

RPG

Band 22 | Heft 3 | 2014

3 | 2014

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Was im Koalitionsvertrag steht – und was nicht**
- **ASV – Blaupause für die Überwindung der Sektorengrenzen?**
- **Zwischen Kostendämpfung und Wachstum.
Die Pharmazeutische Industrie in Bayern – 2008 bis 2012**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes

Sonja Froschauer
Axel Munte
Robert Paquet
Markus Schneider
Anna Sollacher

Editorial

Gesetzliche Regulierungen standen in der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahrzehnte regelmäßig und oftmals in rascher Folge auf der Tagesordnung. Daran wird sich wohl auch in Zukunft nichts ändern. Oft geht es dabei auch um die Korrektur vorangegangener Entscheidungen. Ein Beispiel ist der Paragraph 116b SGB V, der einstmals unter der Überschrift „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ ins Gesetzbuch kam, und der heute die „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ regeln soll, mit dem Ziel die starren Grenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung etwas durchlässiger zu machen.

Dass dabei der „Teufel im Detail“ steckt, macht ein Beitrag in diesem Heft deutlich: Die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bleibe hinter den gesetzgeberischen Intentionen zurück, urteilen die Autoren. Um Sektorengrenzen zu durchbrechen, brauche es den Mut, neue Wege konsequent zu gehen.

Ob der Gesetzgeber dazu bereit ist, wird sich zeigen. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag in diesem Heft kommt jedenfalls zum Ergebnis, dass es in der Gesundheitspolitik ungeachtet aller angekündigten Aktivitäten auch Aufgaben gibt, die die Koalition offenbar nicht bereit ist anzupacken. Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen GRPG hat das im Übrigen Anfang Juni mit einem Symposium in Berlin thematisiert.

Es bleibt also – wie immer spannend – in der Gesundheitspolitik.

Jürgen Stoschek

Josef-Jägerhuber-Str. 4

82319 Starnberg

Pacta sunt servanda.

Und was nicht im Koalitionsvertrag steht

Was im Koalitionsvertrag steht – und was nicht

Robert Paquet

67

ASV – Blaupause für die Überwindung der Sektorengrenzen?

Axel Munte, Anna Sollacher, Sonja Froschauer

72

Übersicht

Zwischen Kostendämpfung und Wachstum.

Die Pharmazeutische Industrie in Bayern – 2008 bis 2012

Markus Schneider

77

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. iur. Dr. med.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuberraße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2014 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Robert Paquet

Was im Koalitionsvertrag steht – und was nicht¹

Der folgende Überblick über das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag (K-Vertrag) konzentriert sich auf die Themenfelder „ambulante Versorgung“ und „Krankenhaus“. Denn sie werden einerseits in dem für die zweite Jahreshälfte zu erwartenden „Versorgungsstrukturgesetz II“ umgesetzt. Andererseits sollen bis zum Jahresende im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Eckpunkte für die geplante Krankenhausreform vorbereitet werden.

Die Arzneimittel-Themen des K-Vertrags wurden bereits (unter dem Zeitdruck auslaufender gesetzlicher Regelungen), in den ersten Wochen des Regierungshandelns abgearbeitet. Es ging im Wesentlichen um die Absenkung des Hersteller-Abschlags auf sieben Prozent und die Fortsetzung des Preisermittlungsverfahrens sowie den Verzicht auf den sog. „Bestandsmarktaufruf“ nach dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG). Darüber hinaus haben sich die Koalitionäre für das strukturkonservative Festhalten an der „inhabergeführten Apotheke“ und am „Mehr- und Fremdbesitzverbot“ entschieden. Im Ergebnis erscheint damit das gesamte Themenfeld „Arzneimittel und Apotheken“ für diese Wahlperiode erledigt zu sein².

Auch das Thema „Finanzen und Morbidity“ ist bereits im ersten Halbjahr 2014 durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FQWG) vollständig erledigt wor-

den. Der Themenkreis „Pflege“ ist mit dem Entwurf des „Pflegerstärkungsgesetzes“ noch vor der Sommerpause in den Bundestag eingebracht worden. Die entsprechenden Eckpunkte des K-Vertrages finden sich darin 1:1. Man kann der Koalition jedenfalls bisher nicht vorwerfen, sie würde ihre Planungen nicht beherzigen.

Ambulante Versorgung

Mit einem Punkt hatte es die Koalition ganz eilig. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Reform der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wurde schon in den ersten Monaten des Jahres 2014 umgesetzt. Dabei ging es nicht nur um die Wahlversprechen der CSU und der SPD gegenüber dem Hausärzterverband, sondern es sollte auch sichergestellt werden, dass die für die Hausärzte günstigeren Vertragsvorgaben (für Altverträge vor 2010) auch über den im Gesetz als Auslauftermin festgelegten Zeitpunkt zur Jahresmitte 2014 weitergelten konnten: Im Ergebnis bleibt der Abschluss von HzV-Verträgen für die Kassen Pflicht. Es fallen jedoch die Vergütungsbeschränkungen; die Wirtschaftlichkeit muss jetzt erst nach vier Jahren dargelegt werden. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität müssen vereinbart und die strukturierten Behandlungsprogramme sollen verbindlich einbezogen werden.

Darüber hinaus enthält der Vertrag zur ambulanten Versorgung eine Fülle von gut gemeinten Detailregelungen. Wer könnte z. B. etwas gegen die verbindliche Förderung von Praxisnetzen, eine Verbesserung des Entlassungsmanagements oder die Einrichtung von sozialpädiatrischen Zentren für Erwachsene bei bestimmten, komplexen Krankheiten haben. Auch die „Bekämpfung der ärztlichen Korruption im Strafgesetzbuch“ war eine Forderung, die die Ärzteschaft selbst in der letzten Wahlperiode erhoben hat, als Minister Daniel Bahr wegen des Widerstands seiner Partei- und Kabinettskollegin, Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger, nur eine halbherzige Lösung des Problems ausschließlich für die GKV anstreben musste.

Spannender – auch für das geplante Versorgungsstrukturgesetz II – sind jedoch die komplexen Themen, die in verschiedenen Einzelpunkten angesprochen werden, aber jeweils miteinander zusammenhängen. Das betrifft den befürchteten Ärztemangel, die Gestaltung des Verhältnisses von Haus- und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und das Verständnis von Kollektiv- und Selektivverträgen.

Unter- und Überversorgung

In unterversorgten Regionen sollen die Krankenhäuser künftig zur ambulanten

¹ Der Aufsatz ist eine überarbeitete Fassung des Vortrags beim GRPG-Symposium „Pacta sunt servanda. Und was nicht im Koalitionsvertrag steht – Gesundheit und Pflege in der laufenden Legislaturperiode“ am 2. Juni 2014 in Berlin.

² Dass der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem aktuellen Gutachten 2014 die Abschaffung des Fremd- und Mehrbesitzverbots fordert und weitere ‚revolutionäre‘ Vorschläge z. B. zum Versandhandel mit Arzneimitteln macht, wird die Regierungskoalition nicht beeindrucken.

Pacta sunt servanda. Und was nicht im Koalitionsvertrag steht

Versorgung nach § 116a SGB V zugelassen werden müssen. Umgekehrt sollen die KVen in überversorgten Gebieten zum Aufkauf frei werdender Arztsitze verpflichtet werden (vom „kann“ zum „soll“). Eine Verbesserung der Versorgung erwartet die Koalition auch von der Möglichkeit, künftig „arztgruppengleiche“ MVZ gründen zu dürfen und dem Recht der Kommunen zur Gründung und zum Betrieb von MVZ. Auch von der Substitution ärztlicher Leistungen, deren Erprobung halbherzig unterstützt wird (Modellversuche), erwartet sich die Koalition eine Linderung des Ärztemangels.

Die KBV sieht in ihrer Stellungnahme zum K-Vertrag darin grundsätzlich die Tendenz, „dass Politik und Gesetzgeber zunehmend Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung öffnen wollen“ und wehrt sich vehement dagegen. Alle aufgeführten Regelungen werden als Einstieg in die generelle Öffnung verstanden und daher bekämpft. Die Ärzte sind dabei offensichtlich traumatisiert von den SPD-Diskussionen über die „doppelte Facharztschiene“. Die Koalition wird somit noch bei den kleinsten Veränderungen, die die Rolle der KVen einschränken könnten, mit dem massiven Widerstand der verfassten Ärzteschaft rechnen müssen.

Sektorierung der KVen

In Reaktion auf die Selbstblockade der kassenärztlichen Selbstverwaltungs-Körperschaften will die Koalition die Gremien der KVen (und die Budgets) nach Haus- und Fachärzten sektorieren. Auch nach dem Führungswechsel bei der KBV von Andreas Köhler zu Andreas Gasen hat sich das Problem in der Wahrnehmung der Politik bestenfalls etwas abgemildert. Der KBV fällt dazu in ihrer Stellungnahme nur ein, die „gemeinschaftliche Vertretung der Vertragsärzte“ zu beschwören und zu versichern, dass „Hausärzte, Fachärzte und Psychothera-

peuten für eine ungeteilte KV“ entstehen. Der Bundesmantelvertrag müsse geändert werden und das Vergütungssystem würde auseinanderbrechen.

Damit wird zum zentralen internen Problem der KVen, das auch den Dauerkonflikt innerhalb der KBV prägt, außer Beschwichtigungsformeln wenig geboten. Im Ergebnis kommt die ärztliche Selbstverwaltung im Konflikt zwischen den Haus- und Fachärzten nicht über einen Antrag an den Satzungsausschuss der KBV-Vertreterversammlung hinaus. Der soll ein Organisationsmodell entwickeln, das einen fairen und transparenten Interessenausgleich zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (einschließlich der Psychotherapeuten) gewährleistet.

Allerdings muss man umgekehrt der Politik bescheinigen, dass sie mit der Spaltung der KVen trotz aller sektorübergreifenden Integrations-Beteuerungen zwei neue Sektoren schafft, die später wieder besondere Integrations-Bemühungen auslösen werden.

Selektivverträge

Für die Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) und alle anderen Selektivverträge wird eine rechtliche Angleichung bei der Förderung, Evaluation und Aufsicht sowie bei der Budgetbereinigung vorgesehen. Das klingt sinnvoll und entspricht den Empfehlungen des Sachverständigenrats-Gutachtens von 2012. Die Formulierung im K-Vertrag ist aber relativ kryptisch und verrät nicht, was sich die Politiker tatsächlich dabei gedacht haben. Wenig Hoffnung auf echten Vertrags-Pluralismus macht allerdings die ergänzende Formulierung: „Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollten in geeigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden.“ Damit wird signalisiert, dass die Selektivverträge nach dem Verständnis der Koalitionäre nicht zur „Regelversor-

gung“ gehören und letztlich nur den Charakter von Modellversuchen mit dem Ziel der Weiterentwicklung des Kollektivvertrages haben. Übrigens meint auch die KBV, dass Selektivverträge ihren Stellenwert nur in der Erprobung von „Innovationen“ hätten und nur als „Ergänzung zum Kollektivvertrag“ akzeptabel seien.

Wartezeiten

Eine besondere Bedeutung hat für die zum Populismus neigenden Gesundheitspolitiker die Bekämpfung der Wartezeiten: „Terminservicestellen“ bei den KVen sollen den Patienten bei einer Überweisung in spätestens vier Wochen einen Facharzttermin verschaffen. Wenn das nicht gelingt, sollen die Patienten – zulasten des KV-Budgets – ambulante Behandlung im Krankenhaus in Anspruch nehmen können. Hier ist zu Recht zu fragen, ob das mehr als „symbolische Politik“ ist. Denn der Hinweis von Ärztepräsident Montgomery, dass gerade in Gegenden mit ambulantem Ärztemangel auch die Krankenhäuser keine ärztlichen Überkapazitäten bereithalten, ist völlig zutreffend.

Eher belustigend ist die Reaktion der KBV, das Problem gleichzeitig zu leugnen und dafür eine Lösung anzubieten. So heißt es: „Terminprobleme in einem mengenbegrenzten und honorarbudgetierten System sind grundsätzlich eine Folge, die der Gesetzgeber lösen muss.“ Dann bietet die KBV jedoch an, „ein geeignetes Modell als regionale Selbstverwaltungslösung“ zu entwickeln, „das in eilbedürftigen Fällen ... eine zügige Behandlung beim Facharzt ermöglicht.“ Damit dürfte der jüngst im Saarland gestartete Modellversuch zur „dringlichen Überweisung“ gemeint sein. Auf der anderen Seite bieten die Krankenkassen ihren Versicherten sehr plausibel erscheinende Terminvermittlungsportale im Internet an, so in jüngster Zeit wieder die DAK (Pressemitteilung vom 17. Juli 2014).

Gesundheitsminister Gröhe unterlässt es bei keiner Rede, auf die Ernsthaftigkeit des Projekts „Terminservicestellen“ hinzuweisen. Dabei ist unklar, warum er gerade den Ärzten damit drohen will. Die eigentliche Bedeutung dieser Stellen hat sich nämlich schon längst erledigt. Sie sollten der „Gewinn“ sein, den die SPD aus den Koalitionsverhandlungen nach Hause bringen musste, um das Gesundheitskapitel beim Mitgliederentscheid akzeptabel zu machen. Die „Terminservicestellen“ wurden der Mitgliedschaft, die man mit der „Bürgerversicherung“ auf die Bäume gejagt hatte, (offenbar erfolgreich) als wirksamer Hebel gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“ verkauft.

Effizienz und Wettbewerb

kein Thema

Zusammenfassend kann man zur ambulanten ärztlichen Versorgung feststellen, dass keine neuen bzw. ernst zu nehmenden Anreize zur Effizienzsteigerung in diesem Sektor entwickelt werden. Die vorgenommene Stärkung der HzV ist unter diesem Gesichtspunkt eher ein – sozialromantisch motivierter – Rückschritt. So weit im K-Vertrag vom „Wettbewerb“ die Rede ist, bleibt das im großen und ganzen „rhetorisch“. Jedenfalls von einem echten Vertragswettbewerb will die Politik in dieser Wahlperiode offenbar nichts wissen.

Krankenhäuser

Im Koalitionsvertrag steht ein heroischer Satz: „Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltssystem war richtig.“ Bei solchen politischen Statements muss man sich immer fragen, ob damit tatsächlich die Beibehaltung der entsprechenden Position gemeint ist, oder die allmähliche Abkehr davon vorbereitet wird. Der Satz wäre nicht nötig, wenn dahinter keine Kontroverse

stünde. Das „aber“ wird immer schon mitgedacht.

So führen die Kritiker des DRG-Systems zwei zentrale Probleme der Krankenhäuser auf das Vergütungssystem zurück. Einerseits sei der Umschlagspunkt von der Rationalisierung zur patientenschädlichen Rationierung längst überschritten. Andererseits würden die Krankenhäuser durch die DRGs in ein „Hamsterrad“ getrieben: Die Kostensteigerung ohne Refinanzierung führe zur Flucht in die Fallzahlsteigerung und Leistungsverdichtung. Und so weiter.

Qualitätsoffensive und Mengensteuerung

Der Koalitionsvertrag greift beide Problembereiche auf. Das Mengenproblem wollen die Politiker einerseits durch eine stärkere Qualitätsorientierung der stationären Leistungen in Schach halten: Bei „besonders guter Qualität“ sollen die Mehrleistungsabschläge reduziert werden. Sogar Zuschläge sollen möglich werden. „Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein.“ Das praktische Problem wird dabei sein, zu klären, wie die Qualität in der Patientenversorgung rechtssicher gemessen werden kann. Die Koalitionäre beteuern zwar: „Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden.“ Ob das aber ausreicht, um finanzielle Konsequenzen gegenüber den Krankenhäusern zu ziehen, ist mehr als zweifelhaft.

Das Problem der Fallzahlsteigerung wird von der Politik auch noch in anderer Weise aufgegriffen: Die Menschen sollen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. „Daher haben Patienten zukünftig regelfest die Möglichkeit, eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Kran-

kenhaus einzuholen“, heißt es im Koalitionsvertrag. Damit wird – nicht untypisch für die Herangehensweise der Politiker – ein strukturelles Problem individualisiert. Natürlich hat jeder Patient vor z. B. einer empfohlenen Knieoperation das Problem des Einzelfalls und sucht nach Kriterien dafür, ob der Eingriff vermeidbar ist. Diese Perspektive verfehlt jedoch das strukturelle Problem, das etwa an der Landesgrenze zwischen Bayern und Baden-Württemberg deutlich wird: Dort zeigt der Bertelsmann-Gesundheitsatlas, dass in Bayern viel mehr Endoprothetik-Operationen durchgeführt werden als im Nachbarland, ohne dass es dafür offensichtliche Gründe in der Morbidität der Bevölkerung gibt. Das ist ein Beispiel unter vielen. Die vergleichende Versorgungsforschung belegt inzwischen eindrucksvoll, wie unterschiedlich die „Arbeitsteilung“ zwischen ambulantem und stationärem Sektor regional ist.

Kalkulationsmethodik

Zum DRG-System steht eine Maßnahme in K-Vertrag, die bisher wenig Beachtung gefunden hat, jedoch von zentraler Bedeutung ist: „Künftig kann das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auswählen.“ Das verweist darauf, dass die Datenlieferung für die Kalkulation bisher weitgehend auf Freiwilligkeit basiert. Ein Verzerrungseffekt durch diese Selbstselektion ist daher wahrscheinlich. Es könnte somit sein, dass sich besonders effiziente Kliniken nicht beteiligen, weil sie damit die Preistendenziell nach unten drücken würden. Im Zusammenhang der Kalkulation greifen die Koalitionäre auch das Personalproblem der Krankenhäuser auf. „Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden.“

Pacta sunt servanda. Und was nicht im Koalitionsvertrag steht

Wenn es das hier vermutete Problem tatsächlich gibt, muss man sich fragen, was das von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Krankenhäuser getragene Institut bisher gemacht hat. Dabei ist zwar ehrenwert, dass sich die Politik so intensiv um die Methodik der DRG-Kalkulation kümmert. Wahrscheinlich wäre es aber besser, sie würde diese Fragen der Betriebswirtschaftslehre und der Selbstverwaltung überlassen. Denn wenn die Politik mit Einzelaktionen in die Kalkulation eingreift, ist die Gefahr recht groß, dass deren Systematik grundsätzlich gefährdet wird.

