

Bestimmung der Honorare im ambulanten Versorgungsbereich

Auswirkungen auf den medizinisch-technischen Fortschritt

Von Dirk Meyer

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat für den ambulanten Sektor eine Reihe von einschneidenden Änderungen ergeben. Hierzu zählen u.a. ein an die Entwicklung der Arbeitsentgelte gekoppeltes Gesamtbudget für Ärzte sowie eine Grundvergütung für Hausärzte und eine Vergütung nach Leistungskomplexen bei Fachärzten. Der Beitrag untersucht, welche Einflüsse auf die Art des medizinisch-technischen Fortschritts durch die Honorarbildung – festes Budget und Gebührenordnungen – ausgehen.

1. Institutionelle Bedingungen der Honorarfestsetzung

Die Honorargestaltung umfaßt das Preisniveau und die Preisstruktur ärztlicher Leistungen. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgt diese Festsetzung in einem *zweistufigen, zentralisierten Honorierungsverfahren* (Meyer 1993, 125ff.). Nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wird die an die kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) zu zahlende Gesamtvergütung an die Entwicklung des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes (Grundlohn) gekoppelt (§ 85 Abs. 3a SGB V). Basierend auf 1991 wird das Budget bis Ende 1995 vom Gesetzgeber vorgegeben. Daneben wird die Honorarstruktur für Einzelleistungen, zukünftig auch für Leistungskomplexe sowie eine Grundvergütung für Hausärzte durch verbindliche *Punkterelationen* in den verschiedenen Gebührenordnungen vereinbart¹. Multipliziert mit dem Punktwert, der das Preisniveau widerspiegelt, ergibt sich das Honorar für die jeweils erbrachte Leistung des Arztes².

¹ Es gelten für die RVO-Kassen der Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ), für die Ersatzkassen die Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) und für die Privatpatienten die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Vgl. ausführlich *Offermanns* 1992, 304ff. Siehe auch *Zohlnhöfer / Schmidt* 1985, 117f.

² Ausnahmen sind Vorsorgeleistungen, ambulante Operationen und intensive persönliche Zuwendungen (z.B. Hausbesuche), die aus der pauschalierten Gesamtvergütung herausgenommen sind und als Einzelleistung vergütet werden. Der Plafond hat einen Anteil von ca. 80 % an der ärztlichen Gesamtvergütung (*Deutsche Bundesbank* 1991, 32).

Die Struktur der Honorarsätze wird vornehmlich zwischen der GKV und der KÄV unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung ausgehandelt³. Die BMÄ umfaßt etwa 2350 Gebührenpositionen. Während die Gebührenordnungen als Bundestarife gelten, wird der Punktwert als Preisniveau auf Landesebene vereinbart (§§ 85 ff. SGB V) (Zohlnhöfer / Schmidt 1984, 12).

Die Verhandlungsposition ähnelt der eines *bilateralen Monopols mit asymmetrischer Machtverteilung*. Während die Anbieter in einem Zwangsverband, der KÄV, organisiert sind, zerfällt die Nachfrage in beschränkt rivalisierende RVO- und Ersatzkassenorganisationen⁴. Dies ermöglichte bisher den KÄVen bei nach oben offenen Budgets in Verhandlungen mit den nachgiebigsten Kassenverbänden günstigere Ergebnisse durchzusetzen. Die gesetzlich vorgegebene Ausgabenobergrenze (Deckelung) hat diese Strategie zumindest mittelfristig beseitigt und das Konfliktpotential zwischen den einzelnen Ärztgruppen (Allgemein-/Fachärzte) erheblich gesteigert.

Als weiterer Einflußfaktor gilt das Drohpotential von Streik und Aussperrung⁵. Offiziell wird das Mittel des Boykotts von Ärzten seit Bildung der KÄV als öffentlich-rechtliche Zwangsorganisation im Jahr 1932 nicht mehr angewandt. Inoffiziell wurden in der Vergangenheit allerdings Formen verdeckter Leistungsverweigerung (Vernachlässigung von Schreivarbeiten, Gutachten) und Boykottandrohungen durchgeführt⁶. Ebenso haben die Kassen keine Möglichkeit, die Zulassung von Ärzten zurückzunehmen⁷.

Neben den asymmetrischen Machtpotentialen dürfte die unterschiedliche *Stärke des Interesses* das einseitige Verhandlungsergebnis maßgeb-

³ Eine Analyse des Verfahrens der Honoraraushandlung aus der Sicht der Institutionenökonomik gibt Offermanns 1991, 195.

⁴ Vgl. Zohlnhöfer / Schmidt 1985, 114. Darüber hinaus werden fachspezifische Interessen verschiedener Ärztgruppen durch weitere, freiwillig organisierte Verbände vertreten. Siehe hierzu auch die Untersuchung von Rosewitz / Webber 1990, die die Machtverhältnisse im deutschen Gesundheitswesen als Ursache für gescheiterte Reformversuche aufzeigen.

⁵ Da es sich hierbei um eine selbständige Tätigkeit handelt, sollte besser von einem Boykott gesprochen werden.

⁶ Wie die Honorarverhandlungen 1991 gezeigt haben, wird der Verteilungskampf im Gesundheitswesen immer härter, so daß ein vermehrter Einsatz der beschriebenen Mittel zukünftig zu erwarten ist. Zu erwähnen ist auch ein Boykott der Zahnärzte im Rheinland 1992 in Reaktion auf Honorarkürzungen nach den GSG.

