

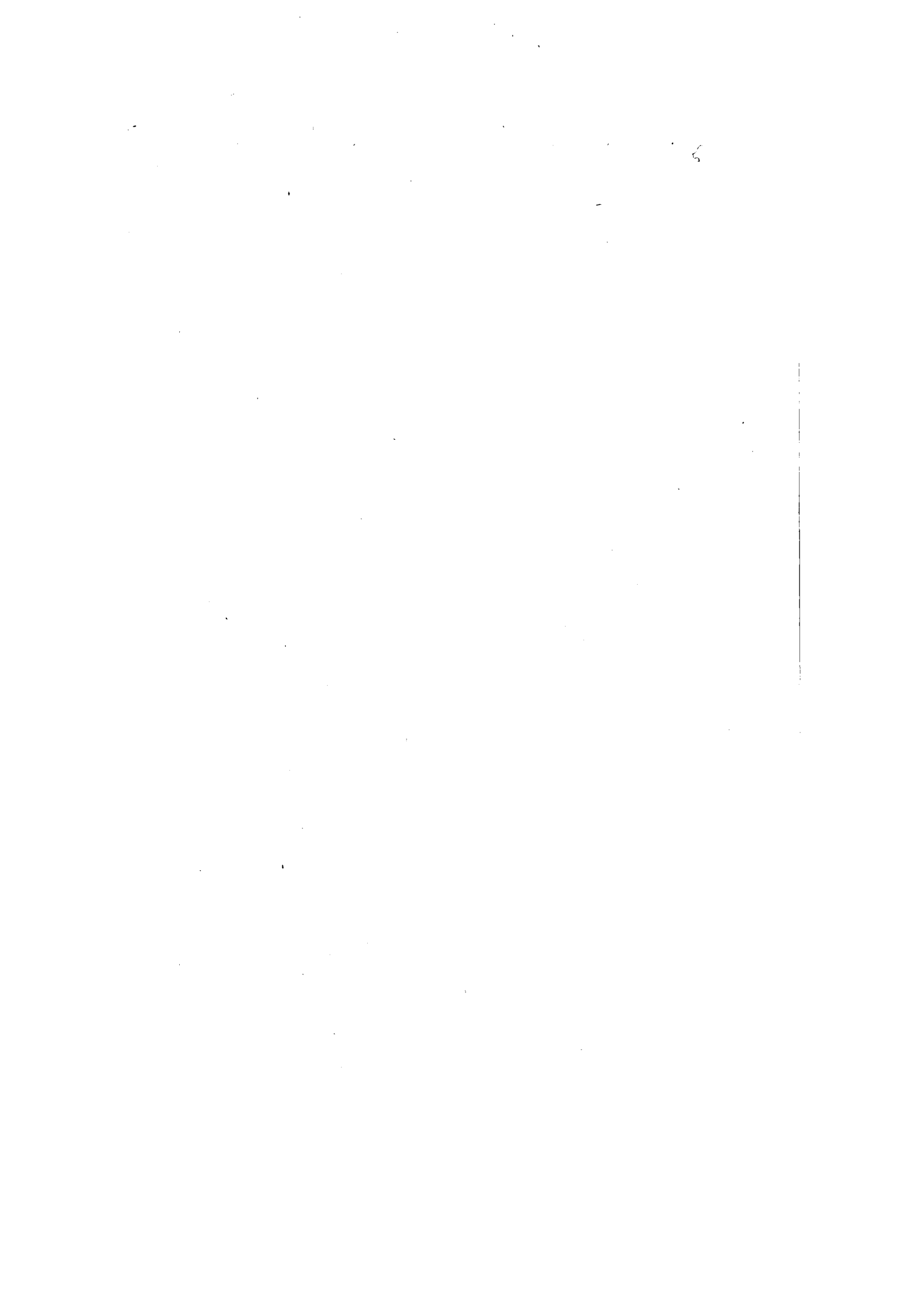


INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

Ernst Helmstädter

Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung

Materialienreihe
Band 8



**Wirtschaftszweig
Zahnärztliche
Versorgung**

Materialienreihe
Band 8

Ernst Helmstädter

Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung

Herausgeber:

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

in Trägerschaft von

Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. — Bundeszahnärztekammer —
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung — Körperschaft des öffentl. Rechts —
5000 Köln 41, Universitätsstraße 71 — 73



Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1990

Autor:

Prof. Dr. E. Helmstädter
Rinscheweg 38
4400 Münster

Redaktion:

Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln
Dipl.-Volksw. P.J. Müller

ISBN 3-7691-7821-1

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1990

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
0 Das Ergebnis im Überblick	11
1 Die Volkswirtschaft und die Wirtschaftszweige	14
1.1 Das Gesundheitswesen als Wirtschaftszweig	14
1.2 Die Sozialversicherung und die Lohnnebenkosten	16
1.3 Sektorale Analyse des Gesundheitswesens und Gesundheitsbericht- erstattung	17
1.4 Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. Der Gegenstand der Untersuchung	20
2 Das Leistungsvolumen der Zahnärztlichen Versorgung	22
2.1 Methodische Erläuterung zur Berechnung der Ausgaben für die Zahn- ärztliche Behandlung	22
2.2 Die Ausgaben für die medizinische Behandlung	25
2.3 Die Gesundheitsquoten	29
2.4 Zur künftigen Entwicklung der Zahngesundheitsquote und der Ausgaben für die Zahnärztliche Versorgung	35
2.5 Die Struktur der Behandlungsausgaben	38
3 Erwerbstätigkeit und Wertschöpfung der Zahnärztlichen Versorgung	44
3.1 Institutionelle und funktionale Darstellung der Erwerbstätigkeit im Gesundheitswesen	44
3.2 Zur statistischen Erfassung der Erwerbstätigkeit im Gesundheitswesen	46
3.3 Struktur und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Zahnärztlichen Versorgung	47
3.4 Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Zahnärztlichen Versorgung im Vergleich mit der Entwicklung im Gesundheitswesen ..	48
3.5 Wertschöpfung, Rohertrag und Einkommensverteilung der zahn- ärztlichen Praxen	50
4 Anlagevermögen und Investitionstätigkeit in der Zahnärztlichen Versorgung	55
4.1 Das Anlagevermögen im Gesundheitswesen	55
4.2 Das Investitionsverhalten und die Investitionen der zahnärztlichen Praxen	57
4.3 Das Anlagevermögen in der Zahnärztlichen Versorgung	58

5	Die sektorale Verflechtung der Zahnärztlichen Versorgung	60
5.1	Die Lieferverflechtung des Gesundheitssektors	60
5.2	Zur sektoralen Verflechtung der Zahnärztlichen Versorgung	61
5.3	Die Verflechtung der Finanzierungsströme des Gesundheitswesens ..	62
6	Verzeichnis der zitierten Literatur und der statistischen Quellen	64
7	Anhang A: Zeittafeln zur Entwicklung der Krankenversicherung	66
Tafel 1	Wichtige Gesetze im Bereich der Krankenversicherung	66
Tafel 2	Regelungen und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung	67
8	Anhang B: Tabellen zur Zahnärztlichen Versorgung	71
Tabelle 1	Die Struktur der Gesundheitsausgaben, 1970–1987	71
Tabelle 2	Die Ausgaben für die Zahngesundheit: Zahnersatz, nach Ausgabenträgern, 1970–1987	72
Tabelle 3	Die Ausgaben für die Zahngesundheit: Zahnbehandlung, nach Ausgabenträgern, 1970–1987	73
Tabelle 4	Die Ausgaben für die Zahngesundheit nach Leistungsarten, 1970–1987	74
Tabelle 5	Die Ausgaben für die medizinische Behandlung nach Lei- stungsarten, 1970–1987	75
Tabelle 6	Die Ausgaben für die Gesundheit nach Leistungsarten, 1970–1987	76
Tabelle 7	Die Entwicklung der Gesundheitsquoten, 1970–1987	77
Tabelle 8	In Zahnarztpraxen Erwerbstätige, 1980–1988	78
Tabelle 9	In der Zahnärztlichen Versorgung Erwerbstätige, 1980–1988	79
Tabelle 10	Die längerfristige Entwicklung der Erwerbstätigkeit im Ge- sundheitswesen nach unterschiedlichen Abgrenzungen, 1960–2000	81
Tabelle 11	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer des Gesundheitswesens, 1974–1988	82
Tabelle 12	Betriebsausgaben, Rohertrag und Umsatz der zahnärztlichen Praxen, 1976–1988	83
Tabelle 13	Die Entwicklung der Betriebsausgaben, des Rohertrags und des Umsatzes je zahnärztliche Praxis, 1980–1987	84
Tabelle 14	Kosten, Rohertrag und Umsatz der zahnärztlichen Praxen im Jahre 1983	84
Tabelle 15	Kosten, Rohertrag und Umsatz der zahnärztlichen Praxen im Jahre 1983, nach Umsatzgrößenklassen	85
Tabelle 16	Das Bruttoanlagevermögen der Infrastruktur, 1960–1987 ...	86
Tabelle 17	Ausrüstungs- und Bauinvestitionen des Gesundheitswesens im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Investitionen	86
Tabelle 18	Die einzelwirtschaftlichen Investitionen bei der Niederlassung eines Zahnarztes, 1984–1988	87
Tabelle 19	Die Lieferverflechtung des Gesundheitssektors mit den übr- igen Sektoren der Wirtschaft, 1975	88
Tabelle 20	Die Inputstruktur des Gesundheitswesens, 1975	89