Weitere Zuschläge machen das System nicht besser

Außerdem wird im K-Vertrag angekündigt, „die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der Maximalversorgung besser im DRG-System (zu) vergüten.“ Hier stehen pauschale Zuschläge für komplizierte Fälle, die vor allem in Universitätskliniken behandelt werden, zur Debatte. Solche Zuschläge sind jedoch nicht gut begründbar, denn diese Fälle müssten eigentlich innerhalb des DRG-Systems angemessen abgebildet werden. Immerhin berücksichtigt das System Nebendiagnosen und Schweregrade. Daher liegt der Verdacht nahe, dass hier die finanztechnische Trennung von Versorgung einerseits und Forschung und Lehre andererseits nicht sachgerecht vollzogen wird. Kliniken und Bundesländer sehen es sicher gern, wenn die Krankenversicherung als Lückenbüßer für die unzureichende Finanzierung der Hochschulaufgaben herangezogen wird, für die eigentlich die Länder zuständig sind. Die Ankündigung in Koalitionsvertrag überrascht jedoch nicht, weil in der Verhandlungsgruppe zum Gesundheitskapitel bei allen Parteien Ländervertreter die Mehrheit hatten.

Wenig vertrauenerweckend im Hinblick auf die grundsätzliche Akzeptanz des DRG-Systems ist es auch, wenn die Koalitionäre erneut die besondere Berücksichtigung der „Hochkostenfälle“ betonen. Soweit sie „nicht durch Fallpauschalen sachgerecht abgebildet werden können, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis Ende 2014 eine geeignete gesonderte Vergütungsform vorzulegen“, heißt es im K-Vertrag. Dabei ist diese Verpflichtung längst im Gesetz verankert. Im Zusammenhang mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“, das Mitte 2013 noch von der schwarz-gelben Koalition verabschiedet wurde, gab es eine entsprechende Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 17b Abs. 10 KHG). Danach hat das DRG-Institut diese Fälle zu untersuchen und zu beurteilen. Auf der Grundlage seines Berichts soll die Selbstverwaltung „geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems“ entwickeln. Damit ist offen, ob die Koalitionäre Zuschläge planen, die über diese bereits geplante Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems hinausgehen.

DRG-System und regionale Unterschiede

Auch die geplanten „Sicherstellungszuschläge“ im Rahmen der „erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung“ stehen quer zur DRG-Systematik. Außerdem wollen die Koalitionäre überprüfen, ob „für Krankenhäuser die Vorhaltekosten, insbesondere für die Notfallversorgung, aktuell ausreichend finanziert“ sind. Ob dieses Vorhaben zu einem weiteren „Zuschlag“ führt, bleibt abzuwarten. Das DRG-System drängt nach Einheitlichkeit für die gesamte Bundesrepublik. Dieser Tendenz entsprechen die Koalitionäre z. B. dadurch, dass sie die Unterschiede

bei den Landesbasisfallwerten, „die sich nicht durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder der unterschiedlichen Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen lassen“, aufheben wollen. Dieser Logik entspricht die Tatsache, dass alle gesetzlichen Krankenkassen ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach bundesweit einheitlichen Kriterien erhalten. Regionale Kostenunterschiede werden dabei nicht berücksichtigt. Das gilt auch für die Kosten, die eventuell für regionale Sicherstellungsaufgaben anfallen. Diese grundsätzlicheren Probleme der Finanzierungslogik des Gesundheitswesens sind durch „Herumschrauben“ am DRG-System jedoch nicht zu lösen. Wenn man dem Gesichtspunkt der regionalen Gerechtigkeit bzw. der lokalen Versorgungssicherheit Rechnung tragen will, kommt man langfristig um regional differenzierte Verträge nicht herum. Sie könnten dann auch auf der Basis des Fallpauschalensystems Preisdifferenzierungen vornehmen. Das wäre aber ein anderes Projekt, als das DRG-System mit einem Zuschlags-Wirrwarr zu untergraben.

PEPP

Dabei haben die Kritiker des DRG-Systems an einem anderen ‚Frontabschnitt‘ bereits einen Teil-Erfolg verbuchen können. Nach dem K-Vertrag soll das neue Psychiatrie-Entgelt-System (PEPP) inhaltlich aufgeweicht werden. Es geht z. B. um mehr „Tagesbezug“ der Vergütung und gegen die zeitbezogene Degression, d. h. vor allem darum, die Tendenz zu Psych-DRGs zu bremsen. Das heißt im K-Vertrag dann so: Wir wollen die „Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.“ Bereits im GKV-FQWG wurde daraus als erster Schritt die Verlängerung der sog. „budgetneutralen Phase“ um zwei Jahre umgesetzt. In diesem verlängerten Zeitraum wolle man noch einmal grundsätzlich über das PEPP-System und seine Eignung nachdenken.

Bangen und Hoffen

Im Ergebnis wollen die Koalitionäre wohl mehr Geld aus der Krankenversicherung in den stationären Sektor pumpen. Dabei wird die DRG-Logik durch diverse Modifikationen und Sonder-Zuschläge geschwächt. Dass es durch die Einführung von „Qualität“ als Kriterium der KH-Planung und die Bestimmung „erreichbarkeitsorientierter“ Bedarfs-Planung zu einer Bereinigung der KH-Landschaft kommen wird, ist dabei eine sehr vage und überaus optimistische Hoffnung. Schließlich werden die im K-Vertrag krampfhaft ausgeblendeten, jedoch zentralen Themen ‚Bedarfsplanung‘ und ‚Investitionsfinanzierung‘ sowie der ‚Umstrukturierungs- bzw. Investitionsfonds‘ in der Bund-Länder-AG zwangsläufig wieder auf den Tisch kommen.

Bewertung: Der Katzenjammer kommt bestimmt ...

Echte, d. h. schmerzhaft Reformen sind die Kinder von Krisen (Gerhard Schröder). Insoweit kann es angesichts der (noch) guten Finanzlage der GKV nicht verwundern, dass der Koalitionsvertrag keine revolutionären Weichenstellungen beabsichtigt. Außerdem haben sich die beiden großen Parteien, die ohne Freude in diese Koalition gegangen sind, in vielen wesentlichen Fragen selbst blockiert. Auch das ist den flachen und in vieler Hinsicht formelkompromisshaften Formulierungen anzumerken.

Gesundheitspolitik hatte schon im Wahlkampf keine zentrale Rolle gespielt. Trotz der Versuche des SPD-Kanzlerkandidaten Steinbrück und von Kanzlerin Merkel (reaktiv) zum Thema „Pflege“. Die „Bürgerversicherung“ und generell ‚Soziale Gerechtigkeit‘ im Gesundheitswesen haben nicht wirklich gezogen: Es gab – im Gegensatz zur Wahrnehmung vieler

Politiker – auch keine „linke“ Mehrheit der Stimmen. Das „Erregungspotenzial“ der Gesundheitspolitik ist daher zur Zeit gering. Man kann also bei den entsprechenden Themen getrost mit „Pfadabhängigkeit“ rechnen. In dieser Wahlperiode wird außerdem die „Pflege“ das zentrale gesundheitspolitische Projekt sein.

Trotzdem lassen sich aus der Analyse der zurückliegenden zwei Jahrzehnte die **fünf wichtigsten Aufgaben benennen, die die Koalition offenbar nicht anpacken will:**

- Die Finanzierung der Sozialsysteme, vor allem der GKV, demografiefest und zukunftsfähig zu machen.
- Die Effizienzreserven in der Versorgung zu heben und die Produktivität der Gesundheitswirtschaft zu steigern, z. B. indem man anfängt, die Sektoreierung des Gesundheitswesens zu überwinden.
- Die Präferenzorientierung der Bürger zu stärken und Wahlfreiheit zu ermöglichen, indem man den Wettbewerb nutzt und mehr Differenzierung der Versorgung zulässt.
- Das duale System von GKV und PKV zu reformieren (Zwei-Klassenmedizin und Fehlanreize durch die duale Gebührenordnung).
- Die Probleme einer erheblichen Zahl von PKV-Versicherten zu lösen.

Stattdessen lassen sich die fünf wichtigsten Absichten identifizieren, mit denen die Koalition die Probleme des Gesundheitswesens perpetuieren und vermehren wird:

- Deutliche Steigerung der Kosten(-Risiken), z. B. im Bereich der Arzneimittel und im Krankenhaus.
- Aufbau neuer Sektorengrenzen (Sektoreierung der KVen, Abgrenzung der ASV etc.).
- Mehr Regulierung (Machtzuwachs des G-BA) und staatliche Planung statt Wettbewerb (u. a. Stärkung des föde-

ralen Einflusses, d. h. der Länder und Kommunen auf die Steuerung der ärztlichen Versorgung und der Pflege).

- Aushöhlung des DRG-Systems (des größten gesundheitspolitischen Erfolgs der letzten 15 Jahre).
- Herabstufung der existierenden Selektivvertragsmöglichkeiten im ambulanten Bereich zu „Modellversuchen“ statt Vertrags-Pluralismus.

... noch in dieser Wahlperiode.

Die neuen Zusatzbeiträge führen zu einem verschärften Wettbewerb der Kassen. Einige werden schon im nächsten Jahr Finanzierungsprobleme bekommen und geraten in Insolvenzgefahr bzw. unter Fusionsdruck. Gleichzeitig werden die Leistungsausgaben weiterhin rund doppelt so schnell steigen wie die Finanzkraft der Kassen. Damit stehen spürbar steigende Beitragssätze zum Ende der Wahlperiode an. Die Politik wird sich wieder über Kostendämpfung und Effizienz im Gesundheitswesen Gedanken machen müssen – ein Thema, um das man sich angesichts der günstigen GKV-Finanzlage herumgedrückt hat. Spätestens im Wahlkampf kommen alle jetzt mit Bedacht vermiedenen Themen auf die Tagesordnung zurück. Das betrifft vor allem die PKV und die „Bürgerversicherung“. Die betreffenden Positionen des vergangenen Wahlkampfes waren zwar z. T. überspitzt, spiegelten aber die realen Probleme des Gesundheitswesens realistischer wider als der aktuelle Koalitionsvertrag.

Belege auf Anfrage beim Verfasser.

Autor:

Dr. Robert Paquet

Duisburger Str. 7

10707 Berlin

e-mail: rp@robert-paquet.de

Axel Munte, Anna Sollacher, Sonja Froschauer

ASV – Blaupause für die Überwindung der Sektorengrenzen?

Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) durch die Neugestaltung des § 116b SGB V bietet prima vista sinnvolle Ansätze zur Überwindung der starren Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. So sieht die ASV in ihrer Grundidee beispielsweise einen gleichberechtigten Zugang für Kliniken und Vertragsärzte zu dieser neuen Versorgungsform vor, der lediglich über Qualifikationskriterien gesteuert wird. Zudem wurde durch den Gesetzgeber eine fachgruppen- sowie eine sektorenübergreifende Kooperationsverpflichtung angestrebt.

In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) finden sich diese sektorenverbindenden Ansätze teilweise wieder, z. B. in einem umfassenden Überleitungsmanagement des Patienten nach der Behandlung durch das ASV-Team zur ambulanten Anschlussbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Doch wird in der Umsetzungsrichtlinie sichtbar, dass diese positiven Ansätze nicht konsequent zu Ende gedacht wurden. Die Verfolgung differierender Interessen durch die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung verhinderte die Umsetzung sinnvoller, vom Gesetzgeber ermöglichter Innovationen. So wurden keine einheitlichen Verfahren zur Dokumentation sowie zum Einsatz elektronischer Fallakten und keine standardisierte Abrechnung für Kliniken und Vertragsärzte innerhalb der ASV durchgesetzt.

Auch die Verpflichtung zur sektorenübergreifenden Kooperation wurde im Bereich der gastrointestinalen Tumoren so formuliert, dass nicht versorgungsrelevante Scheinkooperationen ermöglicht werden.

Der Gesetzgeber gab mit dem § 116b neuer Fassung der ASV das Potenzial, die

bisher isolierten Sektoren zu verbinden. Dazu müssen jedoch die Selbstverwaltungsgremien in ihrer Verantwortung für schwerstkranken Patienten dieses Potenzial konsequent ausschöpfen.

1. Starre Sektorengrenzen und ihre Folgen

Im deutschen Gesundheitswesen hat sich die Grenze zwischen dem ambulanten und stationären Sektor geschichtlich entwickelt. Diese geht auf die Einführung des Kollektivvertrages und die Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Jahren 1931 und 1932 zurück.

Trotz der seit Jahrzehnten bestehenden kritischen Diskussion sind die Grenzen starr und kaum überwindbar geblieben. Die Trennung von ambulanter und stationärer Patientenbetreuung hat viele negative Folgen. Einerseits leidet darunter die Versorgungsqualität, andererseits könnte ohne diese eklatante Sektorentrennung die Wirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitswesens deutlich erhöht werden.

So kann das Wohl des Patienten durch den Behandlerwechsel an den Sektorengrenzen gefährdet werden. Der Sachverständigenrat (SVR) stellte in seinem Son-

dergutachten 2012 fest, dass 28 Prozent der Patienten in der ambulanten poststationären Weiterbehandlung durch verspätet eingegangene Behandlungsinformationen aus dem stationären Bereich beeinträchtigt waren. In 15 Prozent der Fälle lag andererseits eine Beeinträchtigung der klinischen Behandlung aufgrund unzureichender Informationen bei der Einweisung vor. In 4 Prozent zeigte sich sogar eine unmittelbare Gefährdung von Patienten aufgrund von (intersektoralen) Informationsmängeln.

Außerdem fehlen im Notfall lebenswichtige Informationen, wie beispielsweise die aktuelle Medikation sowie mögliche Kontraindikationen und Unverträglichkeiten. Mehr als 20 Prozent der Patienten erleiden unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder einen Medikationsfehler (SVR-Sondergutachten 2012).

Hinzu kommt die erhöhte Belastung für den Patienten durch Mehrfachuntersuchungen. Im SVR-Sondergutachten 2012 gaben 20 Prozent der befragten Patienten an, dass Ärzte Untersuchungen angeordnet hatten, die bereits durchgeführt worden waren. Außerdem erhielten 17 Prozent der Befragten widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten. Für Multimorbide waren die

Koordinierungsprobleme jeweils noch größer (SVR-Sondergutachten 2012). Nicht nur aus Patientensicht, auch aus wirtschaftlicher Sicht sind die starren Sektorengrenzen kritisch zu sehen. So besteht das Risiko stationärer Behandlungen, wenn Kliniken eine alternativ denkbare, ambulante Behandlung beispielsweise nicht abrechnen dürfen. Ferner werden durch die fehlende Kooperation in beiden Sektoren knappe Ressourcen gebunden, die anderweitig effizienter eingesetzt werden können, anstatt das dritte Mal ein MRT zu erstellen und aufwendig zu analysieren.

2. Potenzial der ASV – Überwindung der Sektorengrenzen

Der Gesetzgeber kennt diesen Missstand längst und versucht mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) erneut, hier gegenzusteuern. Mit der Novellierung des Paragraphen § 116b SGB V startet er einen ersten Anlauf, den ambulanten und stationären Sektor in der ASV zu verbinden. Der so entstehende, neue Versorgungsbereich hätte durchaus Potenzial für eine bessere Sektorenverzahnung.

So steht die ASV bei entsprechender Qualifikation sowohl niedergelassenen Fachärzten als auch Kliniken offen. Der Zugang ist lediglich über definierte, einheitliche Qualifikations- und Qualitätsvoraussetzungen reglementiert. Somit werden qualifizierte Kliniken und niedergelassene Fachärzte zum Teil gemeinschaftlich in die ambulante Versorgung eingebunden – eine deutliche Weiterentwicklung im Vergleich zum § 116b SGB V alter Fassung, der sich ausschließlich auf Kliniken bezog.

Des Weiteren finden sich in der Formulierung des Gesetzgebers eine Verpflichtung zur interdisziplinären und sektoren-

übergreifenden Kooperation als zentrale Teilnahmevoraussetzung für die ASV sowie die Verpflichtung zur sektorenübergreifenden einheitlichen Dokumentation wieder.

Auch um eine Therapieunterbrechung nach dem Übergang von der ASV in die Regelversorgung zu vermeiden, sieht das Gesetz ein verpflichtendes Überleitungsmanagement vor. Dieses soll unter anderem einen Behandlungs- und Medikationsplan beinhalten.

3. Hürden der Sektorenüberwindung

Der Grundgedanke der ASV, eine sektorenverbindende neue Versorgungssäule einzuführen, ist durch die Gesetzgebung klar formuliert. Jedoch wurde dieser fortschrittliche Weg nicht in seiner Komplexität zu Ende gedacht. So bleibt die Umsetzung teils deutlich hinter der gesetzgeberischen Intention zurück.

Insbesondere die Kooperationsverpflichtung wurde in den untergesetzlichen Normen des Gemeinsamen Bundesausschusses inkonsequent verankert. So besteht durch die jetzigen Formulierungen die Gefahr, wirkungslose Pseudokooperationen zu initiieren. Zudem werden die Krankenkassen durch unzureichende Vorgaben mit einer schwer durchschaubaren Abrechnung zu kämpfen haben. Darüber hinaus ist eine einheitliche Dokumentationspflicht nicht ausreichend definiert und vorgeschrieben.

Im § 116b SGB V neuer Fassung wird eine interdisziplinäre Kooperation in der ASV vorgeschrieben.

„Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst [...] je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit** und besondere Ausstattungen [...]“ (§ 116b SGB V, Abs. 1 Satz 1)

Dieser Verpflichtung zur interdisziplinären Kooperation in der ASV trägt der GBA durch folgende Formulierung in der ASV-Richtlinie Rechnung:

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen. (ASV-Richtlinie, § 3 Abs. 1)

Dabei soll die Zusammensetzung dieses interdisziplinären Teams, d. h. die vorzuhaltenden Fachgruppen, indikationsspezifisch in den Konkretisierungen geregelt werden.

Die zusätzliche sektorenübergreifende Kooperation ist allerdings nicht eindeutig im Gesetz vorgegeben. Der Gesetzgeber überträgt hierbei die Ausgestaltung dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA):

„Zudem kann er [der GBA...] für die Versorgung bei **schweren Verlaufsformen** [...] Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation **zwischen den beteiligten Leistungserbringern** nach Absatz 2 Satz 1 [sektorenübergreifend: Vertragsärzte und Krankenhäuser] in diesem Versorgungsbereich fördern.

Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen **onkologischer Erkrankungen hat er** Regelungen [sektorenübergreifend] für solche Vereinbarungen zu treffen.“ (§ 116b SGB V, Abs. 4 Satz 9–10)

Die gesetzlichen Vorgaben zur sektorenübergreifenden Kooperation aus dem SGB V legt der GBA folgendermaßen aus:

„Für die ASV-Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen [...] ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor **erforderlich**“ (ASV-Richtlinie, § 10 Abs. 1)

Pacta sunt servanda. Und was nicht im Koalitionsvertrag steht

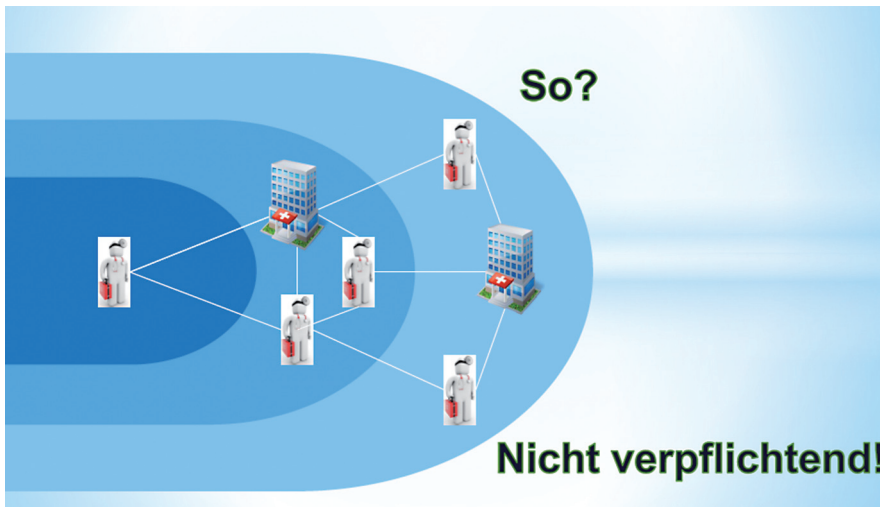


Abbildung 1

Zur Verbindung der sektorenübergreifenden mit der interdisziplinären Zusammenarbeit legt er dabei fest:

Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen sind hiervon unberührt. (ASV-Richtlinie, § 10 Abs. 1)

durch ein Team mit Spezialisten aus verschiedenen Fachgruppen sowie aus verschiedenen Sektoren (Praxis und Krankenhaus) versorgt werden können. Dies wäre im Interesse der Versorgung wünschenswert, wurde so jedoch jetzt nicht umgesetzt.

rationsverpflichtung zu formulieren. Bei anderen schweren Verläufen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf (zum Beispiel Rheuma, Multiple Sklerose) eröffnet er dem GBA die Möglichkeit, diese zu fordern, schreibt es allerdings nicht zwingend vor. Für die seltenen Erkrankungen, wie die Tuberkulose, hat der GBA streng genommen gar keine gesetzliche Befugnis, eine sektorenübergreifende Kooperation zu regeln. Damit die ASV als Blaupause für die Sektorenüberwindung gesehen werden kann, müsste eine umfassende sektorenübergreifende Kooperationsverpflichtung nicht nur für onkologische Erkrankungen bei schweren Verlaufsformen gelten, sondern auch bei allen anderen Indikationen der schweren Verlaufsformen (z. B. HIV, Rheumatologische Erkrankungen, Multiple Sklerose) sowie bei den Indikationen zu seltenen Erkrankungen (z. B. Morbus Wilson, pulmonale Hypertonie etc.).



Abbildung 2

Gesetzlich wären somit die Voraussetzungen für eine fachgruppen- und zugleich sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der ASV gegeben gewesen. Schwerstkranke Patienten hätten somit

3.1 Sektorenübergreifende Kooperation nicht für alle ASV-Indikationen

Der Gesetzgeber verpflichtet den GBA lediglich bei den onkologischen Erkrankungen, eine sektorenübergreifende Koopera-

3.2 Gefahr einer wirkungslosen Sektorenverbindung

Mit der Auslegung durch den GBA werden faktisch zwei getrennte Kooperationsebenen in der ASV geschaffen. Es gibt einerseits das interdisziplinäre Team. Dies gilt als regelhafte Voraussetzung für die ASV-Teilnahme. Es besteht abhängig von der Indikation aus verschiedenen Fachgruppen und ist strukturell in einen Teamleiter, das Kernteam sowie hinzuzuziehende Fachärzte aufgegliedert. Andererseits wurde – zumindest für onkologische Indikationen – eine sektorenübergreifende Kooperation vorgeschrieben, jedoch ausdrücklich unabhängig vom interdisziplinären Team. Es ist somit also nicht zwingend notwendig, ins interdisziplinäre Team sowohl niedergelassene Fachärzte als auch Krankenhausärzte zu integrieren. Ein Team kann also ausschließlich aus Ärzten eines Sektors gebildet werden. Der sektorenübergreifende Kooperations-

verpflichtung in der Onkologie kann dann über einen separaten Kooperationsvertrag entsprochen werden.

Dabei besteht die Gefahr einer Pseudo-Sektorenverbindung, da die Anforderungen des GBA an diese sektorenübergreifende „ASV-Kooperation“ gering sind:

Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- a) die Abstimmung [...] über Eckpunkte der Versorgung [...]
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung [...]
- c) die Verpflichtung, mind. zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Tumorkonferenzen durchzuführen [...] (ASV-Richtlinie, § 10 Abs. 3)

Weitere Details dieser Kooperation werden nicht spezifischer festgelegt. Diese Vorgaben stellen primär eine reine formale Regelung dar, anstatt Hinweise für eine individuelle Patientenbetreuung zu geben. Die Formulierung lässt sogar vermuten, dass dem Erweiterten Landesausschuss, der die ASV-Anzeige der Teams prüft, eine reine Absichtserklärung zur Kooperation genügen kann. Ob, und in welcher Form die sektorenübergreifende Zusammenarbeit dann gestaltet wird, spielt vermutlich keine Rolle mehr.

Somit könnte im Bereich der gastrointestinalen Tumoren ein interdisziplinäres Team mit den benötigten Fachdisziplinen rein innerhalb eines Krankenhauses gebildet werden. Um die sektorenübergreifende Kooperationspflicht zumindest auf dem Papier zu erfüllen, wird dann lediglich z. B. ein niedergelassener Hausarzt als Kooperationspartner festgelegt. Pro forma ist dann die Voraussetzung erfüllt. Ob das eine bessere Patientenversorgung bewirkt, bleibt mehr als fraglich. Eine Verpflichtung zu versorgungsrelevanten Kooperationen wäre unbedingte Voraussetzung, damit die ASV als Blaupause für die Sektorenüberwindung gelten kann. Ansätze hierzu wären beispielsweise, dass das Kernteam zwingend aus

Vertretern beider Sektoren (d. h. Niedergelassene und Klinikärzte) bestehen müsste, d. h. dass die sektorenübergreifende und die interdisziplinäre Kooperation zu kombinieren sind.

3.3 Uneinheitliche Abrechnung

Erschwerend kommt hinzu, dass die interdisziplinären Teams in der ASV nicht als Team abrechnen müssen. Stattdessen erbringt jeder ASV-Berechtigte seine Leistungen eigenverantwortlich und rechnet diese direkt mit den Krankenkassen ab. Dabei ist auch die Beauftragung von Dienstleistern möglich – wiederum individuell durch jeden einzelnen Leistungserbringer. Bei ASV-Teams für gastrointestinale Tumoren könnten somit die 17 mindestens vorgeschriebenen Teammitglieder theoretisch 17 unterschiedliche Abrechnungswege wählen – und das für einen einzigen Patienten. Hinzu kommt, dass für Krankenhäuser und Vertragsärzte, die an der ASV

Versetzt man sich nun in die Lage der Krankenkassen, wird das Dilemma umso deutlicher. So rechnen beispielsweise Arzt 1 und Arzt 2 nach § 295 SGB V ab und beauftragen die zuständige Kassenzentrale als Abrechnungsdienstleister. Arzt 3 und Arzt 4 kommen jeweils aus einem Krankenhaus und rechnen somit direkt mit der Krankenkasse ab – mittels des AMBO-Datensatzes nach § 301 SGB V. Arzt 5 rechnet ebenfalls direkt ab, allerdings nach § 295 SGB V, da er niedergelassener Arzt ist. Arzt 6 wählt für die Abrechnung einen privaten Abrechnungsdienstleister. Arzt 7 wiederum einen alternativen privaten Abrechnungsdienstleister. Arzt 8 einen dritten. Da alle drei im niedergelassenen Bereich angesiedelt sind, wird zumindest bei allen das Datenformat des Einzelfallnachweises nach § 295 SGB V verwendet. Dieses Spiel ließe sich entsprechend fortsetzen.

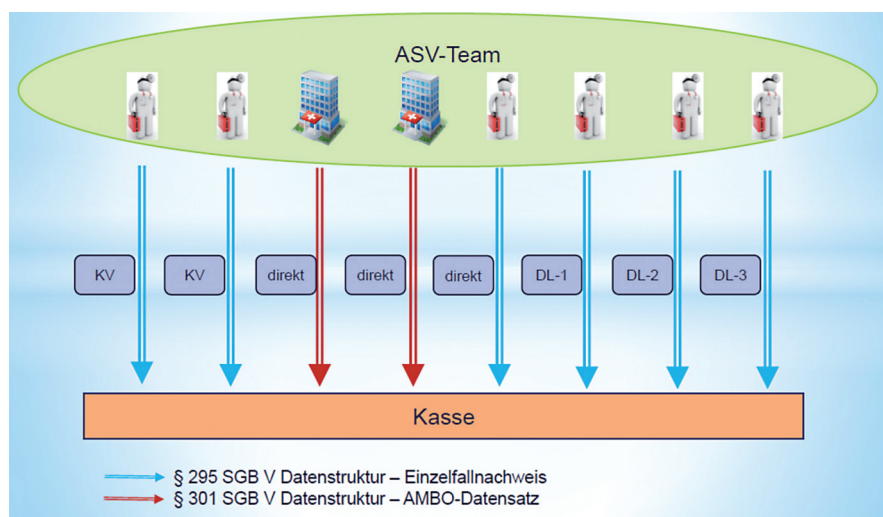


Abbildung 3

teilnehmen, durch die Vertragspartner auf Bundesebene unterschiedliche Datenformate festgelegt wurden. Während Krankenhäuser auf Basis des AMBO-Datensatzes nach § 301 SGB V abrechnen, gilt für Vertragsärzte ein modifizierter Einzelfallnachweis nach § 295 SGB V.

Die Blaupause der ASV benötigt hier definitiv eine technisch **einheitliche Abrechnung** – nicht nur die Abrechnung der gleichen Leistung für die gleiche Tätigkeit. Die ASV als Blaupause für die Überwindung der Sektorengrenzen benötigt auch eine **gemeinschaftliche Abrechnung**

Pacta sunt servanda. Und was nicht im Koalitionsvertrag steht

als Team über einen durch das Team zu wählenden Dienstleister mit identischem Datenformat.

3.4 Fehlende Dokumentationspflicht

Auch hinsichtlich der Dokumentationspflicht ließ sich der gute Grundgedanke nicht durch alle Arbeitsebenen konsequent durchsetzen. Im Paragrafenteil der ASV-Richtlinie vom 21.03.2013 lässt sich noch eine eindeutige Vorgabe finden:

Der Umfang der sektorenübergreifend einheitlichen Dokumentationspflichten [...] ergibt sich aus den konkretisierenden Anlagen. (ASV-Richtlinie, § 14 Satz 1)

In den Konkretisierungen der Anlagen 1a der GI-Tumoren und Anlage 2a zur Tuberkulose wird die sektorenübergreifende, einheitliche Dokumentation allerdings in keiner Weise festgelegt.

GIT:

Die Befunde einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status mit R- und G-Codes nach UICC), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren. (ASV-Richtlinie, Anlage 1a – Abschnitt 3.3)

Tbc:

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren. (ASV-Richtlinie, Anlage 2a – Abschnitt 3.3)

Zwischen den Formulierungen im Paragrafenteil und den Konkretisierungen zu den Indikationen im Anlagenteil liegen gravierende Diskrepanzen vor. Im Paragrafenteil wird die einheitliche, sektorenübergreifende Dokumentation festgelegt, doch diese qualitätssichernde Ausgestaltung findet in den Richtlinien der Konkretisierungen keinerlei Beachtung mehr. Die Betonung der Einheitlichkeit wird in keiner der beiden Konkretisierungen wieder aufgegriffen.

Zur Überwindung der Sektorengrenzen wäre eine elektronische Vernetzung zwingend erforderlich. Dies ist nur mit einer elektronischen Dokumentation (Fallakte) und entsprechendem Datenaustausch zwischen den Behandlern des interdisziplinären Teams möglich. Denn eine konsistente Behandlung erfordert stetigen Informationsaustausch, einen Fallaktenzugriff rund um die Uhr sowie den schnellen Abruf der Patientendaten im Notfall – mit Zustimmung des Patienten. Es ist schwerkranken Patienten nicht zuzumuten, den Informationsaustausch zwischen ihren Behandlern selbst zu organisieren und – gerade im Notfall – relevante Daten wie Allergien, Unverträglichkeiten, vorhandene Diagnosen und eine bestehende Medikation nicht im sofortigen Zugriff zu haben. Die Behandlung schwerkranker Patienten, wie es bei der ASV der Fall sein wird, muss unabdingbar über eine sektorenübergreifende einheitliche Dokumentation mit elektronischer Fallakte erfolgen. Hier wird das Rad auch nicht neu erfunden, dies ist bereits Standard zum Beispiel in vielen Praxisnetzen,

bei denen die Behandlung durch mehrere Ärzte erfolgt. Eine elektronische Vernetzung würde zudem zu einer vereinheitlichten und transparenten Abrechnung beitragen.

4. Fazit

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Grundgedanken der ASV durchaus zukunftsweisend sein können für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Die ASV hat das Potenzial, als Blaupause Sektorengrenzen zu durchbrechen, Kooperationen von Spezialisten verschiedener Sektoren zu fördern und einen Versorgungsbereich für Spitzenmedizin und Innovation zu schaffen. Dafür benötigt es aber noch den Mut, neue Wege konsequent im Interesse der Patienten und nicht der Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung zu gehen. Dazu gehören vor allem eine verpflichtende sektorenübergreifende Kooperation, die pragmatische und einheitliche Umsetzung sowie eine einheitliche elektronische Fallakte im Team. Außerdem benötigt es auch den Mut, nicht jeden mitnehmen zu können.

Autoren:

Dr. med. Axel Munte, Anna Sollacher, Sonja Froschauer
Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.
Dr.-Max-Str. 21
82031 Grünwald bei München
www.bv-asv.de

Markus Schneider

Zwischen Kostendämpfung und Wachstum. Die Pharmazeutische Industrie in Bayern – 2008 bis 2012

Die Pharmazeutische Industrie Bayerns expandierte aufgrund der Kostendämpfung der letzten Jahre nur verhalten. Obgleich dieses Wachstum insgesamt höher als im übrigen Bundesgebiet ausfiel, bleibt die Investitionstätigkeit in Forschung und Sachanlagen zurückhaltend. Auch die Forschungsausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheit stagnierten zuletzt. Durch gesetzliche Rabatte für Arzneimittel seit 2010 wurden die bayerischen Unternehmen allein mit rund 800 Mio. Euro zusätzlich belastet. Dies hat dem Pharmastandort Bayern und Deutschland nachhaltig geschadet.

1. Eckwerte der Pharmazeutischen Industrie in Bayern

1.1. Produktion und Wertschöpfung

Für das langfristige Wirtschaftswachstum sind die produktiven Unternehmen besonders interessant.¹ Hier zeigt sich, dass gerade die Pharmazeutische Industrie ein Wachstumstreiber ist, wobei der Wertschöpfungsbeitrag wesentlich von den Aktivitäten des pharmazeutischen Großhandels mitbestimmt wird. Dies gilt besonders in Bayern und ergibt sich daraus, dass hier viele große pharmazeutische Unternehmen aufgrund ihrer starken Handelstätigkeit als Großhandelsunternehmen klassifiziert sind. Die Arzneimittelproduktion dieser Unternehmen bleibt dagegen in der gängigen Industrie- und Handelsstatistik unbeachtet. Die gesamte Produktion wird nur durch eine güter- und betriebsbezogene Darstellung sichtbar.

¹ Vgl. Krugmann 1994: „Productivity isn’t everything, but in the long run it is almost everything. A country’s ability to improve its standard of living over time depends almost entirely on its ability to raise its output per worker.“

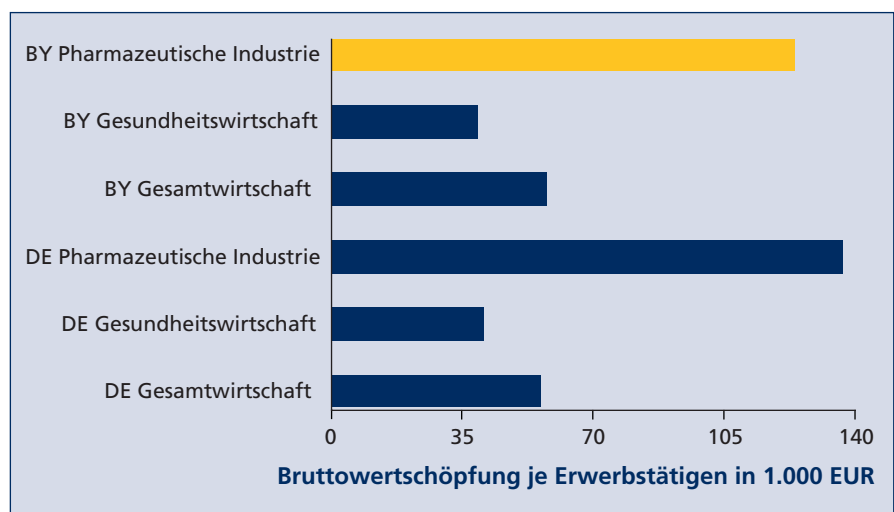


Abbildung 1: Produktivität in der Pharmazeutischen Industrie, der Gesundheitswirtschaft und Gesamtwirtschaft in 1.000 Euro, Bayern und Deutschland, 2012

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach VGRdL, BASYSIRHA.

Ausgehend davon betrug die Produktion von Arzneimitteln durch bayerische Unternehmen (zu Herstellungspreisen) im Jahre 2012 korrigiert 3,7 Mrd. Euro. Sie lag damit nahezu doppelt so hoch wie in der traditionellen Abgrenzung, die

von einem Betrag von 1,9 Mrd. Euro ausgeht.²

² Dieser Unterschied wäre noch größer, würde man eine noch etwas umfassendere Definition der „Güter“ der Pharmazeutischen Industrie verwenden, wie sie der amerikanische Verband der Arzneimittelhersteller nutzt. Danach werden neben dem pharmazeutischen Großhandel auch wissenschaftliche pharmazeutische Forschungsleistungen und die dazugehörigen privaten Unternehmensdienstleistungen für die Pharmazeutische Industrie einbezogen (Battelle 2013, S. 5).