⁷ Bei einer kollektiven Rückgabe der Kassenzulassung geht der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung auf die Krankenkassen über (§ 75 a SGB V). Mittels Direktverträge mit Ärzten und eigenen Einrichtungen kann die Versorgung aufrechterhalten werden. Eine Neuzulassung ist frühestens nach sechs Jahren möglich. Diese Regelung schränkt das Drohpotential der Ärzte erheblich ein.

lich begründen⁸. Während zwischen den Interessen der Vertreter der KÄV (Budget- und Aufgabenumfang) und denen ihrer Mitglieder (Honorare, Einkommen) eine weitgehende Übereinstimmung vorliegt, widerstreben die Ziele der Kassenfunktionäre (Finanzvolumen) denen der Versicherten (niedrige Beiträge). Zudem sind die Kontrollen der KÄV durch die Wiederwahl der Funktionäre wesentlich wirkungsvoller als die der Kassenvertreter durch die Sozialwahlen. Eine konsensorientierte Gesundheitspolitik, wie sie z.B. im Rahmen der KAiG verfolgt wird (*Henke* 1988, 131), geht tendenziell zulasten desjenigen Verhandlungspartners, dessen Konzessionskosten am geringsten sind. Auch dieser Sachverhalt unterstützt die These von einseitigen Ergebnissen zugunsten der KÄV.

Da sowohl die ärztlichen Anbieter als auch die Nachfrager nach Gesundheitsleistungen fast ohne Ausnahmen einem gesetzlichen Zwangskartell angehören, ist eine Korrektur der Machtpositionen durch Austritt oder Außenseiter nicht möglich. Darüber hinaus wird das Ärztekartell durch verschiedene Zulassungssperren junger Ärzte geschlossen und ein Bestandsschutz für die bisher niedergelassenen Kassenärzte errichtet⁹.

Im Ergebnis werden die Honorare höher sein als unter wettbewerblichen Bedingungen. Die Grenze der Akzeptanz seitens der Anbieter dürfte bei kostendeckenden Honorarsätzen liegen¹⁰. Die Deckelung des Budgets könnte dieses Ziel konterkarieren. Die Versuche einer Ausgabenbegrenzung sind in der Vergangenheit jedoch gescheitert. Auch jetzt gibt es Bestrebungen, die Budgetgrenzen durch die Erschließung neuer Finanzquellen nach außen zu verschieben¹¹.

2. Kostensenkende medizinische Verfahren

Kostenorientierte Preise mindern bei Ausschluß von Außenseitern die Bemühungen um fortlaufende Kosteneinsparungen. Wird dazu der Innovationsgewinn durch eine zügige Anpassung der Honorare an die gesunkenen Kosten externalisiert, entfallen weitere Anreize zur Einführung

⁸ Vgl. hierzu *Knappe* 1985, 87f. Siehe auch den Erklärungsansatz der Principal-Agent-Theorie bei *Rees* 1984.

⁹ Hierzu zählen die verschärften Kriterien zur Überversorgung (§§ 101f. SGB V) und die zusätzliche Facharztausbildung für Hausärzte (§ 95a Abs. 1 SGB V).

¹⁰ Vgl. § 85 Abs. 3 SGB V: „Die Vertragsparteien ... vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, ...“. Auch *Knappe* 1985, 73f. nennt als Voraussetzung zur Bereitstellung der Sättigungsmenge eine Preisgestaltung, die die Kosten des Grenzanbieters inklusive eines Gewinnzuschlages deckt. Nur so läßt sich auch für den kostengünstigsten Arzt ein „standesgemäßes Einkommen“ erzielen.

¹¹ Vgl. den Vorschlag des Vorsitzenden der Bundesärztekammer, *Vilmar*, zur zweckgebundenen Sonderabgabe zugunsten der GKV auf gesundheitsgefährdende Produkte, in: Ärztekammer will Steuer auf alles, was ungesund ist, *Kieler Nachrichten* v. 28.12.1992. Außerdem gilt die Grundlohnbindung nur bis Ende 1995.

von *Prozeßinnovationen*¹². Dies ist jedoch gerade nicht der Fall, da die *Honoraranpassungen* einen längeren Zeitbedarf erfordern. Der Zeitraum ist u. a. abhängig von der Größe der Interessengegensätze, der Zahl der Beteiligten, der Komplexität des Gegenstandes und der Entscheidungsregel (*Knappe / Rosar* 1988, 395 f.). Dieser *Regulationslag*, der sich in einer relativ seltenen Anpassung der Honorarsätze zeigt, gewährt den Innovatoren eine zeitlich befristete Rente¹³. Infolge der Nulltarifregelung der GKV verläuft die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen preisunelastisch, so daß der aus der Monopoltheorie bekannte Wohlfahrtsverlust hier kaum ins Gewicht fällt. Von daher spricht nichts gegen eine Ausdehnung dieses Anpassungslags als Anreiz zur Einführung kostensenkender Technologien.

Die durch das GSG geänderten Rahmenbedingungen – Deckelung, hausärztliche Grundvergütung, Leistungskomplexvergütung – werden mögliche Kostensenkungspotentiale der Arztpraxen weiter ausschöpfen. Im Bewußtsein eines bei Steigerung der ärztlichen Gesamtleistung und zugleich festem Budget sinkenden Punktwertes dürften sich die Anreize der Ärzte zur Einführung kostensenkender Medizintechnologien erheblich erhöhen¹⁴. Auch unterstützt die kopfpauschale Grundvergütung für Hausärzte Einsparungen und den Einsatz effizienterer Verfahren. U.U. resultieren hieraus aber ebenso Tendenzen zur Leistungsverlagerung auf Fachärzte und Krankenhäuser, die nicht Ausdruck einer effizienten Arbeitsteilung sein müssen. Zudem sind Anreize zu Minderleistungen bei Hausärzten nicht mehr auszuschließen.

3. Leistungssteigernde Behandlungstechniken

Aufgrund des Nulltarifes wird die Preis-Absatz-Funktion für ärztliche Leistungen als völlig preisunelastisch in Höhe der Sättigungsnachfrage angenommen. *Produktinnovationen*, die entweder völlig neuartige Behandlungen ermöglichen oder bekannte Leistungen bei gesteigerter Qualität und Sicherheit bzw. geringeren Belastungen und Unannehmlichkeiten für den Patienten hervorbringen, erhöhen tendenziell die Sättigungsnachfrage bei Vollversicherten. In Abb. 1 verlagert sich die Preis-Absatz-Funktion des Innovators PA_{\downarrow} nach rechts auf PA_{\downarrow}' . Da die Angebotskurve durch die Grenzkostenverläufe determiniert ist, gibt die Differenz HJ den Stückgewinn an. Damit die Vergleichbarkeit der Gesundheitslei-

¹² Siehe hierzu die Beschreibung der Mängel im Innovationsverhalten sozialistischer Systeme bei *Pejovich* 1987, 461 ff., *Ders.* 1983, 41 ff. u. *Prosi* 1989, 7 ff. Ebenso *Meyer* 1993, 130.

