

ZUSAMMENFASSUNG DER JAHRESTAGUNG DER DFGMA

„ALLE MACHT DEN PATIENTEN?!“

Die DFGMA hatte für den 7. November zu ihrem jährlichen Symposium in das Kaiserin Friedrich Haus in Berlin zum Thema „Market Access im Spiegel der Bundestagswahl“ eingeladen. In angenehmer Atmosphäre, mit genügend Raum für Diskussionen und persönliche Gespräche boten die Präsentationen namhafter Redner viele Anregungen zum intensiven Gedankenaustausch.



>> Thomas Müller, Leiter der Abteilung Arzneimittel beim G-BA, referierte über das Thema „AMNOG lernt weiter: was ist erreicht, was könnte noch kommen?“ Seit Inkrafttreten des AMNOG steigt die Anzahl der Beratungen stark an, insbesondere Beratungen vor Phase III-Studien werden verstärkt genutzt. In Bezug auf den Wunsch, dass die Anforderungen von Zulassungsbehörden und HTA-Gremien auf europäischer Ebene abgestimmt werden sollen, wurden Pilotprojekte mit der EMA und EuNetHTA gestartet. Im Zuge der Novellierung des AMG wurden kritisierte Bestimmungen des AMNOG verändert: Die Auswahl der wirtschaftlichsten Therapie wurde aus der AM-NutzenV §6 gestrichen. Wenn mehrere alternative zweckmäßige Vergleichstherapien (ZVT) existieren, reicht es, einen Zusatznutzen gegenüber einer ZVT zu zeigen. Die Schiedsstelle entscheidet jetzt unter freier Würdigung des Einzelfalls und des Therapiegebiets. Die Bilanz des G-BA zum AMNOG fällt positiv aus: das AMNOG wirke nicht als Innovationsbremse, sondern fördere die intensive Diskussion um offene medizinisch-wissenschaftliche Fragen und Werte-Entscheidungen und biete eine objektive und konsistente Grundlage für die Preisfindung. Die Weiterentwicklung des AMNOG ist geplant, neben anderem wurde auf die Entwicklung einer europäischen Arzneimittelregulierung im Hinblick auf Sicherheit,

Produktqualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität verwiesen. Da die Zulassung in Europa zentral erfolge, die Listungsentscheidungen und der Marktzugang aber dezentral und heterogen durchgeführt würden, sei die Optimierung des Verfahrens notwendig und zwar im Hinblick auf eine stärkere Berücksichtigung der HTA-Aspekte bei EMA-Beratungen und im Verfahrensablauf.

Manfred Pfeiffer, 1. Vorsitzender Das Patientenforum; stellte sein Thema: „Alle Macht den Patienten?! Einfluss von Patienteninteressen im G-BA“ unter das Motto „Mitsprache, Mitgestaltung Mitverantwortung“. Trotz vielfältiger Patienteninteressen und -bedürfnisse sei das Mitsprache- und Mitgestaltungsrecht ausbaufähig. Beim G-BA gibt es für Patientenvertreter im Plenum kein Stimmrecht. Die Einschränkung der Patientenvertreter auf maßgebliche Patientenorganisationen führe dazu, dass nur Mitglieder des BAGS vorgeschlagen werden, so dass die Landschaft der Patientengruppen im Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess nicht adäquat vertreten sei. Insbesondere themenbezogene Patientenvertreter seien nicht ausreichend vertreten, weil sie über evtl. anstehende Stellungsnahmeverfahren weder informiert noch stellungsnahmeberechtigt seien.