ÜBERSICHT

Auch der gesamtwirtschaftliche Wertschöpfungsbeitrag verdoppelte sich damit und erreichte für das Jahr 2012 einen Wert von rund 1,6 Mrd. Euro nach 1,4 Mrd. Euro im Jahr 2008.

Die bayerischen Betriebe verzeichneten damit eine etwas bessere Entwicklung als die Pharmazeutische Industrie in Deutschland insgesamt (vgl. Tabelle A.1).

1.2. Beschäftigung und Kapitalbildung

Rund ein Fünftel der neu geschaffenen Arbeitsplätze fiel in Bayern auf die Gesundheitswirtschaft. Zwischen 2008 und 2012 stieg die Zahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft um 62.000 auf 786.000 Beschäftigte bzw. jährlich um 2,1 % (vgl. Abbildung 2, Tabelle A.2 und Tabelle A.3).

Die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft lag über derjenigen der Gesamtwirtschaft. Das bayerische Beschäftigungswachstum übertraf dabei das von Deutschland.

Differenzen im Beschäftigungswachstum sind unter anderem ein Ergebnis unterschiedlicher Arbeitsproduktivitäten. Hohe Arbeitsproduktivitäten sind typisch für den industriellen Bereich, in welchem auch Rationalisierung eher umgesetzt werden kann als im Dienstleistungsbereich.

Eine sehr hohe Produktivität zeichnet die Pharmazeutische Industrie aus. Sie bietet hoch qualifizierten Menschen einen Arbeitsplatz. Ihre Produktionsprozesse sind hoch technologisiert und erfordern eine im Vergleich zu anderen Spitztechnologien überdurchschnittliche Beschäftigung von Ingenieuren und nichtakademisch ausgebildeten Mitarbeitern wie Laboranten oder Pharmawerkern (vgl. Kirchhoff 2012, S. 10). Durch ihre hohe Produktivität leistet die Pharmazeutische Industrie dabei einen besonderen Beitrag zur Einkommensentwicklung.

In Bayern stieg zwar die Beschäftigung trotz Wirtschaftskrise und Kostendämpfung im Wirtschaftszweig 21 „Pharma-

zeutische Industrie“ an. Allerdings wurden die Anlageinvestitionen im Zeitraum 2008 – 2012 nicht entsprechend ausgeweitet. Letzteres gilt insbesondere auch für Deutschland.³

Die hier vorgenommene Betrachtung unter Einbeziehung der Großhandelsunternehmen zeigt eine verhaltene Entwicklung der Beschäftigten auf Bundesebene seit 2010. In Bayern hingegen wuchs über den gesamten Zeitraum 2008–2012 die Arbeitskräftenachfrage in den pharmazeutisch industriellen Betrieben sowie im pharmazeutischen Großhandel durch das wachsende Auslandsengagement überdurchschnittlich (vgl. Tabelle A.1).

1.3. Inländische Nachfrage (Ausgaben für Gesundheit)

Bayern investierte 46,2 Mrd. Euro für Gesundheit und nach Abzug des Auslandsanteils 45,8 Mrd. Euro. Allerdings unterscheidet sich die sogenannte „Gesundheitsausgabenquote“ Bayerns deutlich von derjenigen Deutschlands (vgl. Tabelle A.2 und A.4). Mit 9,8 % des BIPs liegt sie 1,5 Prozentpunkte niedriger als der gesamtdeutsche Durchschnitt und ist sogar 1,8 Prozentpunkte geringer als der nicht-bayerische Wert von 11,6 % (alle Bundesländer ohne Bayern). Ursächlich hierfür sind dabei nicht etwa geringere Gesundheitsausgaben, sondern das höhere BIP, das im Nenner zu Buche schlägt. Bemerkenswert ist ein Vergleich mit den Nachbarländern (vgl. Abbildung 3). Demnach liegt die bayerische Gesundheitsausgabenquote unter derjenigen Österreichs (11,1 %) und der Schweiz (11,4 %), allerdings höher als diejenige Baden-Württembergs (9,5 %).

Im Jahr 2008 machte die Gesundheitsausgabenquote Bayerns noch 10,0 % des BIP aus. Bedingt durch die anti-

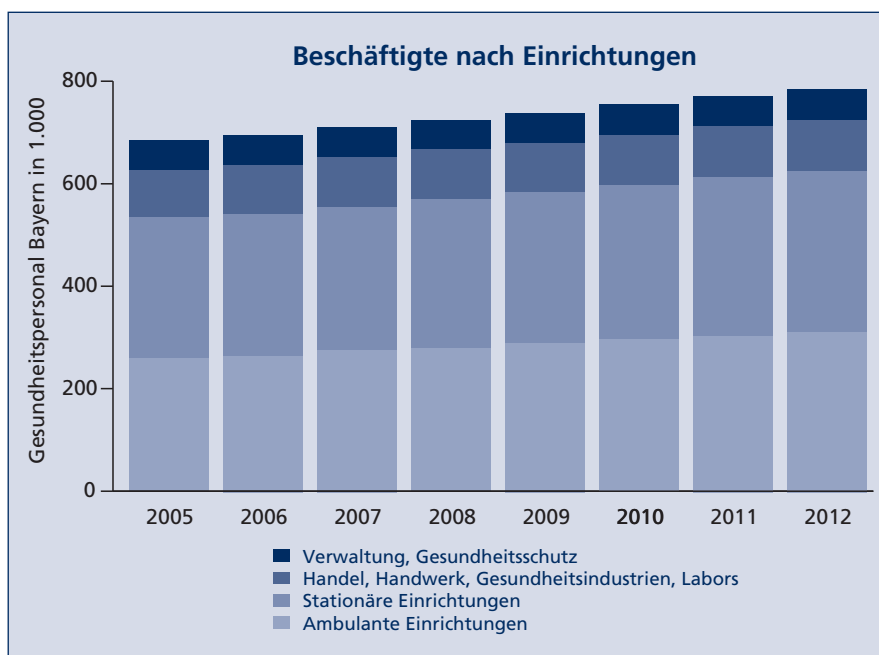


Abbildung 2: Beschäftigungsentwicklung in der bayerischen Gesundheitswirtschaft, 2005–2012

Quelle: Gesundheitspersonal definiert nach GPR; BASYS.

³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014 (Investitions-erhebung).

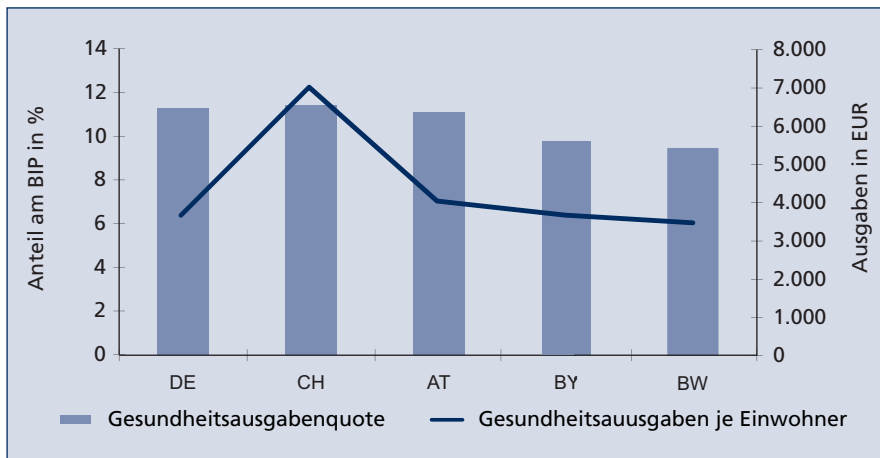


Abbildung 3: Gesundheitsausgabenquote Bayerns im Vergleich mit Nachbarländern, 2012

Quelle: Deutschland: BASYSIRHA, Statistisches Bundesamt 2014f, Österreich: Statistik Austria 2013, Schweiz: BFS 2013.

zyklische öffentliche Finanzpolitik in der Wirtschafts- und Finanzkrise kletterte sie auf 10,5 % im Jahr 2009, um dann auf 10,2 % im Jahr 2010, 9,9 % in Jahr 2011 und schließlich auf 9,8 % in 2008 zurückzugehen. Das Statistische Bundesamt (StBA) erläutert dies für die gesamtdeutsche Entwicklung wie folgt: „In den beiden Vorjahren lag dieser Wert noch bei 11,5 % (2010) beziehungsweise 11,8 % (2009). Der fortgesetzte Rückgang ist auf die anhaltend starke Wirtschaftsleistung zurückzuführen, während sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben in den beiden letzten Jahren stetig abschwächte. Im Jahr 2011 lag der Anstieg der Gesundheitsausgaben deutlich unter der durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate zwischen 2000 und 2010 von 3,1 %“⁴

Das geringe Wachstum der Gesundheitsausgaben wird ferner auch auf ausgabenseitige Eingriffe zurückgeführt: „Hintergrund sind die Maßnahmen zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben im Arzneimittelbereich, die Anfang 2011 mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV in Kraft traten.“⁵

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2013, Pressemitteilung vom 4. April 2013 – 128/13.

⁵ Ebenda.

Interessanterweise wichen die bayerischen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben dabei u. a. wegen der stärkeren wirtschaftlichen Entwicklung in Bayern vom Bundestrend ab. Trotz eines höheren Anteils von Privatversicherten liegt darüber hinaus aufgrund der demografischen Struktur das Ausgabenniveau nur geringfügig über dem Bundesdurchschnitt von 3.668 Euro.

Obleich die GKV nur 57 % der Gesundheitsausgaben finanziert, steht ihre Ausgabenentwicklung und Finanzstabilität traditionell im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Zweifelsfrei sind auch die anderen Finanzierungsträger und die Nebeneffekte der Kostendämpfungspolitik zu beachten.

In Bayern werden weit mehr Mittel in die Krankenversicherung einbezahlt als Leistungen ausgeschüttet werden. Es fließen somit – aufgrund der bundesweiten solidarischen Finanzierung der GKV – in erheblichem Umfang Mittel aus Bayern ab. Die Folge: Durch die Kostendämpfungsgesetze in Verbindung mit dem relativ höheren Inlandsabsatz (vgl. Abschnitt 3.1) wird der Pharmastandort außerordentlich stark belastet.

1.4. Auslandsnachfrage und Exportüberschuss

Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland hat in Bayern die Bevölkerung im letzten Jahrzehnt zugenommen. Darin spiegeln sich die Wettbewerbsfähigkeit und die Attraktivität Bayerns im Vergleich zu anderen Bundesländern wider. Hervorzuheben ist auch der überdurchschnittliche Beitrag Bayerns zum Export. Im Jahr 2012 betrug der Exportüberschuss im Warenverkehr mit dem Ausland 29,4 Mrd. Euro. Der Außenhandel der bayerischen Pharmaindustrie hat mit rund 4,8 Mrd. Euro an exportierten Arzneimitteln im Jahr 2013 einen Warenüberschuss von 1,0 Mrd. Euro erzielt (vgl. Abbildung 4).

Unter Berücksichtigung der damit verbundenen Dienstleistungen ist dieser Überschuss noch höher anzusetzen.⁶ Für den Anstieg des bayerischen Überschusses um rund 0,3 Mrd. Euro gegenüber dem Vorjahr dürften auch die geringeren Reimporte als Folge des inländischen Preisverfalls ursächlich sein.

Zur Struktur und Entwicklung des Außenhandels bei pharmazeutischen Gütern können aufgrund der statistischen Umklassifizierungen nur relativ grobe Angaben gemacht werden.⁷

Die Pharmazeutische Industrie führt in erheblichem Umfang auch Waren ein, da sie Rohstoffe, Halbwaren und Vorprodukte benötigt. Auch gemessen an

⁶ Beim Vergleich des Außenhandelsüberschusses der Input-Output-Rechnung mit den Ergebnissen der Sektorrechnungen der VGR gilt zu beachten, dass die Input-Output-Rechnung dem Inlands-konzept und nicht dem Inländerkonzept folgt (vgl. Statistisches Bundesamt 2007b, S. 8f.). Insgesamt beliefen sich im Jahr 2012 die Exporte aus Bayern auf 258 Mrd. EUR nach Input-Output-Konzept. Der Exportüberschuss lag bei 53 Mrd. EUR nach Input-Output-Konzept und 46 Mrd. EUR nach VGR-Konzept. Dadurch trug Bayern zu 28,9 % zum Exportüberschuss Deutschlands bei (vgl. Tabelle A5).

⁷ Waren es im Vorjahr noch 4,868 Mrd. EUR, so verringerte sich nach der Außenhandelsstatistik der bayerische Export an pharmazeutischen Waren geringfügig auf 4,848 Mrd. EUR im Jahr 2013.

ÜBERSICHT

den bayerischen Warenexporten sind die Pharmaexporte mit nahezu 3 % beachtlich. Gleichzeitig gewinnen pharmazeutische und medizintechnische Produkte an Bedeutung für den Handelsüberschuss. In einem rohstoffarmen Land wie Deutschland, das in hohem Maße auf die Exporttätigkeit von technologischen Produkten angewiesen ist, kommt deshalb der Weiterentwicklung dieser Produkte ein hoher Stellenwert für die Sicherung des Wohlstands zu, zumal die weitere Weltmarktentwicklung hier auch das Wachstumspotenzial bietet. Die steigende Lebenserwartung in vielen Ländern der Welt ebenso wie der wachsende Wohlstand in vielen Schwellenländern sind hier ausschlaggebende Faktoren.

Der Außenhandelsanteil am Umsatz in Bayern ist, gemessen am Weltbedarf und am Branchendurchschnitt, folglich steigerungsfähig. Dies gilt beispielsweise auch im Vergleich mit einzelnen europäischen Ländern wie der Schweiz, den Niederlanden und Großbritannien. Es ist davon auszugehen, dass sich die Import- und Abnehmerländer für die bayerische Industrie anders als im Bundesdurchschnitt darstellen.⁸ Insgesamt spielt der inländische Markt eine größere Rolle als für die produzierenden Betriebe in anderen Bundesländern.

2. Arzneimittelforschung und Innovation

2.1. Ausgaben für FuE

Die pharmazeutischen Unternehmen sind die bedeutendsten Finanzierer von FuE in der Gesundheitswirtschaft. Der Vergleich der öffentlichen Gesundheitsausgaben für FuE mit den internen Forschungsaufwendungen der Pharmazeutischen Industrie

⁸ Hauptlieferant pharmazeutischer Erzeugnisse nach Deutschland war im Jahr 2012 die USA, gefolgt von der Schweiz und den Niederlanden (BPI 2013).

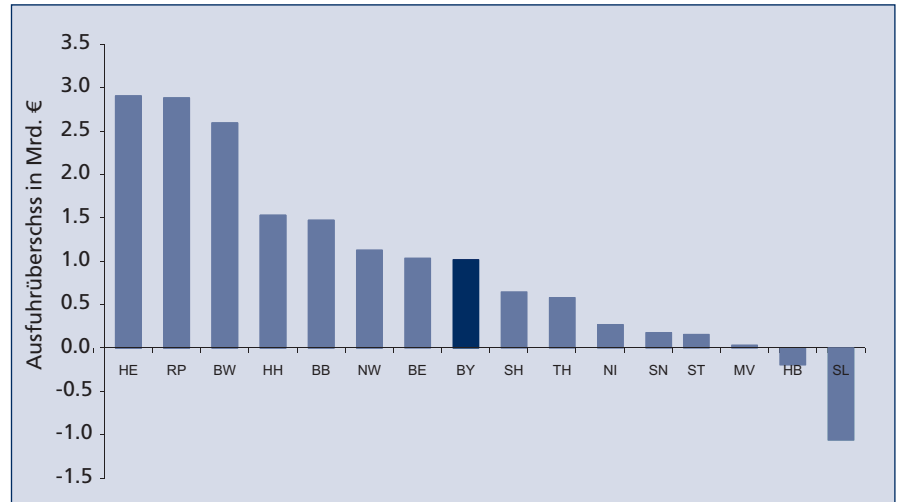


Abbildung 4: Exportüberschuss pharmazeutischer Erzeugnisse nach Bundesländern, 2013

Quelle: Statistisches Bundesamt 2014a.

macht dies deutlich. Während die Pharmazeutische Industrie alleine im Jahr 2012 insgesamt (intern und extern) 5,8 Mrd. Euro in die Forschung investierte, lagen die Aufwendungen der öffentlichen Finanzierungsträger nach der GAR bei vergleichsweise 4,1 Mrd. Euro.⁹

Die Pharmazeutische Industrie investierte 2011 pro Mitarbeiter 34.030 Euro in die innerbetriebliche FuE. Die internen FuE-Ausgaben pro Mitarbeiter lagen 2011 damit mehr als dreimal so hoch wie im Verarbeitenden Gewerbe mit 13.500 Euro je Mitarbeiter (vgl. Stifterverband für die deutsche Wissenschaft 2013, Tabelle 12). Laut Gesundheitsausgabenrechnung zeichnet sich die Gesundheitsforschung im Zeitraum 2008–2012 durch ein hohes Wachstum von jährlich 5,8 % aus. Stärker stiegen nur die Aufwendungen für die ambulante Pflege (7,4 %). Allerdings stagnierten die öffentlichen Forschungsausgaben zuletzt. Im Jahr 2012 gaben die öffentlichen Haushalte einschließ-

⁹ Letztere Angaben enthalten nach der Gesundheitsausgabenrechnung nur die Ausgaben der öffentlichen Haushalte für die Gesundheitsforschung. Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden die internen und externen Forschungsaufwendungen der Gesundheitsindustrien in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht mitgezählt.

lich Sozialversicherungsträger 4,111 Mrd. Euro für Gesundheitsforschung aus. 2011 waren es 4,110 Mrd. Euro.

Nach den Ergebnissen der Wissenschaftsstatistik investierten im Gegensatz hierzu zwar die meisten pharmazeutischen Unternehmen, trotz schwieriger Rahmenbedingungen, wieder vermehrt in Wissenskapital, doch die einmal geplanten Wachstumspfade wurden nach unten korrigiert. Nach dem Einbruch durch die Wirtschafts- und Finanzkrise sowie die Kostendämpfung gingen im Jahr 2010 die Forschungsaufwendungen vor allem für die interne FuE zurück. Gleichzeitig wurden die Budgetplanungen für die internen FuE-Aufwendungen deutlich nach unten korrigiert. Über die Jahre 2010 bis 2013 summiert sich dieser Effekt auf rund 2,0 Mrd. Euro Minderausgaben für FuE. Eine Stabilität des Forschungssektors konnte dennoch weitgehend gewährleistet werden.