¹³ Es entsteht eine „Gewinnschonfrist“. Vgl. auch *Bailey* 1974, 285 ff., die das Zusammenspiel von Innovator und Regulierungsinstanz allgemein untersucht.

¹⁴ *Herder-Dorneich* 1985, 47 ff. spricht von der Rationalitätenfalle ärztlicher Mengenausweitung.

stungen gewährt bleibt, soll das innovative, kostenintensivere Angebot A' lediglich geringere Belastungen für den Patienten bieten. Weiterhin wird angenommen, daß für beide Leistungen derselbe ärztliche Arbeitsinput pro Einheit notwendig ist. Außerdem wird unterstellt, daß die ausgehandelten Honorare in Höhe der Grenzkosten festgelegt werden. Aufgrund der Verschiebung der Preis-Absatz-Funktion auf PA'_v wird eine Honoraranpassung auf P'_v möglich. Unter diesen Bedingungen hängt das Angebotsverhalten des Arztes von den jeweils erzielbaren Stückgewinnen ab. Diese sind c. p. gegenüber der alten Technologie um so größer,

- je steiler der Grenzkostenverlauf A' der neuen Produktionsfunktion,
- je größer die technologieinduzierte Ausweitung der Sättigungsnachfrage auf X'_v und
- je geringer der Fixkostenblock sind.

In der Graphik unterscheiden sich die Kostenfunktionen DTK' und DTK'' durch einen verschiedenen hohen Fixkostenanteil. Wie die Gegenüberstellung der Kostenverläufe zeigt, beeinflußt gerade dieser Faktor den Gewinnvergleich zwischen neuer und alter Technologie. Im Falle der relativ hohen Fixkosten (DTK'') hat der Arzt kein Interesse, die neue Behandlungsmethode anzuwenden, da ein größerer Stückgewinn ($HJ > EF$) mit dem bekannten Verfahren (DTK) erzielt werden kann.

Dies führt zur Schlußfolgerung, daß nicht jedes innovative und für den Patienten vorteilhafte Angebot zugleich dem ärztlichen Einkommensinteresse entsprechen muß (Meyer 1993, 133). Gegenüber dem wettbewerblich-marktwirtschaftlichen Selektionsmechanismus wird die Auswahlentscheidung allerdings nicht über das *Preis-Nutzen-Budget-Kalkül* der Nachfrager vorgenommen, aus dem entsprechende Gewinnanreize für die Anbieter resultieren, sondern direkt über einen *Honorar-Kosten-Vergleich* der Produzenten¹⁵. Wollen die Kassen ihren Versicherten die neue Behandlungsmethode dennoch zugänglich machen, so müßten sie die Honorare im Fall der *hohen Fixkosten* (DTK'') entsprechend anheben. Von einer Steuerung des technischen Fortschritts durch die Konsumentensouveränität kann deshalb nicht gesprochen werden.

Ein alternativer preistheoretischer Ansatz zur Erklärung des ärztlichen Innovationsverhaltens bietet die Tangentiallösung nach E. H. Chamberlin / J. V. Robinson im Falle der *monopolistischen Konkurrenz* (Scherer 1980, 385f.; Woll 1981, 206ff.). Vorausgesetzt wird ein freier Zu- und Abgang auf dem betrachteten Bedarfsmarkt, bei dem die angebotenen Gesundheitsleistungen zwar ähnlich, aber aus der Sicht der nachfragenden

¹⁵ Indirekt wirken selbstverständlich der Nullpreis sowie ein aus der Sicht der Versicherten unbeschränktes Budget auf die Auswahlentscheidung. Diese Rahmenbedingungen bleiben jedoch für unterschiedliche Leistungsangebote gleich.

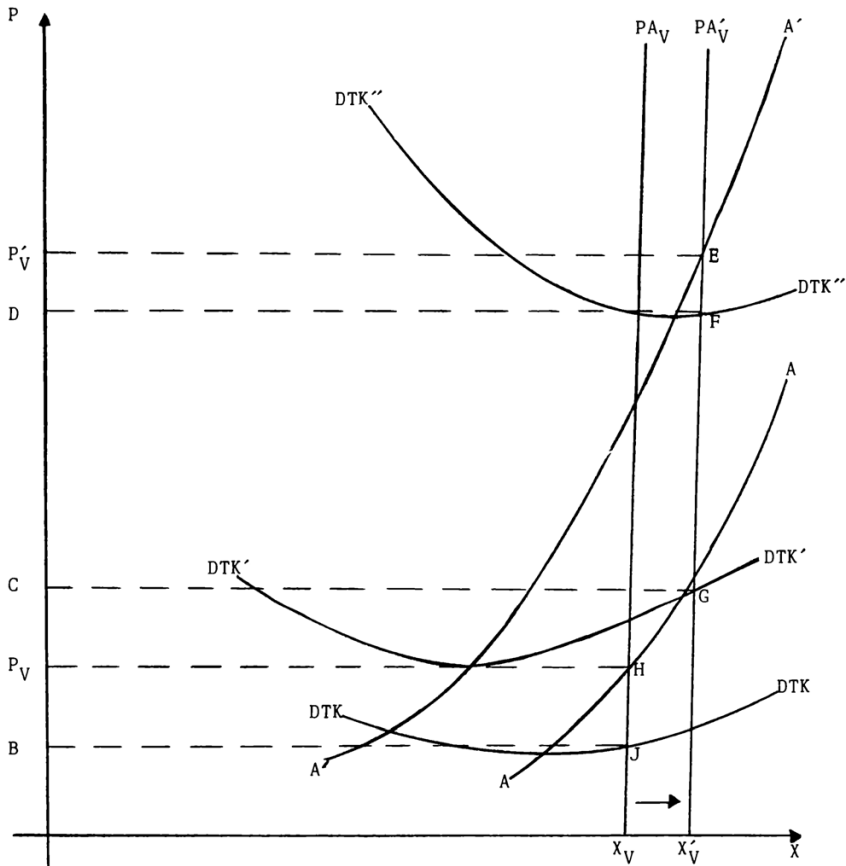


Abbildung 1: Bedingungen zur Einführung von Produktinnovationen im ambulanten Sektor.

