



**J.-Matthias Graf von der Schulenburg**

# **Kostenexplosion im Gesundheitswesen – Folge eines fehlerhaften Steuerungsmechanismus?**

Möglichkeiten, Probleme und Grenzen  
einer Reform der Steuerung  
im ambulanten Bereich

**däv**

Deutscher Ärzte-Verlag · 1981

**J.-Matthias Graf von der Schulenburg**

# **Kostenexplosion im Gesundheitswesen – Folge eines fehlerhaften Steuerungsmechanismus?**

Möglichkeiten, Probleme und Grenzen  
einer Reform der Steuerung im ambulanten Bereich

Herausgeber:  
Forschungsinstitut  
für die  
zahnärztliche Versorgung

Stiftung der  
Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung

5000 Köln 41, Universitätsstraße 73



Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

**Verfasser:**

***Dr. J.-Matthias Graf von der SCHULENBURG***

***Seminar für Internationale Wirtschaftsbeziehungen  
Universität München  
Ludwigstraße 28, 8000 München***

**ISBN 3 - 7691 - 7802 - 5**

Die Beiträge der Broschürenreihe dienen der Meinungsbildung zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung. Sie geben nicht unbedingt den offiziellen Standpunkt der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wieder.

Jeglicher Nachdruck, jegliche Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes oder von Abbildungen, jegliche Abschrift, Übersetzung, auch auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren, in Vortrag, Funk, Fernsehsendung, Telefonübertragung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Lövenich, 1981

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln-Lövenich

**„Broschüre“ 2  
des Forschungsinstituts  
für die  
zahnärztliche Versorgung**

# Inhalt

Vorwort .....	7
Präambel .....	9
I. Worum geht es, wenn man von Steuerung spricht? .....	13
II. Der frei praktizierende Arzt und Zahnarzt als zentraler Bestandteil des Gesundheitsversorgungssystems .....	25
III. Die Steuerung der ambulanten Versorgung – gestern, heute und morgen .....	33
IV. Möglichkeiten, Probleme und Grenzen einer veränderten Nachfragesteuerung .....	53
V. Möglichkeiten, Probleme und Grenzen einer veränderten Angebotssteuerung .....	67
VI. Fazit .....	75
Literaturverzeichnis .....	77
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen .....	81

## Vorwort

Unser gegenwärtiges Gesundheitssystem sorgt für eine relativ gleichmäßige und qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen. Große Probleme bereiten jedoch die steigenden Kosten, die im Gesundheitssektor zu verzeichnen sind. Hier mußten durch zunehmende Zentralisierung und Bürokratisierung unter teilweiser Eliminierung der Marktkräfte sowie durch übersteigertes Anspruchsdenken Effizienzverluste hingenommen werden.

Die Aufgabe aller Beteiligten wird es daher sein, Möglichkeiten, Probleme und Grenzen von Maßnahmen zur Verbesserung des Lenkungs- und Organisationsmechanismus des Gesundheitswesens zu analysieren und zu diskutieren. Voraussetzung zur Erarbeitung und Beurteilung von Reformkonzepten sind die genaue Kenntnis des Systems sowie der medizinischen, sozialpolitischen und ökonomischen Determinanten.

In diesem Kontext will das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung durch seine Broschürenreihe einen Beitrag zur Diskussion um eine effiziente Gesundheitsversorgung leisten. In der vorliegenden Schrift stellt der Autor, der mit dem Gesundheitsökonomiepreis 1979/80 ausgezeichnet wurde, aus der Sicht des Wirtschaftswissenschaftlers Ansatzpunkte zu einer Reform des Steuerungspotentials im Gesundheitssektor dar. Allerdings wird man vom Ökonomen ebensowenig die Erfindung eines optimalen Steuerungssystems erwarten können, wie vom Physiker die des perpetuum mobile.

R. Herber



## Präambel

Der „Papst“ der Ökonomen, Paul Samuelson, hat die Vorzüge der Marktwirtschaft damit umrissen, daß es bei ihr eine „invisible hand“ gebe, die zu einer Koordination von Angebot und Nachfrage führe. Jedoch kann man scherzhaft behaupten, daß bei verstärktem Staatseingriff in das Wirtschaftsgeschehen diese unsichtbare Hand immer unsichtbarer wird, weil sie immer tiefer in den Taschen der Bürger vergraben ist. In der Tat ist unser Gesundheitsversorgungssystem durch staatliche Gesetze und Normen sukzessiv immer stärker reglementiert worden, da die politisch Verantwortlichen zu der Überzeugung gelangten, daß dieser Bereich nicht alleine den Marktkräften überlassen werden kann. Ausdruck dafür sind nach dem 2. Weltkrieg die Gründung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit 1961, die Verabschiedung gesetzlicher und subsidiär anzuwendender Gebührenordnungen 1965, die Einführung der Versicherungspflicht für alle Rentner 1967, Lohnfortzahlung und Approbationsordnung 1970, das Gesetz zur Regelung der Vorsorgeuntersuchung und das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972, die Änderung des Kassenarztrechts 1966 sowie das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977.

Trotzdem haben wir – so wie in allen anderen westlichen Industriestaaten (vgl. Tab. 1) – in den letzten Jahren eine Explosion der Gesundheitsausgaben zu verzeichnen gehabt. Hierzu einige Überschriften von Zeitungsartikeln: „Die ausgebeuteten Gesunden“ (SZ 42/75); „Krankenhäuser – reif für die Operation“ (FR 91/76); „Das kranke Krankenhaus“ (FAZ 22/77); „Ärzteflut – soll der Patient den Arzt sanieren“ (Welt 207/78); „Social security is nothing more than a system of robbing Peter to pay Paul. The only question is: Whom will they rob to pay Peter?“ (Time 15/7/81) . . .

Allerdings übersieht eine derartige – zum Teil recht globale – Kritik, daß noch kein Patentrezept für eine befriedigende und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung, die außerdem in jeder Hinsicht effizient und billig ist, gefunden worden ist. Dies zeigt sich auch daran, daß die Kostenexplosion im Gesundheitswesen keineswegs ein rein bundesdeutsches Phänomen ist (siehe Tab. 1). Im europäischen Vergleich können wir mit dem Gesundheitsversorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland sogar recht zufrieden sein. Jedoch erfordern der Wandel der Präferenzen und der technische Fortschritt eine entspre-

**Tabelle 1:** Kostenexplosion im Gesundheitswesen – ein internationales Phänomen

Land	Anteil der Gesundheitsausgaben am Brutto-sozialprodukt (in Prozent, ohne Kapitalaufwendungen)			
	1962	1974/75		Anstieg 1962 bis 1974/75
		insgesamt	öffentl. Ausgaben incl. sozialer Krankensicherung	
Belgien	4,3	5	4,2	0,7
BRD	4,7	6,7	5,2	2,0
Dänemark	3,8	6,5	6,5	2,7
Frankreich	4,7	6,9	5,3	2,2
Großbritannien	3,9	5,2	4,6	1,3
Irland	3,8	6,2	5,4	2,4
Italien	3,9	6	5,2	2,1
Luxemburg	—	4	—	—
Niederlande	4,4	7,3	5,1	2,9
Österreich	—	5,7	3,7	1,1

**Quelle:** OECD, Public Expenditure on Health, OECD Studies in Resource Allocation No. 4, Paris 1977

chende Anpassung des Lenkungs- und Organisationsmechanismus. Außerdem läßt sich sicher in vielen Bereichen der Steuerungsmechanismus verbessern, um einen weiteren Kostenanstieg zu begrenzen (vgl. auch Knappe 1981). Wir wollen daher der Frage nachgehen, inwieweit die gegenwärtige Kostenexplosion auf Mängel im Steuerungsmechanismus zurückzuführen ist, und Möglichkeiten und Grenzen einer Reform diskutieren.

Vorliegende Broschüre wird sich vor allem mit der ambulanten Gesundheitsversorgung durch Ärzte und Zahnärzte in freien Praxen beschäftigen. Außerdem wird eine Beschränkung auf die Steuerungsproblematik – d. h., die Probleme der ökonomischen Rahmendaten des GKV-Systems – vorgenommen werden, da die Beurteilung und Analyse medizinischer Sachverhalte nicht durch einen Ökonomen erfolgen kann und sollte. Dies sei an einem Beispiel erläutert: Auf einem konkurrenzwirtschaftlichen Gütermarkt erfolgt die Steuerung durch den Preismechanismus. Er hat die Aufgabe, Angebot und Nachfrage zu koordinieren. Aufgabe des Ökonomen ist es, darüber nachzudenken, wie die Rahmenbedingungen gestaltet (oder nicht gestaltet) sein sollten, damit eine möglichst gute Versorgung der Bevölkerung gewährleistet wird. Hingegen kann der Ökonom nicht die Aufgabe haben, zu bestimmen, was wer produzieren und was wer konsumieren soll – dies muß den Produzenten und Konsumenten überlassen bleiben. Obwohl der „Markt“ für Leistungen frei praktizierender Ärzte und Zahnärzte sehr viel komplexer als ein normaler Gütermarkt ist und das „Gut“ Arztleistungen eine Reihe von Besonderheiten aufweist, sollte auch bei ihm der Wirtschaftler sein Augenmerk auf die Steuerungselemente – wie Finanzierung, Honorierung und Rahmenbedingungen der Versorgung – lenken, während der Arzt unter Berücksichtigung des Patienteninteresses die Fragen zu lösen hat, welche, wieviele und mit welchen Einsatzfaktoren Arztleistungen erstellt werden sollen.



# **I. Worum geht es, wenn man von Steuerung spricht?**

## **1. Kostenexplosion und Arzteinkommen: als Ausgangspunkte ungeeignet!**

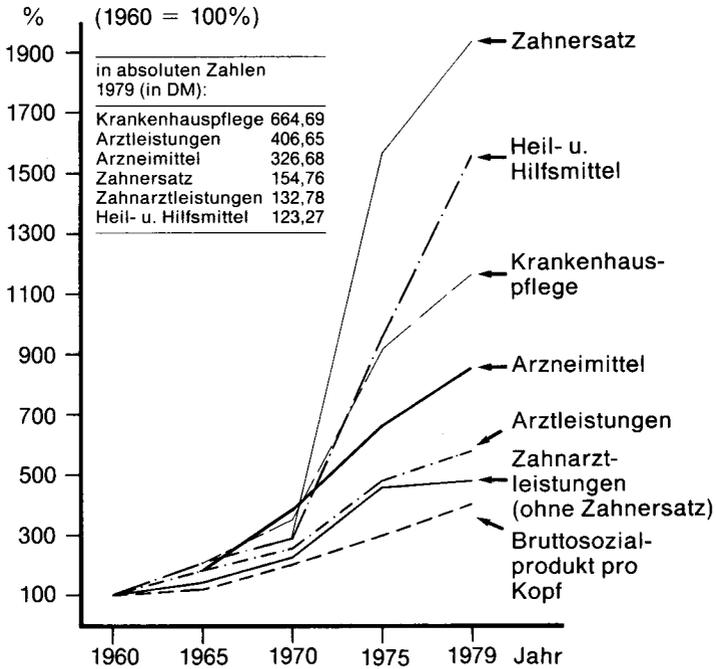
In der öffentlichen Diskussion und in der Literatur stößt man auf zwei Begründungen, warum man sich mit der Steuerung des Gesundheitswesens im allgemeinen und des ambulanten Bereichs im besonderen beschäftigen sollte, welche jedoch für sich genommen kaum stichhaltig sind:

- Die erste basiert auf dem starken Anstieg der Kosten für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Zwar sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherer pro Mitglied in den letzten zwanzig Jahren doppelt so stark gestiegen wie das Bruttonormalprodukt pro Kopf; jedoch braucht uns dies dann nicht zu beunruhigen, wenn ein derartiges überproportionales Wachstum eines Sektors – in unserem Falle des Gesundheitssektors – dem Wunsch der Bevölkerung entspricht. Gesamtwirtschaftliche Strukturverschiebungen hat es immer gegeben – und muß es auch weiterhin geben, wenn die Wirtschaft den sich ändernden Präferenzen der Menschen gerecht werden will. Da der Gesundheitssektor weitgehend nicht-marktwirtschaftlich organisiert ist, sondern staatlichen Eingriffen und gesetzlichen Reglementierungen unterliegt, besteht allerdings die Schwierigkeit, daß nicht die einzelne Nachfrage das Angebot bestimmt, sondern in einem kollektiven Entscheidungsprozeß der Gesundheitskostenanteil am Sozialprodukt festgelegt werden muß.

In Abbildung 1 ist die Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zum Bruttonormal-

**Abbildung 1:** Ausgaben der GKV pro Mitglied (einschl. Rentner)



**Quelle:** Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes, des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung.

zialprodukt (jeweils auf pro-Kopf-Basis) dargestellt, wobei eine Unterteilung in Krankenhauspflege, Arzneimittel, Arzt- und Zahnarztleistungen, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz vorgenommen wurde. Einige Beobachter der Kostenentwicklung haben das Auseinanderdriften der Ausgabenentwicklung der einzelnen Sektoren als fehlendes „Gleichgewicht“ bezeichnet und als Indiz für einen

fehlerhaften Steuerungsmechanismus angeführt. Jedoch sollte beachtet werden, daß ohne eine genauere medizinisch-ökonomische Begründung die These eines gleichartigen Wachstums aller Sektoren des Gesundheitswesens a priori als unbegründet abgelehnt werden muß.

Fassen wir zusammen: Weder die Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch das Auseinanderdriften der einzelnen Sektoren der allgemeinen Versorgung sind ein Indiz für Fehlentwicklungen und Indikatoren für Reformnotwendigkeiten des Gesundheitsversorgungssystems. Auf der anderen Seite können natürlich steuerungsbedingte Ineffizienzen dazu führen, daß die Kosten stärker steigen, als dies bei gleich guter Versorgung notwendig wäre (d. h. eine sogenannte Fehlallokation vorliegt).

- Die zweite Begründung für die Notwendigkeit der Reform des Steuerungsmechanismus knüpft direkt bei den Arzteinkommen an.

Die Höhe und Entwicklung der Arzt- und Zahnarzteinkommen sind ja immer wieder Gegenstand heftiger Diskussionen. Außerdem existieren hierzu zahlreiche Gutachten, von mehr oder minder unabhängigen Wissenschaftlern, die wohl vor allem zur Einläutung der regelmäßig stattfindenden Gebührenverhandlungsrunde von den Vertragspartnern – sprich den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbänden – in Auftrag gegeben werden. Jedoch löst sich das Arzteinkommensargument meist in zwei Nicht-Steuerungsprobleme auf: nämlich in ein statistisches Problem und ein Werturteilsproblem.

Zum statistischen Problem: Es ist nämlich gar nicht so leicht, aussagefähige Angaben über die durchschnittlichen Einkünfte zu ermitteln. In Tabelle 2 sind fünf Schätzungen der Einkommenssituation frei praktizierender Ärzte und Zahnärzte im Jahr 1975 wiedergegeben. Wie aus der Tabelle hervorgeht, besteht die erste statistische

**Tabelle 2:** Die geschätzte Einkommenssituation der Ärzte und Zahnärzte im Jahr 1975

Gutachten	Arztgruppe	Durchschnittlicher Umsatz (in DM)	Praxis-kosten-anteil am Umsatz (in v. H.)	Bruttoeinkommen vor Steuer (in DM)
Heubeck Gutachten	Zahnärzte	260 000	45	140 000
IABG-Gutachten	Allg. Ärzte	247 000	33,2–40	148 000–165 000
	Fachärzte	330 000	43,5–50	165 000–186 000
	Zahnärzte	366 000	50–55	165 000–183 000
Statistisches Bundesamt	alle Ärzte	272 643	42,7	156 224
	Allg. Ärzte	240 000	40,2	144 105
	Internisten	335 237	46	181 028
	Zahnärzte	370 638	51,2	180 871
Ortskrankenkassen	Zahnärzte	366 496	46	197 908
GEBERA-Studie	Zahnärzte	371 000	51	181 790

**Quellen:** G. Heubeck, Freie Berufe: Die unbezahlbare Pension, Düsseldorf 1976; Industriebetriebsgesellschaft mbH, Einkommenssituation niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland, Otto-brunn 1977;

Statistisches Bundesamt, Kostenstruktur..., Fachserie 2, Reihe 1.61, Stuttgart 1977;

Ortskrankenkassen, Die Einkommensentwicklung bei Zahnärzten, Die Ortskrankenkasse, 58. Jg. (1976), S. 588 ff;

Gesellschaft für Betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Das Einkommen des freiberuflichen Zahnarztes, Köln 1977.