Wie steht es nun mit den Forschungsausgaben der Hochschulen? Knapp 0,6 Mrd. Euro werden nach der Hochschulstatistik für FuE in Bayern in den Fächern „Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften“ ausgegeben. Das entspricht rund 17 % der insgesamt 3,45 Mrd. Euro

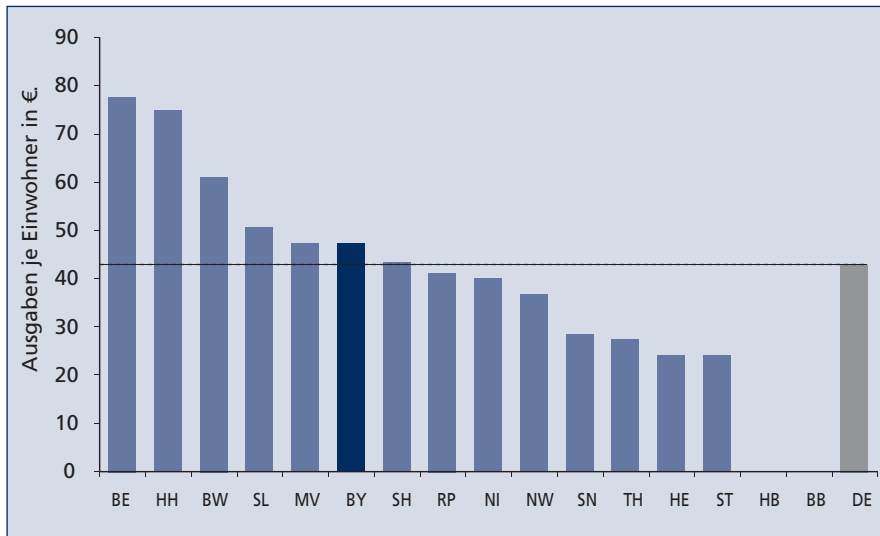


Abbildung 5: Ausgaben der Hochschulen für medizinische Forschung je Einwohner, 2011

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2014b und Arbeitskreis VGRdL 2014.

Hochschulausgaben, die in Deutschland für medizinische Forschung bereitgestellt werden. Die FuE-Ausgaben für die Humanmedizin sind also in Bayern überdurchschnittlich – Bayern ist somit ein starker medizinischer Forschungsstandort (vgl. Statistisches Bundesamt 2014b). Wie Abbildung 5 zeigt, gaben im Jahr 2011 nicht nur die Hochschulen Berlins, Hamburgs und Baden-Württembergs mehr für medizinische Forschung aus als

die bayerischen Hochschulen, sondern auch das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern. Im Jahr 2010 erreichten beide Länder noch nicht das bayerische Niveau. Die dennoch relativ günstige Position Bayerns gilt nicht gleichermaßen für die pharmazeutische Forschung, obgleich Bayern exzellente Cluster im Bereich Grundlagen- und angewandte medizinische Forschung besitzt und die Chancen für klinische Studien in Bayern

somit günstig sind. Beispielsweise liegen die wichtigsten Topstandorte für klinisch pharmazeutische Studien außerhalb Bayerns (vgl. Tabelle 1).

Anhand der Daten zur FuE in der Pharmazeutischen Industrie ergibt sich mehr oder weniger ein Spiegelbild zu den Ergebnissen der Produktion. Die bayerischen Forschungsanteile dieses Bereichs liegen deutlich unter dem Bevölkerungsanteil, auch wenn die FuE-Aufwendungen insgesamt überdurchschnittlich hoch sind. Daran ändert auch das Cluster Pharma/Biotechnologie nichts (vgl. Tabelle 2).

FuE-Schwerpunkte können auf Dauer nur dort erhalten werden, wo Kompetenzen auf nationaler Ebene vorhanden sind und eine effektive Vernetzung zwischen Wirtschaft, Forschung und Bildung besteht. Nach der Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI) ist eine weltweite, thematisch fokussierte Clusterbildung unvermeidbar und richtig. Im internationalen Wettbewerb um FuE-Aktivitäten hat Deutschland in der Pharmazeutischen Industrie nicht den gleichen Standortvorteil wie z. B. in der Automobilindustrie oder im Maschinenbau.¹⁰

Entwicklungs- und Innovationszeiten bis zur Marktreife eines neuen Produktes sind bei pharmazeutischen Produkten im Vergleich zu Produkten des Verarbeitenden Gewerbes extrem lang (vgl. OECD 2010, European Commission 2011, Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft 2012, EFI 2012). Entsprechend lange dauert es auch, Spitzenforschung aufzubauen. Im pharmazeutischen Bereich hat Bayern

Platz	2008		2012	
	Standort für klinische Studien	Zahl der Studien	Standort für klinische Studien	Zahl der Studien
1	Berlin	376	Berlin	255
2	Hamburg	208	Hamburg	153
3	München	168	Frankfurt	142
4	Frankfurt	149	Hannover	119
5	Leipzig	134	München	109
6	Hannover	130	Dresden	102
7	Dresden	122	Leipzig	96
8	Mainz	114	Mainz	95
9	Essen	109	Essen	93
10	Heidelberg	102	Heidelberg	83

Tabelle 1: Topstandorte für klinische Studien in Deutschland, 2008 und 2012

Quelle: vfa.

¹⁰ Die negative Entwicklung in der Chemie- und Pharmaziebranche zeigt, so die EFI, wie abhängig die industrielle Forschung in Deutschland von einzelnen Großunternehmen ist. So hätten die rückläufigen FuE-Ausgaben einiger großer Unternehmen das Gesamtergebnis beider Branchen negativ beeinflusst, obwohl sich die FuE-Aktivitäten beim überwiegenden Teil der Unternehmen im Jahr 2010 positiv entwickelten; vgl. auch Gehrke et al 2013: „Bei Pharmazeutika (seit den 80er Jahren) ...hat Deutschland schon seit langem keine Spezialisierungsvorteile mehr.“

2012	Bund	Bayern	in %
Bevölkerung in 1.000	81.917	12.631	15,4
Interne FuE-Aufwendungen insgesamt in Mrd. EUR (StVW)	53,8	11,6*	21,5
Externe FuE-Aufwendungen insgesamt in Mrd. EUR (StVW)	12,8		
Interne FuE-Aufwendungen Pharma in Mrd. EUR (StVW)	4,1	0,4	9,2
Externe FuE-Aufwendungen Pharma in Mrd. EUR (StVW)	1,7	0,2	10,5
Ausgaben für FuE der GW in Mrd. EUR (GAR)	4,1	0,7*	17,0
Ausgaben für FuE Pharmaforschung insgesamt in Mrd. EUR			
FuE-Personal (Vollzeitäquivalente) insgesamt in 1.000	367,5	81,2	22,1
FuE-Personal (Vollzeitäquivalente) Pharma in 1.000	20,6	2,1	10,0
*Bayern überdurchschnittlich			

Tabelle 2: FuE insgesamt und in der Pharmazeutischen Industrie, Bayern und Deutschland, 2012

Quelle: Eigene Berechnungen nach StVW, GAR, GPR, StBA.

offensichtlich noch Nachholbedarf. Dies zeigen jedenfalls die Zahlen des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft sowie die Verteilung der klinisch durchgeführten Studien.

2.2. Beschäftigung und Investitionen in Forschung und Entwicklung

Nach Angaben des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) ist die Zahl der in der Pharmaforschung und -entwicklung tätigen Beschäftigten von 15.500 im Jahr 2001 auf 19.300 im Jahr 2010 gestiegen. Damit wuchs im Zeitraum 2001 bis 2010 im Pharmabereich die Zahl der Beschäftigten um ca. 20 %, während diese in der gesamten chemischen Industrie im selben Zeitraum stagnierte (BPI 2012). Neben den direkt in FuE Beschäftigten sind auch die Mitarbeiter in der Durchführung von klinischen Studien zu beachten. Wie die Studie des Battelle Instituts für die Pharmazeutische Industrie der USA zeigte, ist die Anzahl der in FuE arbeitenden Personen einschließlich nachgelagerter Auftragsforschung für die Durchführung von klinischen Studien höher als die Beschäftigten in der Pro-

duktion (Battelle 2013). Eine Studie von IHK München, Landeshauptstadt München und BioM Biotech Cluster Development GmbH benennt 1.700 Beschäftigte in Auftragsforschungseinrichtungen¹¹ für das Jahr 2008 in der Europäischen Metropolregion München (IHK München und Oberbayern 2009, S. 13).

Für die zukünftigen Beschäftigungschancen ist die zunehmende Internationalisierung von FuE zu beachten. Sie nimmt nach Ansicht der EFI kontinuierlich zu und wird auch in den kommenden Jahren eine wachsende Bedeutung haben.

Stark vorangetrieben werde die FuE-Internationalisierung vor allem in jenen Industrien, die besonders FuE-intensiv sind. Dies gelte insbesondere im Bereich der Spitzentechnologie, wozu das EFI-Gutachten 2013 auch die pharmazeutischen Erzeugnisse zählt (EFI 2013, S. 69).

Die jährliche Erhebung der Europäischen Kommission zu den FuE-Investitionen unter den weltweit 1.500 größten Unter-

¹¹ Diese sogenannten Contract Research Organizations (CROs) sind auf die Durchführung präklinischer und klinischer Studien spezialisiert, zuweilen auch als Clinical Research Organizations bezeichnet.

nehmen mit FuE-Investitionen bestätigt, dass die EU und USA im Pharma- und Biotechbereich, welcher von den USA dominiert wird, immer stärker auseinander driften (European Commission 2013b, S. 9). Daraus zieht die Kommission den Schluss, dass die Rahmenbedingungen der Unternehmen für die Schaffung und das Wachstum der FuE-Intensität verbessert werden müssen.¹² Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass 2012 gegenüber 2011 in allen größeren Industriebranchen in Deutschland die FuE-Intensität gestiegen ist, nur nicht in der Pharmazeutischen Industrie.¹³

Man kann nun fragen, welche Auswirkungen eine Reduktion der Forschungsinvestitionen auf den Output, die Exporte und das Wachstum der Pharmazeutischen Industrie, aber auch auf den anderer Industrien und die Gesamtwirtschaft hat. Ausgangspunkt hierfür sind Informationen über den Forschungsanteil an den Kosten der Produktion pharmazeutischer Güter.

2.3. Forschungsförderung und Preisregulierung

Durch die Preissenkung von patentgeschützten Präparaten werden der Erfinderlohn geschmälert und die erwarteten Entwicklungserträge verringert. Die erwartete Deckung der bekanntlich hohen Entwicklungskosten für neue Präparate hängt wesentlich von den Patentlaufzeiten, dem erwarteten Preis und den insgesamt abge-

¹² „This suggests that the business environment for the creation and growth of these high R&D intensity/high value added companies needs to be markedly improved“ (European Commission 2013b, S. 9). Die FuE-Intensität wird gemessen als der Anteil der FuE-Aufwendungen an der Bruttowertschöpfung, dem Produktionswert oder dem Umsatz der Unternehmen.

¹³ Zur Entwicklung der FuE-Intensität in der Spitzentechnologiebranche Pharmaproduktion vgl. Schasse et al. 2014, S. 109.

GKV-Markt+				
Herstellerabschlag ab August bis Ende 2013	Großhandelsabschlag	Apothekenabschlag	Preismoratorium	Rabattverträge
<ul style="list-style-type: none"> • 16 % (6 % + 10 % Erhöhung) Herstellerabschlag für alle rezeptpflichtigen GKV-Präparate ohne Festbetrag (FB) (ausgen. generikafähige Produkte)* • 6 % auf ausnahmsweise verordnete rezeptfreie Präparate ohne FB <p>Basis: ApU o. MwSt.</p> <p>10 % Herstellerabschlag für patentfreie wirkstoffgleiche AM (generikafähiger Markt) mit und ohne Festbetrag **</p>	<p>2010: kein Großhandelsabschlag</p> <p>2011: 0,85 % auf Basis des ApU ohne MwSt. in 2011</p> <p>Ab 2012: Umstellung der Großhandelsspanne für RX-Arzneimittel auf einheitlichen, rabattierfähigen prozentualen (3,15 %) sowie nicht rabattierfähigen fixen Aufschlag (70 Cent)</p>	<p>2009; 2010: Abschlagshöhe für rezeptpflichtige Präparate wird derzeit auf dem Verfahrensweg geklärt</p> <p>2011; 2012: 2,05 EUR Apothekenabschlag für rezeptpflichtige Präparate für 2011 – 2012</p> <p>5 % vom AVP Apothekenabschlag für rezeptfreie Präparate</p>	<p>2010–2013: GKV-ÄndG: Das Preismoratorium gilt vom 01.08.2010 bis zum 31.12.2013 mit dem Preisstand vom 01.08.2009.</p>	<p>2003: BSSichG: Ab. 1. Jan. 2003 Möglichkeit der Rabattverträge mit einzelnen Herstellern</p> <p>2006: AVWG Ab 1. Apr. 2006</p> <p>2007: GKV-WSG Ab 1. April 2007</p> <p>2011: AMNOG GKV-Spitzenverband vereinbart Rabatte für Nicht-Festbetrags-Medikamente, erstmals 2012 umgesetzt.</p>
<p>+PKV profitiert durch Zwangsabschläge und Preismoratorium für rezeptpflichtige Arzneimittel *6 % bleibt unverändert zzgl. 10 % resultierend aus § 130a Abs. 3b (Deckelung auf maximal 16 %). **AM, deren AVP inkl. Mehrwertsteuer mind. 30 % unter dem Festbetrag (FB) auf Basis AVP inkl. Mehrwertsteuer liegt, sind vom 10 % Abschlag befreit. Bei FB-Produkten bemessen sich die Abschläge nach dem FB, liegt der AM-Preis unter dem FB, bemisst sich der Abschlag am niedrigeren Abgabepreis.</p>				

Abbildung 6: Preisabschläge und Rabatte im GKV-Markt, 2010-2013

Quelle: Eigene Berechnungen.

setzten Mengen ab.¹⁴ Durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz AMNOG wird in den Marktzugang neuer Medikamente und in die Preisbildung eingegriffen. Dabei ergibt sich ein Trade off zwischen kurzfristig günstigen Arzneimitteln und langfristig verlässlichen Rahmenbedingungen für Innovationen (vgl. Cassel, Heigl 2013, S. 11). In Abhängigkeit vom Ausmaß des zuerkannten Zusatznutzens und des in Deutschland möglichen Erstattungspreises wird pharmazeutischen Inno-

novationen auch der „Heimatmarkt“ als Referenz für den Weltmarkt entzogen. Wie soll also das Ziel erreicht werden, Deutschland wieder zur „Apotheke der Welt“ zu machen (vgl. Deutscher Bundestag 2009, BMBF 2009, S. 34)?

Folgt man der High-Tech-Strategie (HTS) der Bundesregierung, so sollen die Zielkonflikte durch einen Systemansatz überwunden werden. Mit der HTS bündelt die Bundesregierung die Forschungs- und Innovationsaktivitäten ressortübergreifend. Das Forschungsbudget für die personalisierte Medizin beträgt 370 Mio. Euro (vgl. BMBF 2012, S. 28). Der größte Teil der Mittel geht dabei an staatliche Forschungseinrichtungen wie die Max-

Planck-Gesellschaft, die Helmholtz-Zentren, die Fraunhofer-Gesellschaft und die Universitäten.

3. Auswirkungen der Kostendämpfung

3.1. Zwangsrabatte und Belastung der Unternehmensgewinne

Das GKV-ÄndG und das AMNOG, die im August 2010 bzw. im Januar 2011 in Kraft traten, verschärfen die Preisregulierungen bei Arzneimitteln. Vor allem das AMNOG zielte auf eine Begrenzung der Kosten für Arzneimittel ohne Festbeträge. Bei diesen handelt es sich im Allgemeinen um neue, patentgeschützte

14 “What we can say about R&D costs and pricing is that expected R&D (and other) costs together with expected prices (and associated quantities demanded) determine expected profitability. Expected profitability, in turn, determines the incentive to develop new therapies.” (Di Masi 2006).

ÜBERSICHT

Arzneimittel, die rund ein Viertel der Arzneimittelverordnungen und mehr als die Hälfte des Arzneimittelumsatzes ausmachen (Bundesministerium für Gesundheit 2010). Zu den Maßnahmen dieser Gesetze zählen im Einzelnen:¹⁵

- die Zwangsrabatte der pharmazeutischen Unternehmen (diese Herstellerabschläge nach § 130a SGB V haben sich von rund 1,7 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf 2,5 Mrd. Euro in den Jahren 2011 und 2012, ferner auf 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2013 erhöht),
- der Apothekenabschlag (rund 1,8 Mrd. Euro in den Jahren 2011 und 2012 sowie 1,1 Mrd. Euro im Jahr 2013),
- das Preismoratorium und die Zunahme von Rabatten im Rahmen der Rabattverträge (rund 1,7 Mrd. Euro im Jahr 2011, 2,4 Mrd. Euro im Jahr 2012 und 3,0 im Jahr 2013)).

In ihrem Zusammenwirken ergeben sich kumulativ über mehrere Jahre hinweg außerordentliche Einnahmehinwände bei der Distribution, aber vor allem für die Hersteller von patentgeschützten Arzneimitteln. So beträgt der kumulative gesetzliche Rabatt, den die Arzneimittelunternehmen zu tragen haben, für die vier Jahre des Zeitraums 2010 – 2013 rund 9,3 Mrd. Euro. Bereinigt man diesen Betrag um den Sockel des Jahres 2009, verbleiben immer noch rund 5,6 Mrd. Euro an gesetzlichen Rabatten als Folge der Kostendämpfungsgesetze.

Um die Belastung der Unternehmen in Bayern durch die Rabatte zu berechnen, ist zunächst der oben genannte Betrag von 5,6 Mrd. Euro auf Bayern umzulegen und sodann auf die Unternehmensgewinne zu beziehen. Für Bayern belief

¹⁵ Die Höhe der Rabatte für die GKV sind den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen (KJ1) entnommen und können über die Apothekenumsätze und die Arzneimittelverordnungen bzw. regionalen Rechnungsergebnisse für die Bundesländer bestimmt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012).