• • • weiter auf Seite 2

**KOMMENTAR**

Verehrte Leserinnen und Leser,

wenn Sie dies lesen, kennen Sie bereits unseren neuen Gesundheitsminister, oder -ministerin. Wer hätte gedacht, dass Hermann Gröhe von der CDU Gesundheitsminister und der Koalitionsvertrag nicht zum Paradigmenwechsel der Gesundheitspolitik führen würde. Blicken Sie mit uns gespannt auf die neue Regierungszeit; wir werden sehen, was uns erwartet und welche Überraschungen die neue Regierung noch für uns bereithält. Interessieren Sie sich für die Änderungen in ambulanter und stationärer Versorgung und Pflege? Für Arzneimittel, Prävention und die künftige Finanzierung unseres Gesundheitssystems? In dieser Ausgabe finden Sie einen Artikel von Dr. Marco Penske und Dr. Tobias Gantner, der Ihnen die wichtigsten Eckpunkte des neuen Koalitionsvertrages schlüssig und komprimiert zusammenfasst. Ein kleiner Rückblick auf unsere letzte Veranstaltung des vergangenen Jahres sei gestattet. Dr. Maike Bestehorn lässt für Sie ein gelungenes Jahressymposium des 7.11.2013 in Berlin Revue passieren. Die Teilnehmer wurden Zeuge spannender Vorträge der Referenten aus G-BA, GKV-Spitzenverband und PatientenForum und nutzten die Gelegenheit zu eifrigen Diskussionen. Die wesentlichen Inhalte sowie die Gewinnerin des DFGMA Wissenschaftspreis erfahren Sie auf den Folgeseiten. Ich wünsche allen Lesern einen guten Start in ein aufregendes, neues Jahr, welches Ihnen mit Erfolg und Glück beschieden sein möge.



**Prof. Dr. Ralph Tunder, 1. Vorsitzender der DFGMA e.V.**

Ihr  
Ralph Tunder

**NEUE ADRESSE**

• • • DEUTSCHE FACHGESELLSCHAFT FÜR MARKET ACCESS E. V. (DFGMA) • • • HAUPTSTRASSE 31 •  
65375 OESTRICH-WINKEL • WWW.DFGMA.DE  
EMAIL: INFO@DFGMA.DE •  
FAX +49 0611/7102 101876 • •

• • • • • 22.05.2014 DFGMA FRÜHJAHRESTAGUNG • • • • •

• • • Fortsetzung von Seite 1

Dr. Antje Haas, Leiterin Abteilung Arznei- und Heilmittel beim GKV Spitzenverband, sprach zum Thema „Preisbildung in einem AMNOG 2.0“ über Vorschläge des GKV Spitzenverbands. Die „früh“ genannte Nutzenbewertung sei eher als ein zyklischer Prozess zu verstehen: Nach In-Verkehr-Bringen, der frühen Nutzenbewertung und dem damit ursprünglichen G-BA-Beschluss sei es erforderlich, nach einer gewissen Frist erneute aktualisierte Nutzenbewertungen der neuen Substanzen durchzuführen, entweder weil der G-BA-Beschluss befristet war oder aufgrund von Zulassungserweiterungen oder infolge neuer wissenschaftlicher Daten. In der Langfristperspektive liege die Betonung nicht auf den Bestandmarktaufufen, weil der Markt der neuen nutzunggeprüften Substanzen zukünftig immer stärker dominiere. Da der Anteil der Innovationen steige, die als Add-Ons auf den Markt kämen und damit die zweckmäßige Vergleichstherapie (ZVT) nicht ersetzen, müssten die Kosten der ZVT bei Add-Ons voll umfänglich beim Erstattungsbetrag (EB) berücksichtigt werden. Bei der Zuschlagsermittlung zur ZVT für das Kriterium Zusatznutzen würden gemäß der AMNutzenV Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des

Zusatznutzens sowohl bei Mortalität, Morbidität, Lebensqualität als auch Nebenwirkungen berücksichtigt. Von bisher 57 Erstattungsbetragsverfahren wurden 25 per Verhandlung abgeschlossen, 24 Verhandlungen laufen noch, 4 Verhandlungen endeten durch Opt-Out, 3 wurden per Schiedsstelle abgeschlossen und 1 Schiedsverfahren läuft noch. Bei Arzneimitteln (AM) ohne Zusatznutzen liegt der EB gemäß der letzten Gesetzesänderung zum August 2013 maximal in der Höhe der wirtschaftlichsten ZVT. Der Zuschlag zur ZVT bei AM mit Zusatznutzen werde entsprechend der Rahmenvereinbarung gemäß §130b SGB V determiniert durch Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens unter Berücksichtigung der im G-BA festgestellten Patientenanteile für das AM. Differierten Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens für verschiedene Patientengruppen, werde eine Art „Mischpreiskalkulation“ durchgeführt. Die tatsächlichen Preise im Länderkorb oder die Preise vergleichbarer Arzneimittel würden bei den Erstattungsbetragsverhandlungen als ergänzendes Kriterium dienen. Die Festlegung des EB erfolge nicht nach einer Rechenregel, sondern durch Verhandlung. Der GKV Spitzenverband sähe folgende Entwicklungsmöglichkeiten des

AMNOG:

- Erstattungsbeträge ab Tag 1 des Markteintritts;
- kontinuierliche Bewertung neuer Wirkstoffe;
- jedes neue Anwendungsgebiet einer Substanz sei zu bewerten;
- ohne Dossievorlage seien Abschläge von der ZVT verpflichtend einzuführen und
- Orphan Drugs über 30 Mio. seien vollständig zu bewerten.