Klippe darin, daß eine Schätzung der Praxiskosten erforderlich ist, um genaue Angaben über das Durchschnittseinkommen zu erhalten. Aber sieht man einmal von dieser Schwierigkeit ab, so sind dennoch die Ergebnisse der Studien für eine Bewertung der Einkommenssituation unzureichend. Denn hierzu müßte das verfügbare Einkommen ausgewiesen sein, welches sich von dem angegebenen Bruttoeinkommen durch Steuern und vor allem durch die Aufwendungen für die Alters- und Invaliditätsversorgung unterscheidet. Außerdem sind Durchschnittswerte wenig aussagefähig, wenn man keine Angabe über die Streuung hat. Hierüber macht leider keine der mir bekannten Studien genauere Aussagen.

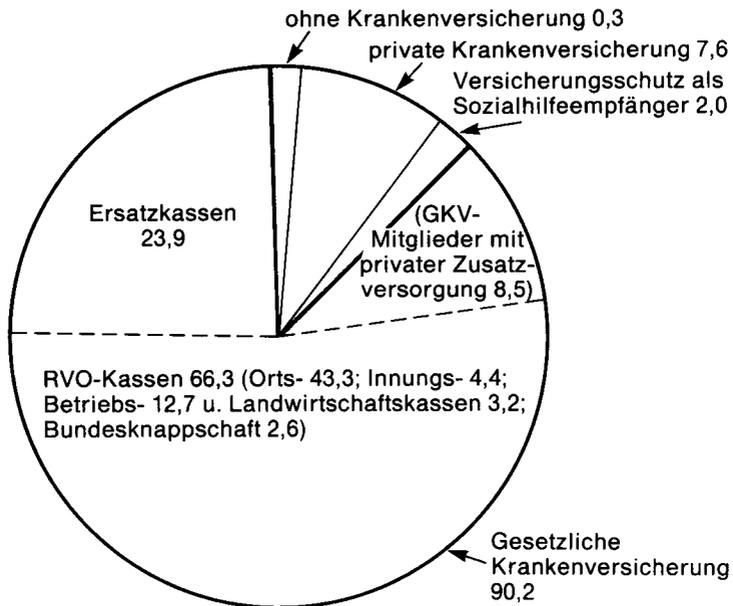
Zum Werturteilsproblem: Letztlich sollen Studien über die Einkommenssituation ausgewählter Gruppen zeigen, ob die Arzteinkommen angemessen, zu hoch oder zu niedrig sind. Doch hierfür gibt es leider keine objektiven Maßstäbe. So bleibt es letztlich eine subjektive Werturteilsfrage, ob man, wie z. B. Heubeck, A-16 Beamtenbezüge als Vergleichsbasis heranzieht, oder wie Wollny, Managereinkommen. Noch ein weiterer Aspekt zeigt die Grenzen einfacher Einkommensvergleiche – nämlich die Vernachlässigung der unterschiedlichen Risikosituation der verschiedenen Berufszweige: Es ist unmittelbar einsichtig, daß ein freiberuflicher Arzt mit höheren Risiken konfrontiert ist, als ein unkündbarer Beamter. Außerdem sollten Einkommensvergleiche ausgewählter Berufsgruppen auf der Basis von Lebenszeiteinkommen (life-cycle Betrachtung) erfolgen und nicht aufgrund von Monats- oder Jahresdaten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß weder die Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch die Einkommenssituation der Ärzte offensichtliche Indizien für Fehlsteuerungen im ambulanten Bereich sind, so daß wir um eine detaillierte Darstellung und Analyse des Systems der ambulanten Versorgung nicht herumkommen. Ihr wollen wir uns nun zuwenden.

## 2. Das System der (zahn)ärztlichen Versorgung

Zunächst fällt auf, daß das System der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung für die sogenannten Kassen- und Privatpatienten recht verschieden ist (vgl. die ausführliche Darstellung des Systems von Tiemann/Herber 1980).

**Abbildung 2:** Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung 1979 (in %)

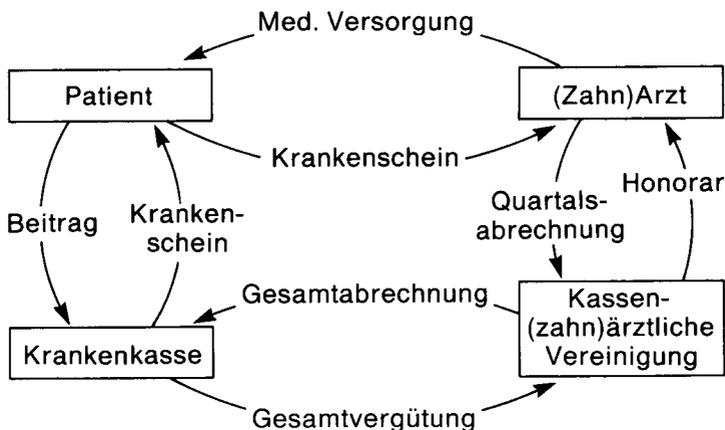


Für alle Kassenpatienten, also die ca. 92% der Bevölkerung, die durch eine RVO-Kasse (Orts-, Betriebs- und Innungskasse) oder eine Ersatzkasse geschützt sind (siehe Abb. 2), gilt das Sachleistungsprinzip – die Krankenkasse übernimmt die Kosten der Behandlung, ein Honoraranspruch des Arztes gegenüber dem Patienten

besteht nicht (vgl. Münnich 1981, S. 6). Ausnahmen bestehen bei Arznei-, Verbands- und Heilmitteln, bei denen der Patient 1,- DM pro verschriebenem Mittel zahlen muß (§ 182 RVO) und bei Zahnkronen- und Zahnersatzbehandlungen, die von den Krankenkassen nur zu 80% übernommen werden\*. Außerdem haben nach der Reichsversicherungsordnung „die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen . . . die . . . den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustellen“ (§ 368 n, 1). Damit hat der Gesetzgeber bei Kassenpatienten bewußt auf eine Nachfragesteuerung verzichtet – der Kassenpatient soll ohne an eigene finanzielle Belastungen denkend im Krankheitsfall oder zur Vorsorge den Arzt aufsuchen können, der seinerseits die Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen vornimmt.

Abbildung 3 gibt das System der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung vereinfacht in der Form eines Soziogramms wieder (vgl. Herder-Dorneich 1980).

**Abbildung 3:** Die kassen(zahn)ärztliche Versorgung

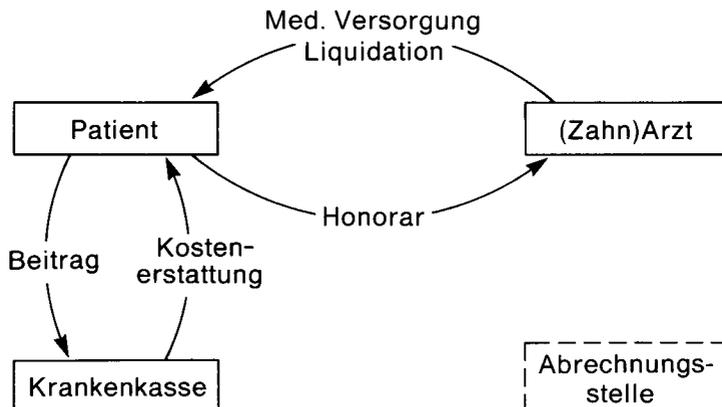


\* Stand: 1. 7. 1981

Wie durch Abbildung 3 verdeutlicht, rechnet der einzelne Arzt mit seiner Vereinigung ab, die sich wiederum an die einzelnen Krankenkassen mit einer Gesamtabrechnung wendet. Die Krankenkasse zahlt an die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung mit rechtlich befreiender Wirkung (d. h., der Arzt hat keinen Honoraranspruch gegenüber Krankenkasse oder Patient) eine Gesamtvergütung, die dann von der Vereinigung auf die einzelnen Ärzte nach Abzug einer Verwaltungskostenumlage aufgeteilt wird. Derzeit werden sowohl die Gesamtvergütung als auch die einzelnen Honorare der (Zahn-)Ärzte aufgrund der erbrachten Einzelleistungen unter Zugrundelegung von Gebührenordnungen ermittelt (vgl. III,2.).

Ganz anders sieht – wie Abbildung 4 verdeutlicht – das Steuerungssystem bei Privatpatienten aus. Bei den ca. 4,7 Millionen bei privaten Krankenversicherern voll versicherten Personen (Privatpatienten) gilt das Kostenerstattungsprinzip. Zwischen Arzt und Patient besteht eine freie Rechtsbeziehung.

**Abbildung 4:** Die (zahn)ärztliche Versorgung bei Privatpatienten



Wird jedoch zwischen Arzt und Patient keine gesonderte Vereinbarung getroffen, so greift bei der Honorarabrechnung als subsidiäres Recht die GOÄ bzw. für Zahnbehandlungen die GOZ ein.

Ob und in welcher Höhe der Privatpatient eine Kostenerstattung erhält, hängt ganz davon ab, wie sein privater Krankenversicherungsschutz von ihm gewählt wurde. Die privaten Krankenversicherer bieten eine Vielzahl von Selbstbeteiligungs- und Selbstbehaltsmodellen an. Hierauf werden wir im Zusammenhang mit der Reformdiskussion um die Einführung von Eigenbeteiligungen in der GKV noch genauer eingehen. An dieser Stelle bleibt festzuhalten, daß beim Privatpatienten eine Nachfragesteuerung insoweit stattfindet, als dieser zunächst das ärztliche Honorar aus eigener Tasche bezahlen muß und es ihm freigestellt bleibt, ob und inwieweit er sich gegen das Krankheitskostenrisiko versichern will.

### **3. Die Steuerung als medizinisches und ökonomisches Problem**

In dem dargestellten Honorierungs- und Steuerungssystem in der ambulanten Versorgung zahlt der GKV-Versicherte einen festen Krankenversicherungsbeitrag, d. h., seine Aufwendungen für ärztliche Behandlungen sind unabhängig von seiner Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems. Auf der anderen Seite weiß der einzelne Arzt aus den Gebührenordnungen genau, welchen Preis er für die von ihm erbrachten Leistungen erhält. Das Risiko, daß mehr (oder weniger) Personen als aus Erfahrungen der Vergangenheit erwartet, erkranken und somit mehr (oder weniger) Leistungen zur Heilung oder Linderung notwendig sind, tragen die Krankenkassen. Wir wollen dieses Risiko als Morbiditätsrisiko bezeichnen (vgl. Schulenburg 1981b).

Bis Mitte der 60iger Jahre wurde z. T. durch Pauschalierungen der Gesamtvergütung (vgl. Abb. 3) – d. h. durch

Festlegung eines fixen Betrages am Anfang des Rechnungszeitraumes – das Morbiditätsrisiko der Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigung angelastet, die es notgedrungen durch entsprechende Anpassungen der Gebührensätze auf ihre Mitglieder weiterwälzten. In jüngster Zeit ist wiederholt die Forderung nach Plafondierung der Gesamtvergütung – d. h. nach Festlegung einer Höchstsumme – erhoben worden. Ist der Plafond restriktiv, so wird auch hierfür das Morbiditätsrisiko auf die Kassen(-zahn)ärztliche Vereinigung übergewälzt. Zunächst stellt sich natürlich die Frage, ob es sinnvoll ist, daß die Krankenversicherungen ihre Versicherungsfunktionen verlieren und diese von den ärztlichen Vereinigungen übernommen werden. Außerdem ist eine Minderung des Engagements der Ärzte zu erwarten, da sie nun nicht mehr wissen, wie hoch der Preis ist, den sie für ihre einzelnen Leistungen bekommen. Medizinisch kann dies (muß aber nicht) negative Folgen in der Form einer Qualitätsverschlechterung haben. Durch die ökonomische Brille betrachtet, wird man einerseits eine Begrenzung der Kostenexplosion vermuten, andererseits eine ineffizientere Produktion ärztlicher Leistungen erwarten (vgl. V, 1.).

Eine Reihe von Gründen spricht für die These, daß die Kostenexplosion im Gesundheitswesen um so stärker ist, je mehr der einzelne Versicherte und der einzelne Arzt vom Morbiditätsrisiko entlastet werden. Diese These wird vor allem mit dem Moral-Hazard Phänomen belegt, welches in einer groben Annäherung besagt, daß Menschen sich unerwartet anders verhalten, wenn Dritte die Kosten ihres Handelns tragen (vgl. z. B. Shavell 1980, Schulenburg 1978). Auf die Krankenversicherung bezogen, liegt dann Moral-Hazard vor, wenn Patient und/oder Arzt sich aufgrund des Vorliegens des Versicherungsschutzes weniger kostenbewußt verhalten. Von diesem Gedanken geleitet, sind in den letzten Jahren Reformvorschläge gemacht und diskutiert worden, die eine stärkere Belastung des einzelnen Patienten und des einzelnen Arztes mit dem Morbiditätsrisiko bezwecken sollen. Zu nennen sind

**Abbildung 5: Wer trägt das Morbiditätsrisiko?**

Beteiligte	Ausgestaltung des Steuerungssystems, so daß nebenstehende Beteiligte mehr mit dem Morbiditätsrisiko belastet werden
einzelner Patient/ Versicherter	Selbstbeteiligung, Selbstbehalt, Ausschluß von Leistungen
Krankenversicherung	feste Krankenversicherungsbeiträge, Berechnung der Gesamtvergütung nach erbrachten Einzelleistungen
Kassen(zahn)- ärztliche Vereinigung	Pauschalierung oder restriktive Plafondierung der Gesamtvergütung
einzelner (Zahn-) Arzt	Honorierung aufgrund der Behandlungen der potentiellen Patienten Kopfpauschale Fixum

hier u. a. Selbstbeteiligungsregelungen und Modifikationen oder Änderungen des bestehenden Honorierungsverfahrens (vgl. Abb. 5). Ob hierdurch tatsächlich eine Verbesserung der Steuerung aus medizinischer und ökonomischer Sicht erreicht wird, ist noch im IV. und V. Kapitel detailliert zu prüfen.



## **II. Der frei praktizierende Arzt und Zahnarzt als zentraler Bestandteil des Gesundheitsversorgungssystems**

Bevor wir zu den speziellen Steuerungsproblemen übergehen, soll zunächst ein Überblick über den Arztberuf gegeben werden, damit der Stellenwert der hier gemachten Überlegungen besser eingeordnet werden kann.

### **1. Die Bereiche der Gesundheitsversorgung: ihre Aufgaben und Probleme**

In allen Bereichen der Gesundheitsversorgung sind Ärzte und/oder Zahnärzte tätig: Dies sind in erster Linie die drei Bereiche der allgemeinen medizinischen Versorgung (die ambulante, die stationäre und die Arzneimittelversorgung) sowie vier weitere „Bereiche“ mit Spezialaufgaben (der öffentliche Gesundheitsdienst, der notärztliche Dienst, die ärztlichen Dienste der Sozialversicherungsträger und der betriebsärztliche Dienst).

Die ambulante Versorgung, bei der der Patient seinen Wohnbereich nicht zu verlassen braucht, wird vor allem durch die Praxen der ca. 60 000 frei praktizierenden Ärzte und ca. 30 000 frei praktizierenden Zahnärzte vorgenommen (vgl. Tab. 3). Daneben sind noch in der ambulanten Gesundheitsversorgung tätig:

- Ambulatorien mit angestellten Ärzten verschiedener Fachrichtungen;
- Polikliniken, die in Verbindung mit (Universitäts-) Krankenhäusern arbeiten;
- Kommunale Gesundheitsstationen bzw. medizinische Gemeindezentren mit angestellten Ärzten verschiedener Fachrichtungen sowie
- Spezialeinrichtungen zur präventiven und kurativen Betreuung bei bestimmten Indikationen.

In den letztgenannten Einrichtungen befinden sich – wie auch bei der stationären Versorgung – die Ärzte in einem Angestelltenverhältnis. Die stationäre Behandlung ist vielfach zur Erreichung des Heilerfolges notwendig bzw. zweckmäßig, und zwar

- in der Diagnostik, wenn z. B. operative Eingriffe zur Stellung der Diagnose geboten erscheinen;
- in der Therapie, wenn z. B. eine ständige medizinische Überwachung hierzu notwendig ist;
- in der Pflege, wenn z. B. speziell für pflegerische Tätigkeiten ausgebildete Personen hierzu erforderlich sind und
- in der Verwahrung, wenn Patienten wegen ihrer Krankheit für sich oder andere Personen eine Gefahr darstellen.