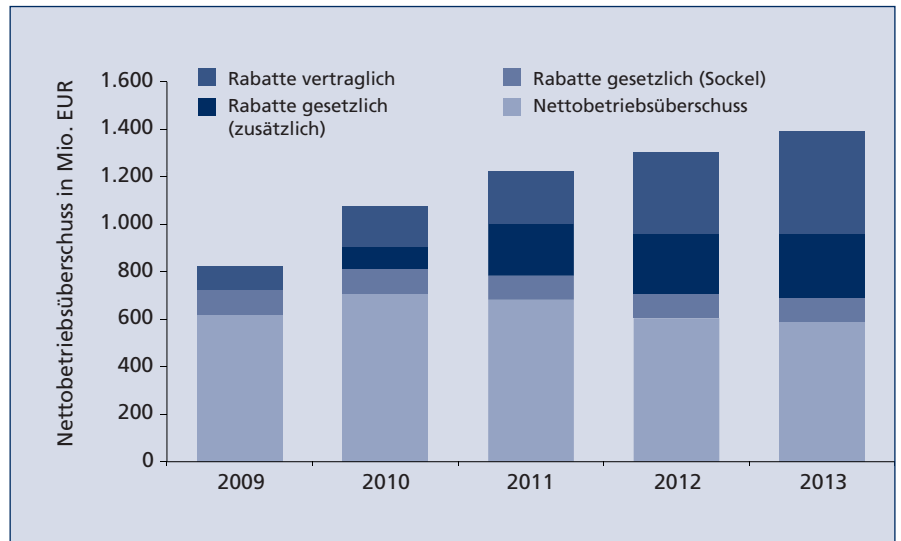


Abbildung 7: Belastung der Unternehmensgewinne durch Abschläge und Rabatte, 2009–2013

Quelle: Eigene Berechnungen.

sich der zusätzliche Belastungsbetrag demnach auf rund 800 Mio. Euro. Dieser ergibt sich aus der Lieferstruktur an die inländischen Abnehmer. Zu den inländischen Umsatzanteilen liegen Informationen aus der Umsatzsteuerstatistik und den monatlichen Produktionserhebungen im produzierenden Gewerbe vor. Hieraus lassen sich Berechnungen bis in das Jahr 2013 sowohl hinsichtlich der Umsätze, der Beschäftigten als auch der Lieferungen in das Ausland vornehmen.

Es zeigt sich, dass die Unternehmensüberschüsse der bayerischen Pharma-

zeutischen Industrie durch die verschiedenen Rabatte mit mehr als 50 % belastet werden (Abbildung 7). Nach der Wirtschafts- und Finanzkrise 2009 waren dadurch keine Zuwächse der Unternehmensgewinne für zusätzliche Investitionen gegeben. Wie die Abbildung 7 ferner zeigt, wäre der Verlauf der Nettoertragsüberschüsse ohne die gesetzlichen Abschläge ganz anders gewesen und den Unternehmen hätten zusätzlich 800 Mio. für Investitionen und damit zur Expansion zur Verfügung gestanden. Durch die Folgen der Rabattregelungen

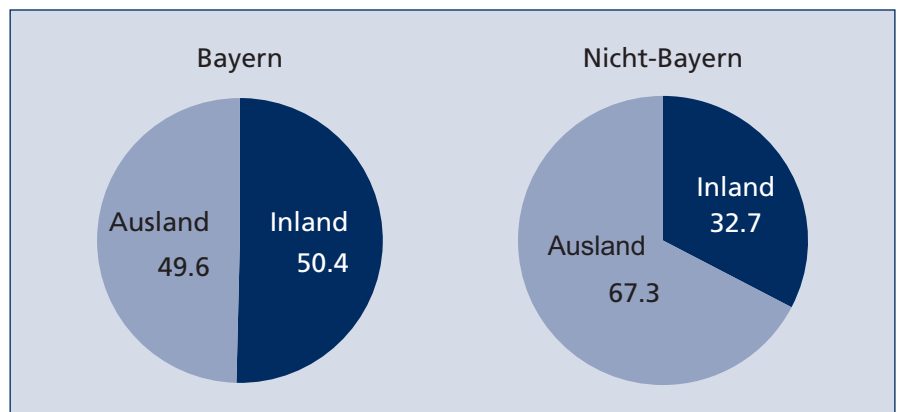


Abbildung 8: Inlands- und Auslandsanteil am Umsatz der Pharmazeutischen Industrie in %, Bayern und Deutschland ohne Bayern, 2012

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Umsatzsteuerstatistik.

sind die Anlageinvestitionen inzwischen unter die Abschreibungen gefallen, d. h. die Substanz des Kapitalstocks der Pharmazeutischen Industrie wird angegriffen.

Die regionale Belastung der Unternehmen ergibt sich wesentlich aus dem Umfang ihrer Abhängigkeit vom Inlandsmarkt und daraus, inwieweit sie von den produktspezifischen Regelungen der Kostendämpfungsgesetze getroffen werden. Die Exportanteile sind sehr unterschiedlich. Die Zielmärkte der Pharmazeutischen Industrie liegen in Bayern stärker im Inland als im Ausland (vgl. Abbildung 8). Rabatte und das Preismoratorium treffen die bayerische Industrie somit überdurchschnittlich (vgl. Tabelle 3).

Bezieht man die Belastung durch die „Kostendämpfungsgesetze“ der bayerischen pharmazeutischen Unternehmen von 803 Mio. Euro auf die Bruttowertschöpfung, erhält man eine ca. 40 % höhere Belastung (11,1 im Vergleich zu 7,8 %). Bezogen auf den Nettobetriebsüberschuss fällt der Unterschied noch höher aus (23,7 im Vergleich zu 13,6 %).

3.2. Preiseffekte

Für die Investitionsentscheidungen pharmazeutischer Unternehmen ist nicht entscheidend, wie sich die Preise ihrer Produkte im Vergleich zu den Basisfallwerten im Krankenhaus oder den Preisen der Gebührenordnungen entwickeln, sondern wie sich die zu erwartenden Erlöse zu den Investitionskosten unter Berücksichtigung von Risikozuschlägen verhalten.

Sowohl bei den Ausrüstungsinvestitionen als auch im Forschungsbereich steigen die Preise. Doch wie verhält sich demgegenüber die Preisentwicklung bei Arzneimitteln und bei den Kosten für FuE?

Insgesamt ist der Arzneimittelpreisindex seit 2008 um rund 3 % gefallen, während der Verbraucherpreisindex im selben

	Deutschland ohne Bayern	Bayern
Produktion kumuliert in Mrd. EUR	147,7	14,6
davon Inlandsabsatz in Mrd. EUR	48,2	7,3
Zusätzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmen durch „Kostendämpfungsgesetze“ kumuliert in Mio. EUR	4.788	803
Bruttowertschöpfung Arzneimittel kumuliert in Mrd. EUR	56,5	6,4
Belastung der Bruttowertschöpfung durch zusätzliche gesetzliche Rabatte in %	7,8	11,1
Betriebsüberschuss netto kumuliert in Mrd. EUR	30,3	2,6
Belastung des Nettobetriebsüberschusses in %	13,6	23,7
Auslandsanteil in %	67,3	49,6
Quelle: Eigene Berechnungen. Gesetzliche Rabatte von Apotheken (Konten 4393 bis 4395)		

Tabelle 3: Belastung der Wertschöpfung pharmazeutischer Unternehmen durch zusätzliche gesetzliche Rabatte, 2010–2013

Quelle: Eigene Berechnungen.

Zeitraum um 7 % zulegte¹⁶. Diese unterschiedlichen Preiseffekte sind das Ergebnis einer Vielzahl von Einzelmaßnahmen (vgl. Abbildung 9).

Die FuE-Kosten von Arzneimitteln dürften vergleichsweise noch deutlich stärker zugelegt haben, da in den letzten Jahren besonders Kostensteigerungen beobachtet

wurden. DiMasi et al. 2003 nennen Kostensteigerungen für die FuE-Ausgaben im Bereich von 7 % pro Jahr. Munos 2009 setzt sogar einen Wert von über 8 % zusätzlich zur Inflation an, was bedeutet, dass sich die Kosten alle 8,5 Jahre verdoppeln.

Im Rahmen der Bewertung von Änderungen der Arzneimittelverkaufspreise sollte die Qualitätsbereinigung der Preismessung berücksichtigt werden: Betrachtet man die Strukturkomponente im Arz-

¹⁶ Es ist zu beachten, dass der Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes die Zahlungsströme der GKV an die Apotheken nicht erfasst, sondern nur die Ausgaben der Versicherten.

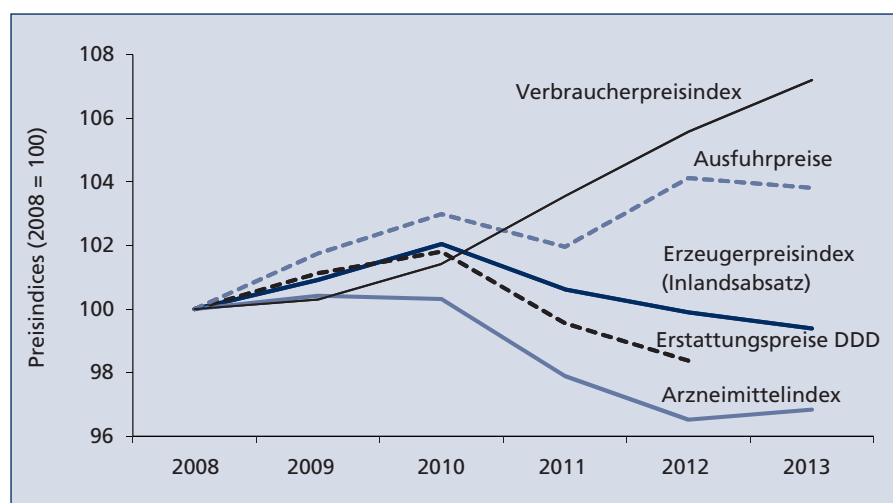


Abbildung 9: Ausgewählte Preisentwicklungen im Arzneimittelmarkt

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach WId0 2013, Statistisches Bundesamt 2014c.

neimittelpreisindex als Näherungsgröße und rechnet rund 50 % ihrer Änderung der Qualitätsverbesserung zu, zeigen sich fallende Arzneimittelpreise, da Qualitätsveränderungen aus dem Preisindex herauszurechnen sind. Pro standardisierter Tagesdosis (Defined Daily Dosis – DDD) gibt es damit insgesamt eine langfristige Kostendämpfung im Fertigarzneimittelmarkt. Die bisherige Berechnung der Preise je DDD geht derzeit allerdings nicht auf die Qualitätsänderung ein. Dennoch zeigt sich ein Preisrückgang per DDD, der sich auch im Erzeugerpreisindex für pharmazeutische Erzeugnisse niederschlägt. Einen noch stärkeren Rückgang zeigt die Preisentwicklung des Arzneimittelpreisindex im Fertigarzneimittelmarkt. Die Folge: Die Arzneimittel haben sich für den Versicherten verbilligt.

Problematisch wird diese für die Versicherten nur vordergründig erfreuliche Entwicklung in viererlei Hinsicht:

- Erstens steigen die Ausführpreise im Vergleich zu den Erzeugerpreisen. Das zeigt, dass es für die Pharmazeutische Industrie interessant ist, sich stärker auf das Auslandsgeschäft zu konzentrieren.
- Zweitens sinken die Terms of Trade, also das Verhältnis von Ausführ- zu Einfuhrpreisen: Die ausländischen Arzneimittel werden relativ gesehen teurer; der Produktionsstandort Deutschland verliert relativ an Boden.
- Drittens wird durch die drastischen Preissenkungen im Inland die Entwicklung der Ausführpreise negativ beeinflusst, was angesichts sinkender Terms of Trade die langfristigen Gewinnaussichten am Produktionsstandort Deutschland weiter senkt.
- Viertens steigen die Parallel-Exporte, also die Ausfuhr von ursprünglich für den deutschen Markt bestimmten Arzneimitteln, und die inländische Verfügbarkeit wird eingeschränkt.

3.3. Ausstrahleffekte auf Gesamtwirtschaft, FuE und Gesundheitswirtschaft

Da den Mindereinnahmen der Unternehmen nicht entsprechende Mehrausgaben der Krankenkassen gegenüberstehen, hängt die ökonomische Wirkung der Sparmaßnahmen letztlich von den Nettoeffekten jener Aktivitäten ab, die durch die beteiligten Akteure ausgelöst werden. Diese lassen sich simulieren, indem beide Wirkungen einander gegenübergestellt werden. Die Vorgehensweise zu den direkten, indirekten und induzierten Effekten kann sich dabei nach den einschlägigen Methoden der Input-Output-Analyse richten (vgl. ten Raa 2005 und Miller, Blair 2009), der die Input-Output-Tabellen des Satellitenkontos zugrunde liegen (vgl. Tabelle A.6).¹⁷

Bei einer festen Relation zwischen Erlösen und Produktionsaktivitäten resultiert aus einer nicht ausgegebenen Milliarde Euro für Arzneimittel der heimischen Produktion insgesamt eine gesamtwirtschaftliche Produktionsminderung von rund 2,1 Mrd. Euro. Übertragen auf Bayern ergeben sich folglich aus den Belastungen in Höhe von 803 Mio. Euro ceteris pari-

¹⁷ Die im August 2013 veröffentlichte Input-Output-Tabelle 2010 weist u. a. durch die Umstellung der Güter- und Wirtschaftszweigklassifikation eine etwas andere Verflechtung der pharmazeutischen Wirtschaft auf als noch nach der Güterklassifikation 2002. Da das hier zugrunde gelegte Gesundheitssatellitenkonto weitgehend auf der früheren Tabelle aufbaut (vgl. Henke, Neumann, Schneider 2009, Krauss, Schneider, Hofmann 2009), gibt es Unterschiede in der Struktur der Inputkoeffizienten und zu den veröffentlichten Multiplikatorwerten des Statistischen Bundesamtes. Beispielsweise liegt der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Multiplikator für die direkten und indirekten inländischen Produktionseffekte für pharmazeutische Erzeugnisse bei 1,65161, 1,66555 und 1,66896 für die Jahre 2005-2007 jeweils nach CPA 2002 und 1,63733 und 1,67461 für die Jahre 2008 und 2009 nach CPA 2008 (vgl. Statistisches Bundesamt 2014e, Tabelle 3.3 sowie die entsprechenden Tabellen früherer Jahre). Diese Berechnungen zeigen eine hohe Stabilität der Multiplikatoren, obgleich sowohl Änderungen im Niveau der Vorleistungen aus inländischer Produktion als auch in deren Struktur sich auf die Multiplikatoren auswirken. Im Gesundheitssatellitenkonto liegt der einfache Produktionsmultiplikator (Typ I) bei 1,53.

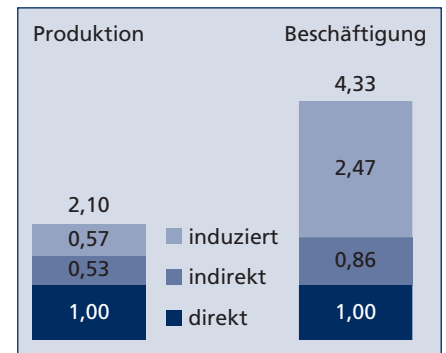


Abbildung 10: Auswirkungen direkter, indirekter und induzierter Effekte auf Produktion und Beschäftigung

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung.

bus negative Produktionseffekte von rund 1,686 Mrd. Euro (Produktionsmultiplikator: vgl. Tabelle 4, Typ II Multiplikator). Jede Nachfragesenkung um 1 Euro sorgt danach für eine Produktionsminderung von 2,1 Euro (direkter, indirekter und induzierter Effekt). Die Produktionsminderungen in den Zulieferbereichen, die der Pharmaindustrie vorgelagert sind, betragen davon rund 53 Cent. Die induzierten Einkommensminderungen (induzierter Produktionseffekt) belaufen sich auf weitere 57 Cent. Kumuliert liegt somit der indirekte und induzierte Effekt bei 1,10 Euro.

Diese Effekte sind allerdings abhängig von der jeweiligen Auslastung und Lagerhaltung. Ferner gilt es, die langfristigen Wirkungen auf die Investitionen und die Forschung zu beachten. Letztlich kommt es auf diese Entscheidungen für die langfristige wirtschaftliche Entwicklung an. Diese Effekte können um das Mehrfache höher sein, da sie sich auch auf die Exportfähigkeit auswirken.

Wertschöpfung

Hinsichtlich der Wertschöpfungseffekte ist festzustellen, dass die Belastungen in Höhe von rund 800 Mio. Euro ceteris paribus eine Wachstums-minderung von 1,009 Mio. Euro nach sich ziehen (siehe

Abhängige Größe	Multiplikator	Impuls in Mrd. EUR	Impact Deutschland Mrd. EUR	Impuls in Mio. EUR	Impact Bayern Mio. EUR
Produktion		-5,591		-803	
Typ I	1,53		-8,6		-1.229
Typ II	2,10		-11,7		-1.686
Wertschöpfung					
Typ I	0,73		-4,1		-586
Typ II	1,26		-7,0		-1.012
			in 1.000		in 1.000
Beschäftigung					
Typ I	1,86		-42,8		-6,8
Typ II	4,33		-99,6		-15,7

Tabelle 4: Auswirkungen der Kostendämpfungsgesetze auf Produktion, Wertschöpfung und Beschäftigung

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung.

Tabelle 4, Typ II Multiplikator: direkter plus indirekter plus induzierter Wertschöpfungseffekt). Auf Bundesebene stehen der Belastung von rund 5,6 Mrd. Euro negative Wertschöpfungseffekte von 7,0 Mrd. Euro gegenüber.

Negative Wertschöpfungseffekte induzieren negative fiskalische Effekte. Dynamisch gesehen ist es letztlich trügerisch, nur die Minderausgaben durch die Zwangsrabatte auf der Habenseite zu verbuchen.

In der Pharmazeutischen Industrie einschließlich Großhandel sind in Bayern rund 25.000 Personen beschäftigt. Bei einem Produktionswert von 5,8 Mrd. Euro macht dies eine Produktion von nahezu 230.000 Euro je Erwerbstätigen. Je Milliarde zusätzlichen Produktionswertes können direkt rund 4.300 Arbeitsplätze generiert werden.¹⁸ Zu beachten sind aber auch hier die indirekten und induzierten Effekte; sie liegen weit höher.