Die erhöhten Herstellerabschläge und das Preismoratorium könne sich in dem Zeitraum 2014 bis 2018 in dem Maße verringern, wie sich die Einspareffekte durch zusatznutzenadjustierte Preise aufbauen.

Maren Freiberg erhielt für ihre Zertifikatsarbeit „Stakeholder für den Market Access von pharmazeutischen Produkten: Identifikation und Analyse von Entscheidungen und Verhaltensweisen“ den DFGMA-Wissenschaftspreis 2013, der in diesem Jahr von Boehringer Ingelheim unterstützt wurde. Sie berichtete über die Vorgehensweise bei der Identifikation der Stakeholder bei IQWiG, G-BA und dem GKV-Spitzenver-



Manfred Pfeiffer, 1. Vorsitzender Das Patientenforum

band, die Analyse der Aktivitäten dieser Stakeholder und mögliche Zusammenhänge zu den Entscheidungen bei den frühen Nutzenbewertungen. <<

von:  
Dr. Maika Bestehorn\*

\*Geschäftsführerin der ProMedCon GmbH



Thomas Müller, Leiter der Abteilung Arzneimittel beim G-BA.



Dr. Antje Haas, Leiterin Abteilung Arznei- und Heilmittel beim GKV Spitzenverband.



Maren Freiberg gewann den DFGMA-Wissenschaftspreis 2013, übergeben von den Juroren Dr. Marco Penske (Boehringer Ingelheim), Peter Stegmaier („Market Access & Health Policy“) und Prof. Dr. Ralph Tunder (v.l.n.r.).

**SAVE THE DATE**

22.05.2014

DFGMA Frühjahrstagung

6.11.2014

DFGMA Jahressymposium

21.11.2014

Start des 4. Jahrgangs des Market Access Intensivstudiums (EBS)

## EINE BEWERTUNG DES KOALITIONSVERTRAGS

# ZWISCHEN WETTBEWERB UND ZENTRALER STEUERUNG

Elf von insgesamt 180 Seiten widmet der Koalitionsvertrag von SPD und CDU/CSU den Themen Gesundheit und Pflege. Im folgenden Beitrag werden jenseits des Arzneimittelmarkts für Market Access relevante Themen näher betrachtet.

>> Im Bereich der Krankenkassenfinanzierung ist eine Umwandlung der kassenspezifischen pauschalierten Zusatzbeiträge durch einkommensabhängige Zusatzbeiträge vorgesehen. Zwar sind derzeit die Rücklagen sowohl des Gesundheitsfonds als auch der meisten Krankenkassen gut gefüllt, allerdings wird selbst im Koalitionsvertrag davon ausgegangen, dass „schon ab 2015 die prognostizierten Ausgaben des Gesundheitsfonds seine Einnahmen übersteigen“ werden. Als Spielraum für den neuen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag geben die Koalitionäre den alleinig vom Arbeitnehmer zu tragenden Teil i.H.v. 0,9% der beitragspflichtigen Einnahmen vor.

Mit der geplanten Neuregelung ist sicherlich auch die Hoffnung verbunden, dass Krankenkassen wieder „in ruhigere Fahrwasser kommen“. Auf den ersten Blick erinnert der Vorschlag an die Zeiten vor dem Gesundheitsfonds, in der Krankenkassen über kassenspezifische Beiträge um Mitglieder konkurrierten. Die Intensität des Preiswettbewerbs auf dem Krankenkassenmarkt nahm jedoch durch die Einführung der pauschalierten Zusatzbeiträge im Jahr 2009 massiv zu, so dass Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben mussten, sehr schnell Mitglieder verloren und mit der BKK für Heilberufe und der City BKK sogar zwei Krankenkassen von der Aufsicht

geschlossen wurden. Der daran anknüpfende „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ erklärt somit teilweise, warum Krankenkassen – trotz sukzessivem Aufbau von finanziellen Rücklagen – Anstrengungen, in innovative Vertrags- und Versorgungsprogramme zu investieren, zumindest nicht forcierten.