Verzeichnis der Schaubilder im Text

Schaubild 1	Die Struktur der Gesundheitsausgaben, 1970 – 1987	27
Schaubild 2	Die Entwicklung der Gesundheitsquoten, 1970 – 1987	30
Schaubild 3	Die Entwicklung der Zahngesundheitsquote, 1970 – 1987	31
Schaubild 4	Die Struktur der zahnärztlichen Versorgung, 1970 – 1987	33
Schaubild 5	Die Zahngesundheitsquote und der Anteil der Ausgaben für Zahnersatz an der zahnärztlichen Versorgung, 1970 – 1987	34
Schaubild 6	Zur künftigen Entwicklung der Zahngesundheitsausgaben	37
Schaubild 7	Die Grobstruktur der Behandlungsausgaben, 1970 – 1987	39
Schaubild 8	Die Struktur der Behandlungsausgaben, 1970 – 1987	41
Schaubild 9	Die Struktur der Gesundheitsausgaben 1970 – 1987	42
Schaubild 10	Die Anteile der Leistungsarten an den Gesundheitsausgaben, 1970 – 1987	43
Schaubild 11	Betriebsausgaben und Wertschöpfung der zahnärztlichen Praxen in v. H. des Umsatzes, 1976 – 1987	51
Schaubild 12	Rohhertrag und Personalausgaben der Zahnarztpraxen in v. H. der Wertschöpfung, 1976 – 1987	52
Schaubild 13	Die Entwicklung von Betriebsausgaben, Wertschöpfung und Umsatz der zahnärztlichen Praxen, 1980 – 1987	54

Verzeichnis der Übersichten im Text

Übersicht 1	Die Gesundheitsausgaben im Jahre 1987	25
Übersicht 2	Jahresdurchschnittliche Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben 1970 – 1987 in v. H.	28
Übersicht 3	Die Sozialproduktelastizität der Zahngesundheitsausgaben	35
Übersicht 4	Alternativrechnungen zur künftigen Entwicklung der Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung und der Zahngesundheitsquote	36
Übersicht 5	Die Einteilung der Wirtschaftszweige nach dem Drei-Sektoren-Schema	45
Übersicht 6	Die Beschäftigten- und die Ausgabenanteile nach Zweigen des Gesundheitswesens 1986	50
Übersicht 7	Kostenanteile und Wertschöpfung der zahnärztlichen Praxen 1983	53
Übersicht 8	Bruttoanlagevermögen des Gesundheitswesens 1987	56
Übersicht 9	Für den Investitionsaufwand bei Neugründung einer zahnärztlichen Praxis rechnerisch erforderliche Anzahl von Jahresroherträgen	57
Übersicht 10	Zur Entwicklung der Anlageinvestitionen der zahnärztlichen Praxen 1981 – 1987	59
Übersicht 11	Die Finanzierung des Gesundheitsbereichs 1987	63

Vorwort

Gesundheitsberichterstattung und **Orientierungsdaten zur Gesundheitspolitik** stehen im Zentrum der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. Die **Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung** hat vor kurzem das von drei Bundesministerien in Auftrag gegebene Forschungsvorhaben Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung — Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag mit der Vorlage des Endberichts, der sechs Bände umfaßt, abgeschlossen. Mehrfach hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sich zum Themenkomplex der Gesundheitsberichterstattung geäußert und Vorschläge hierzu vorgelegt.

Statistiken über gesundheitspolitische Tatbestände sind an sich keine Mangelware. Tatsächlich gibt es eine kaum zu überblickende Vielzahl statistischer Angaben über das Gesundheitswesen. So hatte sich die Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung mit nicht weniger als 276 Datenquellen zu befassen. Dieses vielfältige, weit gestreute Material wird jedoch zu ganz unterschiedlichen Zwecken aufbereitet.

Bisher fehlt es an konzeptionellen Entwürfen zur Gesundheitsberichterstattung, nach denen das vorhandene Material in einen Gesamtrahmen einzuordnen wäre. Dieses Manko verwundert nicht. Ist doch schon der Zweck einer Gesundheitsberichterstattung schwerlich auf einen verbindlichen Nenner zu bringen, wenn man einmal davon absieht, daß eben, ganz allgemein gesprochen, der Stand der Informationen über das Gesundheitswesen verbessert werden soll. Inwieweit eine Datensammlung darüberhinaus dann zur Orientierung der gesundheitspolitischen Entwicklungen in Planung und Steuerung beitragen kann, liegt keineswegs offen zutage.

In den Erörterungen zur Gesundheitsberichterstattung wird häufig betont, daß eine **systematische Darstellung** anzustreben ist. „Systematisch“ heißt dabei freilich in der Regel kaum mehr als „vollständig“ oder „umfassend“. Wenngleich die Darstellung des gesamten Systems des Gesundheitswesens als besonders dringende Aufgabe herausgestellt wird, so fragt sich dennoch, welcher Gesichtspunkt hierbei der grundlegende sein soll. Ohne eine konzeptionelle Basis bleibt auch eine auf Vollständigkeit angelegte Gesundheitsberichterstattung in ihren Umrissen vage.

Die vorliegende Untersuchung behandelt einen Teilbereich des Gesundheitswesens nun in der Tat unter einem **systematischem** Aspekt. Die **Zahnärztliche Versorgung** wird hier konsequent als **Wirtschaftszweig** dargestellt. Es wird gezeigt, welche Rolle dieser Wirtschaftszweig im arbeitsteiligen Prozeß der volkswirtschaftlichen Leistungserstellung und -verwendung spielt. Genauso wie nach weitverbreiteter Vorgehensweise die volkswirtschaftliche Bedeutung der Industrie, des Handwerks oder des Handels betrachtet wird, so wird hier die Zahnärztliche Versorgung behandelt. Für diese ökonomische Analyse von Sektoren oder Märkten hat sich der Fachausdruck „**Industrieökonomik**“ herausgebildet. Kurz: Hiermit wird eine industrieökonomische Studie über den Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung vorgelegt.

Diese Studie befaßt sich ausschließlich mit der ökonomisch-empirischen **Bestandsaufnahme** des Wirtschaftszweiges Zahnärztliche Versorgung. Ordnungspolitische Fragen sowie Fragen der gesundheitsökonomischen Steuerung bleiben hingegen

außer Betracht. Es geht im wesentlichen um den Einbau dieses Sektors in den systematischen Rahmen der gesamtwirtschaftlichen empirischen Analyse.