Bezogen auf die rund 800 Mio. Euro zusätzliche Belastungen errechnet sich für

die bayerische Wirtschaft insgesamt eine Minderung von etwa 6.800 Beschäftigten. Die indirekten Effekte der Nachfrageminderung betragen rund das 0,86fache des direkten Effekts, hauptsächlich in den Vorleistungsbereichen der privaten Unternehmensdienstleistungen, des Verarbeitenden Gewerbes, des Handels, der Kommunikation und Information. Unter Berücksichtigung der induzierten Effekte ergibt sich als Folge der Kostendämpfung demnach in Bayern eine noch deutlich höhere Beschäftigungsminderung. Dadurch, dass die Produktivität in der Gesamtwirtschaft Bayerns nur etwa halb so hoch wie in der Pharmazeutischen Industrie ist, fällt außerdem der Multiplikatoreffekt höher aus.¹⁹ Kumuliert liegt der Gesamteffekt des Nachfragerückgangs von einer Mrd. Euro somit bei rund 15.700 Erwerbstätigen; auf Bundesebene sind es sogar rund 99.600 Erwerbstätige (vgl. Tabelle 4, Typ II Multiplikator: direkter plus indirekter plus induzierter Beschäftigungseffekt).

¹⁸ Unter der Annahme, dass Grenz- und Durchschnittsproduktivität gleich sind. Da die Grenzproduktivität unter der Durchschnittsproduktivität liegt, wird der Zuwachs vermutlich etwas geringer ausfallen (vgl. Spitznagel 1976, S. 356). Für die Schlussfolgerungen dieses Berichts sind diese Effekte allerdings unerheblich.

¹⁹ Die bundesweiten Lieferverflechtungen führen zu regionalen Effekten. Da sich die Rabattheregelungen in allen Bundesländern bemerkbar machen und es somit für jedes Land positive und negative Spillovereffekte gibt, wären diese im Weiteren aufzuschlüsseln, was allerdings die Kenntnis der entsprechenden Lieferverflechtungen voraussetzt.

Hinsichtlich der Beschäftigung schlagen sich die Belastungseffekte mit einer gewissen Verzögerung im Rückgang der Arbeitsplätze nieder. Ein unmittelbarer Effekt zeigt sich im Arbeitsvolumen, das die tatsächlich geleistete Arbeitszeit aller Erwerbstätigen misst. Längerfristig nimmt das Arbeitsvolumen pro Kopf ab. Die Folge: Erwerbstätige, die immer weniger arbeiten (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012).

Mit der Revision der VGR im Herbst 2014 werden Aufwendungen in FuE, analog zur Softwareentwicklung, als Investitionen verbucht. Der in der Wissenschaft seit Langem vorherrschenden Auffassung, dass FuE-Aufwendungen als Investitionen anzusehen sind, wird damit Rechnung getragen. In einzelnen außereuropäischen Ländern, darunter den USA, Kanada und Australien ist dies schon umgesetzt.²⁰ Durch diesen Schritt wird deutlich, welchen zusätzlichen Einfluss FuE auf die Entwicklung und das Niveau der Wertschöpfung hat. Eines ist sicher: Betrachtet man FuE-Aufwendungen als Investitionen (und nicht mehr als Vorleistungen), erhöht sich die Wertschöpfung bzw. das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Wie bereits gezeigt wurde, sanken im Jahr 2010 die internen FuE-Ausgaben bereits als Folge der erwarteten Umsatzeinbußen und Preissenkungen um 0,4 Mrd. Euro. Trotz Erhöhung in den Jahren 2011 und 2012 bleibt ein Sockeleffekt, der sich im Zeitraum 2010–2013 auf 2,0 Mrd. Euro summiert. Daraus ergeben sich laut Investitionserhebungen weitere negative Investitionseffekte.

Zu den kumulativen Wirkungen von 2,0 Mrd. Euro der FuE-Aufwendungen, die unmittelbar wachstumsschädigend sind, kommt somit noch die Abnahme der Bruttoanlageinvestitionen der Phar-

²⁰ Vgl. Neue Züricher Zeitung „Wenn das Bruttoinlandsprodukt über Nacht wächst“, Wirtschaftsnachrichten, Mittwoch, 31. Juli 2013.

ÜBERSICHT

mazeutischen Industrie. Sie summiert sich im Zeitraum 2008–2012 um jährlich 4,0 % auf insgesamt 880 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung der Folgejahre und der erweiterten Abgrenzung liegt dieser Betrag einschließlich des laufenden Jahres bei rund 1 Mrd. Euro. Zusammen wird man also die beiden Effekte aus den unterlassenen FuE-Aufwendungen und den unterlassenen Anlageinvestitionen auf etwa 3,0 Mrd. Euro ansetzen müssen.²¹ Als Konsequenz ergibt sich eine vergebene Chance für den weiteren Ausbau des Forschungs- und Produktionsstandorts Deutschland.

Alle bisher genannten Effekte gehen unmittelbar von der Preisregulierung der Arzneimittel aus, betreffen die Gesundheitswirtschaft also direkt. Unter den weiteren Effekten der Kostendämpfungsgesetze sind außerdem noch die Auswirkungen auf die nachgelagerten Bereiche zu berechnen. Diese werden auch unter dem Stichwort „Forward-Multiplier“ diskutiert. Hierzu zählen Lieferungen der pharmazeutischen Betriebe an ihre Abnehmer. Da die Einsparungen in Apotheken und in Krankenhäusern nicht in Beitragsatzsenkungen mündeten und die Zuzahlungen in der Regel relativ niedrig sind, können diese Effekte als gering und im Vergleich zu den oben genannten Effekten als vernachlässigbar eingestuft werden. Zu den technologischen Auswirkungen und Effekten auf die Patientenbehandlung bedürfte es eigener Untersuchungen, die über diese Studie hinausgehen.

Aus Sicht des Verbrauchers steigern Preissenkungen die Kaufkraft in gleicher Höhe, wodurch sich die Möglichkeit ergibt, zusätzliche Gesundheitsleistungen und Investitionen in die Gesundheitswirtschaft zu finanzieren. Sie könnten somit als positiv beurteilt werden, würden solche Investitionen überhaupt durchgeführt.

²¹ In diesem Betrag sind die indirekten und induzierten Effekte noch nicht berücksichtigt.

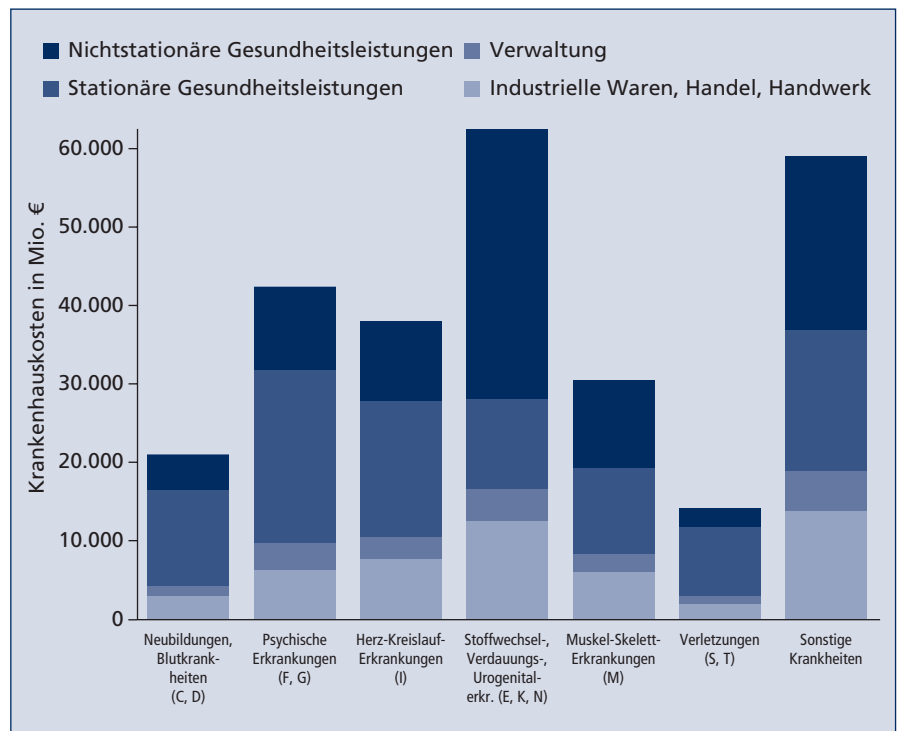


Abbildung 11: Kostenverteilung einzelner Krankheitsbilder in Mio. EUR, 2010

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung nach BASYS/RHA und Statistisches Bundesamt (2010): Krankheitskostenrechnung.

Auch wenn die Arzneimittelkosten bei einzelnen Krankheiten sehr teuer sein können, so fallen doch die Aufwendungen für industriell gefertigte Gesundheitsgüter im Vergleich zu den ambulanten und stationären Kosten insgesamt relativ gering aus (vgl. Abbildung 11).

4. Anhang: Daten

Der Wachstumsbeitrag der Pharmazeutischen Industrie wird am zweckmäßigsten durch die Wertschöpfung gemessen, also dem verbleibenden Einkommen der Unternehmen und Haushalte. Die Wertschöpfung ist auch Grundlage für die Produktivitätsmessung, welche ausschlaggebend für den Vergleich der Wettbewerbsfähigkeit von Regionen ist.

Um die Wertschöpfung ermitteln zu können, sind Kenntnisse der inländischen Produktion erforderlich. Letztere Größe hängt nicht nur von der Güternachfrage im Inland, sondern auch im Ausland ab.

Vor allem bei Arzneimitteln und medizintechnischen Produkten, bei denen deutsche Produkte aufgrund ihrer Qualität in der ganzen Welt nachgefragt werden, ist die Auslandsnachfrage von großer Bedeutung für die Auslastung der Produktionskapazitäten hierzulande. Die folgende Auswertung zur Gesundheitswirtschaft und zur Pharmazeutischen Industrie Bayerns unterscheidet daher, soweit es sinnvoll ist, zwischen Inlands- und Auslandsnachfrage.

Rechnerisch ergibt sich die Bruttowertschöpfung aus dem Saldo zwischen Produktion und Vorleistungen. Da die Herstellung einzelner Güter in sehr unterschiedlichem Umfang Vorleistungen erfordert, sollte ihre Berechnung der Produktion und Vorleistungen möglichst differenziert erfolgen. Dieser Weg wird auch hier besprochen. Die Input-Output-Tabelle gewährleistet die Konsistenz der Berechnungen mit der Einkommensverteilung und -verwendung der Volkswirtschaft-

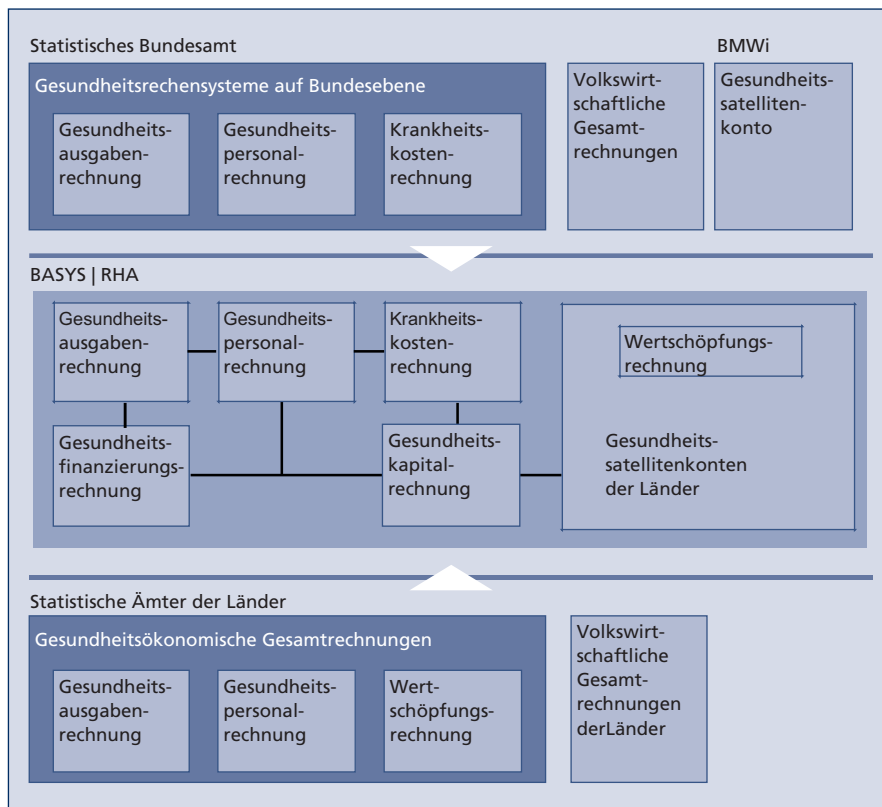


Abbildung 12: BASYS/RHA, Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder

lichen Gesamtrechnung der Länder²² (vgl. Abbildung 12).²³

Die Rechenstandards folgen den Empfehlungen von Eurostat. Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) nach dem System of Health Accounts (SHA) ist integriert.²⁴ Für die Zwecke dieser Untersuchung

22 Es gilt zudem, dass die Summe der Bruttowertschöpfung aller Wirtschaftszweige plus Nettogütersteuern das Bruttoinlandsprodukt ergeben (vgl. Statistisches Bundesamt 2014d, Tabelle 2.1.15).

23 Die Ergebnisse dieses Berichts beruhen auf den zuletzt veröffentlichten Daten des Arbeitskreises der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder (VGRdL), den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Bundes (VGR), der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) und der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) des Statistischen Bundesamtes sowie der Außenhandelsstatistik. Die Berechnungen dieses Berichts beziehen sich jeweils auf den letzten verfügbaren Rechenstand (Ende Mai 2014). Dabei spiegeln die letzten für die Länder veröffentlichten Daten der VGRdL den Berechnungsstand des Statistischen Bundesamtes vom August 2013/Februar 2014 wider (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014).

24 Zuletzt aktualisiert durch das Statistische Bundesamt am 4. April 2013 und durch den Arbeitskreis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder am 3. Juni 2013.

wurden die Ergebnisse der GAR entsprechend der Methodik BASYSIRHA für alle Bundesländer regionalisiert, sodass eine Konsistenz der bayerischen Daten mit denen anderer Bundesländer gegeben ist (BASYS 2014).

Durch die Unterteilung der wirtschaftlichen Tätigkeit nach dem Schwerpunktprinzip (primäre und sekundäre Produktion) werden alle Unternehmen, die ausschließlich oder überwiegend Handel betreiben, als Handelsunternehmen klassifiziert. Weiter strukturiert werden sie nach der Art der Güter, auf die sich die Handelstätigkeit bezieht. Alle Betriebe eines Unternehmens werden einbezogen. Will man die wirtschaftliche Tätigkeit in Bayern ermitteln, muss somit auch eine regionale betriebsbezogene Abgrenzung erfolgen. Letztere ist natürlich nur insofern exakt möglich, als die Unternehmen auch intern betriebsbezogene Statistiken führen. Die VGR nutzen vorliegende

betriebsbezogene Informationen, wie beispielsweise die Zahl der „sozialversicherungspflichtig Beschäftigten“.²⁵

Um den Beitrag der bayerischen Unternehmen/Produktionsstandorte bei der „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen“ zu bewerten, sollten alle bayerischen Betriebe berücksichtigt werden, die Arzneimittel herstellen bzw. verarbeiten. Da aus Datenschutzgründen ein Zugriff auf die einzelnen Betriebsinformationen nicht möglich ist, wurde hier so verfahren, dass die zugänglichen Informationen für den Wirtschaftszweig 21 „Pharmazeutische Industrie“ und für den Wirtschaftszweig 46.46.1 „Pharmazeutischer Großhandel“ zusammengeführt wurden. Gleichzeitig wurde die Darstellung der Pharmazeutischen Industrie in der gängigen Statistik um den pharmazeutischen Großhandel korrigiert.²⁶

25 Die Handelsstatistik erfasst alle tätigen Personen, die Beschäftigtenstatistik, die ihre Angaben von der Bundesagentur für Arbeit bezieht, dagegen nur die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Das Unternehmensregister des Statistischen Bundesamtes enthält Angaben zu Umsatz und steuerpflichtigen Beschäftigten für deutschlandweit rund 3,5 Mio. Unternehmen.

26 Innerhalb Bayerns sind pharmazeutische Unternehmen vor allem in der Metropolregion München, aber auch in der Metropolregion Nürnberg angesiedelt. Durch die spezifischen Standortbedingungen dieser Metropolregionen sind sie sowohl national als auch international gut positioniert (IW 2010).

ÜBERSICHT

	Bund					Bayern					in %	
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2012
Ausgaben in Apotheken (GAR) in Mrd. EUR	38,6	40,1	40,9	39,8	40,0	5,7	5,9	6,0	5,7	5,8	14,8	14,5
Arzneimittelausgaben (GAR) in Mrd. EUR	43,3	45,2	46,3	45,3	45,7	6,4	6,7	6,8	6,6	6,7	14,9	14,6
Produktion Pharmaindustrie in Mrd. EUR Hpr.	51,5	48,7	49,8	52,0	53,3	4,9	4,8	5,8	5,9	5,8	9,6	10,9
Produktion Arzneimittel ** in Mrd. EUR Hpr.	40,2	37,6	38,2	39,9	41,4	3,1	3,0	3,7	3,7	3,7	7,8	8,9
Industriebetriebe in Mrd. EUR Hpr.	34,3	31,5	31,7	33,1	34,9	1,7	1,5	1,8	1,9	1,9	4,9	5,4
Großhandelsbetriebe in Mrd. EUR Hpr.	5,9	6,1	6,6	6,8	6,5	1,5	1,5	1,8	1,8	1,8	24,7	27,5
für Inland in Mrd. EUR Hpr.	17,4	14,5	14,5	14,4	13,4	1,8	1,7	1,9	1,9	1,7	10,5	12,8
für Ausland in Mrd. EUR Hpr.	22,9	23,1	23,7	25,5	28,0	1,3	1,3	1,8	1,8	2,0	5,8	7,0
Bruttowertschöpfung Arzneimittel** in Mrd. EUR	15,3	14,5	15,0	15,5	16,0	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6	9,2	10,1
Bruttowertschöpfung Arzneim.** in Mrd. EUR real	14,8	14,0	14,5	15,0	15,5	1,4	1,3	1,6	1,6	1,6	9,2	10,1
aus Inlandsabsatz in Mrd. EUR Hpr.	5,3	4,3	4,3	4,1	3,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	13,4	16,8
aus Auslandsabsatz in Mrd. EUR Hpr.	9,5	9,8	10,2	10,9	11,8	0,6	0,7	0,9	0,9	0,9	6,8	8,0
Erwerbstätigkeit Pharma** in 1.000 (Inland)	169	162	167	169	167	20,1	20,7	23,1	23,8	25,5	11,9	15,3
Industriebetriebe in 1.000	113	102	101	102	105	6,4	6,6	6,7	7,0	8,0	5,7	7,6
Großhandelsbetriebe in 1.000	56	60	66	67	63	13,7	14,1	16,4	16,8	17,6	24,4	28,0
Jährliche Veränderung in %		2009	2010	2011	2012		2009	2010	2011	2012		
Ausgaben in Apotheken		4,1	1,9	-2,7	0,6		3,3	1,6	-4,6	1,7		
Arzneimittelausgaben (GAR)		4,5	2,5	-2,2	0,8		3,8	2,2	-3,8	1,8		
Produktion Pharmaindustrie		-5,5	2,3	4,4	2,6		-1,7	21,0	0,4	-1,1		
Produktion Arzneimittel		-6,5	1,7	4,4	3,7		-3,4	20,4	1,0	-0,5		
Industriebetriebe		-8,2	0,6	4,5	5,5		-9,1	18,5	3,2	1,6		
Großhandelsbetriebe		3,4	7,1	4,1	-5,2		3,1	22,4	-1,1	-2,6		
für Inland		-16,2	-0,3	-0,7	-7,0		-7,2	11,9	-1,8	-8,1		
für Ausland		0,9	2,9	7,6	9,7		1,8	31,2	4,1	7,3		
Bruttowertschöpfung aus Inlandsabsatz		-20,2	0,3	-5,1	-9,0		-7,5	7,5	-4,3	-9,0		
Bruttowertschöpfung aus Auslandabsatz		2,8	4,7	6,8	7,8		4,2	29,0	3,3	5,5		
Erwerbstätigkeit Pharma**		-4,0	3,3	1,3	-1,2		3,4	11,6	3,0	7,2		

Tabelle A1: Pharmazeutische Eckwerte, Deutschland und Bayern, 2008–2012

Quelle: VGRdL, * BASYSIRHA, ** korrigierte Werte.