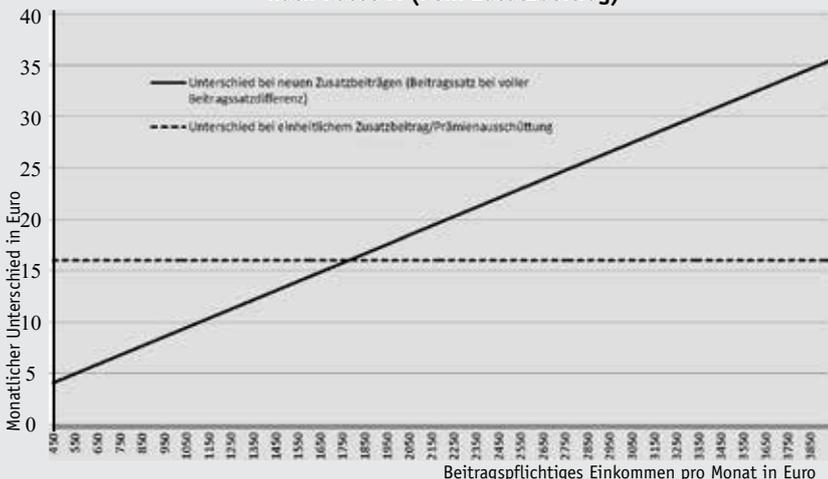
Auch der Koalitionsvertrag sieht an dieser Stelle Handlungsbedarf und verspricht – wie weiter unten noch ausführlich dargestellt – u.a. mehr Freiräume für Krankenkassen, „um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können“, den Abbau von Umsetzungs-

priorisieren werden.

Wird von einer überproportionalen Wechselbereitschaft höherer Einkommen ausgegangen, so kann erwartet werden, dass sich der Preiswettbewerb bei Krankenkassen künftig noch verschärfen wird. Dies wird allerdings maßgeblich auch davon abhängig sein, ob der einkommensabhängige Zusatzbeitrag über die beitragsabführende Stelle (Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger) mit eingezogen wird oder – wie die zwischen 2009 und 2012 erhobenen pauschalen Zusatzbeiträge – über die Krankenkasse selbst, die hierzu auch mit sensiblen Kontodaten der Mitglieder in Berührung kommt. Zudem wird die Ausgestaltung etwaiger Sonderkündigungsregelungen bei erstmaliger Erhebung von Zusatzbeiträgen (oder deren Erhöhung) die Wechselbereitschaft beeinflussen.

In jedem Fall ist davon auszugehen, dass sich Krankenkassen in nächster Zeit eher um Preisstrategien im Zusammenhang des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags und dessen konkreter Umsetzung kümmern werden. Gegeben, dass höhere Einkommen gesünder sind (und auch künftig noch das bessere Risiko nach Morbi-RSA-Zuweisungen darstellen), werden viele Krankenkassen ihre Leistungen auf gesunde höhere Einkommensgruppen ausrichten. Vermehrte Investitionen in innovative Vertrags- und Versorgungskonzepte (für Kranke) sind aufgrund des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags daher zumindest kurzfristig nicht zu erwarten – denn die Krankenkassen „haben gerade wieder andere Sorgen“. Ob es langfristig vermehrte Investitionsanreize für Versorgungsprogramme der