Die Steuerungsprobleme des stationären Sektors sind in den letzten Jahren stark diskutiert worden, da das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 26. Juni 1972 – kurz Krankenhausfinanzierungsgesetz genannt – die erhofften Wirkungen nicht hatte. Im Gegenteil: Das duale System der Finanzierung (Investitionskosten tragen die Gebietskörperschaften, die laufenden Kosten werden durch die Pflegesätze gedeckt) bringt in der Praxis erhebliche Komplikationen mit sich, die Ermittlung der Pflegesätze aufgrund der Selbstkostenblätter der Krankenhäuser ist umständlich und ermuntert die Krankenhäuser nicht gerade zu kostenbewußtem Handeln und zur erwünschten Reduktion der Verweildauer der Patienten (vgl. auch Abb. 1). Derzeit ist ein neuer Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierung in der parlamentarischen Beratung, in dessen Begründung u. a. folgende Mängel angeprangert werden:

- Das Leistungsangebot der Krankenhäuser entspricht teilweise noch nicht dem tatsächlichen Bedarf

- Die Bettendichte, die durchschnittliche Verweildauer und die Pflegesätze sind in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich
- Die Ausgaben für Krankenhauspflege stiegen von 7,7 Milliarden DM (1971) auf 25,3 Milliarden DM (1980) und haben mit 29,5% ihren bisher höchsten Stand an den gesamten Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als dritter Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung ist der Arzneimittelsektor zu nennen. Als Arzneimittel bezeichnet der § 1,1 des Arzneimittelgesetzes von 1961 „Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die vom Hersteller oder demjenigen, der sie sonst in den Vertrieb bringt, dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper,

1. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen oder zu beeinflussen,
2. vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen oder
3. Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe zu beseitigen oder unschädlich zu machen.“

Auch der Steuerungsmechanismus auf dem Arzneimittelmarkt ist in den letzten Jahren stark kritisiert worden, wobei immer wieder die Begriffe Forschung, Markttransparenz und Wettbewerb fallen. Es wird gefordert, nur der Staat solle Pharmaforschung betreiben, wobei oft übersehen wird, daß sich gerade die forschende deutsche Pharmaindustrie nach dem 2. Weltkrieg einen führenden Platz auf dem Weltmarkt erobert hat und aufgrund ihrer Innovationen hohes Ansehen genießt: Die bundesdeutsche Pharmaindustrie machte 1980 mit 5581 Mio. DM Exportsumme die Bundesrepublik Deutschland zum mit Abstand größten Pharmaexportland der Erde (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie 1980/81).

Die Markttransparenz stellt jedoch bei den ca. 9000 Fertigarzneimitteln und den rund 200 bis 300 neuen Spezialitäten pro Jahr ein gravierendes Problem dar. Patient- und Arzthinformationen sowie sogenannte Listen sollen die Markttransparenz erhöhen. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie gibt die „Rote Liste“ heraus, die alle Fertigarzneimittel der 460 in ihm zusammengeschlossenen Unternehmen enthält und Auskunft über Indikationen, Preise etc. gibt. Seit Jahren werden von den Krankenkassen „Positiv-Listen“ bzw. „Transparenz-Listen“ gefordert, die u. a. für Medikamente mit gleichen Indikationen Preisvergleiche anstellen, um damit Ärzten Hilfen für eine sparsame Verordnungsweise zu geben. Außerdem sieht das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz „Negativ-Listen“ vor, die Arzneimittel enthalten, welche zur Therapie von „Bagatellerkrankungen“ geeignet sind, und nicht mehr zu Lasten der Krankenversicherung verschrieben werden dürfen.

Immer wieder wird auf den fehlenden Preiswettbewerb der Pharmahersteller hingewiesen: der Patient konsumiert, ohne zu bestimmen und zu zahlen; der Arzt bestimmt, ohne zu zahlen, und die Krankenkasse zahlt, ohne zu bestimmen. Dieses Argument gilt natürlich nicht bei Selbstmedikation, die ca. 30% der Arzneimittelumsätze ausmacht (Nord 1979). Das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz versucht außerdem, durch die Einführung von Arzneimittelhöchstbeträgen, deren Fortschreibung von der Entwicklung der Grundlohnsumme abhängt, die Ärzte zu veranlassen, auch die Höhe der Arzneimittelpreise bei ihren Verschreibungen zu berücksichtigen. Viele an der Diskussion Beteiligte halten jedoch die genannten Instrumente für unzureichend und fordern daher Preiskontrollen und/oder direkt Finanzierungsbeteiligungen der Patienten und Ärzte an den Arzneimittelkosten.

Wir können also festhalten, daß gerade auch im nicht-ambulantem Bereich der Gesundheitsversorgung erhebliche Steuerungsprobleme auftreten, für deren Lösung es wohl kaum ein Patentrezept gibt.

**Tabelle 3:** Berufstätige Ärzte und Zahnärzte nach Berufsausübung  
1960–1978 (Bundesgebiet einschl. Berlin-West)

	1960	1965	1970	1975	1978
Ärzte insgesamt je 100 000 Einwohner	79 350 142	85 801 145	99 654 163	118 726 193	130 033 212
in freien Praxen je 100 000 Einwohner Anteil in %	49 225 88 62	50 215 85 59	50 731 83 51	55 692 91 47	59 036 96 45
hauptamtlf. im Krankenhaus je 100 000 Einwohner Anteil in %	22 646 41 29	26 535 46 31	38 650 64 39	52 371 85 44	59 183 96 45
in Verwaltung und Forschung je 100 000 Einwohner Anteil in %	7 479 13 9	9 051 16 11	10 268 16 10	10 663 17 9	11 814 19 10
Zahnärzte insgesamt je 100 000 Einwohner	32 509 58	31 434 53	31 175 51	31 774 52	32 482 53
in freien Praxen je 100 000 Einwohner Anteil in %	31 689 56 97	30 392 51 97	29 765 48 95	30 102 49 95	30 652 50 95

**Quelle:** Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch, 1980, 1978, 1972, 1970, 1968, 1966, 1964 und eigene Berechnungen.

## 2. Der Arztberuf – ein quantitativer Überblick

Das Führen der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Zahnarzt“ setzt die Approbation voraus, die nach entsprechendem erfolgreichem Hochschulstudium und den vorgeschriebenen Praktika erteilt wird. Sie wird durch die GewO (§ 29) sowie die Bundesärzteordnung vom 2. 10.

1961 und dem Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. 3. 1952 als Bestallung geregelt. Wie aus der Tabelle 3 hervorgeht, sind von den rund 160 000 Ärzten

**Tabelle 4:** Berufstätige Ärzte und Zahnärzte nach Berufsausübung am 31. 12. 1977

	a) insgesamt	b) in freien Praxen	c) von b) ohne Krankenhaus-Verbindung	d) von b) mit Krankenhaus-Verbindung	e) hauptamtl. im Krankenhaus	f) in Verwaltung u. Forschung
1. Ärzte	125 274	58 222	50 616	6 042 (Belegärzte) 1 504 (sonst. Ärzte)	56 334	10 718
2. Ärzte ohne Facharzt-tätigkeit	66 504	24 036	22 472	1 564	31 750	10 718
3. Fachärzte	58 770	34 318	28 276	6 042	24 451	-
3.1 davon Chirurgen	6 482		1 311	5 171		-
3.2 davon Gynäkologen	6 620		3 062	3 558		-
3.3 davon Internisten	15 905		9 249	6 656		-
3.4 davon and. Fachärzte	29 763		14 654	15 109		-
4. Zahnärzte	32 121	30 266			846	1 009
5. Ärzte und Zahnärzte insgesamt	157 395	88 488	80 882	7 606	57 180	11 727

**Quelle:** Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1979 und eigene Berechnungen.

und Zahnärzten etwas mehr als die Hälfte in freien Arztpraxen tätig – die übrigen sind hauptamtlich in Krankenhäusern (57 180) oder in Verwaltung und Forschung (11 727) angestellt. Auffallend ist, daß 93% aller Zahnärzte in freien Praxen tätig sind. Bei der Gruppe der frei praktizierenden Ärzte ist seit dem 2. Weltkrieg eine deutliche Verschiebung zum Facharzt hin zu verzeichnen. Hatten 1952 nur 34% und 1975 etwa 50% der frei praktizierenden Ärzte eine Facharztausbildung, so stieg dieser Prozentsatz bis Ende 1977 auf knapp 60%. Wie Tabelle 3 verdeutlicht, hat sich interessanterweise die Zahl der Ärzte in den letzten zwanzig Jahren mehr als verdoppelt, während die Zahl der Zahnärzte fast konstant blieb. Worauf letztlich die dargestellten Verschiebungen innerhalb der Gruppe der Ärzteschaft zurückzuführen sind, kann hier nicht eingehend erörtert werden. Sicherlich wird jedoch das Steuerungs- und Honorierungssystem sowie Marktzugangsbeschränkungen (numerus clausus) nur einen Faktor darstellen.



### **III. Die Steuerung der ambulanten Versorgung – gestern, heute und morgen**

Schon immer stellte – aus ökonomischer Sicht – das Arzt-Patientenverhältnis eine besondere Tauschbeziehung dar, die einerseits durch den besonderen Charakter des Gutes Gesundheitsversorgung und andererseits durch das heilungsrelevante Vertrauen des Patienten zum Arzt geprägt ist. Außerdem wurde auch schon in sehr frühen Staatswesen die ärztliche Betreuung der Bevölkerung als öffentliche Aufgabe angesehen. Hierzu drei Beispiele (vgl. Rhode 1962, Hockl 1965):

- In Ägypten war der Pharao als Stellvertreter Gottes für das Wohl seiner Untertanen verantwortlich. Dies galt auch für den Krankheitsfall. So konnten Arme bei staatlich angestellten Ärzten, die der Priesterkaste angehörten, in dafür eingerichteten Ambulatorien unentgeltlich Rat und Hilfe holen.
- In Griechenland hatte jeder Bürger Athens seinen Obulus zu entrichten. Hiervon wurden Bezirksärzte angestellt, die für die Heilung der Armen zuständig waren.
- Gegen Ende des Römischen Reiches formierten sich Vereine („collegia tenuiorum“ oder „collegia funeraticia“), für deren Gründung später zur Vermeidung von Verschwörungen staatliche Konzessionen notwendig waren. Die Mitglieder dieser Vereine erhielten kostenlose ärztliche und medikamentöse Versorgung durch den Vereinsarzt sowie im Todesfall das Begräbnis.

Das letzte Beispiel enthält neben der Krankenhilfe aus Wohltätigkeit den Versicherungsgedanken. Außerdem scheint erwähnenswert, daß schon Hammurabi etwa 1700 v. Chr. Honorarbestimmungen erließ, die den Prototyp des Erfolgshonorares darstellen. Hingegen wird den alten Chinesen nachgesagt, daß sie nur ihren Arzt bezahlten, wenn sie sich gesund fühlten – eine „Erfolgshonorierung“ ganz anderer Art.

Wir wollen jedoch unsere Betrachtung der Entstehung des gegenwärtigen Steuerungsmechanismus mit der Kaiserlichen Botschaft an den Reichstag von 1881 beginnen. Durch sie wurde am 19. 6. 1883 für die Mehrzahl der gewerblichen Arbeiter und Angestellten mit einem Jahreseinkommen bis zu 2000,-- Mark die Krankenversicherungspflicht eingeführt. Damit ist die gesetzliche Krankenversicherung das älteste „Kind“ der Bismarckschen Sozialgesetzgebung.

## **1. Entstehung des gegenwärtigen Steuerungsmechanismus**

Man entschied sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung für das Natural- oder Sachleistungsprinzip. Dieses bedeutet, im Gegensatz zum Kostenerstattungsprinzip, daß der Patient nicht mit der Abwicklung der Honorierung der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen konfrontiert ist (vgl. 1, 2.). Einzelheiten über die Qualität der Versorgung sowie die Honorierung von Arztleistungen wurden in Einzelverträgen zwischen den Kassen und den einzelnen Ärzten geregelt. Da das Krankenversicherungsgesetz von 1883 nur die schriftliche Vertragsform zwischen Kasse und Arzt vorschrieb – nicht aber den Inhalt – wurde die Honorarfrage recht unterschiedlich geregelt. Einige Kassen verwendeten das „fixierte Kassenarztsystem“, bei dem der Arzt ein festes Entgelt pro Quartal (Fixum) – unabhängig von den erbrachten Leistungen oder Konsultationen – erhielt (vgl. Schindera 1963). Nach einer Umfrage des Ärztevereins honorierten im Jahre 1886 40% der Krankenkassen ihre Vertragsärzte nach den erbrachten Einzelleistungen, während sich um 1900 immer mehr die Kopfpauschale durchsetzte. Schon sehr früh wurden zur Vermeidung von Spannungen zwischen Arzt und Kasse von den Ärzten Honorarverteilungsstellen gegründet, aus denen später die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entstanden (vgl. Ärztliches Vereinsblatt, Januar I, 1904, S. 13). Allerdings ist zu

beachten, daß damals die Honorarverteilungsstellen freiwillige Zusammenschlüsse waren, während in den heutigen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Kassen(zahn)ärzte Zwangsmitglieder sind.

Im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung entstanden private Krankenversicherungen erst relativ spät: 1906 empfahl der 7. Deutsche Handwerks- und Gewerbetag zu Nürnberg die Gründung von Versicherungsvereinen oder die recht vereinzelt bestehenden Vereine neu zu beleben. Erst 1911 wurde nach Aufhebung des Hilfskassengesetzes das erste private Krankenversicherungsunternehmen gegründet. Ein Grund für das späte Entstehen der Krankenversicherung mag auch in der Honorarpolitik der Ärzte liegen, die seit alters her ihr Honorar nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Patienten differenzierten und damit indirekt selbst Versicherungsfunktionen übernahmen.

In den ersten Jahren der Gesetzlichen Krankenversicherung stand vor allem der Disput zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen über die Beschränkung der Zahl der Vertragsärzte im Mittelpunkt. Die Krankenkassen versuchten, so wenig Einzeldienstverträge wie möglich abzuschließen. Für den einzelnen Arzt hingegen wurde die Zulassung zur Kassenpraxis wegen der ständigen Zunahme des versicherungspflichtigen Personenkreises immer wichtiger. Doch waren die Honorare bei Kassenpatienten mehr als bescheiden. So blieben den Ärzten zwei prinzipielle Möglichkeiten: „Entweder sie begaben sich in vertragliche Abhängigkeit von einer Krankenkasse und bemühten sich, einen möglichst großen Privatkreis zu behandeln, um ein standesgemäßes Einkommen zu erwerben, was in vielen Fällen eine oberflächliche Behandlung zur Folge haben mußte, oder sie verzichteten auf die Behandlung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und erlitten damit mit jeder Ausweitung der Versicherungsgesetzgebung eine Einbuße ihres Patientenkreises“ (Rosenberg 1969, S. 87).

Die Ärzte organisierten sich daher im „Verband der Ärzte Deutschlands“, der auch nach seinem Gründer und dessen Heimatstadt „Hartmannbund“ oder „Leipziger Verband“ genannt wird, um folgende Forderungen durchzusetzen:

- Kollektivverträge statt Einzeldienstverträge
- Honorierung nach Einzelleistungen
- Überwachung des Kassenarztes durch Standesvertretung
- freie Arztwahl unter allen zulassungsbereiten Ärzten.

Mit Kündigung von Einzeldienstverträgen und anderen Maßnahmen versuchte man, den Forderungen Nachdruck zu verleihen. Die Reichsregierung reagierte hierauf mit der Verabschiedung der Reichsversicherungsordnung, die am 1. 1. 1914 in Kraft treten sollte. Daraufhin rief der Ärzteverband zum Streik auf (vgl. Böge 1973).

Durch das Berliner Abkommen vom 23. 12. 1913 konnte der angedrohte Streik abgewendet werden. Der Ärzteverband bekam ein Mitspracherecht bei der Zulassung der Kassenärzte eingeräumt. Jedoch wurden die Einzeldienstverträge beibehalten und die Honorarfrage blieb auch im Berliner Abkommen unregelt. Erst in einem Tarifabkommen 1922 der Ärzte- und Kassenverbände wurde festgelegt, daß „die Vergütung bei Zahlung nach Einzelleistungen nach den Mindestsätzen der neuen Preußischen Gebührenordnung (Preugo) berechnet werden; zu diesen Sätzen treten Teuerungszuschläge, die unter Zugrundelegung der Reichsindexziffern bemessen werden“ (Ärztliches Vereinsblatt, April 1922, S. 114f.). Das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen blieb aber auch nach dem Tarifabkommen sehr gespannt, wozu die schlechte Gesamtwirtschaftslage und die nachhinkende Anpassung der Gebührensätze an die hohe Inflationsrate beitrugen.

Durch die Notverordnung vom 8. 12. 1931 wurde das Honorarverfahren in der Weise geändert, daß die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als öffentlich rechtliche Körperschaften anerkannt wurden und fortan zur Aufgabe hatten, die kassenärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Die Krankenkassen hatten an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit rechtlich befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung zu entrichten, die durch eine Kopfpauschale pro Kassenmitglied bestimmt wurde. Die Kopfpauschale mußte nach genauen Anpassungsvorschriften jedes Jahr neu festgesetzt werden. Die Honorarverteilung auf die Ärzte wurde durch die Kassenärztliche Vereinigung selbst vorgenommen und erfolgte vorwiegend nach den erbrachten Einzelleistungen.