2012	Bund	Bayern	in %
Bruttoinlandsprodukt in Mrd. EUR	2.666,4	473,6	17,8
Gesundheitsausgaben (GAR) in Mrd. EUR	300,4	46,4*	15,5
Gesundheitsausgabenquote in %	11,3	9,8*	
Produktion Gesundheitswirtschaft in Mrd. EUR	441,4	70,4*	15,9
Produktion Kernbereich der GW in Mrd. EUR	337,8	53,0*	15,7
Produktionsquote Kernbereich der GW in %	6,7	5,7*	
Bruttowertschöpfung Gesundheitswirtschaft in Mrd. EUR	261,6	41,4*	15,8
Bruttowertschöpfung Kernbereich der GW in Mrd. EUR	206,4	32,2*	15,6
Bruttowertschöpfungsquote Kernbereich der GW in %	8,6	7,6*	
Erwerbstätigkeit Kernbereich der GW (GPR) in 1.000	5.006	786	15,7
2008	Bund	Bayern	in %
Bruttoinlandsprodukt in Mrd. EUR	2.473,8	419,5	17,0
Gesundheitsausgaben (GAR) in Mrd. EUR	264,8	42,1*	15,9
Gesundheitsausgabenquote in %	10,7	10,0*	
Produktion Gesundheitswirtschaft in Mrd. EUR	390,4	61,9*	15,9
Produktion Kernbereich der GW in Mrd. EUR	299,6	46,7*	15,6
Produktionsquote Kernbereich Gesundheitswirtschaft in %	6,4	5,8*	
Bruttowertschöpfung Gesundheitswirtschaft in Mrd. EUR	231,0	36,8*	15,9
Bruttowertschöpfung Kernbereich in Mrd. EUR	182,6	28,7*	15,7
Bruttowertschöpfung Kernbereich in %	8,2	7,6*	
Erwerbstätigkeit Kernbereich in 1.000 (GPR)	4.632	724	15,6
2012–2008 Jährliche Veränderung in %	Bund	Bayern	
Bruttoinlandsprodukt	1,9	3,1	
Gesundheitsausgaben	3,2	2,5*	
Produktion der Gesundheitswirtschaft (GW)	3,1	3,2*	
Produktion Kernbereich der GW	3,0	3,2*	
Bruttowertschöpfung der GW	3,2	3,0*	
Bruttowertschöpfung im Kernbereich der GW	3,1	2,9*	
Erwerbstätigkeit Kernbereich der GW	2,0	2,1	

Tabelle A2: Input-Output-Tabelle, Gesundheitsausgabenrechnung und Gesundheitssatellitenkonto

Quelle: VGRdL, * BASYSIRHA.

Gesundheitspersonalrechnung (GPR)			
2012	Bund	Bayern	in %
Gesundheitspersonal in 1.000 (GPR)	5.006	786	15,7
Nichtstationäre Einrichtungen	1.908	313	16,4
Stationäre Einrichtungen	1.993	315	15,8
Einzelhandel, sonstige Einrichtungen	682	100	14,6
Gesundheitsindustrien, Großhandel, Labors	423	58	13,7
2008	Bund	Bayern	in %
Gesundheitspersonal in 1.000 (GPR)	4.629	724	15,6
Nichtstationäre Einrichtungen	1.730	284	16,4
Stationäre Einrichtungen	1.849	288	15,6
Einzelhandel, sonstige Einrichtungen	654	98	14,9
Gesundheitsindustrien, Großhandel, Labors	396	54	13,6
2012–2008 Jährliche Veränderung in %	Bund	Bayern	
Gesundheitspersonal in 1.000 (GPR)	2,0	2,1	
Nichtstationäre Einrichtungen	2,5	2,4	
Stationäre Einrichtungen	1,9	2,3	
Einzelhandel, sonstige Einrichtungen	1,1	0,5	
Gesundheitsindustrien, Großhandel, Labors	1,7	1,8	

Tabelle A3: Eckwerte der Gesundheitspersonalrechnung, Deutschland und Bayern, 2008–2012

Quelle: BASYSIRHA.

Tabelle A4: Eckwerte der Gesundheitsausgabenrechnung Bayerns in Mrd. Euro, Deutschland und Bayern, 2008–2012

Quelle: BASYSIRHA.

2012	Bund	Bayern	in %
Gesundheitsausgaben (GAR) in Mrd. EUR	300,4	46,4	15,5
Finanzierung			
Öffentliche Haushalte /Beihilfe	27,3	5,0	18,4
Sozialversicherung	210,0	30,1	14,4
Private Finanzierungsträger	63,2	11,3	17,9
Leistungsarten			
Prävention und Gesundheitsschutz	10,9	1,8	16,2
Ärztliche Leistungen	83,4	13,4	16,0
Pflegerische/therapeutische Leistungen	73,5	11,0	15,0
Sonstige Leistungen	52,2	8,4	16,0
Gesundheitswaren	80,5	12,0	14,9
Arzneimittel	45,7	6,7	14,6
Einrichtungen			
Gesundheitsschutz und Verwaltung	18,9	3,3	17,5
Ambulante Einrichtungen	100,2	16,0	16,0
Stationäre Einrichtungen	121,2	18,3	15,1
Handel und Handwerk	60,1	8,8	14,7
2008	Bund	Bayern	in %
Gesundheitsausgaben (GAR) in Mrd. EUR	264,8	42,1	15,9
Finanzierung			
Öffentliche Haushalte /Beihilfe	24,9	4,7	19,0
Sozialversicherung	183,6	27,4	14,9
Private Finanzierungsträger	56,3	10,1	17,9
Leistungsarten			
Prävention und Gesundheitsschutz	10,6	1,8	16,9
Ärztliche Leistungen	71,7	12,0	16,7
Pflegerische/therapeutische Leistungen	62,1	9,7	15,6
Sonstige Leistungen	46,4	7,6	16,3
Gesundheitswaren	73,9	11,1	15,1
Arzneimittel	43,3	6,4	14,9
Einrichtungen			
Gesundheitsschutz und Verwaltung	17,0	2,9	17,3
Ambulante Einrichtungen	86,9	14,8	17,0
Stationäre Einrichtungen	104,6	16,0	15,3
Handel und Handwerk	56,4	8,5	15,0

ÜBERSICHT

2012	Bund	Bayern	in %
Bevölkerung in 1.000	81.917	12.631	15,4
Produktion in Mrd. EUR Hpr.	5.071	927*	18,3
Bruttoinlandsprodukt in Mrd. EUR	2.666	474	17,8
Bruttowertschöpfung in Mrd. EUR	2.387	424	17,8
Konsum in Mrd. EUR	3.025	549*	18,2
Exportüberschuss in Mrd. EUR	158	46*	28,9
Erwerbstätigkeit in 1.000 (Inland)	41.608	6.957	16,7
2008	Bund	Bayern	
Bevölkerung in 1.000	82.120	12.521	15,2
Produktion in Mrd. EUR Hpr.	4.695	808*	17,2
Bruttoinlandsprodukt in Mrd. EUR	2.474	419	17,0
Bruttowertschöpfung in Mrd. EUR	2.217	376	17,0
Konsum in Mrd. EUR	2.810	481*	17,1
Exportüberschuss in Mrd. EUR	156	53*	34,1
Erwerbstätigkeit in 1.000 (Inland)	40.348	6.625	16,4
2012–2008 Jährliche Veränderung in %	Bund	Bayern	
Bevölkerung	-0,1	0,2	
Produktion	1,9	3,5*	
Bruttoinlandsprodukt	1,9	3,1	
Preisanstieg	1,2	1,2	
Bruttoinlandsprodukt in konstanten Preisen	0,7	1,9	
Bruttowertschöpfung	1,9	3,0	
Konsum	1,9	3,4*	
Exportüberschuss	0,3	-3,7*	
Erwerbstätigkeit	0,8	1,2	

Tabelle A5: Volkswirtschaftliche Eckwerte, Deutschland und Bayern, 2008–2011

Quelle: VGRdL, * BASYS/RHA

2012	Zwischennachfrage			Endnachfrage	Produktion insgesamt
in Mio. EUR	NGW	KGW	EGW		
Nichtgesundheitswirtschaft NGW	352.674	12.092	5.239	486.192	856.196
Gesundheitswirtschaft KGW	712	2.738	210	49.316	52.976
Gesundheitswirtschaft EGW	2.027	659	1.014	13.694	17.395
Bruttowertschöpfung	382.493	32.158	9.256	0	423.907
Nettogütersteuern	15.589	1.817	458	31.797	49.660
Produktion	856.196	52.976	17.395	0	926.567
Importe (ohne Intrahandel)	102.702	3.512	1.218	89.099	196.530
BIP					473.568
2008	Zwischennachfrage			Endnachfrage	Produktion insgesamt
in Mio. EUR	NGW	KGW	EGW		
Nichtgesundheitswirtschaft NGW	305.060	10.548	4.669	425.341	745.618
Gesundheitswirtschaft KGW	587	2.365	174	43.594	46.720
Gesundheitswirtschaft EGW	1.727	605	865	12.025	15.222
Bruttowertschöpfung	339.123	28.711	8.089	0	375.923
Nettogütersteuern	12.154	1.425	348	29.617	43.544
Produktion	745.618	46.720	15.222	0	807.560
Importe (ohne Intrahandel)	86.967	3.066	1.077	72.876	163.986
BIP					419.468
2012–2008 Veränderung in %	Zwischennachfrage			Endnachfrage	Produktion insgesamt
	NGW	KGW	EGW		
Nichtgesundheitswirtschaft NGW	3,7	3,5	2,9	3,4	3,5
Gesundheitswirtschaft KGW	5,0	3,7	4,8	3,1	3,2
Gesundheitswirtschaft EGW	4,1	2,2	4,1	3,3	3,4
Bruttowertschöpfung	3,1	2,9	3,4		3,0
Nettogütersteuern	6,4	6,3	7,1	1,8	3,3
Produktion	3,5	3,2	3,4		3,5
Importe (ohne Intrahandel)	4,2	3,5	3,1	5,2	4,6
BIP					3,1

Tabelle A6: Verkürzte HIOT Bayern, 2008 und 2012

Quelle: BASYSIRHA.

Literaturverzeichnis

- BASYS (2014), Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder Deutschlands (BASYSIRHA), Augsburg, unveröffentlicht.
- Battelle (2013), The Economic Impact of the US Pharmaceutical Industry, prepared for Pharmaceutical Research and Manufacturer of America (PhRMA), Washington.
- BMBF (2012), Bericht der Bundesregierung. Zukunftsprojekte der Hightech-Strategie (HTS-Aktionsplan), Bonn.
- BPI (2012), Pharma-Daten 2012, Berlin.
- BPI (2013), Pharma-Daten 2013, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010), Hintergrund zum AMNOG: Die Spreu vom Weizen trennen, Broschüre, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014), Gesetzliche Krankenversicherung: Endgültige Rechnungsergebnisse 2012 und 2013, Stand: 19. Juni 2013 und Stand: 25. Juni 2014, Bonn.
- Cassel D., Heigl A. (2013), AMNOG in der Umsetzung: Preisregulierung als Innovationsbremse, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen RPG, Band 19 (1): 10–27.
- Deutscher Bundestag (2009), Gutachten zu Forschung, Innovation und technologischer Leistungsfähigkeit 2009 und Stellungnahme der Bundesregierung, Drucksache 16/12900, 04.05.2009.
- DiMasi J.A., Hansen R.W., Grabowski H.G. (2003), The price of innovation: new estimates of drug development costs, in: Journal of Health Economics; Vol. 22 (2): 151–85.
- DiMasi J.A. (2006), The Real Significance of Drug Development Times, Health Affairs, <http://content.healthaffairs.org/content/25/2/461.abstract/reply>.
- EFI (2012), Gutachten zu Forschung, Innovation und Technologischer Leistungsfähigkeit Deutschlands 2012, EFI, Berlin.
- EFI (2013), Gutachten zu Forschung, Innovation und Technologischer Leistungsfähigkeit Deutschlands 2013, EFI, Berlin.
- European Commission (2011), EU industrial structure 2011, Trends and Performance, Brussels.
- European Commission (2013b), The 2012 EU Industrial R&D Investment Scoreboard, Joint Research Centre, Directorate General for Research and Innovation, Luxembourg.
- Gehrke B., Schasse U., Kladroba A., Stenke G. (2013), FuE-Aktivitäten von Wirtschaft und Staat im internationalen Vergleich, Studien zum deutschen Innovationssystem 2-2013, Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (NIW), Hannover, Wissenschaftsstatistik GmbH im Stifterverband für die deutsche Wissenschaft (Wistat), Essen.
- Henke K.-D., Neumann K., Schneider M. et al. (2009), Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Nomos: Baden-Baden.
- IHK München und Oberbayern (2009), Biotechnologie- und Pharmaindustrie 2008 in der Europäischen Metropolregion München (EMM), München.
- IW Institut der Deutschen Wirtschaft Köln Consult GmbH (2010), Bedeutung und Zukunftsperspektiven der Pharmaindustrie in Deutschland und Hessen, Köln.
- Kirchhoff J. (2012), Wissensbasis und regionale Agglomeration – Zwei Pharmacluster im Vergleich, in: IW-Trends 4/2012: 1–16.
- Krauss T., Schneider M., Hofmann U. (2009), Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Methodenhandbuch, Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, BASYS: Augsburg.
- Krugman P. (1994), The Age of Diminishing Expectations, Defining and Measuring Productivity, The MIT Press, Cambridge.
- Miller R.E., Blair P.D. (2009), Input-Output Analysis, Foundations and Extensions, 2nd ed., Cambridge University Press, Cambridge.
- Munos B. (2009), Lessons from 60 years of pharmaceutical innovation, in: Nature, Vol. 8, December 2009: 959–968.
- OECD (2010), Measuring Innovation: A new perspective, Paris.
- Schasse U., Belitz H., Kladroba A., Stenke G. (2014), Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten der deutschen Wirtschaft, Studien zum deutschen Innovationssystem Nr. 2-2014, Herausgeber Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI), Stifterverband für die deutsche Wissenschaft, Berlin.
- Spitznagel E. (1976), Anwendungen des erweiterten Input-Output-Modells auf das „Programm zur Stärkung von Bau und anderen Investitionen“, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Jg. 9(3): 350–362.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012), Arbeitsmärkte im Wandel, erschienen im Januar 2012, Wiesbaden.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014), Entstehung, Verteilung und Verwendung des Bruttoinlandsprodukts in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2013, Reihe 1, Länderergebnisse Band 5, Berechnungsstand: August 2013/Februar 2014.
- Statistisches Bundesamt (2007b), Verflechtung der deutschen Wirtschaft mit dem Ausland, Ergebnisse der Input-Output-Rechnung als Instrument zur Politikberatung, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. September 2007 in Berlin, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010), Gesundheit – Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008, Fachserie 12, Reihe 7.2, Wiesbaden, erschienen am 11. August 2010.
- Statistisches Bundesamt (2014), Investitions-erhebung bei Unternehmen und Betrieben des Verarbeitenden Gewerbes sowie des Bergbaus und der Gewinnung von Steinen und Erden, Fachserie 4, Reihe 4.2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014a), Außenhandel: Zusammenfassende Übersichten (vorläufige Ergebnisse, Jahr 2013, Fachserie 7, Reihe 1, erschienen am 18. März 2014, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014b), Bildung und Kultur, Monetäre hochschulstatistische Kennzahlen, Fachserie 11, Reihe 4.3.2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014c), Preise, Index der Ausführpreise nach dem Systematischen Güterverzeichnis für Produktionsstatistiken, Ausgabe 2009, erschienen am 27.06.2014, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014d), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen: Detaillierte Inlandsproduktberechnung 2013, Fachserie 18, Reihe 1.4, erschienen am 26. Mai 2014, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014e), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen: Input-Output-Rechnung 2010, Fachserie 18, Reihe 2, erschienen am 24. Januar 2014, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014f), Gesundheit: Ausgaben 2000 bis 2012, erschienen am 7. April 2014, Wiesbaden.
- Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (2012), FuE-Datenreport 2012, Analysen und Vergleiche Wissenschaftsstatistik Forschung und Entwicklung in der Wirtschaft 2009/2010, Essen.
- Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (2013), FuE-Datenreport 2013, Tabellen und Daten, Wissenschaftsstatistik, Forschung und Entwicklung in der Wirtschaft, Bericht über die FuE-Erhebung 2011, Essen.
- Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (2014), facts, Forschung & Entwicklung, Zahlen & Fakten aus der Wissenschaftsstatistik GmbH im Stifterverband, Februar 2014, Essen.
- ten Raa T. (2005), The Economics of Input-Output Analysis, Cambridge University Press.

Autor:

Markus Schneider
BASYS GmbH
Reisingerstraße 25
86159 Augsburg