- A Angebot
- PA_V Preis-Absatz-Funktion des Innovators bei Vollversicherung
- P Preis/Honorar
- P_V Honorar bei Vollversicherung
- X Menge an Gesundheitsleistungen
- X_V Menge an Gesundheitsleistungen bei Vollversicherung
- DTK Durchschnittliche totale Kosten

Patienten voneinander unterscheidbar sind¹⁶. Da 84% der Erlöse niedergelassener Ärzte nach dem Festpreissystem der BMÄ abgerechnet werden (*Basisdaten des Gesundheitswesens* 1991, 65), beschränkt sich die Analyse auf das Innovationsverhalten gemäß der Tangentiallösung unter der Voraussetzung eines Mengenanpassers (Abb. 2).

¹⁶ Um einer Kritik der Anwendung dieses Modells vorzubeugen, sei angemerkt, daß die dem Patienten zugänglichen Informationen bzgl. der Unterschiede der angebotenen Leistungen lediglich vorhanden sein, nicht jedoch auch mit der Realität übereinstimmen müssen.

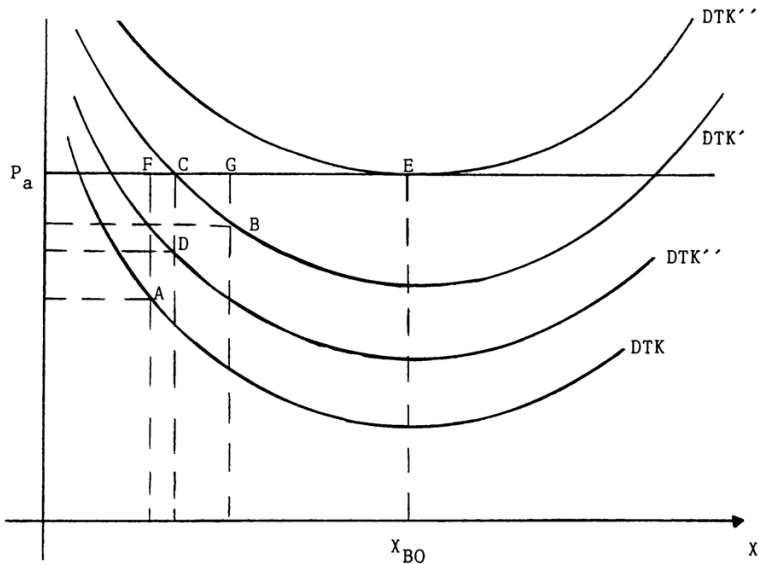


Abbildung 2: Das Innovationsverhalten nach der Tangentiallösung von Scherer als Mengenanpasser.*)

| | |
|----------|-----------------------------------|
| P | Preis/Honorar |
| P_a | administrierter Preis/Festhonorar |
| X | Menge an Gesundheitsleistungen |
| X_{BO} | Menge im Betriebsoptimum |
| DTK | durchschnittliche totale Kosten |
| ' | Produktinnovation |
| '' | Prozeßinnovation |
| ''' | Tangenten-Technologie |

*) Vgl. Scherer (1980), S. 385f.

Die Ausgangssituation sei durch (A) gegeben, in der der Arzt einen Stückgewinn in Höhe AF erzielt¹⁷. Da er nicht im Betriebsoptimum produziert, wird er wie oben versuchen, seinen Absatz durch besonderen Service, *neuartige Zusatzleistungen und Verbesserungen* des bisherigen Angebotes zu erhöhen (Zweifel 1982, 233ff.). Zwar produziert er im Bereich fallender Stückkosten, doch führt die einhergehende Verlagerung der Kostenfunktion DTK zu einer Verschiebung auf DTK'. Unterstellt man eine neue Preis-Mengen-Kombination in (B), so wird ein verringerter Gewinn in Höhe BG erwirtschaftet¹⁸.

¹⁷ Die Produktion im Bereich fallender Grenzkosten dürfte in einigen Teilbereichen des Gesundheitswesens allerdings unwahrscheinlich sein, beispielsweise für zentrale Laboreinrichtungen.

¹⁸ Im Vergleich zur Ausgangssituation hat sich der Stückgewinn verringert. Dies ergibt sich u. a. aus der Nachfragereaktion aufgrund geänderter Produktparameter und kann im vornhinein vom Arzt lediglich geschätzt werden (Erwartungsgröße).

Des weiteren reichen die Ertragserwartungen aus, um zusätzliche Konkurrenten anzuziehen. Der Marktzutritt wird spätestens dann beendet sein, wenn für den einzelnen Arzt ein nur kostendeckender Absatz in (C) erreicht ist. Um weiterhin zumindest temporär Gewinne abschöpfen zu können, wird eine Kostenverlagerung nach DTK" durch die Einführung von *kostenreduzierenden Verfahren* notwendig. Ähnlich wie in (A) wiederholt sich der dargestellte Prozeß in (D). Der Grenzfall wird durch die Tangentiallösung in (E) beschrieben, die mit dem Betriebsoptimum identisch ist¹⁹.