**Wechselanreiz von Kasse B (0,95% Zusatzbeitrag bzw. 16 Euro) nach Kasse A (kein Zusatzbeitrag)**



Ein Rechenexempel: Angenommen seien zwei Krankenkassen, die sich künftig im einkommensabhängigen Zusatzbeitrag um 0,9 Prozentpunkte unterscheiden (Kasse A erhebt keinen Zusatzbeitrag, Kasse B 0,9 Prozentpunkte). Rechnet man dies in einen fiktiven Unterschied eines pauschalen Zusatzbeitrages um, erhält man ca. 16 Euro Zusatzbeitrag pro Monat für Kasse B, unabhängig vom Einkommen (angenommen wird hierbei die Faustformel, dass ein zusätzlicher Beitragssatzprozentpunkt der GKV zusätzliche Beitragseinnahmen i.H.v. 11 Mrd. beschert und die GKV rund 52 Mio. Mitglieder aufweist). Wie aus der unteren Abbildung ersichtlich, nimmt bei Mitgliedern mit einem beitragspflichtigen Einkommen unter 1.778 Euro (einkommensabhängiger Zusatzbeitrag = 0,9 % \* 1.778 Euro = 16 Euro) somit der preisliche Wechselanreiz von Kasse B zu Kasse A gegenüber einem pauschalen Zusatzbeitragsystem ab. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Einkommen über 1.778 Euro haben hingegen einen höheren preislichen Wechselanreiz gegenüber einem pauschalen Zusatzbeitragsystem, der mit zunehmendem Einkommen weiter ansteigt und bei Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze i.H.v. 3.937,50 Euro maximal 35,33 Euro beträgt). Bei einer Teilung der Zusatzbeiträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern wären die Wechselanreize dann halb so groß. Hierin liegt auch der wesentliche Unterschied zum Beitragsatzregime vor dem Gesundheitsfonds.

Krankenkassen geben wird, hängt neben klaren Spielregeln im Morbi-RSA (der laut Koalitionsvertrag ebenfalls weiterentwickelt werden soll) im Wesentlichen auch von einer Verlässlichkeit der den Rahmen setzenden Gesundheitspolitik ab: Jede vier Jahre die Finanzierungssystematik der Krankenkassen grundlegend zu verändern, ist hierbei sicherlich nicht hilfreich.

### Innovationsfonds

Der Gesetzgeber hat die Absicht, zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung 300 Mio. Euro von Seiten der Krankenkassen in einem Innovationsfonds zur Verfügung zu stellen. Zur Gegenfinanzierung sollen die Krankenkassen 150 Mio. Euro zusätzlich aus dem Gesundheitsfonds bekommen. Es ist vorgesehen, dass 225 Mio. Euro Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, und die verbleibenden 75 Mio. Euro der Versorgungsforschung zugutekommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Kriterien zur Vergabe der Mittel festlegen. Geplant ist dann eine jährliche Mittelvergabe durch Ausschreibungen und eine Reevaluation der Programme nach vier Jahren. Zudem soll ein neues Institut zur Qualitätssicherung mit Routinedaten gegründet werden, das sektorenübergreifend die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung evaluiert und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert.

Die Versorgungsforschung könnte durch die geplanten Neuregelungen einen höheren Stellenwert gewinnen. Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde im Jahr 2004 der Gedanke eines gemeinsamen Datenpools der gesetzlichen Krankenversicherungen und kassenärztlichen Vereinigungen für Studien der Versorgungsforschung im fünften Sozialgesetz-

buch (SGB V) in den §§303a-f implementiert. Die Umsetzung erfolgte allerdings nur schleppend.

Zur besseren Langzeitbeobachtung der Patientensicherheit und Qualität sollen nun Register verbessert werden. In einem ersten Schritt sind ein Transplantations- und ein Implantateregister geplant.

Grundsätzlich ist das Vorhaben der Koalitionspartner, Innovationen im Versorgungsmanagement und der Versorgungsforschung durch entsprechende Förderung zu unterstützen, unbedingt lobenswert. Zumal sich nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung im Jahr 2008 eine Konsolidierung im Bereich der Integrierten Versorgung eingestellt hat, die durch die vorgelegten Fördermöglichkeiten neu belebt werden könnte.

Ob die Höhe von rund 0,16% der gesamten GKV Jahresausgaben jedoch ausreichend ist, auf diesem wichtigen doch bislang von Interessenskonflikten gezeichneten und daher gelähmten Gebiet „Versorgungsforschung und Integrierte Versorgung“ Fortschritte zu machen, bleibt abzuwarten. Weiterhin wird zu klären sein, wie die Gelder des Innovationsfonds verteilt und ob Krankenkassen ihr bereits geleistetes finanzielles Engagement durch die neue Förderung nicht einfach ersetzen, sondern wirklich weiter ausbauen werden.

