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Die Bildung eines Durchschnittspreises ist möglich, sobald in mindestens zwei EU-

Mitgliedsstaaten, ausgenommen ist dabei Österreich, der Fabrikabgabepreis (FAP) verfügbar ist. Sind diese erforderlichen Preise nicht verfügbar, so gilt der vorläufig gemeldete Preis des Vertriebsunternehmens (vgl. PHARMIG, 2018, S. 83). Seit April 2017 muss das Vertriebsunternehmen den Differenzbetrag an die Krankenkassen zurückzahlen, wenn der Preis über dem später festgestellten EU-Durchschnitt lag (vgl. pharmainside, 2017).

Innerhalb von sechs Monaten nach Antragsstellung hat die Preiskommission den EU-Durchschnittspreis zu ermitteln. Diesen festgesetzten Preis muss die Preiskommission erneut nach 18 und nach weiteren 24 Monaten feststellen. Eine erneute Feststellung ist daraufhin nach 18 Monaten möglich (Abbildung 2) (vgl. PHARMIG, 2018, S. 83).



Abbildung 2: Feststellung und Überprüfung des EU-Durchschnittspreises (PHARMIG 2020, S. 90)

Die Reihung der Arzneispezialitäten in den einzelnen Bereichen des EKO erfolgt nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC-Code) der Weltgesundheitsorganisation. Innerhalb eines ATC-Codes wird weiterhin differenziert zwischen Wirkstoffstärke bzw. Wirkstoffkombination mit identer Zusammensetzung, welche ihrerseits wieder in gleiche bzw. vergleichbare Darreichungsformen unterteilt werden. Schlussendlich kann angenommen werden, dass AM in derselben Vergleichsgruppen eine therapeutische Gleichwertigkeit besitzen.

Die Aufnahme in den EKO bedarf – wie gerade erläutert wurde – einer Beantragung. Dabei unterteilt sich der Prozess der Aufnahme in den EKO (Antragstellung bis zur Entscheidung des Hauptverbandes des Sozialversicherungsträgers) in mehrere Phasen wie in Abbildung 3 ersichtlich wird. Grundlegend dabei ist die pharmakologische, medizinisch-therapeutische und gesundheitsökonomische Beurteilung, da auf deren Grundlage letztendlich der Preis des neuen AM, limitiert auf einen EU-Durchschnittshöchstpreis, bestimmt wird (vgl. PHARMIG, 2018, S. 86).

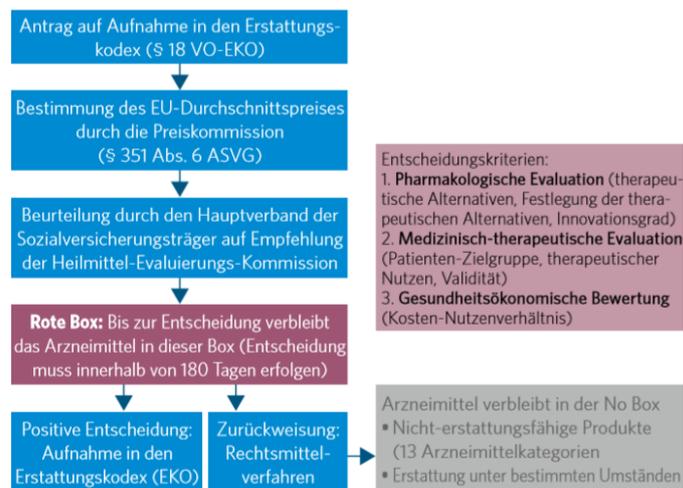


Abbildung 3: Antrag auf Aufnahme in den Erstattungsprozess (PHARMIG 2020, S. 86)

Bei Generika und Biosimilars existieren seit der ASVG Novelle im Jahr 2017 zusätzliche Preisvorgaben: So müssen die Hersteller den Preis des ersten Generikums um 50 % unter dem Preis des Originals anbieten, der Preis des zweiten Generikums muss 18 % unterhalb des ersten Generikums liegen und das dritte Generikum muss zusätzlich 15 % unter dem Preis des zweiten Generikums liegen, damit es im EKO aufgenommen wird. Auch der Originalhersteller muss entsprechende Preisabsenkungen beim Eintreten von einem Generikum befolgen, damit das Originalpräparat weiterhin im EKO angeführt wird. Befinden sich drei Generika auf dem Markt, so muss das Original und die vorangegangenen Generika den Preis auf mindestens das Preisniveau des dritten Generikums senken (vgl. PHARMIG, 2018, S. 88). Auch im Bereich der Biosimilars müssen beim Eintreten des dritten Biosimilars das Original und die anderen Biosimilars auf mindestens demselben Preisniveau wie das Biosimilar liegen. Die entsprechenden Preissenkungen fallen jedoch im Vergleich zu den Generika geringer aus (vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2017, S. 2).