Die methodischen Gesichtspunkte sollen dabei im Hintergrund bleiben. Von pragmatischen Schätzverfahren wird jedoch fortwährend Gebrauch gemacht. Das Ziel richtet sich hierbei auf zutreffende Größenordnungen und Entwicklungstendenzen, nicht auf zahlenmäßige Exaktheit um jeden Preis, die angesichts der für den angestrebten Zweck doch nicht gerade reichlich verfügbaren Datenquellen und ihrer Erhebungsmängel ohnehin kaum zu realisieren wäre.

Es mag ungewöhnlich erscheinen, einen Teilbereich des Gesundheitswesens, das man ja insgesamt den sozialen Einrichtungen oder der Infrastruktur eines Landes zurechnet, als Erwerbszweig der gesamten Volkswirtschaft zu behandeln. Nicht ungeteilte Zustimmung findet ferner die gleichwohl zunehmende Praxis, das Gesundheitswesen überhaupt der ökonomischen Analyse zu unterziehen. Die allgemeine Vorstellung vom Auftrag des Arztes, dem Kranken ohne Rücksicht auf wirtschaftliche Nebenbedingungen die erforderliche Hilfe zuteil werden zu lassen, widersetzt sich der „Ökonomisierung“ der Beziehung zwischen dem Arzt und dem kranken Menschen. Wie der Richter – *judex non calculat!* – so findet auch der Arzt seine Tätigkeit nicht durch die Grenzen des ökonomischen Kalküls einschränkbar.

Dennoch trifft es selbstverständlich zu, daß viele Menschen im Gesundheitswesen ihren Einkommenserwerb finden, daß das Gesundheitswesen knappe Ressourcen benötigt, die folglich für andere Verwendungen nicht verfügbar sind, und daß für Gesundheitsleistungen ökonomische Vorsorge getroffen werden muß. Wer diese Tatsachen in den Blick nimmt, wird die Betrachtung des Gesundheitswesens unter ökonomischem Aspekt nur konsequent finden. Auszuleuchten, was eine solche sektorale Wirtschaftsanalyse zur gesundheitspolitischen Diskussion beizutragen vermag, gab nicht zuletzt den Anlaß zu dieser Studie.

Münster, im März 1990

Ernst Helmstädter

0 Das Ergebnis im Überblick

Die vorliegende Untersuchung wendet die industrieökonomische Analyse auf einen Teilbereich des Gesundheitswesens an. Der **Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung** kann so im gesamtwirtschaftlichen Rahmen und im Vergleich mit anderen Industriezweigen betrachtet werden.

Die Erwerbsmöglichkeiten, die ein Wirtschaftszweig bietet, dürfen wohl als ein erster wichtiger Indikator seiner gesamtwirtschaftlichen Bedeutung gelten. Im Jahr 1987 hat die Zahl der in der Zahnärztlichen Versorgung **Erwerbstätigen** rund 215 000 Personen betragen, das sind 0,8 Prozent aller Erwerbstätigen, 5,2 Prozent der im Dienstleistungssektor und etwa 16 Prozent der im Gesundheitswesen Erwerbstätigen. Mit knapp 180 000 **Arbeitnehmern** hat der Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung 0,8 Prozent der Arbeitnehmer insgesamt, 5,4 Prozent der im Dienstleistungssektor und 14,7 Prozent der im Gesundheitswesen tätigen Arbeitnehmer beschäftigt. Mit 38 000 selbstständig erwerbstätigen Zahnärzten und Inhabern zahnärztlicher Labors erreicht der Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung 1,2 Prozent aller in der gesamten Volkswirtschaft selbstständig tätigen Erwerbspersonen.

Das Arbeitsplatzpotential der Zahnärztlichen Versorgung (177 000) entsprach 1987 der Größenordnung nach den folgenden Industriezweigen: Eisenschaffende Industrie (194 000), Stahl- und Leichtmetallbau, Schienenfahrzeugbau (185 000), Holzverarbeitung (184 000), Bekleidungsindustrie (178 000), Druckerei, Vervielfältigung (165 000). Das Arbeitsplatzangebot der Chemischen Industrie ist zwar dreimal und das des Fahrzeugbaus fast fünfmal höher als jenes der Zahnärztlichen Versorgung. Aber ohne Zweifel fällt das Beschäftigungsvolumen der Zahnärztlichen Versorgung gesamtwirtschaftlich nicht weniger ins Gewicht als dasjenige mancher Industriebranchen, deren beschäftigungspolitische Bedeutung in der öffentlichen Diskussion viel mehr Beachtung findet.

Zum gesamtwirtschaftlichen Bruttoinlandsprodukt trägt die Zahnärztliche Versorgung gut 0,5 Prozent bei. Bei einem Beschäftigungsanteil von 0,8 Prozent bedeutet dies eine unterdurchschnittliche Arbeitsproduktivität. Dies gilt ganz allgemein als ein Kennzeichen des Dienstleistungssektors.

Dennoch ist der Kapitalaufwand der Zahnärztlichen Versorgung relativ hoch, vergleicht man ihn mit dem in ärztlichen Praxen. Nach grober Schätzung hat im Jahr 1987 das Bruttoanlagevermögen der Arztpraxen 15 Mrd. DM und das der Zahnarztpraxen 10,5 Mrd. DM betragen. Im gleichen Jahr waren gut 70 000 Ärzte und mehr als 33 000 Zahnärzte in freier Praxis tätig. Daraus ergibt sich, daß das Anlagevermögen der Zahnarztpraxis etwa das Anderthalbfache des Anlagevermögens der Arztpraxis beträgt.

Die Zahnärztliche Versorgung zählt mit ihrem Arbeitsplatzangebot, ihrem Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt und ihrer Investitionstätigkeit somit zu den gesamtwirtschaftlich bedeutenden Wirtschaftszweigen.

Die **gesundheitsökonomisch** wichtigste Größe der Zahnärztlichen Versorgung, die in der vorliegenden Untersuchung erstmalig für einen längeren Zeitraum ermittelt wurde, stellt die **Zahngesundheitsquote** dar. Sie ist definiert als das Verhältnis der Ausgaben für die Zahngesundheit insgesamt zum Bruttosozialprodukt. Die Zahngesundheitsquote lag im Jahre 1970 bei 0,7 Prozent. Sie stieg auf Grund der Neuregelung der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die ab dem 1. Januar 1975 wirksam wurde, sprunghaft auf über 1 Prozent im Jahre 1975 an. Auch in den folgenden Jahren setzte sich der Anstieg der Zahngesundheitsquote fort, bis im Jahre 1981 mit 1,2 Prozent der Höhepunkt erreicht wurde. Von diesem Zeitpunkt an hat sich die Zahngesundheitsquote deutlich zurückgebildet. Im Jahre 1987 lag sie mit 0,96 Prozent unter ihrem Wert von 1975 (1,05 Prozent).

Diese Entwicklung der Zahngesundheitsquote läuft mit der Entwicklung der Anteile für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz parallel. Von 1970 bis 1981 ist der Anteil der Ausgaben für Zahnersatz kontinuierlich angestiegen. Im Jahre 1981 belief er sich auf gut 62 Prozent. Von hier an ist dieser Anteil im Trendverlauf auf rund 53 Prozent im Jahre 1987 zurückgegangen.

Im Rahmen der Ausgaben für die Gesundheit insgesamt stieg der Anteil der Ausgaben für die Zahngesundheit von 5,7 Prozent im Jahre 1970 auf 8,8 Prozent im Jahre 1981 an und hat sich von da an wieder auf 7,4 Prozent im Jahre 1987 zurückentwickelt. Ähnlich verlief der Anteil der Zahngesundheitsausgaben an den Ausgaben für die medizinische Behandlung. Er stieg von 11,3 Prozent im Jahre 1970 auf 15,2 Prozent im Jahre 1981 an. Bis 1987 ist er dann wieder auf 12,5 Prozent abgesunken.