In der nationalsozialistischen Zeit erfuhr, durch Gleichschaltung der Interessengruppen sowie Einfrierung der Honorarsätze, die Ärzteschaft ein ähnliches Schicksal wie andere Berufsgruppen auch (vgl. Tiemann/Herber 1980, S. 18ff.). In der ersten Nachkriegszeit wurde das System der gegliederten Krankenversicherung und die Beziehungen zwischen Kassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen restauriert. Während zunächst weiterhin die Gesamtvergütung der Krankenkassen an die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen als Pauschale entrichtet wurde, gingen die Kassen in der Zeit von 1961 bis 1965 zur Einzelleistungshonorierung aufgrund von Vertragsgebührenordnungen über. Grund hierfür war vor allem die schon vorher praktizierte Einzelleistungsvergütung der an Einfluß gewinnenden Ersatzkassen. Während 1950 nur 9% aller Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung Mitglieder von Ersatzkassen waren, stieg dieser Anteil bis 1960 auf 19% und bis 1975 sogar auf 28%.

Da bei der Einzelleistungshonorierung die verwendeten Gebührenordnungen eine zentrale Steuerungsfunktion erhalten, sollen sie Gegenstand des nächsten Abschnittes sein.

## 2. Die geltenden Gebührenordnungen

### a) Die amtlichen Gebührenordnungen

Die Verwendung von Gebührenordnungen hat eine lange Tradition. Schon 1623 wurde die Brandenburgische Taxordnung erlassen, aus der nach mehreren Erweiterungen und Reformen die 1815 eingeführte berühmte Preußische Medizinaltaxe – später Preugo genannt – entstand. Gebührenordnungen wurden und werden vor allem vom Gesetzgeber erlassen, um in strittigen Fällen einen Anhaltspunkt für die Honorarhöhe zu geben (vgl. Tab. 5). Sie stellen somit subsidiäres Recht dar. Hiervon unbenommen bleibt natürlich die Möglichkeit einer freien Vereinbarung zwischen Patient und Arzt (vgl. § 1 GOÄ/GOZ). Besteht jedoch eine derartige Vereinbarung nicht, so ist die amtliche Gebührenordnung anzuwenden. Am 18. 3. 1965 wurde von der Bundesregierung per Rechtsverordnung die Gebührenordnung für Ärzte GOÄ sowie die für Zahnärzte GOZ erlassen. Die GOÄ und GOZ werden nur bei Privatpatienten angewendet, da die Gesetzlichen Krankenkassen spezielle Vereinbarungen mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen getroffen haben. Außerdem verwenden einige Ärzte statt der GOÄ die Privat-Adgo von 1928.

**Tabelle 5:** Amtliche Gebührenordnungen in Deutschland

1623	Brandenburgische Taxordnung
1625	Medizinalordnung
1725	Preußisches Medizinaledikt
1802	Preußische Taxordnung für Medizinalpersonen
1815	Preußische Medizinaltaxe
1896	revidierte Medizinaltaxe
1926	reformierte Preußische Gebührenordnung
1965	Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte

## b) Die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Gebührenordnungen

Durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz wurden die Gesetzlichen Krankenversicherer und die Kassenärztlichen Vereinigungen zum 1. 7. 1978 verpflichtet, neue Gebührenordnungen zu vereinbaren, die in Struktur und Aufbau identisch sind (§ 368,4 RVO): Für die Abrechnung mit den Orts-, Innungs-, Betriebs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der Bundesknappschaft – kurz RVO-Kassen genannt – löste der Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen – der BMÄ'78 – den alten BMÄ ab. Entsprechend ersetzte bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen 1978 die neue Ersatzkassen-Gebührenordnung E-GO die alte E-Adgo.

Die neuen Kassenärztlichen Gebührenordnungen enthalten keine DM-Beträge mehr, sondern Punktzahlen. Um eine einheitliche Gebührenordnung zu schaffen, einigte sich der Bewertungsausschuß, welcher aus je sieben Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen besteht, auf eine Übernahme der alten E-Adgo sowohl für den BMÄ'78 als auch für die E-GO, wobei für 1,-- DM in der E-Adgo 10 Punkte in den neuen Gebührenordnungen gesetzt wurden.

Etwas anders sieht die Entwicklung der Kassenzahnärztlichen Gebührenordnung aus: Hier wird die Honorierung durch Mantelverträge auf Bundes- bzw. Landesebene geregelt, wobei letztere die Bundesmantelverträge ergänzen können. Um einen vertragslosen Zustand zu verhindern, besteht auf Bundesebene das Bundesschiedsamt und auf Landesebene das Landesschiedsamt. Schon am 2. 5. 1962 erfolgte durch den damaligen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte BMV-Z eine detaillierte Honorarregelung aufgrund des ergänzenden Bewertungsmaßstabes für kassenzahnärztliche Leistungen (Bema). Dieser ersetzte die 1957 neu beschlossene Kassenzahnärztliche Gebührenordnung KAZGO.

### **3. Die Leistungsbeschreibung und die Leistungsbewertung der Gebührenordnungen**

#### a) Die GOÄ und die GOZ

Bei der Handhabung der GOÄ/GOZ stellte sich heraus, daß viele ärztliche Leistungen – besonders auf dem medizinisch-technischen Gebiet – nicht durch das Leistungsverzeichnis abgedeckt werden. Nach § 6 GOÄ/GOZ sollen nicht aufgeführte Leistungen nach den Sätzen für „gleichwertige“ Leistungen vergütet werden. Aus diesem Grunde waren die Bundesvereinigungen gezwungen, eine Liste von „Analogleistungen“ zu definieren. Grundsätzlich problematisch ist die ungenaue Definition der einzelnen Leistungsbeschreibungen der GOÄ/GOZ. Jedoch wird man viele ärztliche Leistungen nie hinreichend genau definieren können, da sich die einzelnen Behandlungsfälle recht stark unterscheiden – das Produkt in hohem Maße heterogen ist. Wie in I.2 schon ausgeführt, lassen jedoch die GOÄ und die GOZ dem Arzt einen Spielraum (Eins- bis Sechsfache der Einzelsätze) bei der Honorarfestsetzung. Die Honorarbemessung soll dabei „unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere der Schwierigkeit der Leistung, des Zeitaufwandes, der Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen sowie der ärztlichen Verhältnisse“ (§ 2 GOÄ, GOZ) erfolgen. Wie eine nichtamtliche Auswertung von 9747 Rechnungen des Jahres 1978 des Bundesverbandes der privaten Krankenversicherer ergeben hat, werden im Durchschnitt zwischen dem Zwei- und dem Vierfachen der Einzelsätze der GOÄ und GOZ liquidiert (vgl. Tab. 6).

Die nicht mehr dem heutigen Stand des medizinischen Wissens entsprechende Leistungsbeschreibung hat die Bundesregierung veranlaßt, die Novellierung der GOÄ und GOZ vorzubereiten. Dabei soll sowohl der Leistungskatalog erheblich erweitert werden, als auch der Spielraum der Honorarfestsetzung eingeschränkt werden. Ins-

**Tabelle 6: Auswertung ambulanter Arztrechnungen 1978**

	durchschn. Rechnungs- betrag	durchschn. Anzahl Ver- richtungen pro Rechng.	durchschn. GOÄ- Vielfaches
Allgemeinmedizin	219,06	12,5	3,01
Chirurgie	209,69	10,8	3,26
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	146,34	8,6	3,39
Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde	129,56	9,8	3,43
Innere Medizin	352,30	16,4	2,75
Kinderheilkunde	127,98	7,4	3,39
Laboratoriums- medizin	105,75	4,8	1,99
Orthopädie	242,54	12,5	3,61
Urologie	330,23	13,6	3,27
Übrige	140,69	6,4	2,72
Durchschnitt	216,52	11,2	2,96

besondere ist auch umstritten, ob „die Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen“ (§ 2 GOÄ/GOZ) bei der Festlegung der Vergütungen berücksichtigt werden sollten. In früheren Zeiten, in denen der Arzt quasi Versichererfunktionen übernahm, indem er dem Reichen und/oder relativ Gesunden ein höheres Honorar abverlangte, um den Armen und/oder häufig Kranken mit nicht kostendeckenden Honoraren zu behandeln, hatte diese Regelung sicherlich ihre Berechtigung. In der heutigen Zeit jedoch, in der die meisten Privatpatienten privaten Krankenversicherungsschutz genießen, trägt, selbst wenn der Arzt die Einkommens- und Vermögensverhältnisse seines Patienten kennt, nicht dieser das Arzthonorar, sondern die Versichertengemeinschaft insgesamt.

Eine Reform der GOÄ/GOZ scheint auch deshalb erforderlich zu sein, weil die in ihnen angegebenen Mindestsätze seit 1965 unverändert blieben, und somit weder von ihrer Höhe, noch von ihrer Struktur her den heutigen ökonomischen und medizinisch-technischen Gegebenheiten entsprechen. Interessanterweise übernahm 1965 der Gesetzgeber als Mindestsätze der GOÄ die Sätze der damaligen E-Adgo. Dies bedeutet, daß die GOÄ-Sätze Ergebnisse von Verhandlungen vor 1965 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen und dem der Arbeiter-Ersatzkassen war. Bei einer Novellierung der GOÄ/GOZ sollte überlegt werden, inwieweit nicht die privaten Krankenversicherer in den Entscheidungsprozeß involviert werden können, denn schließlich sind sie es, die unter Zugrundelegung der GOÄ/GOZ ihre Kostenerstattung vornehmen.

#### b) Der BMÄ, der Bema und die E-GO

Wie bei der GOÄ sind auch durch die Sätze des BMÄ'78 und der E-GO die Kosten für Instrumente und Apparaturen abgegolten (§ 5 GOÄ, § 5 BMÄ bzw. § 12 E-Adgo). Wie ein Punkt des BMÄ und der E-GO zu bewerten ist, wird für Ersatzkassenpatienten auf Bundesebene und für RVO-Kassenpatienten auf Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den entsprechenden Krankenkassenverbänden ausgehandelt. Da für die RVO-Kassen die Anwendung des BMÄ'78 eine völlige Umstrukturierung der bisherigen Leistungssätze bedeutet, einigte man sich darauf, den Punktwert für das erste Jahr anhand einer Kopfpauschale nachträglich festzulegen.

Viel Aufsehen hat in diesem Zusammenhang der „Bayern-Vertrag“ zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung erregt (1. 7. 1979 – 30. 6. 1980). Er sieht vor, daß der jährliche Ausgabenanstieg pro RVO-Kassenmitglied nur dann einen bestimmten Prozentsatz übersteigen darf, wenn Einsparungen durch verminderte Krankenkassen-einweisungen, Arzneiverordnungen, Verordnung physi-

kalischer Leistungen (z. B. Massagen) und Krankschreibungen erzielt werden. Ob vom „Bayern-Vertrag“ positive Steuerungswirkungen ausgehen, ist indes umstritten – wird aber derzeit von wissenschaftlichen Instituten untersucht.

Der seit 1962 bestehende Bundesmantelvertrag Zahnärzte enthält detaillierte Regelungen zur Honorierung von kassenzahnärztlichen Leistungen mit Hilfe des ergänzenden Bewertungsmaßstabes (Bema). Auch hier sind die Gebühren in Punktwerten festgelegt. Während 1962 der Wert eines Punktes 0,35 DM betrug, belief er sich 1978 bei den RVO-Kassen im Durchschnitt auf 1,045 DM und bei den Ersatzkassen (bis 1. 7. 1979) auf 1,13 DM. Tabelle 7 enthält einen Vergleich ausgewählter Zahnarztleistungen in verschiedenen europäischen Ländern. Es müßte im einzelnen geprüft werden, wodurch die Unterschiede in der Höhe und in der Struktur der Gebührensätze begründbar sind und inwieweit internationale Gebührenordnungsvergleiche Ansatzpunkte für strukturelle Verbesserungen der bundesdeutschen Gebührenordnung ergeben könnten. Es wird behauptet, daß die Gebühren für Prothetik in der Bundesrepublik Deutschland relativ hoch seien, was zuweilen zu der Schlußfolgerung veranlaßt, die prothetischen Leistungen seien gegenüber konservierenden Leistungen überbewertet (vgl. Schicke 1981, S. 120ff.) und hätten deshalb in den letzten Jahren so stark zugenommen (vgl. Abb. 1).

Nach einem Erlaß des Reichsministers vom 2. 11. 1943 zum § 193 RVO können Krankenkassen zu Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Stiftzähnen Zuschüsse gewähren. Das Bundessozialgericht hat 1974 den Vertragspartnern zur Auflage gemacht, die Versorgung mit Zahnersatz in die Gesamtverträge nach § 368g, 2 RVO aufzunehmen. Durch Ergänzungen des § 182 RVO erklärte daraufhin der Gesetzgeber Zahnersatz zur Regelleistung der gesetzlichen Krankversicherer, allerdings mit einer Selbstbeteiligung der Patienten von bis zu 20%. Die

**Tabelle 7:** Vergütung zahnärztlicher Betreuung am 1. Januar 1978 in ausgewählten Ländern (in DM)

Land Leistung	Land						
	B	BRD	F	L	NL	DK	CH
Extraktion eines Eckzahnes	16,89	8,36	20,48	11,47	10,11	16,58	2,85- 13,69
Extraktion eines unteren Backenzahnes	16,89	12,54	27,30	13,38	10,11	16,58	2,85- 13,69
Kavität - eine Fläche	29,88	20,90	17,07	22,93	18,44	-	Wird von der Krankenkasse nicht erstattet
Kavität - zwei Flächen	37,33	25,08	23,89	28,66	18,44	-	
Kavität - drei Flächen	44,84	31,35	40,95	32,49	36,94	-	
Komplette Zahnprothese oben und unten	303,52	249,72	290,10	614,68	267,98	-	
Zahnprothese 12 Zähne	252,95	209,00	255,97	557,36	263,48	-	
Zahnprothese 1 Zahn	118,03	125,40	102,38	133,45	136,90	-	

**Erläuterungen:** BRD: Bewertungsmaßstab für Zahnärzte; es sind nur die Zahnarzhonorare berücksichtigt worden, da seit 1. 1. 1975 Labor- und Materialkosten zusätzlich verrechnet werden.

NL: Gebühren am 31. 12. 1977.

CH: existiert keine überkantonale Nomenklatur, Schweizer Organisationen geben daher die höchsten und niedrigsten Sätze für jede Leistung an.

**Quelle:** Association International de la Mutualité, Informationsdienst vom 28. 4. 1978

Gerichtsentscheidung von 1974 hat sicherlich auch den enormen Anstieg der Ausgaben gesetzlicher Krankenkassensicherer für Zahnersatz mitbedingt. Wie aus Tabelle 8 hervorgeht, ist der Anteil der zahnärztlichen Behandlung an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassensicherer von 1970 bis 1977 um ca. 4% gesunken, während der Anteil für Zahnersatz sich mehr als verdoppelt hat (vgl. Abb. 1).

**Tabelle 8:** Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen und Zahnersatz der gesetzlichen Krankenversicherer (in Mio. DM)

Ausgabenart	1970	v. H.	1977	v. H.
zahnärztliche Behandlung	1 690	7,2	4 608	6,9
Zahnersatz	834	3,5	5 403	8,1
Ausgaben der GKV für Leistungen insgesamt	23 614	100,0	66 614	100,0

**Quelle:** Arbeitsstatistische Mitt. 8/1977; Bundesarbeitsblatt 2/1979

Um diesen Trend zu stoppen, sollte geprüft werden, ob nicht durch ein entsprechendes Maßnahmebündel – wie Wasserfluoridierung, Höherbewertung konservierender Maßnahmen und intensive Gesundheitsausbildung – die Kosten für Zahnprothetik langfristig gesenkt werden können. Empirische Untersuchungen lassen vor allem den letztgenannten Punkt als besonders wichtig erscheinen. So wurde ermittelt, daß nur 45% der Bevölkerung in Oberbayern eine Zahnbürste benutzen und daß bei Landkindern 44% der Jungen und 33% der Mädchen sich nie die Zähne putzen (vgl. Schicke 1981, S. 111). Gerade auch Zahnärzte sollten jede Gelegenheit nutzen, ihre Patienten auf die Vorteile prophylaktischer Mundhygiene aufmerksam zu machen.

Fassen wir die Funktionen der Gebührenordnungen zusammen. Sie erfüllen

- a) eine Verrechnungsfunktion, da aufgrund der Gebührensätze bzw. Punktzahlen die abrechenbaren Leistungen des Arztes vergleichbar gemacht werden;
- b) eine Verteilungs- und Einkommensfunktion, da die Menge und Bewertung der abgerechneten Leistungen die relative und absolute Einkommenshöhe der einzelnen Ärzte sowie die finanzielle Belastung der in Kran-

- kenkassen zusammengeschlossenen Versichertengemeinschaften bestimmen;
- c) sowie eine Steuerungs- und Lenkungsfunktion, da zu vermuten ist, daß die Konstruktion der Gebührenordnungen auch Menge und Struktur der von Arztpraxen bereitgestellten Gesundheitsgüter beeinflußt.