Da es innerhalb von wirkstoffgleichen Medikamenten im Grünen Bereich Preisdivergenzen gab, wurde im Zuge der ASVG Novelle im Jahr 2017 zum Zwecke einer Angleichung ein sogenanntes Preisband vorgeschrieben. Dieses besagt, dass der Preis einer wirkstoffgleichen, aber austauschbaren Arzneispezialität, im Grünen Bereich nur maximal 30 % über dem günstigsten wirkstoffgleichen AM liegen darf. Diese Regelung wurde am 02. Oktober 2017 erstmals angewendet (vgl. pharmainside, 2017).

Ein besonderes Spezifikum ist der sog. Rahmenvertrag zwischen der Pharmawirtschaft und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, durch dem sich die unterzeichnenden Pharmahersteller verpflichten, einen Solidarbeitrag in niedriger dreistelliger Millionenhöhe pro Jahr an die Krankenversicherungsträger zu entrichten (vgl. PHARMIG, 2018, S. 94).

3.2 Maßgebliche Charakteristika des Preisbildungsverfahrens

Die Handelsspannen von Arzneimitteln werden in Österreich gesetzlich geregelt. Der Großhandelsaufschlag unterliegt der „Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Höchstaufschläge“ und wird dadurch gesetzlich gesteuert. Beim Apothekenaufschlag handelt es sich um einen Höchstaufschlag, den die österreichische Arzneitaxe regelt.

Die Höhe der Großhandelsspanne ist abhängig davon, ob die Arzneispezialität im Erstattungskodex im Grünen oder Gelben Bereich gelistet ist oder zu den anderen AM zählt. Sie verläuft degressiv und endet mit einem Höchstbetrag von 23,74 €. Die Spannen für den Großhandel reichen von 15,5-7 % bei erstattungsfähigen AM (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2016).

Wie auch der Großhandel unterliegt die Apotheke einem degressiven Handelsspannensystem und in Abhängigkeit, ob das Medikament der Krankenkasse verrechnet wird bzw. für einen privaten Endverbraucher bestimmt ist, gibt es unterschiedliche Zuschläge. Für die Krankenkasse bewegen sich die Spannen von 27-3,8 %. Aufgrund der Zunahme von teuren verschreibungspflichtigen Präparaten sinkt die durchschnittliche jährliche Krankenkassenspanne seit Jahren. Zudem müssen Apotheken, die einen Krankenkassenumsatz über dem Median-Krankenkassenumsatz aller österreichischen Apotheken haben, ihre Apothekenspanne um 2,5 % bei jenen Umsätzen reduzieren, die über dem Median liegen (vgl. Österreichische Apothekerkammer, 2018, S. 11).

3.3 Verordnung nach Ampelsystem und Selbstbeteiligung des Patienten

In den Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) ist geregelt, dass, sobald mehrere therapeutisch geeignete Arzneispezialitäten zur Behandlung in Frage kommen, immer das ökonomisch Günstigste zu wählen ist. So muss immer vor einer Verordnung eines AM aus dem Gelben Bereich überprüft werden, ob nicht eine Arzneispezialität aus dem Grünen Bereich sowohl zweckmäßiger als auch wirtschaftlicher wäre. Will ein Arzt ein AM aus dem roten Bereich verordnen, so muss sichergestellt sein, dass kein AM aus dem Grünen oder Gelben Bereich zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019b, S. 12ff.).

Seit 01.01.2019 beträgt die Zuzahlung pro verordnetem AM in Österreich für den Patienten 6,10 € (vgl. oesterreich.gv.at, 2019). Im Gegensatz zu Deutschland handelt es hier um einen Fixbetrag, der vollständig unabhängig vom Preis erhoben wird und für den Patienten keinen Anreiz schafft, auf ein günstigeres vergleichbares Präparat zu wechseln.

3.4 Zusammenfassung

Der im Jahr 2005 eingeführte EKO mit seiner Erstattungshöchstgrenze in Höhe der EU-Durchschnittspreise begrenzt offenbar die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen (vgl. Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). So gelang es, die in den Jahren vor 2010 über dem Durchschnitt liegenden jährlichen Steigerungen der AM-Ausgaben nun auf einem stabilen Niveau von ungefähr dreizehn bis vierzehn Prozent aller Gesundheitsausgaben zu halten ohne dass die Qualität der Versorgung vermindert wurde (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2019b, S. 5). Seit April 2017 werden, durch eine Änderung des ASVG, die Preise von erstattungsfähigen AM noch stärker reguliert: Seither unterliegen auch Medikamente, die nicht im EKO gelistet sind, dem EU-Durchschnittspreis als Erstattungshöchstgrenze. Ebenso bewirkt die Einführung des Preisbandes eine deutliche Ausgabenreduktion, die auf etwa 34,32 Millionen € pro Jahr geschätzt wird (vgl. IQVIA, 2017). Weiters wurden die Biosimilars erstmals durch die Gesetzesänderung einer Preisregelung unterworfen und zeitgleich wurde die bisherige Preisregulierung bei den Original- und Nachfolgeprodukte adaptiert (vgl. PHARMIG, 2018, S. 88).