Das Jahr 1981 stellt also den Wendepunkt der Entwicklung der Zahngesundheitsausgaben dar. Bis zu diesem Zeitpunkt wachsen die Zahngesundheitsausgaben überdurchschnittlich, verglichen mit dem Bruttosozialprodukt, den Gesundheitsausgaben insgesamt und den Ausgaben für die medizinische Behandlung. Danach entwickeln sich die Zahngesundheitsausgaben unterdurchschnittlich.

Diese disproportionale Entwicklung spiegelt die unstete Regulierungspolitik auf diesem Gebiet des Gesundheitswesens wider. Für einzelne Jahre sind, wie man es unter dem Einfluß der zugrundeliegenden Marktbedingungen in keinem Wirtschaftszweig beobachten kann, regelrechte Entwicklungssprünge festzustellen. Dies gilt für das Jahr 1975 und sicher auch für 1988 und die folgenden Jahre, wo die angekündigten Maßnahmen zur Gesundheitsreform beim Zahnersatz einen gewaltigen Vorzieheffekt ausgelöst haben dürften, der in den nachfolgenden Jahren sich in Minderausgaben niederschlagen wird.

Der Rückgang der Zahngesundheitsquote seit 1981 hinterläßt seine Spuren in den **Bilanzen der Zahnarztpraxen**. Im Jahre 1976 hat der Rohertrag der Zahnarztpraxen noch knapp 47 Prozent der gesamten Einnahmen betragen. Er sank von da an laufend ab und bezifferte sich 1987 auf nur noch 33,6 Prozent. Die Betriebsausgaben insgesamt sind dementsprechend gestiegen. Insbesondere die Personalausgaben haben ihren Anteil stark erhöht, von 14 Prozent im Jahre 1976 auf 19 Prozent im Jahre 1987. Die Fremdbezüge steigerten im gleichen Zeitraum ihren Anteil von 39,2 Prozent auf 47,2 Prozent.

Die Auswirkungen der **verschlechterten Ertragslage** zeigen sich neuerdings in einem Rückgang der Zahl der in den zahnärztlichen Praxen Beschäftigten. Die Zahl der Zahnarzhelferinnen und der Auszubildenden, die knapp zwei Drittel der Arbeitsplät-

ze der Zahnarztpraxen belegen, ging seit 1985 absolut zurück. Zwar steigt im Trend die Zahl der Fach- und Verwaltungshelferinnen nach wie vor an, aber die Gesamtzahl der in Zahnarztpraxen Beschäftigten lag 1988 um 2 000 Personen niedriger als im Jahre 1986.

Auch die **Investitionen in Zahnarztpraxen** zeigen Folgewirkungen der verschlechterten Ertragslage. Bei Praxisneugründungen gehen seit 1984 die investiven Aufwendungen für die Einrichtungen und Bauten trotz der höheren Preise deutlich zurück. Die erforderlichen Betriebsmittelkredite steigen hingegen durchgehend an. Bei Praxisübernahmen gingen die zu leistenden Zahlungen für den Substanzwert beträchtlich in die Höhe, während gleichzeitig die für den Goodwill, einen Indikator der Ertragserwartungen, erheblich abgesunken sind.

Die tatsächliche Entwicklung des Wirtschaftszweiges Zahnärztliche Versorgung steht in einem auffälligen Kontrast zu den Vorstellungen hierüber, die in der Öffentlichkeit und auch bei Gesundheitspolitikern herrschen. Während der Gesundheitssektor insgesamt nach wie vor expandiert, entwickeln sich die Umsätze des Wirtschaftszweiges Zahnärztliche Versorgung schon seit 1981 unterproportional, seit 1985 stagnieren sie. Seither sinkt auch die Beschäftigung in diesem Bereich. Die Investitionsneigung hat sich, im Gegensatz zur boomartigen Entwicklung der Anlageinvestitionen in der Wirtschaft insgesamt deutlich abgeschwächt.

All diese Beobachtungen aus der Sicht der empirischen Wirtschaftsforschung münden in die Schlußfolgerung: **Die Zahnärztliche Versorgung weist heute Symptome eines schrumpfenden Wirtschaftszweiges auf.**

1 Die Volkswirtschaft und die Wirtschaftszweige

Die Produktion von Gütern und Leistungen einer Volkswirtschaft erfolgt in einem arbeitsteiligen, höchst komplexen Prozeß. Um ihn überschaubar zu halten, bedarf es einer zweckmäßigen Unterteilung der gesamten Wirtschaft in einzelne Wirtschaftsbe-
reiche oder -sektoren. Eine nach Wirtschaftszweigen unterteilte Volkswirtschaft zum Gegenstand wirtschaftswissenschaftlicher Betrachtung zu machen, empfiehlt sich zur Analyse der arbeitsteiligen Produktion. Dabei geht es um die gegenseitige Belieferung der Wirtschaftszweige mit Vorprodukten, um die Wertschöpfung der Wirtschaftszweige oder die Einkommensentstehung. Es interessiert ferner der Einsatz der Produktionsfaktoren und der Beitrag der Wirtschaftszweige zur letzten Verwendung: Konsum, Investition, Export. Eine solche sektorale Analyse zielt vorwiegend auf den Struktur- und Entwicklungsvergleich der Sektoren.

Der Wettbewerbsprozeß bringt ständig neue Güter und Leistungen hervor. Wirtschaftswachstum ist die Folge, sektoraler Strukturwandel seine Begleiterscheinung. Davon werden die Wirtschaftszweige nicht einheitlich berührt. Es gibt Wachstumsbranchen auf der Sonnenseite der Entwicklung und daneben schrumpfende Wirtschaftszweige. Der Prozeß der Industrialisierung drängte die Bedeutung der Landwirtschaft zurück. Heute expandiert vor allem der Dienstleistungsbereich. Eine Volkswirtschaft nach Wirtschaftszweigen unterteilt zu betrachten, ermöglicht somit die Analyse der arbeitsteiligen Leistungserstellung und ihres Wandels in der Entwicklung.

Diese Analyse wendet sich heute bevorzugt auch solchen Sektoren zu, die bisher, weil sich das Augenmerk vor allem auf das produzierende Gewerbe gerichtet hatte, wenig ökonomische Beachtung gefunden haben. Aktuelles Interesse zieht insbesondere der gesamte Dienstleistungsbereich auf sich. Dort wird mit weiterem Wachstum und zusätzlicher Beschäftigung gerechnet¹⁾. Zudem wird vermutet, daß der Dienstleistungssektor bei uns noch hinter den Entwicklungsmöglichkeiten zurückgeblieben ist, die er andernorts schon ausgeschöpft hat.

1.1 Das Gesundheitswesen als Wirtschaftszweig

Die ökonomische Analyse behandelt auch jene Aktivitäten als Wirtschaftszweige, die man bisher als außerhalb der Wirtschaft stehend ansah. So wird heute „Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Kunst und Kultur“²⁾ thematisiert, weil der ökonomische Aspekt angesichts des Umfangs der öffentlichen Förderung nicht weiter vernachlässigt werden darf und andererseits der Beitrag zur volkswirtschaftlichen Leistungserstellung einfach nicht mehr übergangen werden kann. „Einen umfassenden statistischen Nachweis über den Anteil der kulturellen Leistungen an der Wertschöpfung der gesamten Volkswirtschaft gibt es allerdings bisher noch nicht“³⁾.

¹⁾ *Ochel, W., Schreyer, P.*: Beschäftigungsentwicklung im Bereich der privaten Dienstleistungen: USA-Bundesrepublik im Vergleich, Berlin München 1988.

²⁾ *Hummel, M., Berger, M.*: Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Kunst und Kultur, Berlin München 1988.

³⁾ Ebenda, VII.

Ähnlich verhält es sich mit dem Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen eines Landes rechnet – entsprechend überkommener Vorstellung – zu dessen **sozialen** Einrichtungen. Im Gesundheitswesen nun jedoch einen **Wirtschaftszweig** zu sehen, deutet einen nicht geringen Einstellungswandel an. Welche Entwicklungen haben diesen Wandel begünstigt oder herbeigeführt?

Wir leben heute in einer Gesellschaft des **Massenwohlstands**. Unser Gesundheitswesen entstammt hingegen der gar nicht so weit hinter uns liegenden Zeit der **Massenarmut**. Zu Beginn des vorigen Jahrhunderts haben die Ökonomen die Ansicht vertreten, daß sich der Lohn der Arbeiter nach dem Existenzminimum bestimmt. Der Existenzminimumlohn wurde als jene Lohnhöhe definiert, die dazu führt, daß die Zahl der Arbeiter unverändert bleibt. Und hierzu gehörte auch eine medizinische Versorgung am unteren Rand. Eine ökonomische Wahl beim Einsatz medizinischer Mittel gab es unter solchen Bedingungen nicht. Der medizinische Versorgungsstandard war, mit anderen Worten, medizinisch-technisch vorgegeben nach Maßgabe der allgemeinen materiellen Versorgung beim Existenzminimum.

Daß unsere heutigen Einkommensverhältnisse sich gegenüber damals so enorm verbessert haben, daß der medizinische Fortschritt sich so gewaltig entfaltet hat, bedeutet ökonomisch, daß unsere Wahlmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme der Dienstleistungen des Gesundheitswesens beträchtlich gestiegen sind.

Wirtschaftliche Disposition heißt stets, aus den möglichen Alternativen die günstigste auszuwählen. Daß auch die medizinische Versorgung heute solche Wahlmöglichkeiten bietet, ist eine Grundvoraussetzung dafür, daß es einen Sinn hat, das Gesundheitswesen der ökonomischen Analyse zu unterziehen. Wo keine ökonomische Wahl zu treffen ist, geht die ökonomische Analyse ins Leere.

Obwohl die öffentliche Diskussion das Gesundheitswesen nach wie vor zu den sozialen Einrichtungen zu zählen geneigt ist, für die **nicht Leistung und Gegenleistung**, sondern **Umverteilung und sozialer Ausgleich** als die maßgebenden Ordnungsprinzipien gelten, stellt dieser Bereich in seiner Gesamtheit und im Prinzip ganz klar einen Teil der volkswirtschaftlichen Leistungserstellung, kurz einen Wirtschaftssektor dar. In ihm finden keine anderen „Kostenexplosionen“ statt als in anderen Wirtschaftszweigen. Ihn durch regulierende Eingriffe „abzudeckeln“ ist ebensowenig zu rechtfertigen wie bei anderen Arten der Einkommensverwendung.

Allerdings sollte auch klar sein, daß die Regulierungsdichte dieses Wirtschaftszweiges und manche Form der Regulierung Verschwendung begünstigen. Sie muß abgebaut werden. Kein Wirtschaftszweig hat in dieser Hinsicht einen Anspruch auf Sonderbedingungen. Überall muß effizient und kostengünstig gewirtschaftet werden.

Den Anlaß, das Gesundheitswesen auch wirtschaftlich zu begreifen, liefern das hohe Wohlstandsniveau und der heutige Stand der medizinischen Technik, die beide erst ökonomische Wahlmöglichkeiten geschaffen haben. Der Beitrag der ökonomischen Analyse des Gesundheitswesens besteht in der ordnungspolitisch erforderlichen Orientierung. Das moderne Gesundheitswesen ist aus der anfänglichen Aufgabenstellung einer sozialen Einrichtung herausgewachsen. Die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens wird stets im ökonomischen Zusammenhang gesehen werden müssen.

1.2 Die Sozialversicherung und die Lohnnebenkosten

Eine den Wirtschaftszweig Gesundheitswesen prägende Besonderheit besteht in der individuell unsicheren Nachfrage nach seinen spezifischen Dienstleistungen. Wann man krank wird und was einem dann fehlt, ist ungewiß. Deshalb muß man sich dagegen versichern. So denken alle, und hierdurch verlagert sich die im Krankheitsfall abzurufende Finanzierung der Gesundheitsnachfrage auf die breiten Schultern der Solidargemeinschaft der Versicherten.

Daß die Versicherung gegen die Krankheitsrisiken am Ende des 19. Jahrhunderts durch gesetzlichen Zwang eingeführt wurde, erklärt sich nicht zuletzt aus den damaligen Arbeiterlöhnen in der Nähe des Existenzminimums. Die gesetzliche Krankenversicherung, über die auch heute noch der Löwenanteil der Gesundheitsleistungen abgerechnet wird, verursacht als sozial gedachte Einrichtung Lohnnebenkosten, weil traditionell der Arbeitgeber die Hälfte des Beitrags zahlt.

Den Hauptstrom der Gesundheitsnachfrage als sogenannte Lohnnebenkosten, man darf wohl sagen: zu stigmatisieren, vernebelt und verbrämt den ökonomischen Vorgang. Viele glauben, daß unsere Wettbewerbsfähigkeit durch nichts stärker als durch die hohen Lohnnebenkosten gefährdet ist. Und wenn im Jahre 1988 auf 100 DM Direktentgelt zusätzlich 83,60 DM als Personalzusatzkosten zu zahlen waren, so liegt die Frage nahe, ob hier nicht beträchtliche Einsparungsmöglichkeiten bestehen. Andererseits ist zu fragen, ob die Obergrenze der Personalzusatzkosten schon erreicht ist? Im Augenblick zeichnet sich freilich keine größere Gefahr eines weiteren Anstiegs ab, denn: „Für das Jahr 1989 ist nur mit einem geringfügigen Anstieg der Personalzusatzkosten zu rechnen. Dafür dürften die Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen sorgen“⁴⁾.

Es gibt indessen keinen ökonomischen Grund, Lohnnebenkosten von eigentlichen Lohnkosten zu unterscheiden. Alle Entgeltzahlungen für die Nutzung der Arbeitsleistung sind **Lohnkosten**, und von der Seite der Arbeitnehmer her gesehen: **Einkommen!**

Es kommt niemandem in den Sinn, über die Einkommensverwendung der Arbeitnehmer die Höhe der Lohnkosten zu kritisieren. Etwa in folgender Weise: Weil die Arbeitnehmer zuviel für das Autofahren ausgeben, sind die Lohnkosten zu hoch! Gälten die von den Arbeitgebern zu leistenden Krankenversicherungsbeiträge nicht als Lohnnebenkosten, käme niemand auf den Gedanken, besonders über diese Nebenkosten die Lohnkosten senken zu wollen.

Niemand hält die Gehälter der leitenden Angestellten für zu hoch, weil deren freiwillige Beiträge zur privaten Krankenversicherung beträchtlich sind. Diese Beiträge stellen eine Form der Einkommensverwendung dar. Ihre Höhe ist in gewissem Grade individuell unterschiedlich, während die gesetzlichen Versicherungsbeiträge der Lohnnebenkosten einheitlich lohnbezogen sind.

Die Beiträge zur Krankenversicherung, auch wenn sie als Bruchteil des Grundlohnes berechnet werden, sind jedenfalls **ökonomisch** der **Einkommensverwendung** zuzurechnen, ob sie nun gesetzlich oder freiwillig gezahlt werden, auch selbst dann wenn sie rechnerisch je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber „getragen“

⁴⁾ Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft, Jg. 15 Nr. 10 vom 9. 3. 1989.

werden. Im Grundsatz generieren sie jedenfalls keine andere Qualität von Lohnkosten als die Ausgaben für Nahrung und Kleidung.

Krankenkassenbeiträge sind eine **besondere Form der Einkommensverwendung**, nämlich über den Versicherungsweg. Darin unterscheiden sie sich nicht von den Beiträgen für Hausrats- oder Lebensversicherungen. **Primär** wird die Sicherungsleistung nachgefragt und bei Eintritt des Versicherungsfalles die ausgehandelte – **sekundäre** – Vertragsleistung der Versicherung.

Die Nachfrage nach Leistungen des Gesundheitswesens über das Zwischenglied der Versicherung als eine Form der Einkommensverwendung aufzufassen, ordnet das Gesundheitswesen als Dienstleistungssektor für die Endnachfrage ein. Sein Leistungsangebot zählt volkswirtschaftlich zum Endverbrauch der privaten Haushalte.

1.3 Sektorale Analyse des Gesundheitswesens und Gesundheitsberichterstattung

Der Wirtschaftssektor Gesundheitswesen wird gelegentlich als „Reparaturbetrieb“ bezeichnet. Sein Dienstleistungsangebot dient in der Tat wesentlich der Wiederherstellung der Gesundheit von Kranken oder Verletzten. Aber es gibt auch eine medizinische Vorsorgeleistung, die dem Krankheitsfall vorbeugt. Ferner ist die medizinische Untersuchung zur Feststellung, ob überhaupt eine Krankheit vorliegt, zu berücksichtigen.

Die Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen ist im übrigen nicht alleine die Sache des Wirtschaftssektors Gesundheitswesen. Jeder einzelne ist in hohem Maße selbst für seine eigene Gesundheit verantwortlich. Darauf muß man seine Lebensgewohnheiten einrichten. Andererseits wird die körperliche Konstitution durch die Erbanlagen in weitem Umfang vorgeprägt. Es gibt also vielfältige Einflüsse auf unsere Gesundheit. Zum **Gesundheitswesen als Wirtschaftssektor** gehört jedoch nur der gesundheitsbezogene **Leistungsaustausch über den Markt**. Die Gesundheitsvorsorge im privaten Haushalt gehört ebensowenig zum Wirtschaftssektor Gesundheitswesen wie die Speisenzubereitung zu Hause dem Nahrungsgewerbe zuzurechnen ist.

Zur statistischen Erfassung der Aktivitäten eines Wirtschaftssektors bedarf es der Definition des Erfassungsgegenstandes. So muß dann der Statistiker sagen, wie er einen Wirtschaftssektor abgrenzt. Eine solche Abgrenzung des Gesundheitssektors bedarf freilich nicht notwendig einer **Definition** dessen, was **Gesundheit** ist.

Die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) hat – nicht unbestritten! – Gesundheit definiert als „Zustand eines vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“⁵⁾. Eine solche Definition mag für eine statistische Erfassung von Krankheitszuständen nützlich sein, namentlich im internationalen Vergleich. Für die Erfassung der wirtschaftlichen Leistungen des Wirtschaftszweiges Gesundheitswesen kann pragmatischer vorgegangen werden. Man kann darunter „die Gesamtheit der Einrichtungen und Personen ... (verstehen, E.H.), deren Tätigkeit darauf gerichtet

⁵⁾ Statistisches Bundesamt, Datenreport 1987, Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1987, 168.

ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, zu erhalten, herzustellen oder wiederherzustellen⁶⁾, begreifen. Dies gilt freilich nur, insoweit damit ein wirtschaftlicher **Leistungsaustausch** verbunden ist.

Die Bedeutung eines Wirtschaftszweiges im Rahmen der gesamten Volkswirtschaft läßt sich an dessen Beitrag zur volkswirtschaftlichen Leistungserstellung, an den Arbeitsmöglichkeiten, die er bietet, sowie an den Einkommensteilen, die er bindet, und nach weiteren globalen Kennziffern aufzeigen. Für den Gesundheitssektor insgesamt gilt die **Gesundheitsquote**, das ist der Anteil der gesamten Ausgaben für Zwecke der Gesundheit am Bruttosozialprodukt, als globaler Indikator des gesamtwirtschaftlichen Gewichts dieses Wirtschaftszweiges. Er gibt an, welcher Anteil der insgesamt für die Endnachfrage erstellten **Fertiggüter und Dienstleistungen** im Gesundheitswesen seine letzte Verwendung findet. Entsprechend der Konsum- oder Investitionsquote einer Volkswirtschaft bezeichnet die Gesundheitsquote eine **Verwendungsart** der für die Endnachfrage der Privaten Haushalte verfügbaren Güter und Leistungen.

Zwischen den verschiedenen Verwendungsarten des Einkommens besteht ein Verwendungskonflikt. Die Güter und Leistungen, die dem einen Zweck gewidmet werden, stehen für einen anderen nicht zur Verfügung. So erhebt sich die Frage nach einer **optimalen Gesundheitsquote**⁷⁾. Auch innerhalb der Ausgaben für Gesundheitszwecke lassen sich einzelne Verwendungsbereiche unterscheiden, die untereinander in einem Verwendungskonflikt stehen, so daß sich hier das Problem der optimalen Verwendungsstruktur der Gesundheitsausgaben stellt. „Folgt man der in der Ausgabenstatistik des Statistischen Bundesamtes verwendeten Einteilung in Gesundheitsvorsorge, Krankheitsbehandlung, Krankheitsfolgeleistungen, sowie Ausbildung und Forschung, so ergibt sich eine erste Entscheidungsebene, auf der nach der relativen Vorteilhaftigkeit dieser vier Verwendungsarten gefragt werden kann“⁸⁾.

Ein weiterer globaler Indikator der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens ist die Anzahl der in diesem Sektor tätigen Erwerbspersonen. Hier geht es um den Einsatz der Produktionsfaktoren Arbeits- und Unternehmerleistung. Unter beschäftigungspolitischer Perspektive fragt sich, wieviele Arbeitsplätze das Gesundheitswesen zur Verfügung stellt. In den letzten Jahren sind in diesem Bereich beträchtliche Zuwächse erzielt worden. Wenn das Gesundheitswesen heute oft als „Wachstumssektor“ bezeichnet wird, so gerade im Hinblick auf die Beschäftigungswirkungen, die seine Expansion erzielt.

Ein Wirtschaftszweig tritt selbst auch als Endnachfrager nach Investitionsgütern auf und beeinflußt damit, wie übrigens auch durch seine Nachfrage nach Vorleistungen, die Beschäftigung in anderen Wirtschaftszweigen. Der Gesundheitssektor darf als kapitalintensiv produzierender Dienstleistungsbereich gelten. Die unter anderen Gesichtspunkten kritisch zu beurteilende sogenannte „Apparatemedizin“ trägt durch die Verwendung solcher Apparate nicht unerheblich zum Gesamtumfang der **Ausrüstungsinvestitionen** bei. Aber selbstverständlich spielen ferner die **Bauinvestitionen** für Krankenhäuser, Arztpraxen und andere bauliche Einrichtungen, die Gesundheitszwecken dienen, eine gesamtwirtschaftlich beachtliche Rolle.

⁶⁾ *Rosenberg, P.*: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1975, 12.

⁷⁾ *Gäfgen, G.*: Die optimale Gesundheitsquote. Ein Problem der Verwendungsstruktur des Sozialprodukts, Jahrbuch für Sozialwissenschaft 35, 1984, 282–297.

⁸⁾ *Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Jahresgutachten 1988, 19.

Die sektorale Analyse ist ein wichtiges Teilgebiet der von der Gesundheitspolitik nachhaltig geforderten **Gesundheitsberichterstattung**⁹⁾. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sogleich in seinem ersten Jahresgutachten die Dringlichkeit einer „sektorübergreifenden Betrachtung des Gesundheitswesens“ unterstrichen. „Eine über die einzelnen Versorgungsbereiche hinausgehende Betrachtung des Gesundheitswesens besteht derzeit nur in Ansätzen und bruchstückhaft. Anstelle einer zielorientierten Gesundheitspolitik überwiegen Eingriffe, die der Kostendämpfung dienen. Es fehlt an klaren konzeptionellen Vorstellungen über die gesamte Gesundheitsversorgung, ihre Teilbereiche sowie deren Verzahnung untereinander“¹⁰⁾.

Der Sachverständigenrat betont in diesem Zusammenhang, daß man die „längerfristige Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung“¹¹⁾ in ihren wirtschaftlichen Auswirkungen analysieren müsse, wenn „längerfristige Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehender Überversorgung auf rationaler Basis entwickelt werden“ sollen. Deswegen sei eine „sektorübergreifende, funktionale Bestandsaufnahme und -analyse sinnvoll“.

Der Sachverständigenrat hat darüberhinaus die Grundlinien einer zu schaffenden **Gesundheitsberichterstattung** aufgezeigt. Zu deren unverzichtbaren Bestandteilen zählt der Rat¹²⁾ die Analyse

- der Bevölkerungsentwicklung,
- des Gesundheitsstandes,
- des Angebots an Gesundheitsleistungen,
- der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,
- der Finanzlage und
- des Versichertenstatus.

Insgesamt besteht demnach der Zweck der Gesundheitsberichterstattung darin, medizinisch-ökonomische Orientierungsdaten in systematischer Weise als diagnostisches Hilfsmittel bei Ordnungsneutralität dieser Daten bereitzustellen.

Die Vorschläge des Sachverständigenrates laufen bezüglich ihrer ökonomischen Aspekte darauf hinaus, das Gesundheitswesen als Dienstleistungssektor einheitlich zu erfassen. Das meint der Begriff der „sektorübergreifenden“ Betrachtung. Innerhalb des Gesundheitssektors sollen Teilbereiche nicht isoliert, sondern in ihrem Zusammenhang betrachtet werden. Es versteht sich von selbst, daß eine integrierte ökonomische Analyse des Gesundheitssektors die Einbindung dieses Sektors in die Volkswirtschaft umgreift. Die Finanzlage des Gesundheitssektors kann man ohnedies nur im gesamtwirtschaftlichen Kontext zutreffend erfassen. Die Bevölkerungsentwicklung ist ein grundlegendes volkswirtschaftliches Datum. Der Ressourceneinsatz des Gesundheitswesens und seine Wertschöpfung fallen gesamtwirtschaftlich ins Gewicht.

Die geforderte Gesundheitsberichterstattung wird ökonomische Orientierungsdaten nicht zuletzt auf dem Wege der sektoralen Analyse zu erstellen haben, wie sie seit eh und je für die gewerbliche Wirtschaft betrieben wird. Man kann sich diese

⁹⁾ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987, 24.

¹⁰⁾ Jahresgutachten 1987, 22.

¹¹⁾ Jahresgutachten 1987, 23.

¹²⁾ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987, 24.

sektorale Analyse sogar als eine Grundlage der ökonomischen Analyse des Gesundheitswesens vorstellen. Sie hätte die Besonderheiten dieses Wirtschaftszweiges, einschließlich des zugehörigen Versicherungswesens, selbstverständlich voll zu berücksichtigen.

Die sektorale Analyse ist das Metier der **empirischen Wirtschaftsforschung**. Das Gesundheitswesen wird jedoch damit als Gegenstand ökonomischer Analyse, nicht vollständig abgedeckt. Von eminent ökonomischer Bedeutung ist die im Mittelpunkt der gesundheitsökonomischen Diskussion stehende Frage der Lenkung der Ressourcen und im Zusammenhang damit die Regulierung dieses Wirtschaftszweiges. So lassen sich drei **vorrangige ökonomische Fragestellungen**, die das Gesundheitswesen betreffen, unterscheiden:

1. empirische Wirtschaftsforschung zur sektoralen Analyse,
2. Ordnungspolitik und
3. Ökonomik der Institutionen.

Es besteht Einigkeit darüber, daß diese ökonomischen Aufgaben nicht völlig voneinander getrennt zu bearbeiten sind. Zugleich scheint es unstrittig, daß beim gegenwärtigen Stand der Diskussion die sektorale Analyse im Rückstand ist, zum Nachteil auch der Sache der Ordnungspolitik wie der Institutionenökonomik.

1.4 Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung: Der Gegenstand der Untersuchung

Die sektorübergreifende Betrachtung des Gesundheitswesens muß bei den Teilbereichen ansetzen. Gerade darüber gibt es derzeit weniger Informationen als über den Gesundheitssektor insgesamt, bei aller Detailliertheit der „im Aufgabenvollzug der Krankenkassen anfallenden ‚Prozeßdaten‘“¹³⁾. So bestehen trotz Datenverfügbarkeit empfindliche Datendefizite. Die bislang veröffentlichten Daten sind nach Meinung des Sachverständigenrates „nur in stark eingeschränktem Maße“¹⁴⁾ als Orientierungsdaten der Gesundheitspolitik brauchbar.

Hier wird nun der Versuch unternommen, einen Teilbereich des Gesundheitswesens: die Zahnärztliche Versorgung unter Verwendung des verfügbaren statistischen Materials als Wirtschaftszweig des Gesundheitswesens darzustellen. Nach unserer Kenntnis gibt es bisher keine solche Studie über irgendeinen Zweig des Gesundheitswesens oder das Gesundheitswesen insgesamt, so daß in mancher Hinsicht Neuland beschritten wird. Andererseits kommt es bei einer solchen Pilotstudie auch darauf an, die noch bestehenden Lücken, soweit sie nicht durch Schätzungen befriedigend zu schließen sind, zu verdeutlichen.

Die Untersuchung stellt die Zahnärztliche Versorgung in dreifacher Unterteilung dar. Im 2. Kapitel wird zunächst die spezifische erstellte Leistung der Zahnärztlichen Versorgung herausgearbeitet. Auf der Grundlage der Statistik der Ausgaben für Gesundheit, wie sie das Statistische Bundesamt seit kurzem erstellt, wird für die Zeit ab 1970 das Gesamtvolumen der Zahnärztlichen Versorgung abgeschätzt und zu den anderen Arten der Gesundheitsausgaben in Beziehung gesetzt. Hauptzweck der Darstellung dieses Kapitels ist die Ermittlung der Zahngesundheitsquote als eines

¹³⁾ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987, 24.

¹⁴⁾ Ebenda.

globalen Indikators für den Leistungsbeitrag der Zahnärztlichen Versorgung zum Bruttosozialprodukt.

Im anschließenden 3. Kapitel wird dann der Umfang der Inanspruchnahme von Produktionsfaktoren durch den Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung und seine Wertschöpfung dargestellt. Dabei geht es in erster Linie um die Anzahl der Erwerbspersonen, Selbständige wie Arbeitnehmer, die in diesem Wirtschaftszweig direkt ihren Erwerb finden. Ferner wird aus der Summe der dort verdienten Einkommen die Wertschöpfung bzw. der Beitrag der Zahnärztlichen Versorgung zum Bruttoinlandsprodukt ermittelt.

Auch der Einsatz von Sachkapital und die jährlichen Investitionen sind unter dem Aspekt des Faktoreinsatzes darzustellen. Im 4. Kapitel wird wesentlich auf die heutigen Investitionsbedingungen der Zahnärztlichen Versorgung eingegangen.

Über die Ausrüstungs- und Bauinvestitionen ist der Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung mit der übrigen Volkswirtschaft verbunden. Darüberhinaus läuft diese Verbindung über die Bezüge an Vorlieferungen. Das 5. Kapitel behandelt die Frage der Lieferverflechtung des Gesundheitssektors mit der übrigen Wirtschaft. Der Gesichtspunkt der Interdependenz spielt auch für den finanziellen Bereich, unter Einschluß des Versicherungswesens, eine Rolle und bedarf der Beachtung. Es zeigt sich, daß die sektorale Interdependenz des Gesundheitswesens insgesamt mit den Zweigen der übrigen Wirtschaft wichtiger ist als die intrasektorale Verflechtung einzelner Teilbereiche des Gesundheitswesens untereinander.

2 Das Leistungsvolumen der Zahnärztlichen Versorgung

Die Ausgaben für die Gesundheit werden vom Statistischen Bundesamt seit einigen Jahren in fachlich tiefer Untergliederung, zurückreichend bis zum Jahre 1970, erfaßt. Dieses statistische Material bietet die Möglichkeit einer globalen Darstellung des Leistungsvolumens des Gesundheitswesens insgesamt und auch nach einzelnen Teilbereichen. Die Zahnärztliche Versorgung wird dort jedoch nicht als Ganzes und gesondert ausgewiesen. Durchgehend erfaßt werden nur die Ausgaben für den Zahnersatz. An ihnen beteiligen sich mehrere Ausgabenträger, mit einem wesentlichen direkten Beitrag auch die Privaten Haushalte.