#### **4. Probleme der derzeitigen Einzelleistungshonorierung**

Die in der Bundesrepublik Deutschland übliche kassenärztliche Einzelleistungshonorierung unter Zugrundelegung der skizzierten Gebührenordnungen ist vielfach kritisiert worden. Die bei der diesbezüglichen öffentlichen Diskussion und in der Literatur genannten Argumente können grob wie folgt zusammengefaßt werden:

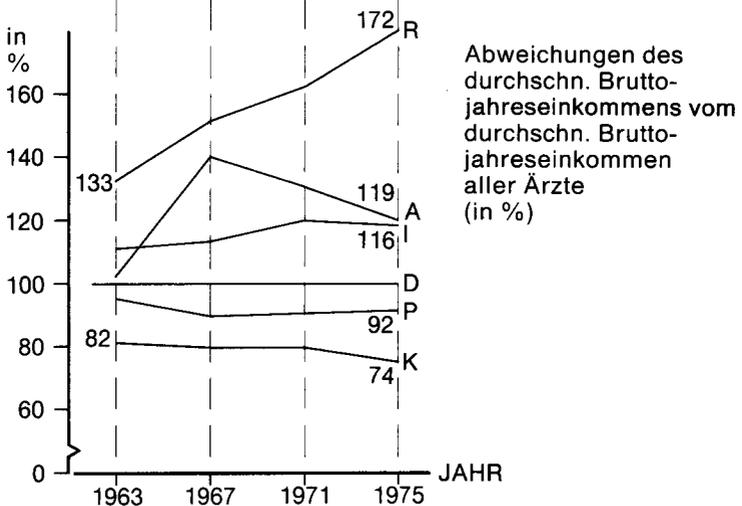
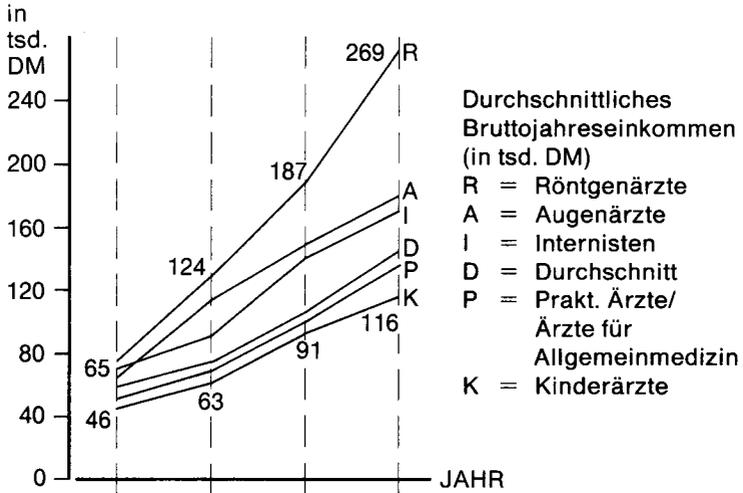
- a) Der gegenwärtige Fortschreibungsmodus (Anpassung der Gebührensätze) führt zu einer unerwünscht apparateintensiven Medizin (Steuerungsfunktion);
- b) sowie erheblichen Einkommensdivergenzen innerhalb der Ärzteschaft (Verteilungsfunktion);
- c) die häufig praktizierte Fortschreibung der Gebührensätze mit der durchschnittlichen Steigerungsrate der Einkommen aller Erwerbstätigen bedingt eine „doppelte Dynamisierung“ und damit einen überproportionalen Anstieg der Arzteinkommen (Einkommensfunktion);
- d) und schließlich wird behauptet, daß die Einzelleistungshonorierung einen Anreiz zur Anwendung kostengünstiger Behandlungsmethoden und für die Produktion zur Erreichung des Behandlungserfolges unnötiger Einzelleistungen gibt (Lenkungsfunktion).

Da es sich hierbei um massive Kritik handelt, wollen wir in diesem Abschnitt der Frage nachgehen, inwieweit und unter welchen Bedingungen die genannten Argumente begründet sind, und was eventuell getan werden kann, um bestehende Steuerungsmängel des gegenwärtigen Honorierungssystems zu beseitigen.

**Zu a):** Während die Mindestsätze der GOÄ/GOZ seit ihrem Inkrafttreten konstant geblieben sind, wurden die Vertragsgebührenordnungen für die kassenärztliche Versorgung regelmäßig fortgeschrieben, wobei die Gebührensätze und der Leistungskatalog den Erfordernissen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung anzupassen waren (vgl. auch § 5,1 BMÄ). Für die Aufnahme und Streichung von Positionen der E-Adgo, die ja Grundlage für die derzeit geltenden Gebührenordnungen BMÄ'78 und E-GO bildete, war eine Arbeitsgemeinschaft zuständig, die „die vereinbarte Gebührenordnung verbindlich auszulegen und sie zeitgemäß fortzuentwickeln“ hatte (§ 19 Abs. 4 EKV). So wurden von 1965 bis 1973 rund 1000 Positionen in ihrer Leistungsbeschreibung geändert bzw. neu in die E-Adgo aufgenommen. Die Fortschreibung der Gebührensätze, die Ergebnis jährlicher Honorarverhandlungen ist, geschieht jedoch vorwiegend durch eine Erhöhung aller Sätze mit einem einheitlichen Prozentsatz. Wegen des starken technischen Fortschritts bei Labor- und apparativen Leistungen führte dies zu einer relativen Überbewertung letzterer bzw. zu einer Unterbewertung arzt-spezifischer Leistungen (eine ähnliche Tendenz wurde schon bei zahnärztlichen konservierenden und prothetischen Leistungen erwähnt). Inwieweit sich hiervon ein Arzt zu Labor- und Apparate-intensiven Behandlungsmethoden verleiten läßt, hängt nun natürlich von seiner Einstellung bzw. seinen Präferenzen ab.

Seit Anfang der 70er Jahre versuchten die Vertragspartner, die Gebührensätze auch strukturell zu verändern. So wurden z. B. durch eine Vereinbarung zwischen den Ersatzkassenverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 1. 4. 1975 die Laborleistungen relativ zu den arzt-spezifischen Leistungen abgewertet. Auch die Erhöhung des Gesamthonoraryolumens um 3,5% zum 1. 1. 1977 wurde ausschließlich zur Erhöhung der Beratungsgebühr (Ziff.1 E-Adgo) verwendet, die so um 14,4% angehoben werden konnte. Außerdem hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung mit den Krankenkassen

**Abbildung 6: Die „Honorarschere“**



**Quelle:** Eigene Berechnungen nach Leszcynski, Ärztliche Umsätze und Einkommen im Spiegel neuerer Untersuchungen, Die Betriebsk., 65. Jg. (1977); Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Bd. 20, Berlin 1974; Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes.

sen zum 1. 1. 1981 eine ca. fünfprozentige strukturelle Gebührensatzänderung zugunsten zahnerhaltender und zu Lasten prothetischer Leistungen vereinbart. Auch in Zukunft sollten die Vertragspartner über strukturelle Veränderungen nachdenken, damit die so häufig kritisierte Apparatemedizin nicht stärker – wie medizinisch und ökonomisch vertretbar – vorangetrieben wird.

**Zu b):** Die lineare Fortschreibung der Gebührenordnungen bewirkt außerdem eine Auseinanderentwicklung der durchschnittlichen Einkommen der einzelnen Facharztgruppen, da es hierdurch aufgrund des technischen Fortschritts zu einer relativen Höherbewertung aller medizinisch-technischen und Laborleistungen kommt. Abbildung 6 zeigt diese „Honorarschere“ recht deutlich: Während in der oberen Darstellung die Entwicklung der durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen (vor Steuern) einzelner Facharztgruppen in den Jahren 1963 bis 1975 dargestellt sind, zeigt die untere Graphik die Abweichung der Bruttojahreseinkommen vom Durchschnitt. So lag das durchschnittliche Bruttoeinkommen von Röntgenologen, die eine relativ umfangreiche apparative Ausstattung haben, 1963 um 39% über dem der Kinderärzte. 1967 waren es schon 95%, während sich diese Abweichung 1975 auf 132% belief. Sollte diese Honorarschere nicht durch irgendwelche Faktoren begründet sein, auf die hier nicht eingegangen werden kann (z. B. unterschiedliche Ausbildungszeiten; Divergenzen im unternehmerischen Risiko, in der Arbeitszeit und in der relativen Knappheit), so erscheinen strukturelle Änderungen der Gebührenordnungen angebracht, um ein weiteres Öffnen dieser „Schere“ zu verhindern.

**Zu c):** Der Einwand einer „doppelten Dynamisierung“ der Arzteinkommen wird wie folgt begründet: Der Produktivitätsfortschritt führt dazu, daß der Arzt mehr ärztliche Leistungen in der gleichen Zeit produzieren kann. Werden nun die Gebührensätze mit einer Steigerungsrate fortge-

schrieben, die der durchschnittlichen Steigerungsrate der Einkommen aller Erwerbstätigen entspricht, so steigen wegen des Produktivitätsfortschritts die Arzteinkommen stärker als die übrigen Einkommen der Erwerbstätigen. Auf diesen Überlegungen beruht die seit 1974 stark diskutierte (vgl. u. a. Geißler 1975, Herder-Dorneich 1980) „Orientierungsregel für Honorarverhandlungen“:

„Durchschnittlicher nomineller Einkommensanstieg  
je Erwerbstätigen  
minus  
durchschnittlicher Anstieg der abgerechneten Leistungen  
je Kassenarzt (der sog. Leistungsbedarf)  
=  
Orientierungswert für die durchschnittliche Erhöhung der  
Einzelleistungsvergütung“ (vgl. Gesellschaft für Sozialen  
Fortschritt 1974, S. 95).

Inwieweit diese Faustregel operational ist, muß in der Praxis der Fortschreibungsverhandlungen überprüft werden. Natürlich kann ein Anstieg der abgerechneten Leistungen je Kassenarzt auch auf andere Faktoren (z. B. erhöhte Morbidität und vermehrtes Engagement der Ärzte) als den technischen Fortschritt (= vermehrter Output mit gleichen Inputmengen) zurückzuführen sein. Hierauf weist Herder-Dorneich (1980, S. 73f.) besonders hin, indem er dem Konzept der „doppelten Dynamisierung“ das der „Vielfachdynamik“ gegenüberstellt. Wenn dem so ist, müssen diese weiteren Faktoren bei der Fortschreibung der Gebührenordnungen berücksichtigt werden. Ein Vorteil der Einzelleistungshonorierung ist ja gerade ihre Leistungsbezogenheit. Es wäre deshalb schlecht, wenn höherer Arbeitseinsatz des Arztes durch geringere Honorare „belohnt“ würde.

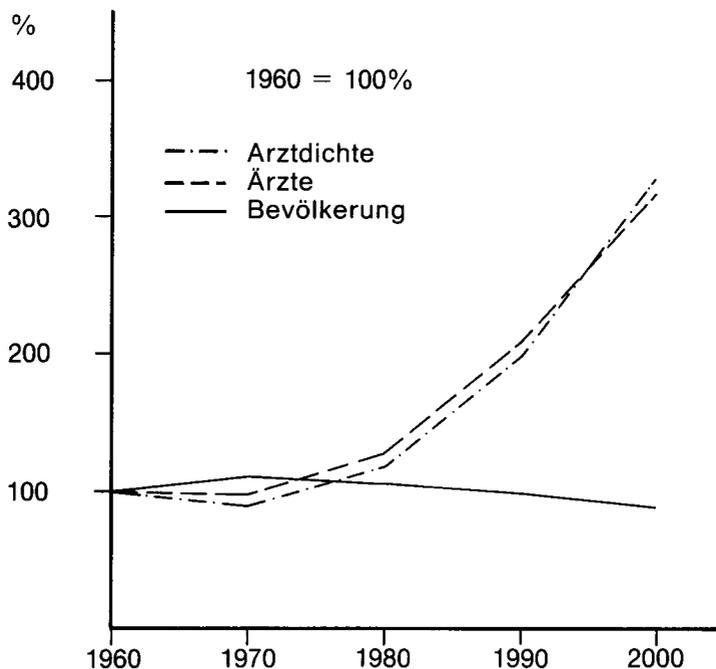
**Zu d):** Während die bis hierhin diskutierten Argumente durch eine entsprechende Fortschreibung der Gebührenordnung entkräftigt werden können, stellt der Kritikpunkt (d) generell die Steuerungseffizienz einer Einzellei-

stungshonorierung in Frage. Ausgangspunkt ist die Überlegung, daß bei der Einzelleistungshonorierung nicht das Endprodukt der ärztlichen Leistung entlohnt wird, welches im Behandlungserfolg besteht, sondern sogenannte Zwischenprodukte. Zu jeder Behandlung sind meist mehrere Einzelleistungen erforderlich, die je nach der Wahl der Behandlungsmethode vom Arzt zur Erreichung des Behandlungserfolges miteinander kombiniert werden. Ärzte, die nicht auf die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung bedacht sind, mögen daher durch die Einzelleistungshonorierung sich veranlaßt sehen, unter gleichwertigen Behandlungsmethoden die einkommensträchtigste und damit kostengünstigste sowie Apparate-intensivste zu wählen. Außerdem kann sie starke Spezialisierungstendenzen motivieren, Doppelbehandlungen nach Überweisungen lukrativ machen sowie das Entstehen an sich kostengünstiger Zentrallabors verhindern. Inwieweit dieses Argument durch die Realität erhärtet oder entkräftet wird, hängt sicherlich entscheidend vom ärztlichen Berufsethos ab, welches auch Eingang in neuere gesundheitsökonomische Untersuchungen gefunden hat (vgl. Zweifel 1980 u. Schulenburg 1981a sowie die dort angegebene Literatur).

Trotz der hier präsentierten Kritik an der Einzelleistungshonorierung gibt es – wie im V. Kapitel noch gezeigt wird – kaum eine in jeder Hinsicht befriedigende Alternative.

Deswegen ist es die Aufgabe der Krankenkassen und (zahn)-ärztlichen Vereinigungen, an einer ständigen Verbesserung und Anpassung der Gebührenordnungen hinsichtlich der sich ändernden Rahmendaten zu arbeiten sowie auf ein kostenbewußtes Verhalten ihrer Mitglieder einzuwirken. Dies wird bei den Krankenkassenmitgliedern vor allem wegen des abnehmenden Solidaritätsempfindens und des zunehmenden Anspruchsniveaus schwierig sein. Bei der Ärzteschaft hingegen wird die stark ansteigende Ärztedichte in den kommenden Jah-

**Abbildung 7:** Berufstätige Ärzte in freien Praxen und Arztdichte von 1960 bis 2000



**Quelle:** Statistisches Bundesamt; WidO-Berechnung; Lefelmann/Geißler, Die Entwicklung des Ärzteangebots bis zum Jahre 2000, Bonn 1979 und eigene Berechnungen

ren (siehe Abb. 7) es schwierig machen, den Berufsethos und das Kostenbewußtsein auf einem hohen Niveau zu halten, da der Konkurrenzdruck wahrscheinlich zunehmen und das Durchschnittsarzteinkommen abnehmen wird. Deshalb werden wir uns in den folgenden beiden Kapiteln mit Alternativen der Nachfrager- und Anbietersteuerung befassen.

## **IV. Möglichkeiten, Probleme und Grenzen einer veränderten Nachfragesteuerung**

### **1. Die gegenwärtige Diskussion um Eigenbeteiligungsregelungen und die Forderung der Überwälzung des Morbiditätsrisikos auf den Nachfrager**

Im gegenwärtigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung wird bewußt auf eine Steuerung der Nachfrage verzichtet: Sie erhalten weitgehend alle medizinisch notwendigen Leistungen zum „Nulltarif“. Dennoch ist natürlich ein Arztbesuch oder ein Krankenhausaufenthalt für den Patienten im ökonomischen Sinne nicht kostenlos: Viele Behandlungen sind unangenehm und auch schmerzhaft, und Krankenbehandlungen „kosten“ Zeit (Fahrzeit, Wartezeit, Behandlungszeit). Gerade der Zeitaspekt ist in den vergangenen Jahren genauer untersucht worden, indem z. B. der Frage nachgegangen wird, inwieweit eine Variation der Wartezeit in Arztpraxen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beeinflußt (vgl. z. B. Zaltmann/Vertinsky 1971, Vertinsky/Uyeno 1973, Cullis/West 1976, Holtmann/Olson 1976). In Deutschland hat man den Aspekt der Wartezeit mehr unter dem Gesichtspunkt der Kassenzugehörigkeit der Patienten gesehen. So zitiert „Der Spiegel“ (12/1977, S. 60–73) eine Erhebung, die als durchschnittliche Wartezeit in Arztpraxen 78 Minuten bei Ortskrankenkasienpatienten, 64 Minuten bei Ersatzkassenpatienten und 46 Minuten bei Privatpatienten ergab. Eine andere, 1979 in München durchgeführte Untersuchung ermittelt als durchschnittliche Wartezeit für männliche (bzw. weibliche) Versicherte der AOK 45 (bzw. 47) Minuten, der Ersatzkassen 43 (bzw. 44) Minuten sowie einer privaten Krankenversicherung 23 (bzw. 29) Minuten (vgl. Neubauer/Birkner 1980, S. 155).