4 Beurteilung des Systems

4.1 Zum Beurteilungsmaßstab

Eine Beurteilung eines gesamten Systems muss notgedrungen immer selektiv sein. Hier soll sich eines vereinfachten Effizienzmaßstabs bedient werden. Dabei soll zum einen die Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel und zum anderen die Höhe der Arzneimittelausgaben betrachtet und mit der Situation in Deutschland, wo mit dem AMNOG ein ähnliches Preisbildungsverfahren existiert, verglichen werden.

Die Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel hat wiederum zwei Dimensionen: Die Qualität der Innovation und die Geschwindigkeit („Time-to-Market“) mit der eine Innovation verfügbar ist. Unter letzterer soll die Zeitspanne zwischen der EMA-Zulassung und der Markteinführung des AM im jeweiligen Land verstanden werden.

Hinsichtlich der Qualität der Innovation lassen sich grob drei Formen identifizieren, wobei prinzipiell unter einer pharmazeutischen „Produktinnovation“ marktfähige Präparate mit neuem Wirkstoff verstanden werden, die erstmals durch die jeweiligen nationalen oder europäischen Behörden zugelassen und durch den pharmazeutischen Unternehmer auf dem jeweiligen Arzneimittelmarkt eingeführt werden:

- Bei der Sprunginnovation handelt es sich um ein völlig neu und losgelöst von bekannten Wirkstoffen entwickeltes in

den Markt eingeführtes Präparat, das gleichzeitig als erster Vertreter einer neuen Stoffklasse einen therapeutischen Fortschritt markiert.

- Schrittinnovationen zeichnen sich dadurch aus, dass existierende AM weiterentwickelt werden und so zu einer signifikanten therapeutischen Nutzensteigerung führen können.
- Charakterisiert werden Scheinnovationen dadurch, dass sie einen Wirkstoff besitzen, der eine geringfügige Molekülveränderung eines bereits bekannten Wirkstoffes besitzt. Folglich adressiert er die gleiche Zielstruktur wie bereits eingeführte Wirkstoffe und zudem hält er keine therapeutischen Neuerungen bereit. Oft werden auch Wirkstoffe mit einer neuen Zielstruktur als Scheinnovationen bezeichnet, weil von ihnen angenommen wird – aufgrund fehlender gegenteiliger Belege zu diesem Zeitpunkt – dass ihr therapeutischer Nutzen gleich den bekannten AM ist.

Dabei führen Preisregulierungen im Arzneimittelmarkt zu Kostenersparnissen seitens der KK, aber gleichzeitig auch zu Gewinneinbußen der pU, was sich folglich negativ auf Innovationen und den Wettbewerb auswirken kann. Das pU als gewinnorientierter Anbieter von AM versucht allenfalls seine AM vorrangig in jenen Ländern zu verkaufen, wo es die höchsten Preise und folglich die höchsten Gewinne erzielen kann. AM können vor allem in jenen Ländern hochpreisig angeboten werden, in denen der Arzneimittelmarkt weitgehend unreguliert ist. Des Weiteren sind die pU aus strategischen Gründen bestrebt, ihre AMI vor allem in großen, umsatzstarken Referenzländern ohne internationale Preisreferenzierung (IPR) mit einem hohen Preis anzubieten. Dadurch werden AMI mit einem Maximum an Geldmitteln vergütet. Umgekehrt ist es marktstrategisch sinnvoll, AMI nicht oder nur verzögert in Ländern anzubieten, in denen die Preise von AM rigide reguliert werden und zugleich von solchen Ländern referenziert werden. Aufgrund der IPR-Methode würde folglich der FAP stetig nach unten angepasst werden. HAP, die teilweise an den Grenzkosten der Produktion liegen, führen dazu, dass Pharmafirmen aufgrund eines Defizites ihre Kosten für ihre Forschung und Entwicklung nicht wieder refinanzieren können, was folglich dazu führen kann, dass sie immer weniger das Risiko eingehen, innovativ für die Allgemeinheit zu forschen.

Daher ist erklärbar, dass in Ländern mit rigider Preispolitik, wie z.B. in Griechenland und Italien, AMI deutlich verzögerter und/oder einem geringeren Anteil in den Markt eingeführt werden.