Wie im pharmakologischen und evtl. bald auch medizintechnischen Bereich räumt der Gesetzgeber dem GBA erneut die Interpretationshoheit in Sachen Innovation ein. Wieder einmal hat der Patient kein Mitspracherecht und wieder einmal drohen intransparente Entscheidungsfindungswege mittels der jährlich stattfindenden Ausschreibung und der Mittelverteilung pro Domo. Man könnte fast sagen: In guter Tradition der deutschen Versorgungsforschung und transsektoralen Versorgung: Innovation ist gut, so lange alles so bleibt, wie es ist.

Versorgungsforschung muss transsektoral stattfinden, dem Behandlungspfad des Patienten folgend. Daran beteiligt sind Leistungsträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wie auch ärztliche und nicht-ärztliche Bereiche. Wie schwer eine Ebene der Zusammenarbeit zu finden ist, zeigt eindrücklich die Diskussion des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, das sich zwar für Gespräche mit der Industrie öffnet, jedoch ein klares Verhältniswahlrecht eingeführt hat, um zu verhindern, dass von deren Seite zu viel Einfluss genommen wird, wie es dort heißt. Das großzügige Sponsoring von Kongressen wird indes weiterhin stillschweigend erwartet. Eine echte Partnerschaft sieht wohl etwas anders aus. Dennoch gibt es gute Initiativen in der Versorgungsforschung. Sie müssen jedoch endlich über das Stadium der politischen Interessensbekundung hinaus kommen und sie müssen alle an der „Dienstleistungs- und Wertschöpfungskette“ der Patientenbehandlung Beteiligten endlich an einen Tisch bringen, um zunächst die theoretischen Grundlagen der Evaluation der Versorgungsforschung zu erstreiten und diese dann in praxi auch endlich anzuwenden. Das bedeutet: Die Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitswesen muss somit einen festen und integrierten Platz erhalten. Es müssen Anreize geschaffen werden, mittels Versorgungsforschung Echtzeitdaten zu erheben und diese Daten müssen endlich allen Marktteilnehmern zugänglich gemacht werden. Dabei kann das zu gründende Qualitätsinstitut einen großen Beitrag leisten, indem es die Voraussetzungen schafft, sektorübergreifende Routinedaten zu sammeln, auszuwerten und in anonymisierter Form allen am Behandlungsprozess Beteiligten zur Verfügung zu stellen. Weiterhin ist die fundamentale Frage nach wie vor ungelöst, wer die Interpretationshoheit über diese Daten hat und nach welcher „Schu-

le“ sie beurteilt werden. Es bleibt zu hoffen, dass der entstehende Diskurs zwischen Akademie, Politik und Industrie in dieser Legislaturperiode, gestützt durch eine Versorgungsforschungsinitiative endlich beginnt, Früchte zu tragen und es in Deutschland wieder Anreize dafür gibt, die Patientenbehandlung transsektoral auszurichten, Daten zu erheben, die den Anspruch erfüllen können, von allen Involvierten evidenzbasiert genannt zu werden. Damit könnte auch die Gesundheitsökonomie als freie Wissenschaft im deutschen Gesundheitswesen weiter etabliert werden.

### Selektivverträge

Bestehende Hemmnisse bei Verträgen zur Integrierten Versorgung (§140a ff SGB V) und für Selektivverträge (§§ 63-65, 73a, 73b, 73c SGB V) sollen abgebaut werden, um den Krankenkassen mehr Freiräume für Verträge zu geben. Die Wirtschaftlichkeit soll den zuständigen Aufsichtsbehörden (Bundesversicherungsamt oder Landessozialministerium) nach vier Jahren nachgewiesen werden. Zudem sollen Krankenkassenversicherungen auch die Möglichkeit zu Qualitätsverträgen mit einzelnen Krankenhäusern von 2015 bis 2018 haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll für diese Modelle vier planbare Leistungen auswählen.

Diese Öffnung und Förderung von Selektivverträgen ist sehr zu begrüßen. Sie bringt möglicherweise Wettbewerb und Transparenz in ein System, das bislang von vielen Partikularinteressen getrieben wurde und eher von bürokratischen Hindernissen als von Innovationskraft gekennzeichnet war. Die fast sprichwörtliche Überregulierung des deutschen Gesundheitsmarkts stellte in der Vergangenheit große Hürden für Innovationen und Investitionen auf Industrieseite dar.

von: Prof. Stefan Fetzler\*,  
Dr. Tobias Gantner, MBA\*\* und  
Dr. Marco Penske\*\*\*