In den letzten Jahren ist nun in zunehmendem Maße die Forderung nach Einführung einer direkten monetären Ko-

stenbeteiligung der Patienten an den Gesundheitsausgaben erhoben worden, wobei derartige Pläne unter einer Vielzahl von Schlagworten – wie „Rückgriff auf Marktkräfte“, „Preissteigerung“, „Stärkung der Eigenverantwortlichkeit“ – präsentiert wurden. Dabei werden die Begriffe Kostenbeteiligung, Eigenbeteiligung und Selbstbeteiligung meist synonym verwendet. Während die Position der Bundesregierung noch uneinheitlich erscheint, hat durch die FDP-Initiative zur Einführung von Wahlтарifen (Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sollen den Umfang des Versicherungsschutzes in Grenzen frei wählen können) sowie durch das auf dem 83. Deutschen Ärztetag 1980 vorgelegte „Blaue Papier“ die Selbstbeteiligungsdiskussion an Intensität zugenommen. Außerdem wurde von einzelnen FDP-Parlamentariern vorgeschlagen, Krankenhauspatienten in Höhe der ersparten Verpflegungsaufwendungen zur Kasse zu bitten (fdk tagesdienst Nr. 921/79 u. 122/80). Es drängen sich die Fragen auf, erstens, welche Argumente für und gegen die Einführung einer Selbstbeteiligung sprechen, zweitens, welche Formen einer Selbstbeteiligung überhaupt in Frage kommen, und drittens, wie diese zu bewerten sind (vgl. auch Münnich 1980).

## **2. Finanzierungs- und Steuerungsaspekte von Eigenbeteiligungsregelungen**

In der Diskussion um eine Kostenbeteiligung der Patienten werden die verschiedensten Argumente vorgebracht, die in folgende Gruppen zusammengefaßt werden können:

- a) das Finanzierungsargument: Die durch eine Selbstbeteiligung von den Patienten aufgebrachten Geldmittel stellen eine zusätzliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung dar. Dadurch kann ein weiteres Steigen der Krankenversicherungsbeiträge verhindert werden. Sicherlich mögen in der politischen Verant-

- wortung Stehende dieses Argument für überzeugend halten – denn schließlich ist ein ständiges Steigen der Krankenversicherungsbeiträge nicht gerade populär. Doch spricht aus ökonomischer Sicht nicht viel für das Finanzierungsargument – denn besagt es doch letztlich, daß man das vom Versicherten über eine Selbstbeteiligung kassieren will, was man aus kosmetischen Gründen nicht über die Krankenkassenbeiträge finanzieren möchte. Deshalb sollte das Finanzierungsargument nur dann akzeptiert werden, wenn man eine stärkere Belastung der Kranken zugunsten der Gesunden für gerecht hält. Dies ist sicherlich eine Gerechtigkeitsvorstellung, die nicht jedermann teilt.
- b) das risikotheoretische Argument: Risikotheoretische Überlegungen zur optimalen Nachfrage nach Versicherungsschutz zeigen, daß, wenn ein Individuum sich frei entscheiden kann, es seine Risiken nie voll versichert, sondern Selbstbeteiligungsregelungen vorzieht. Beschreiben die Voraussetzungen der Risikotheorie (bzw. der Entscheidungstheorie unter Unsicherheit) die Realität zutreffend, so folgt hieraus, daß man den Präferenzen der Bevölkerung mit der Einführung von Selbstbeteiligungen entgegenkommt. Kernstück dieser Theorie ist das schon 1738 vom Mathematiker Daniel Bernoulli entwickelte und 1944 von Neumann und Morgenstern wieder aufgegriffene Konzept der Maximierung des Erwartungsnutzens (vgl. Eisen 1979 und Sterk 1979). Ob sich tatsächlich die Menschen so verhalten, wie in der Risikotheorie postuliert wird, ist umstritten.
- c) das Nulltarif-Argument: Die Verteilung von Arztleistungen zum „Nulltarif“ führt dazu, daß die Versicherten ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bis zur Sättigungsmenge ausdehnen (maximale Nachfragemenge), was zu einer Überbeanspruchung der knappen Ressourcen führt. In der öffentlichen Diskussion hört sich das Nulltarif-Argument häufig dann wie folgt an: „Das Gesundheitsversorgungssystem soll nicht zum Selbstbedienungsladen werden.“

d) das Moral-Hazard Argument: Außerdem verspricht man sich durch eine finanzielle Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten eine Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Menschen. Ein verändertes Kosten- und Gesundheitsbewußtsein der Individuen veranlaßt sie möglicherweise zu einer gesünderen Lebensweise, zu präventivem Gesundheitsverhalten und zu einem verstärkten Einsatz von bewährten Hausmitteln bei Bagatellerkrankungen. Wie in II, 3. schon ausgeführt, offenbaren empirische Untersuchungen u. a. erschreckende Tatsachen über die Zahn(nicht)pfllegegewohnheiten weiter Teile der Bevölkerung. Auch könnte eine Selbstbeteiligung den Patienten ermuntern, gelegentlich mit dem Arzt über die Kostenseite der Behandlung zu sprechen, wodurch auch dieser zur Anwendung kostensparender Behandlungsmethoden veranlaßt wird. Das Moral-Hazard Argument besagt somit, daß durch den vollen Versicherungsschutz Selbstvorsorge-, Schadenverhütungs- und Kostenersparnismaßnahmen eingeschränkt werden und somit ein ökonomisch nicht vertretbarer zusätzlicher Bedarf an Leistungen erwächst (vgl. zur theoretischen Begründung des Moral-Hazard Arguments Schulenburg 1978, sowie zu der empirischen Belegung u. a. Ginsburg/Manheim 1973).

Wie schon mehrfach angedeutet, werden die genannten Argumente nicht allgemein akzeptiert. Von den Gegnern einer Selbstbeteiligung werden eine Vielzahl von Argumenten genannt, die in drei Gruppen zusammengefaßt werden können:

a) die Gruppe der Distributionsargumente: Es wird behauptet, daß eine Selbstbeteiligung zu einer „ungerechten“ Verteilung von Gesundheitsgütern führe. Der Vorteil der Pflichtvollversicherung ist ja gerade in einer gleichmäßigen Gesundheitsversorgung zu sehen, da niemand durch monetäre Erwägungen vom Arztbesuch abgehalten wird. Außerdem bedeutet eine Selbst-

beteiligung eine Mehrbelastung der Kranken, was mit dem Gerechtigkeitspostulat, man solle gerade die Kranken einer Gesellschaft unterstützen und finanziell entlasten, kollidiert.

- b) die Gruppe der Allokationsargumente: Ausgangspunkt dieser Argumente ist der besondere Charakter des Gutes Gesundheitsversorgung. Es sei gerade nicht optimal, so wird festgestellt, bei ihm Angebot und Nachfrage Marktkräften zu unterwerfen. Die besonderen Charakteristika sind vor allem in der fehlenden Konsumentenouveränität und -rationalität (z. B. weil die Nachfrage vor allem vom Arzt bestimmt wird und werden soll; weil viele Kranke ihre Krankheit ignorieren; weil Geistesranke, Unfallranke usw. sowieso schlecht in ein Marktmodell passen) und starken externen Effekten zu sehen (z. B. weil Krankheiten ansteckend sind; weil Krankheiten die Arbeitsproduktivität beeinflusst; weil Krankheit auch die Gesunden in ihrem Wohlbefinden beeinflusst).
- c) die Gruppe der „bürokratischen“ Argumente: Diese reichen von der Feststellung, daß eine Selbstbeteiligung aus verwaltungstechnischen Gründen kaum möglich sei, bis zu dem Hinweis, die zusätzlichen Verwaltungskosten würden die zu erwartenden Einsparungen übersteigen. So wurden z. B. die Verwaltungsmehrkosten einer Selbstbeteiligung auf 20–30 DM pro Versicherten im Wahltarif geschätzt (vgl. Schneider 1981, S. 224).

Ganz davon abgesehen, ob man nun den pro- oder den contra-Argumenten zustimmt, bleibt es doch ungewiß, ob die in der Diskussion befindlichen Selbstbeteiligungsmodelle überhaupt Steuerungswirkungen haben. Als Voraussetzung hierfür können folgende Punkte genannt werden:

- a) Die Beteiligung des Patienten muß merklich sein. Ist die finanzielle Belastung für den Patienten zu gering, so wird er sich kaum veranlaßt sehen, sein Verhalten zu ändern. Ich halte z. B. die derzeitige Selbstbeteili-

gung von 1 DM pro verschriebenem Medikament für so gering, daß sie wohl kaum zu einem geringeren Arzneimittelkonsum führen wird. Inwieweit die 20%ige Eigenbeteiligung beim Zahnarzt das Nachfrageverhalten beeinflusst, sollte hingegen untersucht werden.

- b) Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen muß preiselastisch sein, d. h., eine Erhöhung des Konsumentenpreises muß zu einer Reduktion der Nachfrage führen. Während empirische Untersuchungen in den USA diese Voraussetzung eher für gegeben halten, lassen die spärlichen deutschen Erfahrungen mit diesem Instrument den Schluß zu, daß mit einer deutlichen Nachfragesenkung aufgrund einer Selbstbeteiligung kaum zu rechnen ist. In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der bekanntesten amerikanischen Untersuchungen kurz wiedergegeben. Dabei besagt z. B. eine Nachfrageelastizität von 0,67 (Feldstein 1971), daß die Gesundheitsausgaben um 0,67% steigen, wenn der Konsumentenpreis um 1% sinkt. Rosett und Huang (1973) gelangen aufgrund ihrer Analyse zu dem Ergebnis, die Gesundheitsausgaben würden um 80% steigen, wenn die Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten von 20% auf 0% gesenkt würde.

In der Bundesrepublik Deutschland können die Wirkungen von Selbstbeteiligungsregelungen nur schwer abgeschätzt werden, weil sie in der Realität – bis auf wenige Ausnahmen – nur bei privaten Krankenversicherungen (PKV) vorzufinden waren. Tabelle 10 zeigt das Ergebnis von Privatversicherten im Jahre 1979. Nach ihr haben PKV-Versicherte, wenn sie eine Selbstbeteiligungsregelung gewählt haben, im Durchschnitt höhere Behandlungskosten (pro Jahr und pro Behandlung) verursacht als PKV-Versicherte mit 100%-igem Versicherungsschutz (vgl. Schneider 1981). Ein Ergebnis, welches diametral zu dem steht, was man erwarten würde.

- c) Die dritte Wirksamkeitsvoraussetzung verlangt, daß der Nachfrager überhaupt einen Entscheidungsspiel-

raum haben muß. Diese Voraussetzung wird vielfach mit dem Hinweis auf die Angebotsdominanz des Arztes in Frage gestellt. Denn, ist man erst einmal in ärztlicher Behandlung, so bestimmt meist nicht der Patient, sondern der Arzt, wie die Behandlung vonstatten gehen soll. Stimmt man dem Angebotsdominanzargument zu, so kann eine Steuerung in diesem Bereich nur am Verhalten des Arztes anknüpfen. Entsprechende Möglichkeiten werden wir im V. Kapitel diskutieren.

**Tabelle 9:** Studien zur Nachfrageelastizität von Gesundheitsleistungen

Untersuchung	bezogen auf welche Gesundheitsleistungen	Methode	Untersuchungsergebnis
Feldstein 1971	stationäre Leistungen	US-Bundesstaaten Zeitreihenanalyse Punktlastizität	0,67
Davis/Russell 1972	stationäre Leistungen	US-Bundesstaaten Kreuzschnitte Punktlastizität	0,5
	ambulante Leistungen	US-Bundesstaaten Kreuzschnitte Punktlastizität	1,0
Rosett/Huang 1973	stationäre und ambulante Leistungen	Daten einzelner Haushalte  Punktlastizität	0,35– 1,5
Phelps/ Newhouse 1974	stationäre und ambulante Leistungen sowie Arzneimittel	Daten unterschiedlicher Erhebungsgebiete temporär, regional oder personenbezogene Bogenelastizität	0,04– 0,40

**Tabelle 10:** Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung

Selbstbeteiligung	Durchschnittliche Kosten je Befragten (in DM)	Durchschnittliche Kosten je Befragten pro Behandlung (in DM)
10%	811	1 159
20%	1 529	2 066
0– 250 DM	1 153	1 483
250– 550 DM	1 085	1 582
550–2 000 DM	1 680	2 240
Selbstbeteiligung PKV insgesamt	1 262	1 703
ohne Selbstbeteiligung	930	1 514

**Quelle:** Primärerhebung Infratest/Inifes 1979,  
Selbstbeteiligungs-Studie S. 43

### **3. Welche Formen der Eigenbeteiligung sind denkbar? Wie sind sie aus medizinischer, sozialpolitischer und ökonomischer Sicht zu beurteilen?**

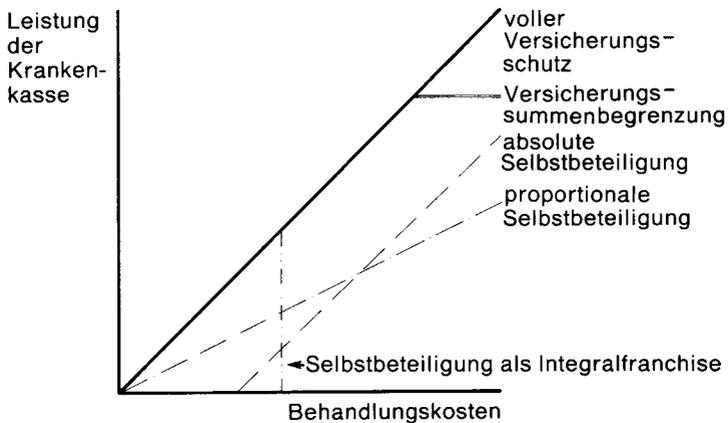
Die stärkste Form der Eigenbeteiligung ist der selektive Ausschluß von Leistungen, wofür zwei Kriterien herangezogen werden könnten: Ausschluß von Leistungen, die aufgrund fahrlässiger oder vorsätzlicher ungesunder Lebensweise notwendig werden sowie von Leistungen, die aus medizinischer Sicht nicht unbedingt erforderlich erscheinen. Beispiele für das erstgenannte Kriterium wären Gesundheitsschäden durch übermäßigen Drogen-, Alkohol- oder Zigarettengeuß sowie Sportverletzungen. Wie

schwer das zweite Kriterium in der Realität angewendet werden kann, hat sich bei der Durchsetzung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes gezeigt.

Es sieht – wie schon in II, 1 erwähnt – u. a. vor, daß Arzneien zur Behandlung von Bagatellerkrankungen nicht mehr durch die Krankenkassen bezahlt werden brauchen. Wie sehr derartige Bemühungen zu begrüßen sein mögen, zeigen empirische Untersuchungen, nach denen ca. 60% aller verordneten Medikamente nicht auf Betreiben des Arztes, sondern primär auf Wunsch des Patienten verschrieben werden, und hiervon sollen wiederum ca. 70% sogar gegen die Einsicht des Arztes verschrieben werden (vgl. FZV-Information 3/81, S. 16). Eine generelle Aussage darüber, welche Arzneimittel ausschließlich zur Therapie von Bagatellerkrankungen angewendet werden, ist indes recht schwierig. Deshalb scheint die Regelung im KVKG nun auch dahingehend ausgelegt zu werden, daß alle jene Medikamente aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen herausgenommen werden, für die öffentlich Werbung betrieben wird – eine sicherlich wenig sinnvolle Auslegung.

Eine weitere Eigenbeteiligungsform ist die Beitragsdifferenzierung nach Risikoklassen bzw. eine Bonus-Malus-Tarifierung (vgl. Münnich 1980). Die Risikoklasseneinteilung kann aufgrund von sozioökonomischen Kriterien (Alter, Geschlecht, Beruf etc.) oder der Zahl und Schwere früherer Erkrankungen erfolgen. Hierdurch würde die gesetzliche Krankenversicherung einen Teil ihres sozialen Charakters verlieren. Außerdem sind hiervon kaum Steuerungswirkungen zu erwarten. Ähnlich sieht es mit Bonus-Malus-Regelungen aus, bei denen der Versicherte einen höheren (oder einen niedrigeren) Beitrag zahlen muß, wenn die jährlichen Behandlungskosten eine bestimmte Grenze übersteigen (oder unterschreiten). Eine derartige Maßnahme war die früher gewährte Prämie für den Nichtgebrauch des Krankenscheines.