4.2 Vergleich der Arzneimittelinnovationen und des „Time-to-Market“

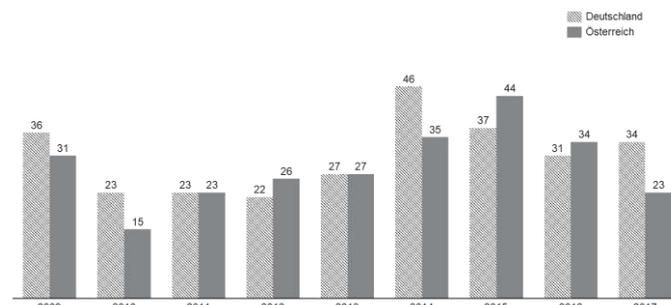


Abbildung 4: Anzahl der Marktneueinführungen von Arzneimitteln im Jahresvergleich (eigene Darstellung)

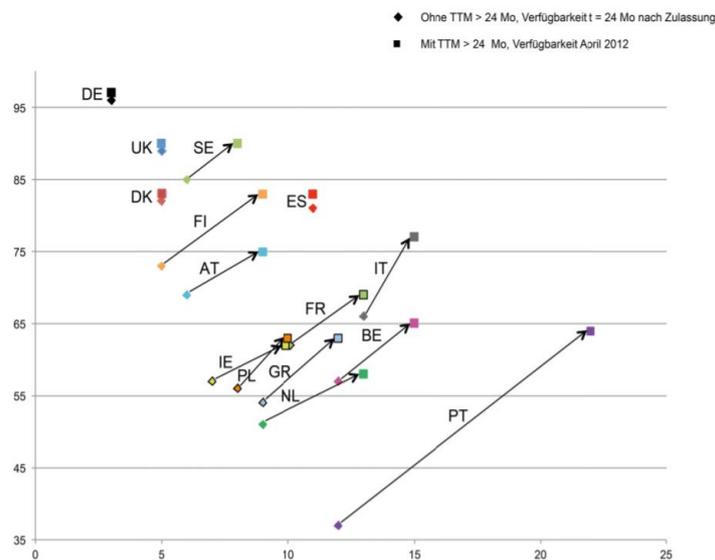


Abbildung 5: Durchschnittliche „Time-to-Market“ (Monate) und Verfügbarkeit von EMA-zugelassenen Arzneimitteln in Prozent zwischen 2006 und 2010 (Stand April 2012) (Busse/Panteli/Henschke 2015, S. 19)

Vergleicht man die Anzahl der Neueinführung von AM der jeweiligen Länder (vgl. PHARMIG, 2015, S.46 und PHARMIG, 2018, S. 47), so fällt auf, dass es seit der AMNOG Einführung im Jahr 2011 auch Jahre gab, in denen in Österreich mehr AM neu zugelassen wurden als in Deutschland (Abbildung 4). Anders war es in den Jahren zuvor. Zwischen 2006 und 2010 wurden ca. 96 % aller EMA zugelassenen AM innerhalb von rund zwei Monaten in Deutschland zugelassen. Zur gleichen Zeit waren in Österreich nur ungefähr 68 % aller AM, die von der EMA neu zugelassen wurden nach rund fünf Monaten verfügbar (Abbildung 5) (vgl. Busse/Panteli/Henschke, 2015, S. 19). Erwähnenswert dabei ist auch, dass einige AM auch noch zwei Jahre nach der europäischen Zulassung eine österreichische Zulassung erhalten haben, was in Deutschland sehr selten der Fall war. Seit dem AMNOG ist die ös-

terreichische Verfügbarkeitsquote von neuen AM nur noch ungefähr 3,6 % geringer als die der deutschen (Betrachtungszeitraum 2011-2017).

Vermutlich ist der Marktrückgang von neuen AM in Deutschland nach dem AMNOG darauf zurückzuführen, dass den AM vom G-BA kein Zusatznutzen attestiert wurde. Dies wiederum spricht dafür, dass durch das AMNOG Scheininnovationen durch die Nutzenbewertung festgestellt werden und/oder, dass die Nutzenbewertung eher zu Gunsten der GKV und zu Lasten der pU durchgeführt wird (vgl. Cassel/Ulrich (2015), S. 107-114).

Da in Österreich im Vergleich zu Deutschland in der Vergangenheit mehr Arzneimittel mit deutlicher Verzögerung zugelassen wurden, kann keine abschließende Aussage über die endgültige Verfügbarkeit getroffen werden. Auf jeden Fall ist die Verfügbarkeit neuer AM seit dem AMNOG in beiden Ländern annähernd gleich groß.

4.3 Vergleich der Arzneimittelausgaben pro Kopf

Beim Vergleich der AM-Ausgaben ist zu beachten, dass diese einerseits die Ausgaben verschreibungspflichtiger AM, andererseits auch die Ausgaben von Medikamenten in der Selbstmedikation umfassen. Nicht enthalten sind in dieser Größe die Ausgaben für AM, die in Krankenhäusern bzw. in anderen Gesundheitseinrichtungen anfallen. Die endgültigen AM-Ausgaben für die KK beinhalten die Groß- und Einzelhandelsmargen sowie in Deutschland auch die Mehrwertsteuer. Ebenfalls werden in den Gesamtausgaben mögliche Rabatte berücksichtigt und die AM-Ausgaben pro Kopf kaufkraftbereinigt dargestellt.