Als Ergebnis der Analyse der monopolistischen Konkurrenz ist ein Bestreben der Arzt-Anbieter festzustellen, ihre produktspezifische Monopolstellung durch fortwährende *marginale Verbesserungen* ihrer Leistungen zu erhalten (Meyer 1993, 138). Die hiermit einhergehenden Kostensteigerungen bieten verstärkt Anreize zur Kompensation durch die Einführung kostensenkender Verfahrensinnovationen, damit weiterhin Monopolrenten abgeschöpft werden können. Eine Steuerung der innovativen Anstrengungen durch die Patienten findet speziell im Bereich der GKV nicht statt, da die fixen, administrierten Honorarsätze zugleich eine Kostenobergrenze darstellen, die tendenziell durch geringfügig nutzensteigernde Veränderungen ausgeschöpft wird. Eine Nachfragesteuerung von präferenzentsprechenden Qualität/Preis-Kombinationen, z.B. durch die Wahl einer preisgünstigeren Alternative, wird verhindert²⁰. Der durch die BMÄ zumindest mittelfristig festgeschriebene Gebührensatz bietet andererseits die Gewähr, daß Innovationen in Richtung Luxusmedizin nicht ohne weiteres im Rahmen der GKV durchsetzbar sind.

Empirische Daten zur Gesamtvergütung zeigen, daß im Zeitraum 1970 - 87 trotz einer Mengensteigerung der abgerechneten Leistungen um 68,3% eine *lineare Punktwerthöhung* im RVO-Kassenbereich von 68,9% erfolgen konnte. Berücksichtigt man ferner strukturelle Änderungen, die sich bei einer Neubewertung bisheriger Angebote oder der Aufnahme neuer Leistungen ergeben, so beträgt der *Preisindex für Dienstleistungen von Ärzten* für die Vergleichsjahre 137,2%²¹. Interpretiert man den Struktureffekt der Honorarsatzerhöhung vornehmlich als eine Wir-

¹⁹ Dies unterscheidet das Ergebnis vom Preisfixierer, bei dem die Tangentiallösung nicht mit dem Betriebsoptimum zusammen fällt.

²⁰ Dieses ist anders bei der privatärztlichen Behandlung, bei der die Honorargestaltung nach GOÄ nicht an administrative Preise gebunden ist und somit unterschiedliche Qualitäten zu unterschiedlichen Honoraren angeboten werden können. Da jedoch auch hier zumeist ein Versicherungsschutz besteht, wird der Privatpatient kaum auf ein unteres Qualitätssegment ausweichen.

²¹ Im Vergleich dazu stieg der Preisindex für die Lebenshaltung aller privater Haushalte um 99,3%. Siehe die Übersichten 2, 5, 6, 8 in Ulrich / Wille 1989. Nicht ganz unproblematisch erscheint die Konstruktion des Preisindex für Dienstleistungen von Ärzten. Vgl. hierzu ebenda, 370f.

kung neuartiger Behandlungsmethoden oder verbesserter Leistungen und nimmt man die Absatzsteigerungen hinzu, so unterstützen diese Beobachtungen die oben formulierten Ergebnisse.

Die empirischen Befunde belegen darüber hinaus einen ständig steigenden Anteil der Praxiskosten an den Einnahmen²². Da zugleich die Netto-Nominaleinkommen in freier Praxis im Durchschnitt seit 1975 nur unwesentlich gestiegen sind, 1988 betragen sie 169408 DM, kann von sinkenden Stückgewinnen ausgegangen werden²³. Die Ursachen der Kostensteigerung liegen vornehmlich bei den Personalkosten, aber auch beim Materialverbrauch und den Schuldzinsen für den Fremdkapitalbedarf von Praxiseinrichtungen (*Basisdaten des Gesundheitswesens* 1991, Tab. 2.6). Insbesondere der Personalaufwand, der knapp 50 % der Praxiskosten ausmacht, bietet ein lohnendes *Rationalisierungspotential*. Schon geringe Produktivitätssteigerungen bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitern bewirken relativ große Kosteneinsparungseffekte. Dieses ist ein wesentlicher Grund für die Attraktivität der *Apparatemedizin*.

4. Status quo der Gebührenordnung

Die Struktur der ärztlichen Honorierung wird durch etwa 2350 verschiedene Positionen des BMÄ fest vorgegeben. Die *detaillierten Leistungsbeschreibungen* definieren einen *Status quo*, der nur geringen Spielraum für Produktinnovationen läßt. Lediglich § 6 GOÄ ermöglicht eine analoge Bewertung gleichwertiger Leistungen bei privatärztlicher Behandlung²⁴. Die Anwendbarkeit dieser Bewertungsmethode beschränkt sich jedoch auf neuartige Behandlungen mit geringem Innovationsgrad. Die kassenärztliche Anwendung neuer Diagnose- und Therapie-techniken setzt somit die Aufnahme dieser Leistungen in den allgemeinen Bewertungsmaßstab durch den Bewertungsausschuß voraus. Da die Aufnahme neuer Gebührenpositionen mit zeitverbrauchenden Verhandlungen verbunden ist, kann zwischen der Einführung einer Innovation und ihrer breiten Anwendung eine größere Zeitspanne verstreichen. Diese Inflexibilität wirkt sich als eine Marktzutrittsschranke für neuartige Medizintechniken aus. Gegenüber einer marktlichen Einführung ist zunächst eine geringere *Diffusionsrate* zu erwarten, die jedoch nach Aufnahme in den BMÄ sprunghaft ansteigt (*Meyer* 1993, 72 ff.).

²² Dieser Anteil betrug 1963 (35,5%), 1975 (42,7%) und 1983 (54,3%). *Siehe Basisdaten des Gesundheitswesens* 1991, Tab. 2.6.

²³ Vgl. *Andersen / v. d. Schulenburg* 1990, 132. Diese Ergebnisse unterstützt Abb. 2.

²⁴ § 6 GOÄ: „Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind und sich auch nicht als eine besondere Ausführung einer anderen Leistung darstellen, können entsprechend einer gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.“

Zugleich bewirkt eine Besitzstandswahrung bei bestehenden Gebührenpositionen einen *Bestandsschutz* für z.T. veraltete medizinische Verfahren²⁵. Für die Ärzte entfallen der wettbewerbsimmanente Zwang zur Anpassung und die einhergehende Kapitalentwertung bei obsoleten Apparaten. Neue und alte Technologien lassen sich z.T. parallel anwenden (*add-on-Technologien*). Dies läßt sich insbesondere für Diagnoseverfahren belegen (*Pfaff / Nagel 1992, 106ff.*).

Die *relativen Knappheiten* ärztlicher Leistungen verschieben sich im Zeitablauf durch geänderte Bedarfsstrukturen, Faktorpreisänderungen und technisch-organisatorische Neuerungen. In den letzten beiden Jahrzehnten lohnten sich gerade solche Neuerungen, die den Anteil der ärztlichen Arbeitszeit durch den Einsatz von kostengünstigerem *medizinisch-technischen Personal* reduzierten. In Kombination mit der *Apparatedizin* ließ sich so die Produktivität der ärztlichen Arbeit erheblich steigern (*Zohlnhöfer / Schmidt 1985, 118*). Bei weiterhin konstanter Honorarstruktur wurde die *Preisrelation* zunehmend verzerrt und entsprach nicht mehr dem jeweils neuesten Stand²⁶.

Die Angebotsstruktur paßte sich entsprechend den erzielbaren *Gewinnspannen* an (*Frankfurter Institut 1987, 13; Meyer 1993, 141f.*). Relativ *unterbewertete* Leistungen wurden unattraktiv und, soweit medizinisch vertretbar, eingeschränkt. Demgegenüber erfolgte eine Ausweitung der relativ *überbewerteten* Leistungen. Gemessen an den Mengenindizes kassenärztlicher Leistungserstellung fielen die arzt-spezifischen Leistungen je Fall, wie z.B. Beratungen und Besuche, im Zeitraum von 1965 - 77 um 23,6%. Währenddessen nahmen die rationalisierungsfähigen, überwiegend von medizinisch-technischem Personal unter dem Einsatz von Apparaten hergestellten Labor- und Röntgenleistungen um 118,6% je Fall zu (*Zohlnhöfer / Schmidt 1985, 119*). Als Folge einer verzerrten, nicht knappheitsentsprechenden Honorarstruktur entwickelten sich Anreize zu medizinisch-technischem Fortschritt, der weder kostengerecht ist, noch den geäußerten Wünschen der Patienten nach mehr ärztlicher Zuwendung entspricht.

Je konsequenter und differenzierter die ärztlichen Gebührenordnungen sind, desto größer wird das Ausmaß der Fehlsteuerung durch nicht knappheitsgerechte Preisstrukturen. Die Praxis der Einzelleistungsvergütung nach detaillierten Gebührenpositionen läßt kaum Raum für eine *Fehlerkompensation*. Gegenüber einer Abrechnung nach Leistungskom-

²⁵ Vgl. *Knappe 1988, 49*. Eine Grenze erfährt der Bestandsschutz durch die Fortentwicklung der medizinischen Standards.

²⁶ Siehe *Zohlnhöfer / Schmidt 1985, 118 - 120*. Zwar wurden die Honorarsätze für arztintensive Leistungen angepaßt, doch ließ sich der Trend hin zur Apparatedizin nicht umkehren. Vgl. hierzu *Männer / Hartmann / Hofmann 1983, 85ff.* Vgl. auch *Offermanns 1992, 304ff.*

plexen verstärken sich die dynamischen Fehlentwicklungen bei der Erstellung ambulanter Gesundheitsleistungen. Die Einführung einer pauschalierten Grundvergütung bei Hausärzten für Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen und die Honorierung nach Leistungskomplexen bei Fachärzten (§87 Abs. 2a SGB V) ist aus diesem Grund zu begrüßen. Andererseits gibt die durch die Patientenpauschale der Hausärzte u.U. hervorgerufene und vom Gesetzgeber kaum gewollten Leistungsverlagerungen auf Fachärzte und Krankenhäuser einen verstärkten Trend zum Einsatz spezialisierter Medizintechnologien.

5. Förderung der Apparatemedizin

Ein wichtiger Bestimmungsgrund für das Innovationsverhalten im ambulanten Sektor ist die *Zielfunktion des Arztes*. Die Annahme einer eindimensionalen Erklärung i.S. einer Einkommensmaximierung entspricht sicher nicht der Realität, denn gerade im Bereich der Selbständigen spielen Arbeitszufriedenheit, eine angenehme Arbeitsumgebung und Freizeit eine nicht zu unterschätzende Rolle. Darüber hinaus sind das ärztliche Ethos und das daraus ableitbare Streben nach befriedigenden Behandlungserfolgen sowie geringe Haftpflichtrisiken zu nennen (*v. d. Schulenburg* 1987, 104; *Münnich* 1984, 33). Wie jedoch die Auseinandersetzungen in Honorarverhandlungen und die Warnungen vor einer sog. Ärzteschwemme zeigen, bleibt das *Einkommenstreben* die dominierende Zieldimension (*Prosi* 1988, 69).

Im Verhältnis zum Durchschnittseinkommen aller Beschäftigten ist das Einkommen frei praktizierender Ärzte etwa vier mal so groß²⁷. Betrachtet man weiterhin die hohe Rate medizinisch-technischer Innovationen und den einhergehenden Strukturwandel bei den Diagnose- und Therapietechniken, so lassen die geringe Zahl der Konkurse von Arztpraxen auf ein relativ *risikoloses, profitables* Geschäft schließen²⁸.

²⁷ Vgl. *v. d. Schulenburg* 1985, 348. Nimmt man als durchschnittliches Arzteinkommen vor Steuern für 1988 einen Betrag von 169408 DM und als durchschnittliches Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit 47987 DM, so ergibt sich ein Verhältnis von 3,5. Die unterschiedlichen Belastungen durch die Altersvorsorge, die Kranken- und die Arbeitslosenversicherung sind allerdings zusätzlich zu berücksichtigen. Unklar bleibt zudem, ob die kalkulatorischen Zinsen für das eingesetzte Eigenkapital in der Berechnung der Arzteinkommen abgezogen wurden und weitere Einkommensquellen außer Betracht bleiben. Verglichen mit dem Durchschnitt der Bruttoeinkommen aller Selbständigen außerhalb der Landwirtschaft in Höhe von 218328 DM (1989) haben Ärzte einen relativ geringen Verdienst. Insofern bleibt jeder Vergleich nicht ohne Willkür. Vgl. *Statistisches Bundesamt* 1991, Tab. 24.12; *Bedau* 1990, 303, Tab. 7; eigene Berechnungen.

²⁸ Siehe *Münnich* 1985, 152. Vergleicht man die Arztkarriere mit der eines Bankers unter dem Aspekt einer Investition in Humankapital, so ermitteln *Zweifel / Eichenberger* 1988, 174 einen internen Zinsfuß von 8,8%. Da der langfristige Kapitalmarktzins im Mittel niedriger liegt, unterstreicht auch dieser Vergleich die Profitabilität des Arztberufes.

Bei gegebener Praxisausstattung entspricht der ärztlichen Zielfunktion einer Maximierung der Deckungsbeiträge, in langer Frist einer Maximierung der Praxiseinkommen (*Zweifel* 1982, 23ff.)²⁹. Da die Einzelpraxis die Regelpraxis darstellt und eine abhängige Beschäftigung von Ärzten im ambulanten Sektor aufgrund der Vorschriften zur Betriebsform nur sehr eingeschränkt möglich ist, sind die Grenzen einer *Ausdehnung der Arbeitszeit* niedergelassener Ärzte relativ starr³⁰. Bei Kapazitätsengpässen wird der Arzt häufig zum beschränkenden Faktor. Unter Beachtung medizinischer Versorgungsstandards werden dann insbesondere solche Leistungen erbracht, die den arztminütlichen Deckungsbeitrag bzw. Einkommenszuwachs maximieren (*Münnich* 1984, 28; *Offermanns* 1992, 305f.). Bei der oben beschriebenen Honorarstruktur wird der Einsatz von *Laborleistungen, Apparatedizin und personellen Hilfskräften* attraktiv (*Meyer* 1993, 144). In die entsprechende Richtung entwickelt sich der medizinisch-technische Fortschritt (*Zweifel* 1982, 65ff.).

Aufgrund einer nicht *knappheitsgerechten Fortschreibung der Gebührensätze* sind darüber hinaus erhebliche *Einkommensunterschiede* zwischen den einzelnen Fachdisziplinen zu beobachten, die sich innerhalb der letzten Jahrzehnte fortlaufend vergrößert haben (*Männer* 1983, 97). Die Überbewertung von apparate- und personalintensiven, durch Rationalisierungserfolge gekennzeichneten Leistungen begünstigt jene Facharztgruppen, die einen hohen Umsatzanteil in diesem Leistungsspektrum aufweisen. Entsprechend führen Röntgen-, Augenärzte und Internisten die Einkommensskala an, während Kinderärzte und Chirurgen das untere Ende bilden. Kinderärzte weisen den höchsten Umsatzanteil der persönlichen Arztleistungen mit ca. 90% auf. Demgegenüber macht dieser Anteil bei Augenärzten und Internisten nur ca. 35% aus³¹.

Der in den letzten Jahrzehnten zu beobachtende starke Anstieg der Ärztedichte³² dürfte tendenziell eine Kapazitätsentlastung der einzelnen Praxis bewirkt haben. Der anhaltende Angebotsdruck ausgebildeter Mediziner läßt zukünftig weitere Freikapazitäten vermuten. Mit dem Ziel des Erhalts von Einkommenspositionen werden die etablierten Ärzte versuchen, entstehende Unterauslastungen durch *leistungsintensivere Behandlungen* pro Fall bzw. pro Patient auszugleichen³³. Dies gibt einen weiteren Erklärungsgrund für die Bereitschaft der Ärzte zur Anwendung

²⁹ Praxiseinkommen = Praxisumsatz – Praxiskosten.

³⁰ Vgl. *Herder-Dorneich* 1985, 47. §95 Abs. 9 SGB V erlaubt die abhängige Beschäftigung eines zusätzlichen Arztes.

³¹ Vgl. *Männer* 1983, 104. Zu den arztintensiven Leistungen zählen hierbei Beratungen, Untersuchungen, Besuche und ähnliche Leistungen.

³² Die Einwohnerzahl je behandelnden Arzt sank von 723 (1970), 482 (1980) auf 368 (1989). Vgl. *iwd* 23/1990, 1.

³³ Vgl. die Entwicklung der Mengenindices bei *Zohlhoyer / Schmidt* 1985, 119.

neuartiger Diagnose- und Behandlungsverfahren. Bei zukünftig sinkendem Knappheitsgrad des ärztlichen Faktors und gleichzeitiger Fortschreibung der bestehenden Honorarstruktur werden auch die *Verzerrungen im Innovationsverhalten* zunehmen.

Zusammenfassung

Im ambulanten Sektor bestehen starke Anreize zur Einführung von kostensparenden Technologien. Hierzu tragen die Rationalitätenfalle ärztlicher Mengenausdehnung bei gesetzlicher Budgetierung und die Honorarformen der pauschalen Grundvergütung sowie die Honorierung nach Leistungskomplexen bei. Die starre Gebührenordnung garantiert den Ärzten temporär die Internalisierung der Kostensenkungsgewinne. Für neuartige, bisher nicht durch die Gebührenordnung erfaßte Medizintechnologien stellt diese Inflexibilität jedoch eine Marktzutrittschranke dar. Zwar setzen sich Produktinnovationen aufgrund des Nulltarifes rasch durch, doch bietet das Festhonorar in Verbindung mit Strukturen der monopolistischen Konkurrenz insbesondere Anreize für marginale Qualitätsverbesserungen. Eine die ärztliche Arbeitszeit diskriminierende Honorarstruktur ist für den arbeitszeitparenden technischen Fortschritt (Apparatemedizin) verantwortlich.

Summary

In the outpatient sector German physicians have great incentives to economize their production through cost-saving technologies. Main reasons are a global, fixed budget for all outpatient treatments, lump-sum fees et al.. A cost-free treatment leads to a fast diffusion of quality-increasing product innovations. The capitalintensive production process is caused by a distorted relation of fees.

Literaturverzeichnis

a) Bücher/Aufsätze

Andersen, H. H. / Schulenburg, J. M. v. d. (1990), Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb. Berlin.

Bailey, E. E. (1974), Innovation and Regulation. *Journal of Public Economics* 3, 285 - 295.

Bedau, K.-D. (1990), Die Entwicklung der Einkommensverteilung in der Bundesrepublik Deutschland (ohne neue Bundesländer) seit 1970 nach Einkommensarten und nach Haushaltsgruppen. *DIW Vierteljahresheft* 4, 295 - 309.

Deutsche Bundesbank (1991), Neuere Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. *Monatsberichte der Deutschen Bundesbank* 43, 26 - 37.

Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschungen e.V. (1987), Mehr Markt im Gesundheitswesen. *Schriftenreihe* 13. Bad Homburg.

Henke, K.-D. (1988), Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: Gäfgen, G. (Hrsg.), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*. Baden-Baden.

ZWS 114 (1994) 2

- Herder-Dorneich, Ph.* (1985), Wettbewerb und Rationalitätenfallen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 7. Gerlingen.
- Knappe, E.* (1985), Mengen- und Preissteuerung auf der Angebotsseite des Gesundheitssektors: Das Beispiel der Zulassungsbeschränkungen und des Honorierungssystems. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 8. Gerlingen.
- (1988), Innovations- und Diffusionsprozesse technischer Entwicklungen im ambulanten und stationären Sektor, in: Gäfgen, G. / Oberender, P. (Hrsg.), Technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Baden-Baden.
- / *Rosar, A.* (1988), Medizinisch-technischer Fortschritt unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitssektors, in: Klaus, J. / Klemmer, P. (Hrsg.), Wirtschaftliche Strukturprobleme und soziale Fragen – Analyse und Gestaltungsaufgaben. Berlin.
- Männer, L.* (1983), Höhe und Divergenz der Arzteinkommen als Kontrollgrößen für Fehlallokation in der kassenärztlichen Behandlung bei Einzelleistungshonorierung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 4. Gerlingen.
- / *Hartmann, B. / Hofmann, J.* (1983), Heuristische Entscheidungsmodelle in der kassenärztlichen Versorgung. Göttingen.
- Meyer, D.* (1993), Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Eine Analyse der Anreizstrukturen aus ordnungstheoretischer Sicht. Tübingen.
- Münnich, F. E.* (1984), Kosten- und Allokationswirkungen des technischen Fortschritts im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 6. Gerlingen.
- (1985), Möglichkeiten einer Marktsteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Begründung und Zielsetzung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 8. Stuttgart.
- Offermanns, M.* (1991), Ärztekammern und die Neue Institutionenökonomik. Sozialer Fortschritt 40, 190 - 196.
- (1992), Bedarfszulassung und Bewertungsmaßstab. Sozialer Fortschritt 41, 304 - 307.
- Pejovich, S.* (1983), Innovation and Alternative Property Rights, in: Schüller, A. u. a. (Hrsg.), Innovationsprobleme in Ost und West. Stuttgart.
- (1987), Freedom, Property Rights and Innovation in Socialism. Kyklos 40, 461 - 475.
- Pfaff, M. / Nagel, F.* (1992), Probleme und Ansatzpunkte für eine ökonomische Bewertung der Medizintechnologie. Sozialer Fortschritt 41, 105 - 112.
- Prosi, G.* (1988), Innovationen in der Medizintechnik. Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik 35, 67 - 71.
- (1989), Innovationsprozesse: Kein Fortschritt ohne Risiko. Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik 39, 7 - 10.
- Rees, R.* (1984), The Theory of Principal and Agent 1, 2. University College. Cardiff.
- Scherer, F. M.* (1980), Industrial Market Structure and Economic Performance, 2. Chicago.
- Schulenburg, J.-M. v. d.* (1981), Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen. Tübingen.

- (1985), „Pro Competitive Strategy“ im Gesundheitswesen: Eine kritische Stellungnahme aus deutscher Sicht. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 7. Stuttgart.
- (1987), Selbstbeteiligung. Tübingen.
- Statistisches Bundesamt* (1991), Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1991. Wiesbaden.
- Ulrich, V. / Wille, E.* (1985), Zur Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Preis- und Mengeneffekte von Behandlungsarten. Finanzarchiv N.F. 47, 361 - 403.
- Woll, A.* (1981), Allgemeine Volkswirtschaftslehre, 7. München.
- Zohlnhöfer, W. / Schmidt, P.-G.* (1984), Die Preisbildung für ambulante kassenärztliche Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland. Aufsätze zur Wirtschaftspolitik 8. Mainz.
- / — (1985), Preisbildung für kassenärztliche Leistungen im ambulanten Bereich in der Bundesrepublik Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 9. Gerlingen.
- Zweifel, P.* (1982), Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens. Berlin. Heidelberg. New York.
- / *Eichenberger, R.* (1988), Der Korporativismus der niedergelassenen Ärzte, in: Gäfgen, G. (Hrsg.), Neokorporativismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden.
- / *Waser, O.* (1987), Bonusoptionen in der Krankenversicherung. Stuttgart.

b) Sonstiges

- Ärzttekammer will Steuer auf alles, was ungesund ist, in: *Kieler Nachrichten* v. 28.12.1992.
- Basisdaten des Gesundheitswesens* (1991), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.). Hemsbach.
- Nachwuchs steigt um, in: *iwd* (1990), 16, 23, 1.
- Streit um die Zulassung von Kassenärzten, in: *FAZ* v. 28.1.1992, 12.

c) Gesetze

Bewertungsmaßstab/Ärzte (BMÄ)
 Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO)
 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)
 Sozialgesetzbuch V (SGB V)