**Abbildung 8:** Selbstbeteiligungsformen



In der privaten Krankenversicherung sind vor allem proportionale oder absolute Selbstbeteiligungen üblich. Abbildung 8 verdeutlicht ihre Funktionsweise. Bei einer proportionalen Selbstbeteiligung (engl.: co-insurance), wird der Patient mit einem bestimmten Prozentsatz (z. B. 20%) an den Behandlungskosten beteiligt. Bei einer absoluten Selbstbeteiligung – auch Selbstbehalt (engl.: deductible) genannt – übernimmt die Krankenkasse nur den Teil der Kosten, der einen bestimmten vorher festgelegten Betrag pro Rechnungsperiode (z. B. 500 DM pro Jahr) übersteigt. Die größere Steuerungswirkung ist wahrscheinlich von einer proportionalen Selbstbeteiligung zu erwarten. Jedoch kann sie auch zu sozialen Härten führen, wenn aufgrund einer schweren Erkrankung die Behandlungskosten „astronomische Zahlen“ annehmen. Deshalb scheint eine Kombination beider Selbstbeteiligungsformen geeignet zu sein.

In vielen Versicherungszweigen wird eine Versicherungssumme vereinbart, d. h. eine Höchstgrenze, die der Versicherer maximal bereit ist zu tragen. Derartige Regelungen

gen gibt es und gab es auch bei der sozialen Krankenversicherung im In- und Ausland. Sie ist jedoch bei der Krankenversicherung als Selbstbeteiligungsform kaum zu begrüßen, da die einzelnen Menschen gerade ein Interesse daran haben werden, daß sie gegen schwere und hohe Risiken geschützt sind.

In anderen Versicherungszweigen werden daher auch Integralfranchisen angeboten (vgl. Abb. 8). Hierunter versteht man eine Selbstbeteiligung des Patienten in voller Höhe der Behandlungskosten – aber nur, wenn diese einen bestimmten Betrag pro Jahr nicht übersteigen. Andernfalls trägt der Versicherer die gesamten Behandlungskosten. Diese Selbstbeteiligungsform wird meist weniger mit Steuerungseffekten als vielmehr mit Verwaltungskostenersparnis begründet, da die vielen kleineren Schäden vom Versicherungsnehmer direkt übernommen werden. Ob dieses Verwaltungskostenargument jedoch auch für das derzeitige System der gesetzlichen Krankenversicherung gilt, ist fraglich. Die Einführung einer Integralfranchise würde sicherlich zunächst erst einmal zu hohen Umstellungskosten bei Patienten, Kassen, Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Leistungsanbietern führen.

Als letzte zur Auswahl stehende Eigenbeteiligungsform seien Fixbeträge erwähnt, die pro in Anspruch genommener Leistungsmengeneinheit erhoben werden. Hierzu zählt z. B. die schon erwähnte Rezeptgebühr pro verschriebenem Medikament. Aber es wäre auch ein Fixbetrag pro Behandlung, pro Einzelleistung oder pro Krankenhaustag denkbar. Diese Formen der Eigenbeteiligung haben zum Nachteil, daß beim Patienten nicht das Kostenbewußtsein gesteigert wird, da seine Beteiligung unabhängig von den tatsächlichen Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen ist.

Keine der genannten Formen kann aus medizinischer, ökonomischer oder sozialpolitischer Sicht nur positiv be-

**Tabelle 11:** Selbstbeteiligung bei sozialen Krankensicherungssystemen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft

Land	Arzt- und Zahnarztleistungen	Krankenhausleistungen	Arzneimittel
B	25% der vereinbarten Gebühren	0	feste, gestaffelte Rezeptgebühren
D	20% bei Zahnersatz und Zahnkronen	ab 79. Woche Beteiligung je nach Vermögensverhältnissen möglich	feste Gebühren pro Medikament
DK	Tarif A: 0 Tarif B: die die amtl. Gebührensätze übersteigenden Rechnungsbeträge	0	25%
F	25% der vereinbarten Gebühren und darüber hinausgehende Beträge	20% für Pensionäre: 0	30% bei „normalen“ Medikamenten, 10% bei „Spezialmedikamenten“
GB	0	0	feste Gebühr pro Medikament
IRL	Tarif A: 0 Tarif B: starke Selbstbeteiligung der Patienten		bis ca. 24 DM pro Monat je Person
I	20% der vereinbarten Gebühr, bei Zahnersatz	ab 26. Woche Beteiligung je nach Vermögensverhältnissen möglich	25%

L		ab 180 Tage Beteiligung je nach Vermögens- verhältnissen möglich	
NL	0 bis auf Zahnersatz	bis 365 Tage 0 bei Tarif A danach 0 für alle	bei Tarif A: 0

**Quelle:** Schulenburg, Gesundheitsversorgung durch soziale Krankenversicherung – ein Ländervergleich, in: Männer, Forschungszwischenbericht des Seminars für Versicherungswissenschaft der Universität Göttingen, Göttingen 1978

wertet werden. Einerseits will man das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung stärken, andererseits soll niemand aufgrund finanzieller Überlegungen bei gesundheitlichen Beschwerden von einer Arztkonsultation abgehalten werden. Deshalb sollten auf jeden Fall Vorsorgeuntersuchungen sowie Früherkennungsmaßnahmen, das regelmäßige zahnärztliche „check-up“ von einer Selbstbeteiligung ausgenommen bleiben; denn eine nicht rechtzeitig erkannte Erkrankung oder ein zu spät behandelter Zahn können letztlich zu höheren Behandlungskosten führen, als wenn sofort therapeutische bzw. kurative Maßnahmen ergriffen werden. Hieraus folgt, daß ein relativ differenziertes Selbstbeteiligungssystem von den Kassen und ärztlichen Vereinigungen entworfen werden sollte, welches einen Kompromiß zwischen medizinischen und sozialen Zielen sowie ökonomischen Notwendigkeiten darstellt: Denkbar wäre z. B. eine Selbstbeteiligung von 20% mit einer jährlichen Höchstbegrenzung von 300 DM, von der jedoch die oben genannten Leistungsbereiche von der Selbstbeteiligung ausgenommen bleiben. Außerdem könnte eine besondere Selbstbeteiligungsregelung

in den Bereichen installiert werden, in denen eine nicht im medizinischen Bereich liegende Qualitätsdifferenzierung der Leistungen vorgenommen werden kann. Das bekannte Beispiel hierfür ist die Krankenhausversorgung, bei der der Patient durch eigene Zusatzzahlungen eine Unterbringung in Zwei- oder Einbettzimmern erhalten kann. Eine derartige Regelung könnte aber auch bei einigen ambulanten Leistungsbereichen gewählt werden – z. B. bei Zahnkronen und Zahnersatz. Hier könnten Listen von pauschalen Zuschüssen für bestimmte Leistungen (z. B. 400 DM pro Zahnkrone) zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden, welche ausreichen, um die kostengünstigste Lösung des Patientenproblems zu finanzieren. Wünscht der Patient eine aufwendigere Lösung, so muß er den über den Zuschuß hinausreichenden Betrag aus eigener Tasche bezahlen. Hierdurch würde sowohl den individuellen Präferenzen der Patienten Rechnung getragen werden, als auch der Wettbewerb unter den Ärzten bzw. Zahnärzten gefördert werden. Letzteres vor allem deshalb, weil die Patienten nun einen Anreiz haben, den Arzt zu suchen, der ihre Zusatzwünsche möglichst kostengünstig befriedigt.

## **V. Möglichkeiten, Probleme und Grenzen einer veränderten Angebotssteuerung**

Wie in III, 4 dargestellt, wird das gegenwärtige Honorierungssystem wegen seiner Steuerungs- und Verteilungseigenschaften stark kritisiert. Die Frage stellt sich dann natürlich, ob es Alternativen zum bestehenden System gibt, die in ihren Wirkungen vergleichsweise besser zu beurteilen sind, und ob von der Realisierung gemachter Reformvorschläge tatsächlich eine verbesserte Angebotssteuerung zu erwarten ist. Für eine eingehendere Behandlung dieser Frage erscheint es zweckmäßig, das Honorierungssystem unter dem Gesichtspunkt des Honorarverfahrens, der Honorarform und des Honorartarifes zu betrachten.

### **1. Honorarverfahren**

Unter Honorarverfahren wollen wir die technische Abwicklung der Honorierung der Leistungen frei praktizierender Ärzte und Zahnärzte verstehen. Gegenwärtig haben wir bei der Gesetzlichen Krankenversicherung ein zweistufiges Honorarverfahren. D. h. die Krankenkassen zahlen mit rechtlich befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung, welche aufgrund der insgesamt erbrachten Einzelleistungen unter Zugrundelegung der Vertragsgebührenordnungen berechnet wird. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen wiederum haben zur Aufgabe, diese Gesamtvergütung auf ihre Mitgliedsärzte aufzuteilen, wobei wiederum die Vertragsgebührenordnung herangezogen wird (vgl. I, 2.).

Kritiker des praktizierten Honorierungssystems wollen dieses Verfahren vor allem in zweierlei Hinsicht ändern: Erstens sollen die Patienten an den Kosten beteiligt werden, indem sie direkt Zahlungen an den behandelnden

Arzt zu leisten haben. Hierauf sind wir bereits im vorigen Kapitel eingegangen. Zweitens wird eine Pauschalierung oder Plafondierung der Gesamtvergütung vorgeschlagen, in der Hoffnung, damit die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu bremsen. Bei einer Pauschalierung wird ex ante eine feste Summe – die Pauschale – festgelegt, welche die Krankenkassen an die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zu entrichten haben. Derartige Pauschalhonorierungsverfahren wurden und werden für die gesamte ambulante Versorgung wie auch für bestimmte Leistungsbereiche (z. B. Labor- und zahnprothetische Leistungen) vorgeschlagen und diskutiert. Dadurch würden natürlich die Krankenkassen ihre Versicherungsfunktion in den betreffenden Bereichen verlieren – denn die Folgen einer erhöhten oder niedrigeren Morbidität hat bei einer Pauschalierung voll die Ärzteschaft zu tragen. Man kann darüber streiten, ob die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen von ihrer Anlage und Aufgabe her dazu geeignet sind, Versicherungsfunktionen zu übernehmen. Aber auch über eine andere Folge der Pauschalierung sollte man sich Klarheit verschaffen. Während beim derzeitigen Verfahren der Arzt normalerweise genau weiß, wieviel er pro Leistung erhält, ist dies bei einer Pauschalierung nicht mehr der Fall: Der Gebührenordnungspunktwert muß nämlich von der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung ex post so angeglichen werden, daß die Pauschale zur Honorierung der erbrachten Leistungen ausreicht. Sandmo (1971) und Leland (1972) haben in ihren risikothoretischen Arbeiten ganz generell die allokativen Nachteile einer Preisunsicherheit bei den Produzenten herausgearbeitet. Diese bestehen vor allem in einem verringerten Engagement der Leistungsanbieter, in einer veränderten Faktoreinsatz- und Angebotsstruktur sowie einer Verlagerung der Produktion auf solche Leistungen, bei denen der erwartete Erlösüberschuß über die Kosten am größten und das Risiko am kleinsten ist. Die Sicherheit der Krankenkassen über die Höhe ihrer Gesamtvergütung wird über eine Verunsicherung der Leistungserbringer durch geringere Effizienz der ambulanten Versorgung erkaufte.

Die genannten Aspekte gelten auch für eine Plafondierung der Gesamtvergütung, bei der das gegenwärtige Verfahren beibehalten bleibt, aber eine Höchstbegrenzung – ein Plafond – festgelegt wird. Somit stellt die Plafondierung ein Mischverfahren zwischen der derzeitigen zweistufigen Einzelleistungsvergütung und der Pauschalierung dar. Wird eine Pauschale durch einen gleich hohen Plafond ersetzt, so steht sich bei ihm die Ärzteschaft insgesamt schlechter, da sie keinen Vorteil von einer geringen Morbidität hat, jedoch die Kosten einer hohen Morbidität tragen muß.

Aus den genannten Gründen ist es aus ökonomischer und medizinischer Sicht vorzuziehen, wenn statt Pauschalierungen und Plafondierungen die Honorarform und die Honorartarife von den Vertragspartnern entsprechend gestaltet werden.

## **2. Honorarform**

Die Honorarform betrifft die Bemessungskriterien, die der Honorarberechnung zugrunde gelegt werden. Wie in III, 4. dargelegt, werden die Steuerungswirkungen der Honorarform „Einzelleistungshonorierung“ nicht nur positiv beurteilt. Einerseits verlangt sie eine Fortschreibung der Gebührensätze und Gebührensatzrelation, die den sich verändernden medizinischen und ökonomischen Bedingungen Rechnung trägt. Noch stärker, als es in den letzten Jahren der Fall war, bedürfen in der Zukunft die vorhandenen Gebührenordnungen struktureller Veränderungen, damit unbegründete Einkommensdivergenzen innerhalb der Ärzteschaft abgebaut werden und konservierende zahnmedizinische Leistungen gegenüber den prothetischen sowie arztarbeitsleistungsintensive Leistungen gegenüber medizinisch-technischen aufgewertet werden. Als weiteres Steuerungsproblem der Einzelleistungshonorierung ganz generell wird der von ihr ausgehende Incentive angesehen, daß für Krankenbehandlungen möglichst viele und teure Einzelleistungen vom Arzt pro-

duziert werden. Dies liegt daran, daß bei der ärztlichen Leistung nicht der Output (= Behandlungserfolg) honoriert wird, sondern die Inputs (= Einzelleistungen).

Jedoch scheint – trotz jahrelanger Forschung zur Entwicklung von Gesundheitsindikatoren zur Messung des Output von Gesundheitsversorgungsinstitutionen (eine Übersicht gibt Jazairi 1976) – eine Messung des Behandlungserfolges und damit eine Output-orientierte Honorierung (zumindest derzeit) nicht möglich. Daher knüpfen alle denkbaren, im Ausland oder aber in der Vergangenheit in Deutschland verwendeten Alternativen zur Einzelleistungshonorarform ebenfalls mehr oder minder an der Inputseite ärztlicher Leistungserbringung an. Als weitere Honorierungskriterien statt der erbrachten Einzelleistungen kommen in Frage:

- der Zeitraum, für den sich der Arzt bereit erklärt, Krankenbehandlungen durchzuführen. Dies läuft praktisch auf die Gewährung eines „Fixums“ hinaus (Erlös- oder Einkommensfixierung).
- die Zahl der Menschen, für die sich der Arzt verpflichtet, im Krankheitsfall die ärztliche Versorgung zu übernehmen. Wir erhalten dann die Honorarform „potentielle Patienten“ – auch „Kopfpauschale“ genannt.
- die Zahl der Patienten oder vorgenommenen Behandlungen während der Rechnungsperiode, d. h. eine Honorierung aufgrund der Patientenzahl (Krankenscheine) bzw. der Zahl der Behandlungsfälle.
- und die in der Praxisproduktion eingesetzten Faktorenmengen, wodurch die Honorarform „Faktoreinsatzmengen“ Anwendung finden würde.

Obwohl für das „Fixum“ seine einfache Handhabung und seine kostensparende Anreizwirkung spricht, wird seine alleinige Verwendung – wie Erfahrungen aus den USA und Schweden sowie der Anfangszeit der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zeigen – zu einer drastischen Verschlechterung der ambulanten Versorgung füh-

ren (lange Wartezeiten, Anstieg der Überweisungen in den stationären Sektor, schlechte Praxisausstattungen usw.). Letztlich ist das Fixum ohne genau spezifizierte Auflagen (Praxiseröffnungszeiten, Aufgaben usw.) sowie einer nicht zu begrüßenden hierarchischen Organisation (wie im Krankenhaus) kaum denkbar. Trotzdem könnte ein Fixum in Ausnahmefällen (z. B. für nachgewiesene Weiterbildungsaktivitäten, Bereitschaftsdienst) sinnvoll sein oder zur Erreichung einer gleichmäßigeren regionalen Verteilung von Arztpraxen, indem in unterversorgten Gebieten zum Einzelleistungshonorar ein zusätzliches Fixum bezahlt wird, eingesetzt werden.