Bei dieser Betrachtung zeigt sich, dass Deutschland kontinuierlich höhere AM-Ausgaben pro Kopf über den gesamten Betrachtungsraum der letzten Jahre aufweist (siehe Abbildung 6) (vgl. OECD, 2019). In den Jahren 2011 bis 2013 hat sich die Differenz zwischen den beiden Länder etwas verringert, was vermutlich auf die Einführung des AMNOG (vgl. Cassel/Ulrich, 2015, S. 5) bzw. im Besonderen auf den kurzzeitigen erhöhten Herstellerrabatt von 16% (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019) zurückzuführen ist.

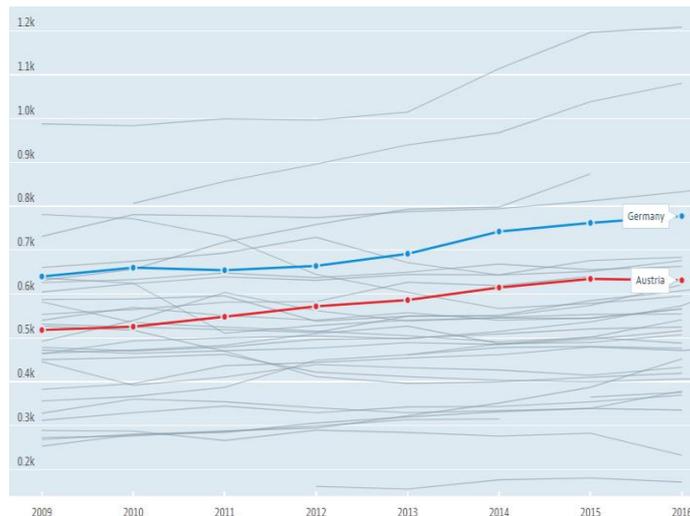


Abbildung 6: Arzneimittelausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt) in US-Dollar im Jahresvergleich (OECD, 2019)

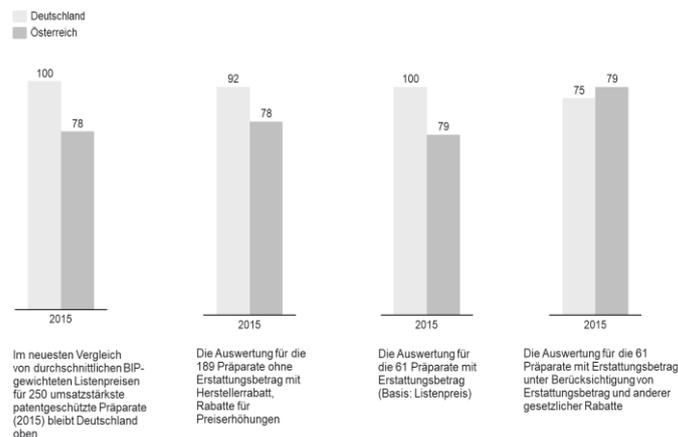


Abbildung 7: Preise für patentgeschützte AM mit und ohne Berücksichtigung von Rabatten im Vergleich (In Anlehnung an Busse 2017, S. 29-34)

Betrachtet man ausschließlich die patentgeschützten AM ohne EB (Erstattungsbetrag) (darunter zählen alle AMI im ersten Jahr der freien Preisbildung und der Bestandsmarkt von innovativen AM vor dem AMNOG), stellt man fest, dass Deutschland hier höhere Preis aufweist als Österreich (siehe Abbildung 7). Anders sieht es aus, wenn die EB deutscher patentgeschützter Preise unter Berücksichtigung aller Rabatte mit österreichischen EB verglichen werden. Hier hat Deutschland tatsächlich die niedrigeren Preise als Österreich (vgl. Busse, 2017, S. 29-34). Laut wissenschaftlicher Literatur waren im Jahr 2016 noch insgesamt 357 patentgeschützte AM aus der Vorzeit des AMNOG mit einem Umsatzvolumen von 9,6 Milliarden Euro auf dem Markt. Viele dieser Präparate, die dem derzeitigen Preismoratorium unterliegen, werden bis 2022 ihren Patentschutz verlieren (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., 2018, S. 11).

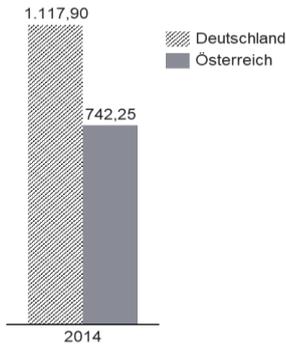


Abbildung 8: Pro Person abgegebene Standard-Units in Deutschland und Österreich (In Anlehnung an Österreichische Apothekerkammer, 2018, S. 24)

Im Hinblick auf den AM-Verbrauch beider Länder zeigt sich, dass der Verbrauch in Österreich deutlich unter dem Schnitt Deutschlands liegt. Während ein Österreicher im Jahr 2014 durchschnittlich 742,25 Standard-Units pro Jahr konsumierte¹, lag in Deutschland der durchschnittliche Wert bei 1117,90 Standard-Units (Abbildung 8) (vgl. Österreichische Apothekerkammer, 2018, S. 24). An dieser Stelle muss man sich fragen, ob eventuell durch einen geringeren AM-Verbrauch, der aber besser auf den Patienten abgestimmt ist, AM-Kosten pro Patienten gesenkt werden können (vgl. pharmaSuisse, 2017, S. 2).

Ein weiterer interessanter Vergleich ist der Generikaabsatz bzw. -umsatz zwischen den beiden Ländern. Hier fällt auf, dass Deutschland einen Generikaanteil am ersetzbaren Markt im Jahr 2017 von ungefähr 76 % aufweist, der aber nur ca. 32% des Umsatzes ausmacht (vgl. Schwabe/Paffrath/Ludwig et al., 2018, S. 15). In Österreich fallen hingegen 54 % aller Verordnungen auf Generika mit einem Umsatzanteil von 50 % des Gesamtumsatzes (vgl. PHARMIG, 2018, S.80). Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass Deutschland sehr hohe Preise im patentgeschützten Markt aufweist und dadurch der hohe, preisgünstige Generikaabsatz nur einen Bruchteil des Gesamtumsatzes ausmacht. Österreich hat niedrigere Preise bei patentgeschützten AM, weshalb der Absatz bei Generika einen größeren Teil des Gesamtumsatzes ausmacht.

4.4 Ergebnis

In den nachfolgenden Grafiken werden die Markteinführungen neuer AM und die AM-Ausgaben pro Kopf und Jahr in einer sogenannten Kosten-/Nutzenmatrix verortet, um so eine Aussage über die Effektivität beider Gesundheitssysteme zu generieren.

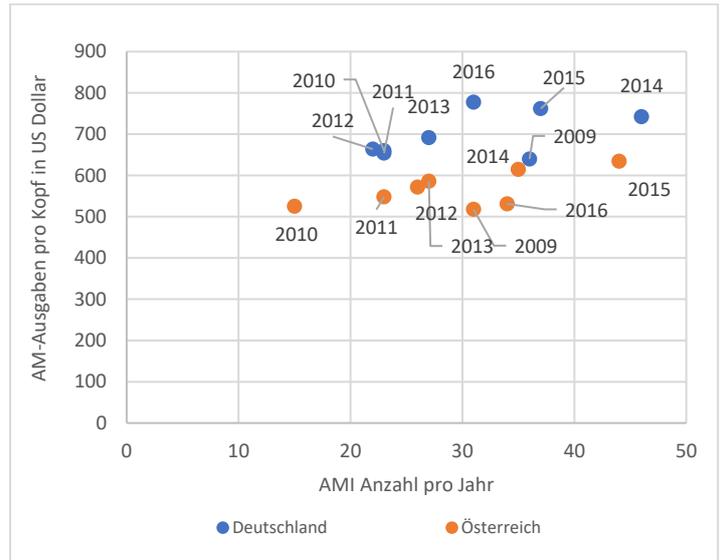


Abbildung 9: Anzahl der Markteinführungen neuer AM und AM-Ausgaben pro Kopf in US-Dollar (kaufkraftbereinigt) im Jahresvergleich zwischen Deutschland und Österreich (2009 bis 2016) (Eigene Darstellung)

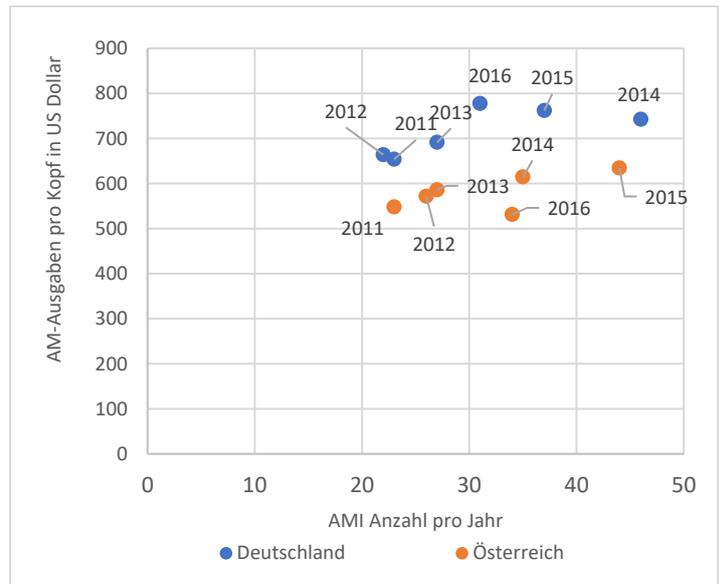


Abbildung 10: Anzahl der Markteinführung neuer und Arzneimittelausgaben pro Kopf in US-Dollar (kaufkraftbereinigt) im Jahresvergleich zwischen Deutschland und Österreich (2011 bis 2016) (Eigene Darstellung)

Ein interessanter Vergleich ist die Beurteilung der neu in den Markt eingeführter Arzneistoffe (vgl. PHARMIG, 2015, S. 46; PHARMIG, 2018, S.47 und Schwabe/Paffrath/Ludwig et al. , 2018, S. 54) und den AM-Ausgaben pro Kopf (vgl. OECD, 2019). im Jahresvergleich zwischen den beiden Ländern (Abbildung 9 und 10).

¹ Standard Unit ist definiert als die kleinste gebräuchliche Form eines Produkts wie zum Beispiel eine Tablette oder eine Ampulle.

Werden die Jahre vor dem AMNOG bei der Beurteilung mitberücksichtigt, so fällt auf, dass die Werte der AM-Neueinführungen breiter nach links gestreut sind, was auf eine niedrigere Anzahl an Markteintritten neuer AM vor dem AMNOG seitens Österreichs hindeutet. Werden jedoch nur die Werte ab dem Jahr 2011 berücksichtigt, so ergibt sich eine ähnliche Streuung für beide Länder. Dies heißt, dass seit dem AMNOG die Markteinführungen neuer AM in beiden Ländern annähernd gleich sind. Weiters kann aus beiden Darstellungen deutlich entnommen werden, dass die AM-Ausgaben pro Kopf in Deutschland durchgehend höher als die der Österreicher sind. So hat Deutschland auch nach der Einführung des AMNOG höhere Ausgaben für AM pro Kopf als Österreich, während sich die Anzahl der AM-Markneueinführungen nun auf österreichische Verhältnisse reduziert hat. Auf der Grundlage dieser zwei Kriterien weist Österreich seit dem AMNOG ein deutlich besseres Kosten- Nutzen-Verhältnis als Deutschland auf.

5 Fazit

Auf rein nationaler Ebene betrachtet, ist Österreich im Hinblick auf die Preisbildung und Erstattung verschreibungspflichtiger Medikamente aus heutiger Sicht dem deutschen System überlegen. Hierfür spricht, dass Österreich seit der Einführung des AMNOG im Vergleich zu Deutschland eine ähnliche Verfügbarkeit von neuen AM aufweist (vgl. PHARMIG, 2018, S. 47 und Schwabe/Paffrath/Ludwig et al., 2018, S. 54), die laut der Literatur nach einer EMA-Zulassung auch sehr schnell auf dem österreichischen Markt verfügbar sind (vgl. Busse/Panteli/Henschke, 2015, S. 19). An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass auch in Österreich zugelassene Medikamente nach chefärztlicher Genehmigung für den Patienten sofort erstattet werden können (vgl. PHARMIG, 2018, S. 85). Des Weiteren werden in Österreich AM schneller entsprechend ihrer Nutzenbewertung vergütet, was dazu beiträgt, dass Scheininnovationen schneller erkannt werden und so die Krankenkassen nicht unnötig mit Mehrkosten belastet werden (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2016a, S. 3). Zudem zeigt sich, dass in Österreich die Preise im Durchschnitt für patentgeschützte AM niedriger bzw. die Generikafabrikabgabepreise höher sind und die Preise insgesamt auf nationaler Ebene betrachtet zu einem besseren Kosten-Nutzen Verhältnis für die KK führen und so dem deutschen Preisbildungssystem überlegen ist.

Bei einer derartigen Betrachtung bleibt jedoch gänzlich unberücksichtigt, dass Österreich von seinem Status als kleines Land profitieren kann und Überlegungen der Pharmaindustrie hinsichtlich der Zweckmäßigkeit der Entwicklung von Innovationen durch sein Preisbildungssystem allenfalls marginal beeinflusst. Österreich profitiert also somit davon, dass Länder wie die USA und auch Deutschland mit ihren höheren Preisen für Arzneimittelinnovationen erst die Entstehung dieser Innovationen ermöglichen, indem sie die entscheidenden Impulse für die forschende Pharmaindustrie setzen.

ationen erst die Entstehung dieser Innovationen ermöglichen, indem sie die entscheidenden Impulse für die forschende Pharmaindustrie setzen.

Autoren

Ursula Jakob

Frau Ursula Jakob ist Apothekerin und Absolventin des MBA Health Care Management Studiengangs an der Universität Bayreuth.

E-Mail: ursula.jakob@hotmail.com



Prof. Dr. Frank Daumann

Friedrich-Schiller-Universität Jena

E-Mail: frank.daumann@uni-jena.de

Prof. Dr. Frank Daumann ist Inhaber des Lehrstuhls für Sportökonomie und Gesundheitsökonomie am Institut für Sportwissenschaft der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Er ist einer der beiden Leiter des berufsbegleitenden MBA-Studiengangs Health Care Managements an der Universität Bayreuth.



Prof. Dr. Stefan Okruch

Prof. Dr. Stefan Okruch ist Leiter des Lehrstuhl für Wirtschaftspolitik an der deutschsprachigen Andrassy Universität Budapest. Er lehrt gesundheitspolitische Themen u.a. auch an der Semmelweis Universität, Budapest und ist langjähriger Dozent im MBA Health Care Management an der Universität Bayreuth.

Literaturverzeichnis

- Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (2009), URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 03.04.19).
- Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (2013): Arzneimittel, URL: <https://www.basg.gv.at/medizin/> (Stand: 17.03.19).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2017): Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_49/BGBLA_2017_I_49.pdfsig (Stand: 01.04.19).
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): EU-Durchschnittspreis laut ASVG, URL: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Medizin/Arzneimittel/Arzneimittelpreise/EU-Durchschnittspreis_laut_ASVG (Stand: 17.03.2019).
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (2018): AMNOG Daten 2018, 2. Auflage, Berlin.
- Busse Reinhard (2017): Herausforderungen des Arzneimittelmarktes in Deutschland, Berlin, URL: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2017.lectures/Berlin_20170406.rb_Arzneimittel.pdf (Stand: 11.03.19), S. 1-44.
- Cassel, Dieter/Ulrich, Volker (2015): AMNOG auf dem ökonomischen Prüfstand. Band 56, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018): Die Sozialversicherung als maßgebliches Element des erfolgreichen Sozialstaates Österreich, URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.661672&version=1538486281> (Stand: 01.04.19), S. 1-3.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2019a): Der Erstattungskodex Online, URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564601&version=1479821322> (Stand: 17.03.2019), S. 1-7.
- IQVIA (07.12.2017): Auswirkungen der "Preisband" ASVG Novelle, URL: <http://www.thehealthcareprof.com/pressecorner/auswirkungen-der-preisband-asvg-novelle/> (Stand: 21.03.2019).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Verordnungssteuerung Rabatte und Rabattverträge, URL: <https://www.kbv.de/html/2948.php> (Stand: 24.02.19).
- OECD (2019), Pharmaceutical spending (indicator). doi: 10.1787/998feb6- en (Accessed on 03 March 2019).
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (25.10.2016): Wie Arzneimittelpreise gebildet werden, URL: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/medikamente/arzneimittelpreise> (Stand: 01.04.2019).
- oesterreich.gv.at (01.01.2019): Rezeptgebühren, URL: <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/armut/3/Seite.1693902.html> (Stand: 01.04.2019).
- Österreichische Apothekerkammer (2018): Apotheke in Zahlen 2018, URL: www.lbg.at/static/content/e173427/e188234/file/ger/Apotheke%20in%20Zahlen%202018.pdf?checksum=74b4d241a64f32e-abbb1d6b6133d54184f05cbd4 (Stand: 13.03.19), S. 1-64.
- pharmainside (05.04.2017): Gesetz regelt Arzneimittelpreise, URL: <https://pharmainside.at/gesetz-regelt-arzneimittelpreise/> (Stand: 17.03.19).
- pharmaSuisse (2017): Mehr Qualität statt Quantität- Neue Rezept in der Grundversorgung, URL: www.pharmasuisse.org/data/docs/de/5548/dosis-Mehr-Qualität-statt-Quantität-Neue-Rezepte-in-der-Grundversorgung-Nr-76-März-2017.pdf?v=1.0 (Stand: 31.03.19), S. 1-8.
- PHARMIG (2015): Daten & Fakten 2015 – Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Wien, Grasl FairPrint.
- PHARMIG (2018): Daten & Fakten 2018 – Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Wien, Grasl FairPrint.
- PHARMIG (2019): Erstattung von Arzneimitteln, URL: <https://www.pharmig.at/arzneimittel/erstattung-von-arzneimitteln/> (Stand: 17.03.2019).
- PHARMIG (2020): Daten & Fakten 2020 – Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich, URL: https://www.pharmig.at/media/2890/daten_und_fakten_2020_deutsch.pdf (Stand: 17.06.20).
- Rechtsinformationssystem des Bundes (07.02.2018): Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, URL: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40121012> (Stand: 17.03.19).
- Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter/Ludwig, Wolf-Dieter et al. (2018): Arzneiverordnungs-Report 2018. Berlin, Springer Verlag.
- statista (2019): Arzneimittelumsatz in Österreich nach Vertriebsart von 1995 bis 2017 (in Millionen Euro), URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/293516/umfrage/arzneimittelumsatz-in-oesterreich-in-krankenhausern-und-apotheken/> (Stand: 03.04.19).