Nicht bekannt ist hingegen, was die Privaten Haushalte zu den Ausgaben für die Zahnbehandlung direkt beisteuern. Soweit die Privaten Haushalte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind, brauchen sie freilich keinen Eigenbeitrag zu leisten. Somit bleibt abzuschätzen, was die sonstigen privaten Haushalte, ferner die Arbeitgeber, zu diesen Ausgaben beisteuern. Es wird angenommen, daß ihr Anteil an den Ausgaben für die Zahnbehandlung ihrem Anteil an den Ausgaben für den Zahnersatz entspricht. Das rechnerische Vorgehen ist im folgenden Abschnitt näher erläutert.

Diese Schätzung ermöglicht es, das Gesamtvolumen der Ausgaben für die Zahnärztliche Versorgung, bestehend aus Zahnersatz und Zahnbehandlung, zu ermitteln und so den zahnärztlichen Bereich als in sich geschlossenen Ausgaben- oder Leistungsbereich des Gesundheitswesens zu erfassen.

2.1 Methodische Erläuterung zur Berechnung der Ausgaben für die Zahnärztliche Behandlung

In der Statistik **der Ausgaben für Gesundheit** unterscheidet das Statistische Bundesamt folgende **Ausgabenträger**

1. Öffentliche Haushalte
2. Gesetzliche Krankenversicherung
3. Rentenversicherung
4. Gesetzliche Unfallversicherung
5. Private Krankenversicherung
6. Arbeitgeber
7. Private Haushalte.

Von den beiden Leistungsarten der Zahnärztlichen Versorgung

1. Zahnärztliche Behandlung
2. Zahnersatz

wird nur der Zahnersatz nach sämtlichen Ausgabenträgern aufgegliedert. Die Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung werden hingegen nur für die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen nachgewiesen. Die Leistungen der übrigen Ausgabenträger für die zahnärztliche Behandlung lassen sich, wie das Statistische Bundesamt feststellt, nicht nachweisen.

Um dem abzuweichen, sind im wesentlichen die Ausgaben der Privaten Haushalte und der Arbeitgeber für die zahnärztliche Behandlung zu schätzen. Zu diesem Zweck wird hier wie folgt verfahren:

1. Die gesetzlichen Krankenversicherungen decken die Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung voll. Die dort Versicherten leisten keinen Eigenbeitrag wie beim Zahnersatz. Dies ergibt sich u. a. auch aus den Statistischen Basisdaten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Tabellen 3.1c), 3.1d), 3.4a) und 3.4b)): Zieht man von den mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Beträgen, zuzüglich der Versichertenanteile, die Beträge für den Zahnersatz ab, so ergeben sich die für die zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlten Beträge für die zahnärztliche Behandlung. Ein Eigenbeitrag der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten liegt im Falle der Zahnbehandlung demnach nicht vor.

2. Der Beitrag der Ausgabenträger Rentenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung zu den Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung dürfte so klein sein, daß er unberücksichtigt bleiben kann. Er liegt auch beim Zahnersatz, wofür ihn das Statistische Bundesamt nachweist, vernachlässigbar niedrig.

3. Abzuschätzen bleibt somit der Beitrag der Arbeitgeber und der nicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegenden Privaten Haushalte zu den Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung.

Diese Abschätzung erfolgt nach Maßgabe des Beitrags dieser beiden Ausgabenträger im Verhältnis zu den Ausgaben für den Zahnersatz der privaten Krankenversicherungen.

Folgende Beträge (Quellenangaben in Klammern) sind bei der Berechnung zu unterscheiden:

- AZEAG = Ausgaben der Arbeitgeber für Zahnersatz (Statistisches Bundesamt)
- AZEPH = Ausgaben der Privaten Haushalte für Zahnersatz (Statistisches Bundesamt)
- AZEMGK = Eigenbeitrag der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz (ermittelt aus den Statistischen Basisdaten zur Kassenzahnärztlichen Versorgung)
- AZBPK = Ausgaben der privaten Krankenkassen für zahnärztliche Behandlung (Statistisches Bundesamt)
- AZEPK = Ausgaben der privaten Krankenversicherungen für Zahnersatz (Statistisches Bundesamt)
- AZBÜA = Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der „übrigen Ausgabenträger“: Arbeitgeber und nicht der privaten Krankenversicherung unterliegende Private Haushalte (Eigene Schätzung).

Die Berechnung der letztgenannten Ausgaben geschieht nun wie folgt:

$$(1) \quad \frac{A^{ZEAG} + A^{ZEPH} - A^{ZEMGK}}{A^{ZEPK}} A^{ZBPK} = A^{ZBÜA}.$$

Somit wird unterstellt, daß der Beitrag der übrigen Ausgabenträger (ohne Versichertenanteile der gesetzlichen Krankenversicherung) zu den Ausgaben für die Zahnbehandlung der privaten Krankenkassen sich verhält wie ihr Beitrag zum Zahnersatz. Mit andern Worten: Bei den privaten Krankenkassen wird ein gleicher Beitragsanteil der übrigen Ausgabenträger bei der Zahnbehandlung wie beim Zahnersatz angenommen. Bezugsgröße sind jeweils die Ausgaben der privaten Krankenkassen.

Der in die obige Berechnung einzusetzende Eigenbeitrag der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Ausgaben für den Zahnersatz wird wie folgt ermittelt:

$$(2) \quad A^{ZEMGK} = \left\{ \frac{A^{ZEGKPR}}{A^{ZEGKR}} - 1 \right\} A^{ZEGK}.$$

Hierbei bedeuten:

A^{ZEGKPR} = Mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnete Beträge für Zahnersatz, einschließlich Versichertenanteile (Statistisches Bundesamt und Basisdaten der KZBV)

A^{ZEGKR} = Mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnete Beträge für Zahnersatz ohne Versichertenanteile (Statistisches Bundesamt und Basisdaten der KZBV).

A^{ZEGK} = Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Zahnersatz (Statistisches Bundesamt).

Das Ergebnis dieser Berechnungen für die Jahre 1975–1984 ist in Spalte 3 der Tabelle 3 enthalten. Für die übrigen Jahre waren gesonderte Annahmen zu treffen:

1985–1987: Für diesen Zeitraum hat das Statistische Bundesamt das Verhältnis der Zahlungen der privaten Krankenkassen für Zahnersatz zu jenen für zahnärztliche Behandlung mit 50:50 – vorher 60:40 – eingesetzt. Die dann nach dem obigen Schätzverfahren sich ergebenden Zahlungen der übrigen Ausgabenträger erscheinen überhöht (siehe in Tabelle 3, Spalte 3 die rechts innerhalb der eckigen Klammern eingesetzten Werte). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung schätzt die Zahlungen der übrigen Ausgabenträger für zahnärztliche Behandlung hingegen auf jährlich lediglich 600–700 Mio. DM, wofür ein Durchschnittswert von 650 Mio. DM auf der linken Seite innerhalb der eckigen, in Tabelle 3, Spalte (3), angegebenen Klammern vermerkt wurde. Im Interesse eines durchgehend einheitlichen Schätzverfahrens wurde auch für die Jahre 1985–1987 der frühere Aufteilungsschlüssel von 60:40 beibehalten. Zum Vergleich sind, wie erläutert, zwei andere Schätzwerte in eckigen Klammern eingefügt. Insgesamt dient die Schätzung der Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung der übrigen Ausgabenträger der Trennung der Ausgaben für die ärztliche und die zahnärztliche Behandlung. Die Summe beider ist bekannt. Ferner sind auf diese Weise die Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung abzuschätzen.

1970–1975: Die Schätzung der Ausgaben der übrigen Ausgabenträger für die zahnärztliche Behandlung erfolgte unter der Annahme, daß sie zehn Prozent der Ausgaben für die Zahnbehandlung insgesamt ausmachen. Dieser Prozentsatz entspricht dem Durchschnittswert der Jahre 1976 und 1977 (siehe die Tabelle 3, Spalte 5).