Die Honorarform „potentielle Patienten“, welche bei der Honorierung von praktischen Ärzten im National Health Service in Großbritannien verwendet wird, kann folgendermaßen organisiert werden: In den Arztpraxen werden Listen ausgelegt. Jeder Versicherte muß sich vor jeder Rechnungsperiode in die Liste des Arztes eintragen, den er im Krankheitsfall konsultieren möchte. Das ärztliche Honorar ergibt sich dann aufgrund der Zahl der Eintragungen – gleichgültig wieviel Patienten mit welchen Problemen ihn tatsächlich während der Rechnungsperiode aufsuchen. Diese Honorarform wird – verglichen mit der Einzelleistungshonorierung – den Wettbewerb unter den Ärzten verstärken und zudem langfristig vielleicht zu einer besseren regionalen Verteilung der Arztpraxen führen, da es in unterversorgten Gebieten leichter ist, einen großen Stamm an potentiellen Patienten aufzubauen. Aber diese Honorarform birgt auch eine Reihe von Steuerungsproblemen, da bei ihr der einzelne Arzt voll das Morbiditätsrisiko trägt (Gefahr von Selektionsprozessen, Qualitätsverlust bei aufwendigen Behandlungen etc.) und der Versicherte – zumindest für einen bestimmten Zeitraum – in seiner freien Arztwahl beeinträchtigt wird.

Eine Honorierung aufgrund der Zahl der Behandlungsfälle, aber auch die heutzutage häufig propagierte Leistungskomplexhonorierung, setzt eine genaue Abgren-

zung und Beschreibung voraus, was ein Behandlungsfall bzw. ein Leistungskomplex darstellt – ein vielfach recht schwieriges Unterfangen. Deshalb scheinen diese Honorarformen nur in Teilbereichen möglich und wünschenswert – und zwar bei einfachen, standardisierbaren Patientenproblemen.

Die letztgenannte Honorarform ist ebenfalls als generelle Lösung nicht zu begrüßen, läuft sie doch auf eine Kostenersatzungsgarantie hinaus, mit der man im stationären Bereich (Krankenhausfinanzierung) recht schlechte Erfahrungen gemacht hat. Sie könnte allerdings gezielt zur Förderung des technischen Fortschritts in Arztpraxen eingesetzt werden, indem z. B. ein spezielles Honorar für die Anschaffung bestimmter medizinischer Geräte gewährt wird.

Wie die wenigen Bemerkungen zeigen, ist keine der möglichen Honorarformen sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Sicht als ideal zu bezeichnen. Deshalb scheint ein Festhalten an der gegenwärtigen Einzelleistungshonorierung und ein stetiges Bemühen um ihre Verbesserung für gerechtfertigt. Allerdings sollten die Vertragspartner auch darüber nachdenken, ob nicht negative Effekte der Einzelleistungshonorierung durch zusätzliche Berücksichtigung anderer Bemessungskriterien bei der Honorierung in Ausnahmefällen oder bestimmten Leistungsbereichen sowie unterversorgten Regionen kompensiert werden können. Von einer generellen Änderung der Honorarform ist jedoch keine kostenneutrale Verbesserung der Versorgung oder eine Kostendämpfung bei Qualitätserhaltung in der Versorgung zu erwarten.

### **3. Honorartarif**

Der Honorartarif ist die gebührenmäßige Bewertung der durch die Honorarform bestimmten abrechenbaren Leistungen, d. h. die Festlegung der Gebührensätze und -relationen. Z. B. sind bei der bei uns praktizierten Honorar-

form „Einzelleistungshonorierung“ die Gebührensatzre-  
lationen durch die in den Vertragsgebührenordnungen  
bei den Einzelleistungen angegebenen Punktzahlen be-  
stimmt, während sich die entsprechenden Gebührensatz-  
höhen durch eine jeweilige Punktzahl multipliziert mit  
dem vereinbarten Punktwert ergeben.

In einer vielseitigeren Gestaltung des Honorartarifs liegt  
noch ein bislang noch nicht erschöpfend genutztes Steuer-  
ungspotential. So könnten z. B. zusätzliche Anreize zu  
einer gleichmäßigeren Versorgung mit Arztpraxen da-  
durch gegeben werden, indem der Honorartarif regional  
nach Ortsgröße, Bevölkerungs- und Arztdichte differen-  
ziert wird. Es hat sich herausgestellt, daß alte Menschen,  
Jugendliche und Kinder häufig einer besonders zeitinten-  
siven ärztlichen Beratung und Betreuung bedürfen. Die-  
sem Faktor kann durch einen entsprechenden patienten-  
gruppenbezogenen Honorartarif Rechnung getragen wer-  
den.

Auch könnte der Honorartarif die Eigenheiten der Praxen  
bzw. der Praxisinhaber berücksichtigen, indem bei star-  
ker Spezialisierung des Leistungsangebotes Abschläge  
und bei jungen und alten Praxisinhabern Zuschläge im  
Honorartarif eingebaut werden.

Abschließend sei auf eine weitere steuerungsmäßig recht  
interessante Gestaltungsmöglichkeit des Honorartarifes,  
die bisher kaum beachtet wurde, hingewiesen: Derzeit  
sind die Gebührensätze mengenunabhängig, d. h., der  
Gebührensatz für eine Gebührenposition ist unabhängig  
davon, ob diese vom Arzt im Quartal dreißig- oder hun-  
dertmal abgerechnet wird (proportionaler Honorartarif).  
Es ist unmittelbar einleuchtend, daß mit der Leistungs-  
menge steigende Gebührensätze (progressiver Honorar-  
tarif) einen Anreiz zur Spezialisierung geben, während  
mit der Leistungsmenge fallende Gebührensätze (degres-  
siver Honorartarif) ein stärker diversifiziertes Leistungs-  
angebot lukrativer machen. Z. B. ist zu beobachten, daß

noch nicht lange niedergelassene frei praktizierende Zahnärzte häufig relativ wenig Patienten versorgen (gemessen an der Zahl der Scheine), jedoch starke Spezialisierungstendenzen hinsichtlich prothetischer Leistungen erkennen lassen (vgl. FZV-Information 4/81). Dieser Tendenz könnte ein degressiver Honorartarif entgegenwirken. Manche aus medizinischer und ökonomischer Sicht negativ zu beurteilende Steuerungswirkungen der Einzelleistungshonorierung (vgl. III, 4. d) könnten durch einen degressiven Honorartarif in bestimmten Leistungsbereichen sowie eine differenzierte Handhabung kompensiert werden.

## VI. Fazit

Ein ideales Steuerungssystem für die ambulante Gesundheitsversorgung ist nicht in Sicht. Änderungen der Nachfragersteuerung durch Einführung von Selbstbeteiligungsregelungen sowie der Anbietersteuerung durch Modifikationen des gegenwärtigen Honorierungssystems erscheinen unter dem Eindruck der Kostenexplosion zwar als wünschenswert, jedoch steckt die Schwierigkeit im Detail. Den in der Diskussion befindlichen Reformvorschlägen, die generelle Lösungen präferieren, kann aus ökonomischer, medizinischer und sozialpolitischer Sicht nicht uneingeschränkt zugestimmt werden. Dies liegt daran, daß die Gesundheitsversorgung aus dem Blickwinkel des Nachfragers als spezielles Gut zu betrachten ist, welches sich von „normalen“ Gütern erheblich unterscheidet. Betrachtet man die Angebotsseite, so stellt man fest, daß der „Output“ ärztlicher Bemühungen schwer meßbar ist und die produzierten Leistungen wegen der Unterschiedlichkeit der Patientenprobleme vielfach sehr heterogen sind.

Wegen der Unvollkommenheit bestehender und denkbarer alternativer Steuerungs- und Organisationsmechanismen bekommt deshalb einerseits das Kosten- und Gesundheitsbewußtsein der Versicherten und andererseits die ärztliche Ethik ein besonderes Gewicht. Je stärker diese Komponenten ausgebildet sind, desto geringer wird ein suboptimaler Steuerungsmechanismus zu negativen Folgen führen.

Trotzdem können durch differenzierte Selbstbeteiligungsregelungen und Modifikationen des Honorierungssystems Verbesserungen der Nachfrager- und Anbietersteuerung erreicht werden, so daß einerseits die medizi-

nischen und sozialpolitischen Ziele nicht verfehlt werden und andererseits den ökonomischen Zwängen Rechnung getragen wird. Zur Erarbeitung derartiger differenzierter Steuerungssysteme sind vor allem die Vertragspartner – d. h. die Institutionen der Krankenkassen und der Kassenärzte und Kassenzahnärzte – aufgerufen, da sie über die spezifischen Erfahrungen und Fachkompetenzen verfügen, sowie die Wirkungen einzelner Regelungen auf ihre Mitglieder am besten testen und bewerten können. Gerade unser föderativ strukturiertes Gesundheitsversorgungssystem ermöglicht den regional begrenzten Test von Reformkonzepten in einem schrittweisen „trial and error“-Prozeß. Dem Gesetzgeber verbleibt die schwierige Aufgabe, die Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung des Steuerungsmechanismus günstig zu gestalten.

Insgesamt sollte das Augenmerk bei der Entwicklung von Reformkonzepten nicht nur auf die Kostendämpfung konzentriert sein, sondern vielmehr auf das Problem, wie mit dem derzeitigen Sozialproduktsanteil der Gesundheitsausgaben die Effizienz und die Qualität der Versorgung verbessert werden können. Verglichen mit anderen modernen Industriestaaten kann sich die bundesdeutsche ambulante Versorgung durchaus sehen lassen. Dies hat jedoch – wie alles auf der Welt – seinen Preis.

## Literaturverzeichnis

- Arrow, K. J.:* Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, Vol. 53 (1963), S. 941ff.
- Böge, V.:* Kassenpraxis und Privatpraxis, Eine wirtschaftliche Studie über freiberufliche ärztliche Leistungen, Berlin 1973
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie:* pharma Jahresbericht 1980/81, Frankfurt a. M. 1981
- Cullis, J. G./West, P. A.:* Demand for Health Services and the Theory of Time Allocation, *Comment Applied Economics*, Vol. 8 (1976), S. 81 ff.
- Culyer, A. J.:* The Nature of the Commodity „Health Care“ and its Efficient Allocation, *Oxford Economic Papers*, Vol. 23 (1971), S. 189 ff.
- Davis, K./Russell, L. B.:* The substitution of hospital outpatient care for inpatient care, *Review of Economics and Statistics*, Vol. 54 (1972), S. 109 ff.
- Eisen, R.:* Theorie des Versicherungsgleichgewichts, Unsicherheit und Versicherung in der Theorie des generellen ökonomischen Gleichgewichts, Veröffentlichung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, Heft 77, Berlin 1979
- Feldstein, M. S.:* Hospital Cost Inflation: A Study of Non-profit Price Dynamics, *American Economic Review*, Vol. 61 (1971), S. 853 ff.
- Geißler, U.:* Orientierungsregel für Honorarverhandlungen setzt sich durch, *Sozialer Fortschritt*, 24. Jg. (1975), S. 193 ff.
- Ginsburg, P. B./Manheim, L. M.:* Insurance Copayment, and Health Service Utilization, *Journal of Economics and Business*, Vol. 25 (1973), S. 142 ff.
- Hamm, W.:* Irrwege der Gesundheitspolitik, Tübingen 1980
- Herder-Dorneich, Ph.:* Gesundheitsökonomik, Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980

*Hodel, C.:* Die Aufträge der Krankenversicherung in Basel während des 19. Jahrhunderts und ihre geschichtlichen Voraussetzungen, Basel, Stuttgart 1965

*Holtmann, A. G./Olson, E. O.:* The Demand for Dental Care, A Study of Consumption and Household Production, Journal of Human Resources, Vol. 11 (1976), S. 546 ff.

*Jazairi, N. T.:* Approaches to the Development of Health Indicators, The OECD Social Indicator Development Programme, Special Studies No. 2, Paris 1976

*Knappe, E.:* Ausgabenexplosion im Gesundheitssektor: Folge einer ordnungspolitischen Fehlsteuerung, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik, NF, Bd. 116, Berlin 1981, S. 499–528

*La Dou, J./Likens, J. D.:* Medicine and Money, Physicians as Businessmen, Cambridge (Mass.) 1977

*Leland, H. E.:* Theory of the Firm Facing Uncertain Demand, American Economic Review, Vol. 62 (1972), S. 278 ff.

*Münnich, F. E.:* Modelle der Selbstbeteiligung, in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.), Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980

*Münnich, F. E.:* Sozialökonomische Probleme des Gesundheitswesens, Abhandlungen der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Klasse der Akademie der Wissenschaften und Literatur, Mainz 1981

*Neubauer, G./Birkner, B.:* Beeinflußt die Krankenversicherungsart das Verhalten von Arzt und Patient? Sozialer Fortschritt, 1980, Heft 7/8, S. 153 ff.

*Nord, D.:* Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR, pharma dialog, Nr. 59, Frankfurt 1979

*Pfaff, M. et al.:* Die Auswirkungen alternativer Formen des Selbstbezalts auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der privaten Krankenversicherung und die Bedeutung derartiger Tarifmodelle für die gesetzliche Krankenversicherung in der BR Deutschland, Forschungsbericht des BMA, Bonn 1981

*Phelps, C. E./Newhouse, J. P.:* Coinsurance, the Price of Time, and the Demand for Medical Services, Review of

- Economics and Statistics, Vol. 56 (1974), S. 334 ff.
- Reinhardt, U. E.*: Physician Productivity and the Demand for Health Manpower, An Economic Analysis, Cambridge (Mass.) 1975
- Rohde, J. J.*: Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962
- Rosenberg, P.*: Die soziale Krankenversicherung – Pflichtversicherung oder freiwillige Vorsorge?, Köln 1969
- Rosett, R. N./Huang, L. F.*: The Effect of Health Insurance on the Demand for Medical Care, Journal of Political Economy, Vol. 81 (1973), S. 281 ff.
- Sandmo, A.*: On the Theory of the Competitive Firm under Price Uncertainty, American Economic Review, Vol. 61 (1971), S. 65 ff.
- Schicke, R. K.*: Ökonomie des Gesundheitswesens, Göttingen 1981
- Schneider, M.*: Empirische Ergebnisse zur Selbstbeteiligung in der Bundesrepublik Deutschland, die pharmazeutische industrie, Bd. 43 (1981), H. 3, S. 221 ff.
- Schulenburg, J.-M. Gf.*: Moral Hazard and its Allocative Effects under Market Insurance and Compulsory Insurance, Munich Social Science Review, H. 4 (1978), S. 83 ff.
- Schulenburg, J.-M. Gf.*: Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen 1981 a
- Schulenburg, J.-M. Gf.*: The Distribution of the Morbidity-Risk and the Allocation of Health Services, Diskussionsbeitrag No. 2 des Seminars für theoretische und angewandte Sozialökonomik, Universität München, München 1981 b
- Shavell, S.*: On Moral Hazard and Insurance, Quarterly Journal of Economics, Vol. 93 (1979), S. 54
- Sterk, H.-P.*: Selbstbeteiligung unter risikothoretischen Aspekten, Karlsruhe 1979
- Tiemann, B./Herber, R.*: System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Broschüre 1 des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung, Köln-Lövenich 1980

*Vertinsky, I./Uyeno, D.:* Demand for health services and the theory of time allocation, *Applied Economics*, Vol. 5 (1973), S. 249 ff.

*Zaltmann, G./Vertinsky, I.:* Demand for Health Services: A suggested Model, *Journal of Marketing*, Vol. 35 (1971), S. 19 ff.

*Zweifel, P.:* Ein ökonomisches Modell des ärztlichen Verhaltens, *Habilitationsschrift*, Zürich 1980 (bislang unveröffentlicht)

## **Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen**

- Abbildung 1 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherer pro Mitglied (einschl. Rentner)
- Abbildung 2 Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung 1979
- Abbildung 3 Die Kassen(zahn)ärztliche Versorgung
- Abbildung 4 Die (zahn)ärztliche Versorgung bei Privatpatienten
- Abbildung 5 Wer trägt das Morbiditätsrisiko?
- Abbildung 6 Die „Honorarschere“
- Abbildung 7 Berufstätige Ärzte in freien Praxen und Arztdichte von 1960 bis 2000
- Abbildung 8 Selbstbeteiligungsformen
- 
- Tabelle 1 Kostenexplosion im Gesundheitswesen – ein internationales Phänomen
- Tabelle 2 Die geschätzte Einkommenssituation der Ärzte und Zahnärzte im Jahre 1975
- Tabelle 3 Berufstätige Ärzte und Zahnärzte nach Berufsausübung 1960 bis 1978
- Tabelle 4 Berufstätige Ärzte und Zahnärzte nach Berufsausübung am 31. 12. 1977
- Tabelle 5 Amtliche Gebührenordnungen in Deutschland
- Tabelle 6 Auswertung ambulanter Arztrechnungen 1978
- Tabelle 7 Vergütung zahnärztlicher Betreuung am 1. 1. 1978 in ausgewählten Ländern (in DM)
- Tabelle 8 Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen und Zahnersatz der gesetzlichen Krankenversicherer
- Tabelle 9 Studie zur Nachfrageelastizität von Gesundheitsleistungen
- Tabelle 10 Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung
- Tabelle 11 Selbstbeteiligung bei sozialen Krankenversicherungssystemen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft