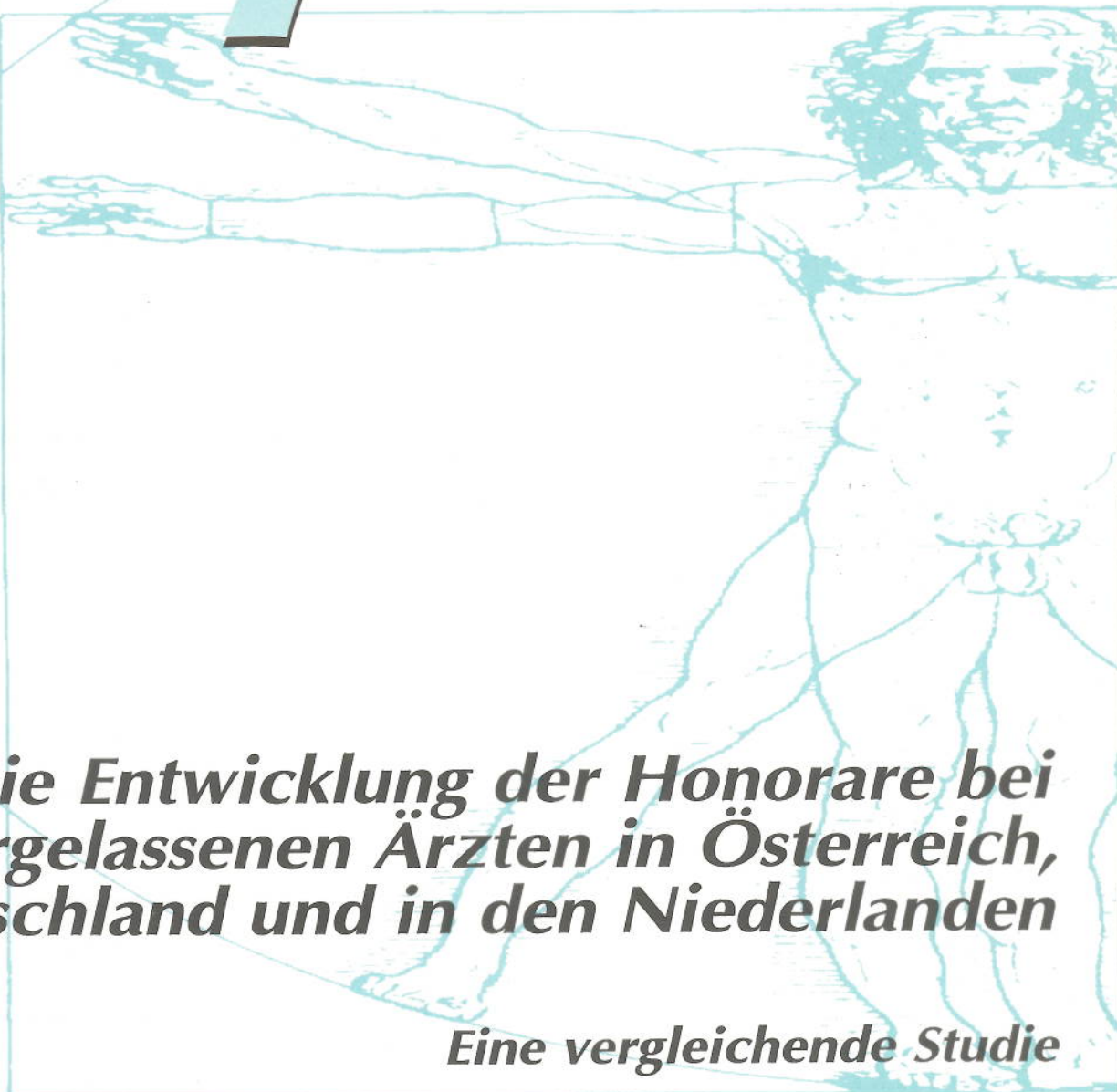


# papers

Gesundheitswissenschaften



## **Die Entwicklung der Honorare bei niedergelassenen Ärzten in Österreich, Deutschland und in den Niederlanden**

**Eine vergleichende Studie**

**von Georg Waldner**

Herausgegeben von  
Univ.- Prof. Dr. Josef  
Weidenholzer, Institut für  
Gesellschafts- und  
Sozialpolitik, Johannes Kepler  
Universität Linz in  
Zusammenarbeit mit der  
Oberösterreichischen  
Gebietskrankenkasse.  
Redaktionelle Betreuung:  
Mag. DDr. Oskar Meggeneder  
Kontaktadresse:  
OÖ Gebietskrankenkasse,  
Frau Martina Blutsch,  
Gruberstraße 77,  
A - 4021 Linz,  
Tel.: 0732/7807-2851,  
Fax: 0732/7807-2680,  
E-mail: [martina.blutsch@oogkk.at](mailto:martina.blutsch@oogkk.at)  
Hersteller: OÖGKK-Hausdruckerei

**Linz, 2001**

# Inhaltsverzeichnis

**Tabellenverzeichnis**

**Abbildungsverzeichnis**

**Abkürzungsverzeichnis**

**Eurofixkurse**

<b>1</b>	<b>Vorwort .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
2.1	Methodik.....	4
<b>3</b>	<b>Einige Kennzahlen des Gesundheitswesens in Österreich, Deutschland und den Niederlanden.....</b>	<b>7</b>
3.1	Output-Kennzahlen .....	8
3.1.1	Lebenserwartung.....	8
3.1.2	Säuglingssterblichkeit.....	8
3.2	Input-Kennzahlen .....	9
3.2.1	Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts.....	9
3.2.2	Finanzierung der Gesundheitsausgaben .....	10
3.2.3	Gesundheitsausgaben nach Sektoren.....	11
3.2.4	Ärztedichte .....	12
<b>4</b>	<b>Die These der angebotsinduzierten Nachfrage .....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Honorierungssysteme bei niedergelassenen Ärzten.....</b>	<b>17</b>
5.1	Einzelleistungsvergütung .....	19
5.2	Kopfpauschale .....	21
5.3	Fallpauschale.....	22
5.4	Das Fixum .....	23
<b>6</b>	<b>Österreich.....</b>	<b>25</b>
6.1	Das österreichische Gesundheitswesen .....	25
6.2	Finanzierung.....	26

6.3	Gesetzlicher und organisatorischer Rahmen des österreichischen Gesundheitssystems	27
6.3.1	Gesetzlicher Rahmen für den Versicherungsschutz.....	28
6.4	Aufbau des Gesundheitswesens in Österreich.....	29
6.5	Das Honorierungssystem bei niedergelassenen Ärzten.....	30
<b>7</b>	<b>Die Niederlande.....</b>	<b>32</b>
7.1	Das Gesundheitssystem.....	32
7.2	Finanzierung.....	33
7.3	Gesetzlicher Rahmen des niederländischen Gesundheitswesens.....	33
7.4	Das Versicherungssystem.....	33
7.5	Aufbau des Gesundheitswesens in den Niederlanden.....	35
7.5.1	Das Tarifgesetz.....	37
7.5.2	Honorarrichtlinie für niedergelassene Ärzte in Holland.....	38
<b>8</b>	<b>Bundesrepublik Deutschland.....</b>	<b>41</b>
8.1	Das Gesundheitssystem im Überblick.....	41
8.2	Gesetzlicher Rahmen des deutschen Gesundheitssystems.....	43
8.2.1	Jüngere Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	44
8.3	Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland.....	47
8.3.1	Ambulante Gesundheitsversorgung.....	47
8.4	Der niedergelassene Arzt in Deutschland.....	49
8.5	Vergütungssystem bei den niedergelassenen Ärzten in Deutschland.....	52
<b>9</b>	<b>Kosten der niedergelassenen Ärzte.....</b>	<b>54</b>
9.1	Kostenstrukturanalyse einer Arztpraxis.....	55
9.2	Gesamtaufwand nach Aufwandsarten.....	56
<b>10</b>	<b>Honorarentwicklung in Österreich.....</b>	<b>59</b>
10.1	Die Entwicklung der Gesamthonorare.....	60
10.2	Kennzahlen der Honorarentwicklung der niedergelassenen Ärzte in Österreich.....	62

10.2.1	Die Anzahl der Ärzte .....	62
10.2.2	Die Anzahl der Fälle .....	63
10.2.3	Der Fallwert .....	64
10.3	Das Honorar pro Arzt.....	65
<b>11</b>	<b>Die Honorarentwicklung der Bundesrepublik Deutschland.....</b>	<b>70</b>
11.1	Die Entwicklung der Zahl niedergelassener Ärzte in Deutschland .....	71
11.2	Honorar pro Fall.....	74
<b>12</b>	<b>Vergleich der Honorarentwicklung der praktischen Ärzte in Österreich und Deutschland (West) .....</b>	<b>77</b>
<b>13</b>	<b>Honorarvergleich von Fachärzten in Österreich und Deutschland (West) 1998.....</b>	<b>81</b>
<b>14</b>	<b>Vergleich der durchschnittlichen Einkommensentwicklung eines praktischen Arztes in Österreich, Deutschland und den Niederlanden.....</b>	<b>83</b>
14.1	Methodische Voraussetzungen für den Einkommensvergleich .....	83
14.2	Der Einkommensvergleich in Euro.....	86
14.3	Der Einkommensvergleich mittels Kaufkraftparitäten .....	90
<b>15</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>93</b>
<b>ANHANG 1</b>	<b>.....</b>	<b>99</b>
<b>ANHANG 2</b>	<b>.....</b>	<b>100</b>
<b>ANHANG 3</b>	<b>.....</b>	<b>101</b>
<b>ANHANG 4</b>	<b>.....</b>	<b>102</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>.....</b>	<b>103</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittlere Lebenserwartung .....	8
Tabelle 2: Säuglingssterblichkeit je 1000 Geburten .....	9
Tabelle 3: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (1997) .....	9
Tabelle 4: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US-Dollar Kaufkraftparitäten) .....	10
Tabelle 5: Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben 1994 .....	11
Tabelle 6: Anteil der Sektoren an den Gesundheitsausgaben in %, 1992 .....	12
Tabelle 7: Ärzte je 1000 Einwohner.....	13
Tabelle 8:Niedergelassene Ärzte je 1000 Einwohner .....	13
Tabelle 9: Ärztedichte in den Niederlanden 1985-1998 .....	37
Tabelle 10: Die Reformen im Gesundheitswesen und ihre finanziellen Auswirkungen .....	46
Tabelle 11: Niedergelassene Ärzte in Deutschland.....	48
Tabelle 12: Die Organisationsformen deutscher Praxen.....	49
Tabelle 13: Entwicklung des Leistungsgeschehens zwischen 1990 und 1995 in Deutschland .....	50
Tabelle 14.: Entwicklung der wichtigsten Leistungsausgaben zwischen 1991-1999 .....	51
Tabelle 15: Honorar gesamt 1989-1998 (alle KV-Träger) in Österreich.....	61
Tabelle 16: Zeitreihe Honorar pro praktischem Arzt, allgemeinem Facharzt und sonstigem Facharzt, VPI, TLI, BIP in Österreich 1989-1998 (alle KVs) .....	68
Tabelle 17: Entwicklung des Fallwerts in der BRD 1990-1997 .....	75
Tabelle 18: Honorarentwicklung eines praktischen Arztes in Österreich und in Deutschland 1989-1998 .....	78
Tabelle 19: Honorarumsätze von Fachärzten 1998 in Österreich und Deutschland.....	82
Tabelle 20: Das durchschnittliche Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in Österreich, der BRD (West) und den Niederlanden 1989-1998 .....	89
Tabelle 21: Kaufkraftparitätenvergleich des durchschnittlichen Einkommens vor Steuern eines praktischen Arztes in Ö, der BRD und den NL (1989-1998)*.....	92

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Anzahl der Ärzte mit §2-Kassenvertrag in Österreich.....	63
Abbildung 2: Anzahl der abgerechneten Fälle pro Arzt in Österreich.....	64
Abbildung 3: Honorar pro Arzt 89/98.....	66
Abbildung 4: Zeitreihe Honorar pro prakt. Arzt, allgem. Facharzt und sonst. Facharzt, VPI, TLI, BIP in Österreich 1989-1998.....	68
Abbildung 5: Relative Veränderung Honorar pro Arzt.....	69
Abbildung 6: Anzahl der Vertragsärzte in der BRD 1990-1998.....	73
Abbildung 7: Relative Honorarentwicklung pro Fall in der BRD (West).....	75
Abbildung 8: Die Entwicklung des Honorars beim praktischen Arzt in Österreich und in Deutschland 1989-1998 (absolut).....	79
Abbildung 9: Die Entwicklung des Honorars beim praktischen Arzt in Österreich und in Deutschland 1989-1998 (relativ).....	80
Abbildung 10: Das durchschnittliche Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in Österreich, der BRD (West) und den Niederlanden 1989-1998.....	90

## **Gleichungsverzeichnis**

Gleichung 1: Rangliste der Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in Ö, BRD (W) und den NL 1989-1998 mittels Kaufkraftparitätenvergleich.....	92
---	----

## **Abkürzungsverzeichnis**

COTG - Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidsorg- holländische Tarifbehörde

EBM - Einheitlicher Bewertungsmaßstab (Deutschland)

GKV - deutsche gesetzliche Krankenversicherung

HVB – Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung

SGB - deutsches Sozialgesetzbuch

## **Eurofixkurse**

1 Euro = 13,7063 öS

1 Euro = 1,95583 DM

1 Euro = 2,20371 holländischer Gulden

## 1 Vorwort

Die Gründe für die Wahl des Themas „Die Entwicklung der Honorare von niedergelassenen Ärzten in Österreich, der Bundesrepublik Deutschland und den Niederlanden“ sind vielfältige. Im Sommer 1999, als ich mir ein Thema für meine Diplomarbeit überlegte, arbeitete ich noch als parlamentarischer Mitarbeiter im österreichischen Nationalrat für die Gesundheitssprecherin eines Parlamentsklubs. In dieser Tätigkeit hatte ich mit vielen Bereichen des Gesundheitswesens zu tun und es lag nahe, die Diplomarbeit über dieses Themengebiet zu schreiben. Auf der anderen Seite hatte ich durch den Beruf meiner Eltern ebenfalls einen starken Bezug zum Gesundheitswesen. Ich war daher sehr dankbar, dass mir der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger diesen Arbeitstitel meiner Diplomarbeit vorschlug und mir auch zusicherte, mich bei der Beschaffung der notwendigen Daten zu unterstützen. Mir war schon zu Beginn der Arbeit klar, dass Einkommensdaten Daten sind, die nur schwer erhältlich und zugänglich sind. Ohne die freundliche Unterstützung vieler Personen wäre diese Arbeit daher nicht zustande gekommen. Was ich unterschätzt habe, war die Komplexität dieser Materie. Die Honorarentwicklung von niedergelassenen Ärzten hängt von vielen Faktoren ab und beeinflusst gleichzeitig die (Folge)Ausgaben für das nationale Gesundheitssystem. Eine Steuerung der Honorarentwicklung ist über das Honorierungssystem und die Zulassung von niedergelassenen Vertragsärzten möglich. Wie die Anreizwirkung für das Gesundhalten der Bevölkerung, das Anbieten von Gesundheitsleistungen, die Verteilung des Morbiditätsrisikos aussieht und ob all das nur zu einer Verlagerung der Kosten auf andere Bereiche des Gesundheitswesens führt, damit haben sich schon namhafte GesundheitsökonomInnen beschäftigt. Es ist bis jetzt noch nicht gelungen, diese Fragen zufriedenstellend zu beantworten. Leider halfen die Gesundheitsstudien internationaler Organisationen wie die der OECD und der WHO, die sowohl über die benötigten Daten, die wissenschaftlichen Ressourcen und die Erfahrung mit internationalen Vergleichen verfügen, wenig, um mir eine methodische Anleitung oder eine Hilfestellung beim Vergleich der Honorarentwicklung zu geben. Der Einkommensbereich von niedergelassenen Ärzten wurde nämlich darin nicht behandelt. Daher stellte ich im Laufe der Recherchen fest, dass das Ergebnis dieser Diplomarbeit im zweiten Satz des Arbeitstitels „Eine vergleichende Studie“ liegen muss. Es ist mir anhand der verfügbaren Daten nur möglich, **die Entwicklung der Honorare** von niedergelassenen Ärzten in Österreich, Deutschland und den Niederlanden **zu vergleichen**. Es ist aber nicht möglich im einzelnen zu erklären, warum sich das durchschnittliche Honorar in einem bestimmten Jahr in einem Land so entwickelt hat. Die



Gründe können nur angedeutet oder aus Kommentaren und Berichten aus Fachzeitschriften wiedergegeben werden. Es geht also in dieser Arbeit vor allem um den Vergleich, wie sich die Honorare bei niedergelassenen Ärzten in den drei untersuchten Ländern entwickelt haben. Ich schließe mich der Meinung des AOK-Bundesverbandes an, dass das Leistungs- und Abrechnungsgeschehen selbst für Insider des Gesundheitswesens in hohem Maße intransparent ist. Die Aufgabe erschwert sich zusätzlich, wenn man sich, wie ich in dieser Arbeit, erst einmal mit den Grundlagen der untersuchten Gesundheitssysteme vertraut machen muss! An dieser Stelle möchte ich mich noch ganz herzlich für die Mithilfe beim Zustandekommen dieser Arbeit bedanken: an erster Stelle bei Herrn Mag. Heinrich Tinhofer (HVB), der mich mit methodischem und fachlichem Rat, dem Herstellen von Kontakten und der Beschaffung von Daten die gesamte Zeit über unterstützt hat, bei Frau Silvia Huber (HVB), die mir bei der statistischen und grafischen Aufbereitung der Daten geholfen hat, Herrn Friedrich Horvath (HVB), der sich viel Zeit für die detaillierte Erklärung des österreichischen Honorierungssystems genommen hat, Frau Dr. Monika Riedel (IHS) für ihre fachlichen Ratschläge und die Möglichkeit, die neuesten OECD-Daten einzusehen. Die Umsatzzahlen für die Bundesrepublik Deutschland erhielt ich von Reinhard Kleinecke (KBV). Wertvolle Erklärungen zum Aufbau des niederländischen Gesundheitssystems, die Stellung des niedergelassenen Arztes und die Honorierung von praktischen Ärzten in Holland kamen von Herrn Ad Vermaas (Niederländische Hausärzteverband) und der niederländischen Tarifbehörde. Die Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verdanke ich Herrn Gen.dir.-Stv. Dr. Josef Probst und Frau Nationalratsabgeordnete Dr. Elisabeth Pittermann. Für seine fachliche Betreuung, inhaltliche Führung und Geduld sei Herr Univ. Prof. Dr. Werner Clement besonders hervorgehoben. Ihnen allen gilt mein herzlicher Dank.

Wien, im November 2000

G.W.

## 2 Einleitung

International vergleichende Studien der Gesundheitssysteme können grob in zwei Gruppen eingeteilt werden: die erste Gruppe sind sehr detaillierte Studien über das Gesundheitssystem zumeist eines Staates. Diese sind üblicherweise deskriptiv, vergleichend-analytische Elemente sind nicht so stark betont. Die zweite Gruppe sind Studien, die mit umfassenden Datenmaterial und der Hilfe von Kennzahlensystemen zum Gesundheitswesen arbeiten. (OECD, WHO-Berichte, BASYS). Oftmals finden dabei institutionelle Aspekte des Gesundheitswesens eines Landes als erklärende Variablen keine Berücksichtigung.

In dieser Arbeit sollen diese zwei Ansätze verbunden werden. Diese Arbeit handelt nur von einem kleinen Teilaspekt des Gesundheitssystems, nämlich der Honorierung von niedergelassenen Ärzten. Einerseits soll ein theoretischer Überblick über die möglichen Honorierungsformen gegeben werden, andererseits soll anhand konkreter Zahlen die Einkommenssituation und Einkommensentwicklung der niedergelassenen Ärzte in Österreich, Deutschland und den Niederlanden verglichen werden.

Um einen Überblick über die drei zu behandelnden Gesundheitswesen zu erlangen, wird im ersten Kapitel ein Vergleich anhand wichtiger Indikatoren des Gesundheitswesens gemacht. Neben der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung werden Unterschiede bei den Ausgaben des Gesundheitswesens und der Struktur ihrer Finanzierung verglichen.

Das zweite Kapitel soll den Leser mit den geläufigsten Theorien zu Honorierungssystemen bei niedergelassenen Ärzten vertraut machen. Dabei werden neben der Beschreibung der Honorierungsformen, auch deren Anreizwirkungen zur Erbringung von Gesundheitsleistungen und ihre Innovationskraft, ihre allokativen Effizienz und qualitative Resultate diskutiert. Diesem Kapitel vorangestellt ist die ökonomische Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage, die besagt, dass mit steigender Ärztedichte die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen pro Kopf der Bevölkerung ebenfalls zunimmt, obwohl die Preise gleich bleiben.

In den Kapiteln drei, vier und fünf werden die Gesundheitssysteme von Österreich, Holland und der Bundesrepublik Deutschland im einzelnen beschrieben. Betrachtet werden jeweils der gesetzliche Rahmen, das Versicherungssystem und der Aufbau des Gesundheitswesens in den einzelnen Staaten. Einen Schwerpunkt der Betrachtung bildet die Stellung des niedergelassenen Arztes innerhalb des Gesundheitswesens und in weiterer Folge das

Vergütungssystem bei niedergelassenen Ärzten in diesen Ländern.

Im zweiten Abschnitt dieser Arbeit kommt es zum Vergleich des Einkommens der niedergelassenen Ärzte in Österreich, Deutschland und den Niederlanden. Das Einkommen ergibt sich aus dem Umsatz abzüglich den Aufwendungen. Zuerst soll die Honorarentwicklung in Österreich anhand der wichtigsten Kennzahlen des niedergelassenen Bereiches beschrieben werden. Im Kapitel Kosten soll die Kostensituation und die Kostenstruktur einer Arztpraxis analysiert und aufgeschlüsselt werden, der Kostenanteil am Umsatz bezieht sich dabei auf eine Durchschnittspraxis. Aus diesen beiden Kapitel lässt sich dann das Einkommen berechnen. Das Einkommen der praktischen Ärzte in den drei untersuchten Ländern soll in weiterer Folge mittels Kaufkraftparitätenvergleich gegenübergestellt werden. Der Versuch soll unternommen werden, diese in seiner Entwicklung über die letzten zehn Jahre zu betrachten, so dass sich schlüssige Aussagen zur Einkommensentwicklung und der Einkommenssituation von niedergelassenen Ärzten treffen lassen.

Die Zusammenfassung am Ende der Arbeit soll die erzielten Ergebnisse noch einmal im Überblick darstellen und einen Ausblick auf Trends und zukünftige Entwicklungstendenzen im niedergelassenen Bereich geben.

## **2.1 Methodik**

Methodisch ist diese Arbeit, wie bereits angedeutet, beim Systemvergleich analytisch-deskriptiv angelegt. Die Daten des Einkommens stammen von den offiziellen Stellen der einzelnen Ländern (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Ö), Kassenärztliche Bundesvereinigung (D), der holländischen Tarifbehörde COTG und der Hausärztlichen Vereinigung (NL)), Publikationen (Studien) zu diesem Thema und ärztlichen Fachzeitschriften. Im Fall von Holland muss das Einkommen eines „Durchschnittsarztes“ oder „Modell-Arztes“ in Ermangelung genauer Daten herangezogen werden. Auf eine empirische Datenerhebung wurde verzichtet.

Die Auswahl der Länder wurde bewusst so vorgenommen. Um einen realistischen Vergleich anstellen zu können, wurden Länder mit einem mehr oder weniger gleich hohen Niveau der medizinischen Versorgung, der wirtschaftlichen Leistungskraft und der Kaufkraft ausgewählt. Die Niederlande wurden auch vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgeschlagen, weil die Niederlande über ein sehr leistungsfähiges und effizientes Gesundheitssystem verfügen und dies für das österreichische Gesundheitswesen

Vorbildwirkung haben könnte.

Mit der Einführung der gemeinsamen europäischen Währung im Jahr 1999 ist das Problem der unterschiedlichen Währungen und Wechselkursschwankungen beseitigt. Daher sind neben den Angaben der Beträge in den nationalen Währungen Schilling, DM, holländische Gulden, die Euro-Beträge angeführt.

### **Methodische Einschränkungen:**

Da es sich bei den drei zu vergleichenden Staaten um Staaten mit einem unterschiedlichen Aufbau des Gesundheitswesens, des Versicherungssystems (Pflichtversicherung - Versicherungspflicht), einer unterschiedlichen Bedeutung des niedergelassenen Arztes, etc. handelt, lassen sich die verfügbaren Daten nicht exakt vergleichen. Um eine Vergleichbarkeit der Honorare herstellen zu können, muss mit den durchschnittlichen nationalen Honorarumsätzen, im Fall von Holland, mit den Normativumsätzen gerechnet werden. Auf regionale Unterschiede in der Höhe der Umsätze kann nicht eingegangen werden. Die Umsatzzahlen beziehen sich nur auf die Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, wodurch

1. die Höhe der sonstigen Einnahmen (z.B. aus Zahlung von Privatversicherungen, privat verrechnete Sonderleistungen etc.) nur geschätzt werden kann und
2. nur offiziell deklarierte Beträge eingerechnet werden.

Ein weiteres Problem ergibt sich bei der Schätzung des Kostenanteils am Umsatz einer Arztpraxis. Diese werden aufgrund unterschiedlicher Interessen (der Auftraggeber von Studien zur Kostenanalyse) unterschiedlich hoch angenommen. Es wird daher der Mittelwert der Kostenschätzungen der vorhandenen Studien herangezogen. Ebenso geht man in den nationalen Kostenschätzungen von unterschiedlichen Ausstattungen der Ordinationen aus (z.B. durchschnittliche Praxisgröße: in Ö und D 110 m<sup>2</sup> in den NL 64 m<sup>2</sup>)

Diese Arbeit kann aufgrund der eben gemachten Einschränkungen keine Auskunft über die tatsächliche Höhe der Einkommen der niedergelassenen Ärzte dieser drei Länder geben. Die ermittelten Werte sind vielmehr als Richtwerte zu verstehen und zeigen eine Tendenz in der Einkommensentwicklung einer Arztgruppe eines Landes auf. Die Einkommenssituation des einzelnen niedergelassenen Arztes kann aufgrund der Patientenstruktur (Verhältnis öffentlich Versicherter zu privat Versicherten, Altersstruktur, etc.), Einwohnerdichte, Konkurrenz,

Praxisausstattung, Leistungsangebot u.v.m erheblich von diesen Richtwerten abweichen.

Abschließend soll noch gesagt werden, dass als Einkommen das Einkommen vor Steuern verwendet wird.

### **3 Einige Kennzahlen des Gesundheitswesens in Österreich, Deutschland und den Niederlanden**

Die drei in dieser Arbeit zu betrachtenden Gesundheitssysteme von Österreich, Deutschland und den Niederlanden sind sich in vielem sehr ähnlich. Es handelt sich in allen drei Ländern um hochentwickelte Gesundheitssysteme, in denen fast 100 Prozent der Bevölkerung krankenversichert ist.

Alle drei Staaten sind Mitglieder der Europäischen Union, die Bundesrepublik Deutschland und die Niederlande sogar Gründungsmitglieder. Alle drei Staaten verfügen daher über ein gemeinsames kulturelles Erbe, ein einheitliches Wertesystem und eine demokratische Ordnung und eine Marktwirtschaft. In allen drei Staaten wird der Einfluss von EU-Institutionen (auch) auf das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren zunehmen. Alle drei Gesundheitssysteme sind geprägt vom Grundprinzip der Solidarität und dem gleichen und freien Zugang zu Gesundheitseinrichtungen. Die Gesetzgebung gibt dabei den Rahmen für die Ausgestaltung der Gesundheitssysteme vor.

Natürlich sind die Gesundheitssysteme unterschiedlich historisch gewachsen, unterlagen in ihrer Ausgestaltung Regierungen mit unterschiedlichen ordnungspolitischen Vorstellungen und verschiedenen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Gerade auf die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist nach der Meinung von Leienbach eine Reihe von Systemunterschieden zurückzuführen.<sup>1</sup>

Wie es heutzutage international üblich ist, werden Gesundheitssysteme anhand von sogenannten Output- und Input-Indikatoren verglichen und beurteilt. In weiterer Folge sollen einige dieser Indikatoren der einzelnen Staaten und des EU-Durchschnitts miteinander verglichen werden, wobei aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit<sup>2</sup> für Deutschland die Werte der alten Bundesländer (Westdeutschland) herangezogen werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Leienbach (2000): S. 23, in: Meggeneder (Hrsg.) (2000)

<sup>2</sup> einerseits besteht Gesamtdeutschland erst seit 1991, so dass vor diesem Jahr liegende Werte nur für Westdeutschland vorliegen, andererseits ist der Aufholprozess des ehemaligen Ostdeutschland noch nicht abgeschlossen.

### 3.1 Output-Kennzahlen

Zu den zwei geläufigsten Output-Kennzahlen zählen die Lebenserwartung und die Säuglingssterblichkeit.

#### 3.1.1 Lebenserwartung

Wie sich aus Tabelle 1 erkennen lässt, ist die Lebenserwartung in Holland am höchsten und liegt in Österreich und Deutschland knapp unter dem EU-Durchschnitt. Auffallend positiv ist jedoch der prozentuelle Zuwachs an Lebensjahren in Österreich im Zeitraum 1980 bis 1994. Da auch die Lebenserwartung in den ärmeren EU-Ländern gleich hoch ist, wird gezeigt, dass das Gesundheitswesen auf die Lebenserwartung einen großen Einfluss hat, jedoch viele Einflussfaktoren die Lebenserwartung und den Gesundheitszustand bestimmen.

**Tabelle 1: Mittlere Lebenserwartung**

LAND	1980	1994	ZUWACHS IN JAHREN	ZUWACHS IN %
Deutschland (W)	73,6	76,9	3,3	4,4
Niederlande	75,9	77,7	1,8	2,4
Österreich	72,7	76,9	4,2	5,8
EU	74,2	77,3	3,1	4,2

Quelle: Leienbach (2000) nach Schneider et al. (1998)

#### 3.1.2 Säuglingssterblichkeit

Bei der Säuglingssterblichkeit kommen im EU-Durchschnitt im Jahr 1994 auf 1000 Geburten 6,2 Sterbefälle. Deutschland und die Niederlande lagen geringfügig darunter, Österreich geringfügig darüber. Auffällig auch hier, dass sich sowohl Österreich als auch Deutschland zwischen 1980 und 1994 mehr verbessern konnten als die Niederlande, die schon Anfang der 80er Jahre einen sehr hohen Standard hatten.

**Tabelle 2: Säuglingssterblichkeit je 1000 Geburten**

LAND	1980	1994	80/94
Deutschland (W)	12,6	5,5	-5,7
Niederlande	8,5	5,6	-2,9
Österreich	14,3	6,3	-5,7
EU	12,6	6,2	-4,9

Quelle: Leienbach (2000) nach Schneider et al. (1998)

### **3.2 Input-Kennzahlen**

#### **3.2.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts**

Bei der Inputmessung lässt sich der Stellenwert des Gesundheitswesens am Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (Tabelle 3) ablesen. Sowohl Österreich und die Niederlande liegen im EU-Durchschnitt, Deutschland gibt erheblich mehr seiner „volkswirtschaftlichen Produktionskraft“<sup>3</sup> für Zwecke der Gesundheit aus.

**Tabelle 3: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (1997)**

LAND	1997
Deutschland (W)	10,7
Niederlande	8,5
Österreich	8,3
EU	8,45*

Quelle: Badelt (2000) nach OECD (1999) Health Data 1999

\* Wert (1992)

<sup>3</sup> Badelt (2000): S. 557



In absoluten Zahlen sind ebenso die pro Kopf-Ausgaben für Gesundheit in Deutschland ebenso am höchsten. In Österreich und den Niederlanden waren sie 1997 annähernd gleich.

**Tabelle 4: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US-Dollar Kaufkraftparitäten)**

LAND	1990	1997
Deutschland (W)	1297	2339
Niederlande	1326	1825
Österreich	1204	1793
EU	1139	1646

Quelle: Hofmacher (2000), nach OECD-Health Data 1998, WHO Health for All Database 1999

### **3.2.2 Finanzierung der Gesundheitsausgaben**

Besonders deutlich werden die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen, betrachtet man den öffentlichen und privaten Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben.

**Tabelle 5: Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben 1994**

Land	Öffentlicher Anteil (in %)			Privater Anteil (in %)			Insgesamt
	Sozialversiche- rung	Staat	Insgesamt	Selbstzahlung	PKV	Sonst.	
Deutschland (W)	66,6	11,8	78,4	12,5	7,9	1,1	21,5
Niederlande	73,8	4,8	78,6	7,3	14,1	0,0	21,4
Österreich	53,9	25,1	79,0	14,0	7,0	0,0	21,0
EU	47,0	31,0	78,0	15,5	6,3	0,2	22,0

Quelle: Leienbach (2000) nach Schneider et al. (1998)

In den Niederlanden ist der Anteil der Sozialversicherung als Finanzierungsträger mit 73,8 % am größten, dafür der Anteil des Staates mit 4,8 % sehr gering. In Österreich zahlt der Staat ein Viertel der Gesundheitsausgaben, liegt damit aber immer noch unter dem EU-Durchschnitt. Sowohl in Österreich, Deutschland und den Niederlanden beträgt der öffentliche Anteil an den Gesundheitsausgaben beinahe 80 % und ist im EU-Durchschnitt. Wie sich aus Tabelle 5 ablesen lässt, war der Anteil der Selbstzahlung 1994 in Holland am geringsten, dafür die Finanzierung durch private Krankenversicherungen mit 14,1 % fast doppelt so hoch wie Österreich und Deutschland.

### **3.2.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren**

Einen hohen Aussagewert über den Aufbau des Gesundheitswesens enthält die Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben nach Sektoren.

**Tabelle 6: Anteil der Sektoren an den Gesundheitsausgaben in %, 1992**

Land	Ausgaben für die ambulante Versorgung			Stationäre und sonstige Versorgung				
	Arzt	Zahnarzt	Arzneimittel	Heil- und Hilfsmittel	Insges.	Krankenhaus	Pflege	Sonstige
Deutschland (W)	16,9	11,3	16,4	7,1	51,7	34,2	8,5	5,5
Niederlande	10,5	4,9	9,5	5,7	30,6	45,2	15,4	8,8
Österreich	17,5	8,9	8,4	3	37,8	48	11,9	2,4
EU	15,8	7,3	16,2	4,9	44,2	41,4	9,3	5

Quelle: Schneider et al. (1995)

Die ambulante Versorgung hat in Deutschland den höchsten Stellenwert. Auffällig sind die im Vergleich zu Holland und Österreich wesentlich höheren Ausgaben für Arzneimittel. In den Niederlande ist traditionell die Pflege sehr gut ausgebaut und nimmt demgemäss auch eine Spitzenstellung ein.

Die ambulante ärztliche Versorgung ist in den Ländern unterschiedlich organisiert. Nicht nur der Umfang der staatlichen Regulierungen und der öffentlichen Leistungserbringung variiert, auch die Arbeitsteilung zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten, Krankenhausambulatorien und niedergelassenen Ärzten sowie Honorierungsverfahren sind sehr unterschiedlich organisiert.<sup>4</sup>

### 3.2.4 Ärztedichte

Österreich und Deutschland weisen eine hohe Arztdichte auf. Österreich hat die meisten niedergelassenen Ärzte pro 1000 Einwohner.

<sup>4</sup> vgl. Schneider (1995): S. 44

**Tabelle 7: Ärzte je 1000 Einwohner**

---

LAND	1992
------	------

---

Deutschland (W)	3,2
Niederlande	2,9
Österreich	3,2

---

Quelle: Schneider et al. (1995)

**Tabelle 8: Niedergelassene Ärzte je 1000 Einwohner**

---

LAND	1992
------	------

---

Deutschland (W)	1,4
Niederlande	1
Österreich	1,5

---

Quelle: Schneider et al. (1995)

## 4 Die These der angebotsinduzierten Nachfrage

Der ambulant tätige Arzt nimmt eine Schlüsselrolle bei der Erstellung und Verteilung von Gesundheitsleistungen ein. Er wird häufig als der „Gatekeeper“ des Gesundheitswesens angesehen, weil er meistens erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden ist und als erster über die Diagnose, Behandlung und Überweisung zu anderen Anbietern medizinischer Leistungen entscheidet.<sup>5</sup> Bei der Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage steht der niedergelassene Arzt im Mittelpunkt der Betrachtungen. Ihm kommt, wie Breyer/Zweifel hervorheben, eine Doppelrolle zu: erstens ist er Anbieter von Leistungen, andererseits Berater in der Entscheidung, welche Leistungen der Patient nachfragen sollte.<sup>6</sup>

Die Theorie baut auf empirischen Ergebnissen auf, wonach ein größeres Angebot an Ärzten mit einer verstärkten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen pro Kopf der Bevölkerung einhergeht. Die Theorie beschäftigt sich damit, ob man empirisch feststellen kann, inwieweit Ärzte ihre Beraterfunktion systematisch zu ihrem eigenen Vorteil missbrauchen oder nicht.

Die Beziehung Arzt-Patient ist gekennzeichnet durch unvollständige Information. Der Patient geht aufgrund von Beschwerden zum Arzt, dieser bietet dem Patienten eine therapeutische Leistung an. Der Patient verlässt sich aufgrund seines Informationsdefizits auf den Ratschlag oder die Verschreibung des Arztes. Dadurch determiniert der Anbieter der Leistung (Arzt) im überwiegenden Fall auch die Nachfrage des Patienten. Solange der Arzt dabei als perfekter Sachwalter des Patienten fungiert, bleibt dies ohne Konsequenzen. Anders sieht es aus, wenn der Arzt seine eigenen Interessen in die Entscheidung einfließen lässt. „Variieren etwa die Ärzte bei einem Anstieg der Ärztedichte die Informationen, die sie an die Patienten geben, systematisch mit dem Ziel, ihre eigene Auslastung sicherzustellen, so wird aus der anbieterdeterminierten eine angebotsinduzierte Nachfrage.“<sup>7</sup> In diesem Fall verordnet der Arzt Leistungen, die dem Patienten keinen oder nur einen marginalen zusätzlichen Nutzen bringt. Unterstellt man so eine Situation, verliert die Unterscheidung zwischen Angebot und Nachfrage jenseits der Primärnachfrage jegliche Bedeutung.

---

<sup>5</sup> Neben den Kosten für die ärztliche Leistung sind auch die durch Überweisungen, Arzneimittelverschreibungen, Laboruntersuchungen, etc. verursachten Folgekosten zu beachten. Diese sind jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit.

<sup>6</sup> Vgl. Breyer/Zweifel (1999): S. 242

<sup>7</sup> Breyer/Zweifel (1999), S. 244

Diese behauptete Schaffung einer künstlichen Nachfrage wird dadurch erleichtert<sup>8</sup>, dass

1. die Patienten in hohem Ausmaß gegen Behandlungskosten versichert sind und es keine Einkommensbeschränkung für die Inanspruchnahme von Leistungen gibt, außer die aufzuwendende Zeit;
2. der medizinische Fortschritt es dem Arzt erlaubt, zusätzliche Leistungen zu verschreiben, die zumindest keinen Schaden und im Zweifelsfall noch einen geringfügigen Nutzen erbringen.

Breyer/Zweifel<sup>9</sup> haben versucht für die These von der angebotsinduzierten Nachfrage nach ärztlichen Leistungen ein formales Modell des Arztverhaltens zu entwickeln, das es erlaubt, empirisch testbare Hypothesen über den Zusammenhang zwischen Ärztedichte und der Pro-Kopf-Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei Gültigkeit der Induzierungs-These abzuleiten. In diesem Modell wird angenommen, dass der Arzt rational handelt, ein Zieleinkommen anstrebt, bei dessen Unterschreitung er zusätzliche Leistungen verschreibt und er nur durch die eigene Arbeitszeit beschränkt ist. Breyer/Zweifel kommen zu dem Ergebnis, dass bei Gültigkeit der Zieleinkommenshypothese ein positiver Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und der Leistungsmenge pro Kopf besteht. Sie schränken diese Aussage jedoch ein und verweisen auf andere mögliche ökonomische Begründungen:

- so könnte in der Ausgangssituation eine Unterversorgung vorgelegen sein, die mit der Zunahme der Ärztedichte erst abgebaut wurde;
- es könnte sich auch das Nachfrageverhalten der Patienten geändert haben, die durch die Zunahme an Ärzten, diese beschwerdenäher aufsuchen können, mehr (zeitliche) Zuwendung von Seiten des Arztes erhalten und bei einem gleichbleibenden Geldpreis von Null auf die Qualitätserhöhung mit einer Nachfrageausweitung reagieren;
- als dritte denkbare Erklärung sprechen Breyer/Zweifel von einem umgekehrten Kausalzusammenhang, wonach junge Ärzte ihre Praxis in jenen Regionen eröffnen, in denen aufgrund z.B. der Altersstruktur oder der Krankheitsanfälligkeit der Bevölkerung die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen besonders intensiv ist.

Empirische Untersuchungen aus den USA und der Bundesrepublik Deutschland deuten darauf hin, dass zwischen der Ärztedichte und der Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen ein empirisch gesicherter Zusammenhang besteht. Daraus lässt sich aber nicht mit Sicherheit

---

<sup>8</sup> Vgl. Breyer/Zweifel (1999): S. 245

<sup>9</sup> Vgl. Breyer/Zweifel (1999): S. 246-254

ableiten, dass Ärzte die Nachfrage künstlich generieren und damit mit den knappen Ressourcen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung unwirtschaftlich umgehen.

Breyer/Zweifel kommen zu dem Schluss, „dass der Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit in diesem Bereich nicht in der Frage der Generierung von Nachfrage per se zu suchen ist, sondern im Honorierungssystem für die Tätigkeit des Arztes verborgen liegt. Wird der Arzt so entlohnt, dass er sein individuelles Optimum genau dann erreicht, wenn er mit den volkswirtschaftlichen Ressourcen, über die er kraft seiner Schlüsselrolle entscheidet, effizient umgeht, so ist das Problem der Wirtschaftlichkeit gelöst.“<sup>10</sup>

Daher sollen im folgenden Abschnitt einige Theorien zum Einfluss des Honorierungssystems auf das Verhalten des Arztes anhand der gebräuchlichsten Honorarformen beschrieben werden.

---

<sup>10</sup>Breyer/Zweifel (1999): S. 259

## 5 Honorierungssysteme bei niedergelassenen Ärzten

Die ambulante Versorgung hat eine Schlüsselfunktion für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Sie steht wie die anderen Bereiche des Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwischen optimaler Versorgung und allokativer Effizienz.

Deshalb ist die Ausgestaltung des Honorierungssystems der Leistungen niedergelassener Ärzte von großer Bedeutung. Verschiedene Honorierungssysteme haben unterschiedliche Steuerungs- und Anreizwirkungen, verteilen das Morbiditätsrisiko unterschiedlich und sind unterschiedlich effizient.

Rathmayr definiert in ihrer Arbeit „Die Anreizwirkung unterschiedlicher Arzt-Honorierungssysteme“ das Honorierungssystem für Ärzte als „sämtliche Regelungen, die bei der Entlohnung von Ärzten von Bedeutung sind“.<sup>11</sup> Von einem Honorierungssystem kann man also dann sprechen, wenn die Preisbildung auf dem Markt staatlich reguliert ist.<sup>12</sup> Der von Schulenburg entlehnten Einteilung folgend lässt sich das Vergütungssystem in folgende Elemente einteilen:

Die Elemente eines Honorierungssystems

Honorarverfahren	Honorarform	Honorartarif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorierungsquellen und Bezahlungsmodalitäten</li> <li>• Mechanismus der Preisbestimmung</li> <li>• Stufen des Honorierungsverfahrens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelleistungsvergütung</li> <li>• Vergütung nach Faktoreinsatzmengen</li> <li>• Kopfpauschale</li> <li>• Fallpauschale</li> <li>• Fixum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• progressiv</li> <li>• degressiv</li> <li>• proportional</li> </ul>

Quelle: Schulenburg (1981): S. 73, zitiert aus: Rathmayr (2000): S. 18

Unter *Honorarverfahren* ist der institutionelle Rahmen des Vergütungssystems zu verstehen. Als *Finanzierungsquellen* ärztlicher Leistungen sind prinzipiell die gesetzliche

<sup>11</sup> Rathmayr (2000): S. 18

<sup>12</sup> vgl. Breyer/Zweifel (1999): S. 259



Krankenversicherung, der Staat, private Krankenversicherungen und eine Selbstzahlung der Patienten denkbar. In den meisten Ländern erfolgt die Finanzierung des Gesundheitswesens durch eine Kombination aller vier Träger. Wer letztendlich wie viel bezahlt, richtet sich nach der prinzipiellen Ausrichtung des Gesundheitssystems, ob das Gesundheitssystem nach marktwirtschaftlichen oder nach planwirtschaftlichen Kriterien organisiert ist.<sup>13</sup>

Die *Bestimmung des Preises* für medizinische Leistungen kann nach Schneider auf vier verschiedenen Wegen erfolgen:

1. durch einen hoheitlichen Akt
2. durch Wettbewerb über den Markt
3. durch Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern
4. durch Kostenermittlung

Der *Preisbildungsmechanismus* hängt von den *Stufen des Honorierungsverfahrens* und der *Honorarform* ab. Beim einstufigen Honorierungsverfahren wird der Arzt direkt von der Krankenversicherung oder dem Patienten bezahlt. Beim zweistufigen Honorierungsverfahren ist eine „Clearingstelle“, wie z.B. in Deutschland die Kassenärztlichen Vereinigungen, zwischengeschaltet, die einerseits die Finanzmittel von den Versicherungsträgern erhält und in einem zweiten Schritt, diese Mittel an den Arzt verteilt.<sup>14</sup> Das Bemessungskriterium kann auf beiden Stufen unterschiedlich sein. So zahlen in der ersten Stufe die Krankenkassen für alle in einem Quartal erbrachten ärztlichen Leistungen ein Honorar an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Auf der zweiten Stufe erhalten die einzelnen niedergelassenen Ärzte ihre Vergütung von der KV.<sup>15</sup> Für den Arzt entscheidend in diesem System ist nur die *Honorarform* in der zweiten Stufe.

Die *Honorarform* bestimmt, welche Kriterien für die Bezahlung der erbrachten medizinischen Leistung herangezogen werden. Die Vergütungsformen unterscheiden sich in ihrer Steuerungswirkung und bedingen unterschiedliche Risikoverteilungen zwischen den Vertragsparteien z.B. hinsichtlich der Morbidität oder der Mengenentwicklung.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Die Vor- und Nachteile der jeweiligen Ausrichtung des Gesundheitssystems soll in dieser Arbeit nicht diskutiert werden, es soll jedoch an dieser Stelle auf die übersichtliche Zusammenfassung der wissenschaftlichen Literatur bei Rathmayr (2000): S. 19-32 verwiesen werden.

<sup>14</sup> Vgl. Breyer/Zweifel (1999): S. 260

<sup>15</sup> Vgl. Schneider (1995): S. 78

<sup>16</sup> vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider"

In der Praxis werden folgende Vergütungsform angewandt:

- Einzelleistungsvergütung
- Kopfpauschale
- Fallpauschale
- Festbetrag

### **5.1 Einzelleistungsvergütung**

Die Einzelleistungsvergütung ist die gebräuchlichste Vergütungsform. Dabei erhält der Arzt für jede erbrachte Leistung einen z. B. in der Gebührenordnung vorher festgelegten Betrag oder Punktwert. Der Preis (Punktwert) der Einzelleistung bestimmt sich nach der Art, dem sachlichen Aufwand, dem Zeitaufwand und den benötigten Hilfsmitteln. Der Umsatz der Praxis errechnet sich aus der Summe der Einzelleistungen multipliziert mit dem festgelegten Wert der Leistung. Die Vergütung der Einzelleistung sollte sich nach ihren Stückkosten richten. Die optimale Vergütung gibt es auf Grund von Unterschieden zwischen den Praxen nicht. Schneider et al. schreiben in Anlehnung an Hayek über die Signalwirkung des Preises: „Da Preise auch die Funktion haben, dem Produzenten zu zeigen, was er produzieren soll und in was er investieren soll, wird der Arzt angehalten, jene Leistungen zu erbringen, die besonders profitabel sind.“<sup>17</sup> Das Festschreiben der Preise der Einzelleistung in einem Leistungskatalog dient also der Steuerung der gewünschten medizinischen Versorgungsleistung, reguliert und limitiert das Angebot an Leistungen und impliziert auch Annahmen über die Qualität der Leistung.<sup>18</sup> Marhold spricht in diesem Falle von der Existenz zweier *moral hazards* für die Krankenversicherung: „Erstens wird der Patient, nachdem die Kosten von der Krankenversicherung getragen werden, von sich aus zu viele Arztleistungen nachfragen (Patienten-moral hazard), und zweitens werden die Ärzte bei ihrer Leistungserbringung zusätzliche Nachfrage schaffen und auf diese Art und Weise zu einer Überbehandlung der Patienten neigen (Ärzte-moral hazard).“<sup>19</sup>

Sofern der Einzelleistungsvergütung feste Punktwerte oder Preise zugeordnet werden, tragen die Krankenkassen das Mengen- und Morbiditätsrisiko<sup>20</sup>. Für die Krankenkassen besteht

---

<sup>17</sup> Schneider (1995): S. 77

<sup>18</sup> Vgl. Schneider (1995): S. 78

<sup>19</sup> Marhold (1993): S. 10

<sup>20</sup> Morbidität ist ein Gesundheitsindikator, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird. vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein

weitere die Gefahr einer Mengenausweitung der medizinischen Leistungen und Überversorgung, die nicht zu einer besseren Gesundheitsversorgung der Menschen führen muss.

Um die Kosten in den Griff zu bekommen und dieser Ausweitungstendenz gegenzusteuern, wurde in Deutschland eine budgetierte Gesamtvergütung eingeführt. Die Einzelleistungsvergütung im Rahmen der budgetierten Gesamtvergütung führt mit steigender Menge der abgerechneten Leistungen zu einem fallenden Punktwert, d.h. bei steigender Leistungsmenge sinkt die Vergütungshöhe je Leistung. Dieses Phänomen wird auch als "Hamsterradefekt" bezeichnet.<sup>21</sup> Wie Schneider et al. richtig anmerken, wird es bei Unsicherheiten über die tatsächlichen Vergütungssätze zu Leistungseinschränkungen in jenen Bereichen führen, in denen die Grenzkosten hoch sind.<sup>22</sup>

Eine Studie über die Auswirkung der Einführung bei Praxisbudgets von Allgemeinärzten in Westdeutschland sowie von Regelleistungsvolumina hat gezeigt, dass der Umsatz zwischen 1988 und 1991 um insgesamt 16,5 % stieg. Ein Blick auf die Komponenten der Umsatzveränderung bei den abgerechneten Leistungen zeigt folgendes: hierzu trugen u.a. Struktureffekte mit 8,0 %, Mengeneffekte, d.h. die Zahl der abgerechneten Leistungen, mit 5,1 % und Punktwert erhöhungen mit 2,5 % bei. Im Vergleich zu den Änderungen der Punktwerte kommt der Änderung der Punktzahlen mit 0,1 % nur eine untergeordnete Bedeutung zu.<sup>23</sup>

Das System der Einzelhonorierung wirkt tendenziell produktivitäts- und leistungssteigernd, weil der Arzt bemüht ist, eine optimale Faktorkombination zu wählen, bei der die Kosten möglichst gering und der Gewinn entsprechend höher ist.<sup>24</sup> Es ist daher schon eine aus betriebswirtschaftlicher Sicht optimale Leistungserstellung zu vermuten.<sup>25</sup>

Für das Gesundheitssystem kann die Einzelleistungshonorierung zu einer Kostensteigerung des Gesamtsystems führen, da die Tendenz zur Ausweitung des Leistungsvolumens zu Doppelbehandlungen im Fall von Überweisungen oder zu einer unzureichenden Ausnutzung der Spezialisierung und Arbeitsteilung der Gesundheitseinrichtungen (Nichtnutzung von

---

Lexikon für Einsteiger und Insider"

<sup>21</sup> vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider"

<sup>22</sup> Schneider (1995): S. 79

<sup>23</sup> vgl. Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 8

<sup>24</sup> Rathmayr (2000): S. 38

<sup>25</sup> vgl. Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 8

Zentrallabors) führen kann.<sup>26</sup> Dadurch erweist sich das Einzelhonorierungssystem nicht als allokatationseffizient.

## **5.2 Kopfpauschale**

Die Kopfpauschale wird in den Niederlanden als Honorierungsform bei praktischen Ärzten angewandt. Bei diesem Vergütungssystem erhält der Arzt für jeden in einer Namensliste eingetragenen Patienten einen gleichbleibenden Festbetrag pro Abrechnungsperiode. In der Regel kann der Patient während einer Abrechnungsperiode den Arzt nicht wechseln. Der Arzt übernimmt in diesem Zeitraum die medizinische Versorgung und trägt das Morbiditätsrisiko. Sein Einkommen richtet sich also nicht nach der Menge der erbrachten medizinischen Leistungen, sondern ausschließlich nach der Anzahl seiner Patienten. D.h. je schlechter der Gesundheitszustand seines Patientenstocks ist und je mehr Leistungen der Arzt zur Wiederherstellung der Gesundheit seiner Patienten erbringen muss, desto geringer fällt die Vergütung pro Leistung aus.

Um das Morbiditätsrisiko besser zu streuen und das Einkommen zu maximieren, wird der Arzt bemüht sein, einen möglichst großen Patientenstamm aufzubauen oder seine Patienten nach der Erkrankungswahrscheinlichkeit zu selektieren.<sup>27</sup> Dies liegt natürlich nicht im Interesse der öffentlichen Gesundheitsversorgung, und so wurden wie z.B. in Holland degressive Kopfpauschalen ab einer bestimmten Patientenzahl und/oder höhere Honorare für Ärzte mit einem durchschnittlich älteren Patientenstamm eingeführt. (siehe Kap. Das Gesundheitssystem der Niederlande).

Wie Schneider et al. hervorheben, liegt der wesentlichste Vorteil der Kopfpauschale gegenüber der Einzelleistungsvergütung darin, dass kostentreibende Mengeneffekte weitgehend vermieden werden können. Als einen weiteren Vorteil wird die stärkere präventive Orientierung des ärztlichen Handelns angeführt.<sup>28</sup> Gegen eine Herabsetzung der medizinischen Versorgungsqualität durch Leistungseinschränkungen von Seiten des Arztes sprechen der Wettbewerbsdruck, das Berufsethos des Arztes, das Haftungsrecht und nicht zuletzt das Bestreben des Arztes nach einer raschen Gesundung seiner Patienten.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> Rathmayr (2000): S. 38

<sup>27</sup> vgl. Rathmayr (2000): S. 43 und Schneider (1995): S. 85

<sup>28</sup> Schneider (1995): S. 85

<sup>29</sup> vgl. auch Rathmayr (2000): S. 44

Rathmayr listet u.a. folgende Nachteile für die Patienten beim System der Kopfpauschale auf<sup>30</sup>:

- Einschränkung der freien Arztwahl während einer Abrechnungsperiode;
- das Bestreben des Arztes den Zeitaufwand für die Behandlung möglichst gering zu halten;
- die Tendenz zu einer unzureichenden Versorgung des Patienten, besonders bei Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf;
- Anreiz zur Selektion von Patienten nach Gesundheitsrisiken;
- Erhöhung der Zeit- und Wegekosten für den Patienten durch die Tendenz zur schnelleren Überweisung an Fachärzte.

Vom Gesichtspunkt der Allokationseffizienz ist die Vergütung nach Kopfpauschale durchaus reizvoll. Die Kosten des ambulanten Bereichs sind ex-ante sehr genau zu kalkulieren, sie sind übersichtlich und steuerbar. Die Kostenverlagerung auf andere Gesundheitseinrichtungen durch vermehrte Überweisungen kann durch ein Abschlagssystem beeinflusst und kontrolliert werden.

Als alleinige Honorierungsform kann die Kopfpauschale allerdings nicht dienen, da sie eine klare Arzt-Patientenzuordnung erfordert, um eine Abrechnung zu ermöglichen. „Aus diesem Grund ist eine solche Vergütungsform für eine fachärztliche, auf bestimmte Arten von Gesundheitsstörungen spezialisierte Versorgung ungeeignet.“<sup>31</sup> Neben der Einzelleistungsvergütung kommen dafür die Fallpauschale oder ein Fixum in Frage.

### ***5.3 Fallpauschale***

Fallpauschalen sind eine Vergütungsform zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen: Eine Fallpauschale ist ein Pauschalbetrag, mit dem alle ärztlichen Leistungen eines Behandlungsfalls abschließend honoriert werden. Unter Behandlungsfall ist die gesamte Behandlung, die von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken vorgenommen wird, zu verstehen. Ein Behandlungsfall kann daher mehrere Krankheitsfälle umfassen.<sup>32</sup> Vom System der Kopfpauschale unterscheidet sich die Fallpauschale dadurch, dass nicht die Zahl der potentiellen Patienten, sondern die Zahl der

---

<sup>30</sup> Rathmayr (2000):S. 45 f.

<sup>31</sup> Pfaff/Nagel (1995): 44 zitiert aus: Rathmayr (2000): 48

<sup>32</sup> vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider"

tatsächlichen Behandlungsfälle vergütet wird.<sup>33</sup> Das Honorar errechnet sich bei Fallpauschalen, indem die Zahl aller Behandlungsfälle mit dem Pauschalbetrag multipliziert wird. Bei diesem Vergütungssystem wird das Morbiditätsrisiko zwischen den Krankenkassen und den Ärzten geteilt. Die Kassen haben bei Erkrankung des Versicherten zu zahlen, das Risiko, dass ein Versicherter jedoch öfter als einmal ärztliche Hilfe in einem Quartal in Anspruch nimmt, trägt der Arzt. Weiters tragen die Ärzte das Mengenrisiko, d.h. den Mehr- oder Minderaufwand pro Behandlungsfall.<sup>34</sup>

Oftmals wird in der Literatur als negativer Effekt dieser Vergütungsform genannt, dass der Anreiz zur Schaffung oder Erhaltung eines hohen Gesundheitsstandards für den Arzt gering ist, alleine aus dem Grund, weil es dem Einkommensinteresse (möglichst viele Behandlungsfälle) des Arztes nicht entsprechen würde.<sup>35</sup> Der Arzt wird bemüht sein, seine Patienten zufriedenzustellen, dabei aber seine Kosten und Zeitaufwendungen möglichst gering zu halten. Schneider et al. schreiben dahingehend: „Es geht somit von dieser Honorarform ein Anreiz aus, beim Patienten möglichst wenige Behandlungen pro Rechnungsperiode durchzuführen, Behandlungen über mehrere Perioden zu erstrecken, Patienten zu Kontrollbesuchen wieder zu bestellen und den Patienten von der Notwendigkeit zu überzeugen, in regelmäßigen Abständen einen Arzt zu konsultieren.“<sup>36</sup> Ebenso wie bei der Kopfpauschale besteht für den Arzt kein Interesse an teuren, modernen technischen Geräten, kosten- und zeitintensive Behandlungen werden durch Überweisung auf andere Gesundheitseinrichtungen abgewälzt, die Leistung wird pro Patienten möglichst gering gehalten. Die Einführung von diagnoseabhängigen Fallpauschalen wird daher schon seit langem diskutiert. Für die Finanzierungsträger besteht das Risiko, der Nichtkalkulierbarkeit der Ausgaben, da die Zahl der Behandlungsfälle erst ex post festgestellt werden kann. Des weiteren werden durch die Tendenz der Ausweitung der Fallzahlen durch den Arzt die Kosten im Gesundheitswesen weiter ansteigen.<sup>37</sup>

#### **5.4 Das Fixum**

Bei der Vergütungsform Fixum handelt es sich um Arbeitsverträge zwischen den Ärzten und den Kostenträgern. Die Entlohnung richtet sich dabei, wie bei den meisten Arbeitsverträgen,

---

<sup>33</sup> vgl. Schneider (1995): 80

<sup>34</sup> vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider"

<sup>35</sup> vgl. Schneider (1995): S. 80, Rathmayr (2000): S. 50 f.

<sup>36</sup> Schneider (1995): S. 81

<sup>37</sup> Rathmayr (2000): S. 54

nach der festgelegten Arbeitszeit. Das Gehalt ist unabhängig von der Anzahl der Leistungen oder behandelten Patienten. Die Praxisausstattung und das Hilfspersonal werden vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt. Die Höhe des Fixums orientiert sich meistens an öffentlichen Gehaltsschemata, die Qualifikation des Arztes und die Art seiner Beschäftigung werden beachtet. Häufig sind Teilzeitverträge anzutreffen, die es dem Arzt erlauben, auch privatärztlich tätig zu sein.<sup>38</sup> Erhält der Arzt die eingesetzten Produktionsfaktoren vergütet oder bereitgestellt, besteht für den Arzt durchaus der Anreiz, neue Behandlungsmethoden anzuwenden. Wie Breyer/Zweifel betonen, gibt es bei dieser Honorierungsform keinen ökonomischen Anreiz für den Arzt, den Gesundheitszustand seiner Patienten zu verbessern. Es besteht die Gefahr der Untermedikalisierung.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> vgl. Schneider (1995): S. 86

<sup>39</sup> Breyer/Zweifel (1999): S.269

## 6 Österreich

### 6.1 Das österreichische Gesundheitswesen

Das österreichische Gesundheitswesen basiert, ähnlich wie das deutsche, auf einem Sozialversicherungsmodell, in dem die Krankenversicherung, Pensionsversicherung und Unfallversicherung zusammengefasst sind. In der gesetzlichen Krankenversicherungen waren 1999 rund 8 Million bzw. 99 % der Bevölkerung versichert. Pflichtversichert sind alle unselbständigen und selbständigen Erwerbstätigen, Pensionisten, Arbeitslose, Kriegshinterbliebene und seit 1992 Asylwerber.<sup>40</sup> Angehörige können ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert werden. Im Jahresdurchschnitt 1999 waren in der Krankenversicherung rund 5,2 Millionen beitragsleistende Personen versichert.

Ziel des österreichischen Gesundheitssystems ist es, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle zu garantieren. Voraussetzung dafür ist eine hohe medizinische Qualität und der chancengleiche Zugang zu den medizinischen Leistungen für alle Menschen.<sup>41</sup> Der gesamten österreichischen Bevölkerung stehen folgende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung:

Krankenbehandlung

Entgeltausfall (Krankengeld, Wochengeld)

Zahnbehandlung, Heilbehelfe, Hilfsmittel

Prävention (Jugendlichen-, Mutter-Kind-Pass-, Vorsorgeuntersuchungen)

Rehabilitation

---

<sup>40</sup> Vgl. Grillitsch/Hayden (2000): S. 583f

<sup>41</sup> Diese Zielformulierung für das österreichische Gesundheitswesen nannte Generaldirektor-Stv. des Hauptverbandes der österr. Sozialversicherungsträger Dr. Probst im Rahmen eines Vortrages im Jahr 2000.



## **6.2 Finanzierung**

Im Jahr 1996 betragen die Gesundheitsausgaben 193 Mrd. öS (14,02 Mrd. Euro). Rund 53 % aller Gesundheitsausgaben werden von den Sozialversicherungsträgern, 29 % von privaten Haushalten (inkl. Privatversicherung), 15 % von Bund, Ländern und Gemeinden und 3 % von privat-gemeinnützigen Krankenanstaltenträgern finanziert.<sup>42</sup>

Die Krankenversicherung wird durch Beiträge der Versicherten und der Dienstgeber finanziert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Beitragsgrundlage und dem entsprechenden Beitragssatz. 1999 betrug der Beitragssatz für Angestellte 3,4 % für den Dienstnehmer und 3,5 % für den Dienstgeber, die Höchstbeitragsgrundlage 42.600 öS (3.096 Euro).<sup>43</sup> Die Festsetzung der Höhe der Beitragssätze ist Aufgabe des Parlaments. Dadurch sind die Mittel der Sozialversicherungsträger gesetzlich beschränkt, auf der anderen Seite aber haben die Sozialversicherungsträger den gesetzlichen Auftrag, die Versorgung der krankenversicherten Patienten sicherzustellen. Budgetäre Probleme der Krankenkassen sind die Folge.

Wie alle Industriestaaten ist auch Österreich mit stark steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert. Momentan wird versucht, über Kostendämpfungsprogramme, der Einführung von zusätzlichen Selbsthalten und dem vernünftigen Einsatz von Medikamenten die Finanzierung des Gesundheitswesens sicherzustellen und für alle das jetzige hohe Niveau der medizinischen Versorgung erhalten zu können.

---

<sup>42</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 79

<sup>43</sup> vgl. Soziale Sicherheit, 7/8/99, S.600

### ***6.3 Gesetzlicher und organisatorischer Rahmen des österreichischen Gesundheitssystems***

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens wird in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet.<sup>44</sup> Die Leistungen im Gesundheitswesen werden von staatlichen und privaten Organisationen erbracht.

Die Durchführung der gesundheitlichen Versorgung ist in Österreich nach der Verfassung zwischen Bund und den neun Bundesländern aufgeteilt. Der Bund ist für die Rahmengesetzgebung zuständig, die Durchführung und Implementierung ist Aufgabe der Länder. Der Bund hat die Vollziehung im Sozialversicherungswesen den Sozialversicherungsträgern übertragen, die nach dem Prinzip der Selbstverwaltung geführt werden, d.h. die Interessenvertretungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer entsenden Vertreter, welche die Geschäfte der Sozialversicherung führen.<sup>45</sup>

Insgesamt gibt es in Österreich 24 Krankenkassen:

- 9 Gebietskrankenkassen
- 10 Betriebskrankenkassen
- Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus
- Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahn
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Die Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung ist grundsätzlich abhängig vom Beruf und dem Bundesland, in dem diese Berufstätigkeit ausgeübt wird.<sup>46</sup>

Alle Versicherungsträger sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst, dem die Wahrnehmung der Interessen der Sozialversicherung und die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten (z.B. Abschluss von Verträgen mit Ärzten, Spitälern) obliegt. Der Hauptverband fungiert als „Strategie-

---

<sup>44</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 69

<sup>45</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 69

<sup>46</sup> vgl. [www.sozvers.at/hvb/sv/index.htm](http://www.sozvers.at/hvb/sv/index.htm)

Holding“ für die österreichische Sozialversicherung.<sup>47</sup>

Die Krankenhausplanung erfolgt in Österreich überregional. Der Bund besitzt die Kompetenz der Grundsatzgesetzgebung; Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den neun Bundesländern.

Die österreichische Ärzteschaft ist in der österreichischen Ärztekammer und in neun Länderkammern organisiert. Ihr kommt als Standesvertreter der Ärzte eine wichtige Rolle bei der Begutachtung von Gesetzen und der Ausverhandlung der Honorarordnung zu.

### **6.3.1 Gesetzlicher Rahmen für den Versicherungsschutz**

Regelungen über den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich in mehreren Gesetzen:

im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG),

im Beamten-Kranken- und Unfallgesetz (B-KUVG),

im Gewerblichen Sozialversicherungsrecht (GSVG),

im Sozialversicherungsgesetz der freiberuflich Selbständigen (FSVG),

im Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG),

und im Notar-Versicherungsgesetz (NVG).

---

<sup>47</sup> vgl. Soziale Sicherheit, 7/8/99, S. 597

#### **6.4 Aufbau des Gesundheitswesens in Österreich**

Die österreichische Gesundheitsversorgung ist durch die Trennung in den ambulanten Sektor (niedergelassene Ärzte, Ambulatorien, Tageskliniken und Ambulanzen in den Krankenanstalten) und den stationären Bereich (Krankenanstalten) gekennzeichnet.

Für die ambulante Versorgung standen 1998 rund 6400 praktische Ärzte, davon 4.389 Vertragsärzte und 10.500 Fachärzte, davon 3.872 Vertragsärzte zur Verfügung.<sup>48</sup> Auf je 100.000 Einwohner entfielen im Jahr 1998 133 praktische Ärzte und 169 Fachärzte.<sup>49</sup> Zum überwiegenden Teil ordinieren die freiberuflich tätigen Ärzte in Einzelpraxen. Die österreichischen Patienten besitzen eine erhebliche Freiheit bei der Wahl ihres Arztes. Der praktische Arzt sollte die erste Anlaufstelle bei medizinischen Beschwerden sein, es steht dem Patienten jedoch frei, gleich zu einem Facharzt zu gehen. Innerhalb eines Quartals ist der Wechsel des Arztes nur schwer möglich. Vom Hausarzt können beliebig viele Überweisungen an Fachärzte oder an Ambulanzen ausgestellt werden.

Die Leistungen des Vertragsarztes sind mit der Abgabe eines Krankenscheines abgegolten. Einige Versicherungsträger sehen einen Selbstbehalt vor.

Neben den niedergelassenen Ärzten gibt es zirka 800 Ambulatorien, die zum größten Teil privat geführt werden. 134 Ambulatorien werden von Versicherungsträgern geführt.<sup>50</sup>

Die Ambulanzen in den Spitälern leisten einen wesentlichen Beitrag zur Akutversorgung und dienen der Notfallversorgung oder der ambulanten Nachbetreuung nach einem Krankenhausaufenthalt. Weiters wird die ambulante Versorgung von ambulanten Notfallversorgungsstellen, (teilweise) mobilen therapeutischen Diensten, öffentlichen Gesundheitsdiensten, sozialen Diensten und Familienberatungsstellen gewährleistet.

Für die stationäre Versorgung stehen der österreichischen Bevölkerung 330 Krankenanstalten mit 74.810 Betten zur Verfügung. Mehr als zwei Drittel der Krankenanstalten dienen vollständig oder überwiegend der akutmedizinischen Versorgung, während die übrigen Krankenanstalten Aufgaben der Rehabilitation, der Langzeitbetreuung und ähnlicher nicht

---

<sup>48</sup> BMAGS (1998): S. 70

<sup>49</sup> [www.sozvers.at/hvb/statistik/index.htm](http://www.sozvers.at/hvb/statistik/index.htm)

<sup>50</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 72

akutmedizinischer Bereiche übernehmen.<sup>51</sup>

Bei der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems wurde der medizinischen Rehabilitation große Bedeutung beigemessen und die Sozialversicherungsträger haben ein Netz von Rehabilitationszentren aufgebaut.

Der österreichischen Bevölkerung stehen 600 Alten- und Pflegeheime zur Verfügung.

### **6.5 Das Honorierungssystem bei niedergelassenen Ärzten**

Die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte steht in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern. Die Basis der Vertragsverhältnisse zwischen Ärzten und öffentlichen Krankenversicherungen bilden die Gesamtverträge, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Koordinierungsstelle), Krankenkassen und den Ärztekammern auf Landesebene abgeschlossen werden.<sup>52</sup> Wie Marhold feststellt, überträgt der Gesetzgeber den Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern die Möglichkeit, die Bedingungen der krankenversicherungsrechtlichen Leistungserbringung durch einzelne Vertragsärzte normativ festzulegen.<sup>53</sup> So wird dem Nachfragemonopol der öffentlichen Krankenversicherungen das Angebotsmonopol der Ärztekammer in den Verhandlungen gegenübergestellt.

Auf Basis dieser Gesamtverträge schließt der einzelne Arzt mit dem jeweiligen Versicherungsträger einen Einzelvertrag ab. Die Kassenverträge werden entsprechend einem Stellenplan vergeben, der zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Ärztekammern der einzelnen Bundesländer ausgehandelt wird und die Zahl der Vertragsärzte je Region regelt. (gem. § 342. Abs. 1. Ziff. 1 ASVG)<sup>54</sup> Einen Anspruch des niedergelassenen Arztes auf einen Kassenvertrag, wie dies in Deutschland der Fall ist, gibt es nicht.

§ 342. Abs. 2. ASVG regelt die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. „Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge

---

<sup>51</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 74

<sup>52</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 83

<sup>53</sup> Marhold (1993): S. 2

<sup>54</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 71

sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) enthalten.“

Wie Marhold herausarbeitet, sieht das Gesetz keine Verpflichtung zu einer sozialadäquaten Entlohnung der Ärzte durch die Krankenkassen vor. Vielmehr verlässt sich der Gesetzgeber „im Sinne eines liberalen Vertragsmodells, dass die Vertragspartner, die in den Vertragsverhandlungen weder ihre Grenzkosten noch ihren erwarteten Unternehmerlohn lukrieren können, den Vertrag nicht schließen werden.“<sup>55</sup>

In der Praxis findet sich ein Mischsystem aus Pauschalhonoraren und Einzelleistungsvergütung. Die Aufnahme von neuen Leistungen in die Honorarordnung ist Verhandlungssache zwischen der zuständigen Ärztekammer des Bundeslandes und dem Hauptverband mit der zuständigen Krankenkasse. Bei österreichweiten Trägern ist die Österreichische Ärztekammer Verhandlungspartner.

Die Verrechnung der ärztlichen Leistung erfolgt über einen Krankenschein. Nicht-Vertragsärzte werden vom Patienten direkt bezahlt, er hält 80 % des vertraglich vereinbarten Satzes von seiner Krankenkasse rückerstattet. Auch Privatversicherte begleichen ihre Rechnung zunächst selbst und beantragen dann eine entsprechende Erstattung des Honorars durch ihre Privatversicherung, die wiederum von der sozialen Krankenversicherung eine Rückerstattung des Betrages bis zu dem vertraglich vereinbarten Niveau erhält.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Marhold (1993): S. 14

<sup>56</sup> vgl. BMAGS (1998): S. 83

## 7 Die Niederlande

### 7.1 Das Gesundheitssystem

Die Niederlande weisen wie Österreich und Deutschland ein sehr hohes Niveau in der medizinischen Versorgung ihrer Bevölkerung auf. Das Gesundheitswesen wird durch ein gut durchdachtes System aus öffentlicher und privater Krankenversicherung finanziert, in dem fast hundert Prozent der Bevölkerung Zugang zur Gesundheitsversorgung hat.<sup>57</sup> Der Gesundheitssektor ist ein wichtiger Bestandteil der holländischen Wirtschaft. Mit einem Volumen von 60 Milliarden Gulden (27,23 Mrd. Euro) ist der Gesundheitssektor wesentlich bedeutender als der Bildungsbereich mit 30 Mrd. Gulden (13,62 Mrd. Euro) und Wohnen mit 15 Mrd. Gulden (6,81 Mrd. Euro). Der Holländer gibt ungefähr 9 Prozent seines BIP für Gesundheit aus, 11 % der erwerbstätigen Bevölkerung arbeitet im Gesundheitssektor und 9 % aller Bauinvestitionen werden für Gesundheitseinrichtungen getätigt. Das holländische Gesundheitssystem basiert auf den Gedanken der Solidarität der Gesunden mit den Kranken, dem Zugang und die Bezahlbarkeit für alle.<sup>58</sup>

Die Regierung nimmt bei der Umsetzung dieser Ziele eine zentrale Rolle ein. Da die Beiträge zur Krankenversicherung die Kaufkraft der Niederländer und durch die Lohnkosten die internationale Wettbewerbsfähigkeit Hollands mitbestimmen, ist die Regierung bemüht, die Kostenentwicklung aufgrund der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, der veränderten demographischen Lage und der medizinischen Weiterentwicklung unter Kontrolle zu halten.

Die Niederlande haben drei Verwaltungsebenen: den Staat, 11 Provinzen und 702 Gemeinden. Auf der staatlichen Ebene ist der Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport für das Gesundheitswesen verantwortlich. Er bestimmt die Höhe der Beitragssätze zur Krankenversicherung, die nationale Gesundheitspolitik und -planung und den finanziellen Rahmen. Die Spitalsplanung ist Hauptaufgabe der Provinzen. Die Gemeinden sind für die allgemeine Gesundheitsvorsorge wie Impfschutz, Schulgesundheitspflege, Mütterberatung, etc. zuständig.

---

<sup>57</sup> Vgl. COTG (1995) und Ministry of Health, Welfare and Sports (1998): Health Insurance in the Netherlands

<sup>58</sup> vgl. COTG (1995): S. 1

## **7.2 Finanzierung**

70 % Prozent des Gesundheitswesens wird durch die Sozialversicherung aufgebracht (ungefähr 40 Mrd. Gulden - 18,15 Mrd. Euro), 8 Mrd. Gulden (3,63 Mrd. Euro) von der Privatversicherung, auf 6 Mrd. (2,72 Mrd. Euro) belaufen sich die staatlichen Zuschüsse. 6 Mrd. werden durch private Zuzahlungen beigesteuert. Diese Zahlen beziehen sich auf alle Gesundheitsleistungen für alle 15 Millionen Holländer in bezug auf das noch später zu erklärende Versicherungssystem.

## **7.3 Gesetzlicher Rahmen des niederländischen Gesundheitswesens**

Die vier wichtigsten Instrumente zur Erreichung dieses Ziels sind die Ziekenfondswet (National Health Insurance Act), AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act), der WVZ (National Hospital Planning Act) und der WTG (National Health Tariffs Act), der im weiteren genauer darzustellen ist. Diese Gesetze dienen als Kontrollmechanismen, um unerwünschten Entwicklungen im Gesundheitswesen zentral gegensteuern zu können. Die beiden erstgenannten Gesetze regeln die Krankenversicherung (Beiträge, Zugang und Leistungen zu Gesundheitseinrichtungen), die beiden letztgenannten Gesetze zielen auf die Kontrolle der Kosten und des Volumens der angebotenen Gesundheitsleistungen.<sup>59</sup> Das WVZ bestimmt je Institutionen, die Krankenversorgungsleistungen anbieten dürfen, wo sie dies dürfen, deren Größe und die Bettenzahl. Im WTG, dem Tarifgesetz, wird festgehalten, wie viel die Anbieter von Gesundheitsleistungen für ihre Dienste verlangen dürfen, dies bezieht sich sowohl auf Krankenhausleistungen als auch Dienste im niedergelassenen Bereich.

Es ist vielleicht interessant anzumerken, dass Versicherungsträger seit 1992 nicht mehr mit jedem praktischen Arzt oder Facharzt einen Vertrag abschließen müssen, also keinem Kontrahierungszwang unterliegen, um die Verhandlungsposition zwischen Ärzten und Versicherungen anzugleichen. Das Gesundheitsministerium erhofft sich durch diese Maßnahme, bessere Verträge und eine bessere und effizientere Versorgung der Patienten.<sup>60</sup>

## **7.4 Das Versicherungssystem**

Die niederländische Krankenversicherung basiert auf dem Versicherungsprinzip. Der größte Unterschied zu anderen westlichen Ländern besteht darin, dass nur knapp 70 % der

---

<sup>59</sup> Vgl. COTG (1995): S. 2.

<sup>60</sup> Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (1998): S. 33



Bevölkerung pflichtversichert sind. Das holländische Krankenversicherungssystem wird in drei Versicherungsformen untergliedert:

1. Die erste Kategorie umfasst alle langfristigen und kostspieligen Krankheiten, die durch die Allgemeine Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ - Exceptional Medical Expenses Act) gedeckt werden. Unter diesen Versicherungsschutz fallen alle in Holland lebenden Menschen ohne Rücksicht auf ihre Nationalität und alle nicht in Holland lebenden Menschen, die in Holland beschäftigt oder Steuersubjekte in Holland sind. In den 80er Jahren wollte man diese Versicherungsform als eine Grundversicherung der gesamten Bevölkerung aufbauen und das Angebot an Leistungen erweitern.

Der Exceptional Medical Expenses Act sollte 85 % aller Kosten der Gesundheitsausgaben decken. Mit dem Amtsantritt der Regierung Wim Kok 1994 erlangte die Versicherung für außergewöhnliche medizinische Ausgaben ihren ursprünglichen Zweck wieder, nämlich die Absicherung gegenüber schweren Gesundheitsrisiken, die nicht von dem einzelnen Individuum, noch von privaten Versicherungen getragen werden kann. Zielgruppe dieses Versicherungsschutzes sind alte Menschen, geistig und körperlich behinderte Menschen und chronisch Kranke.<sup>61</sup>

Beiträge zum Exceptional Medical Expenses Act müssen prinzipiell von jedem Steuerpflichtigen entrichtet werden unabhängig davon, ob er die Leistungen des AWBZ in Anspruch nimmt oder nicht, es sei denn, einer verweigert seine Zahlung unter Hinweis auf moralische Bedenken. In diesem Fall muss er keinen Beitrag entrichten, erhält jedoch einen Aufschlag auf seine Steuern, ist aber weiterhin unter dem AWBZ versichert. Zuschüsse erhält die Grundversicherung für außergewöhnliche Gesundheitsausgaben vom Staat (9,6 % der Gesamtausgaben des AWBZ im Jahr 1998). Verwaltet wird der Gesundheitsfonds vom nationalen Gesundheitsrat, der dem Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport untersteht.

2. Die zweite Form von Krankenversicherung umfasst alle „normalen“ Gesundheitsausgaben wie Krankenhausversorgung, haus- und fachärztliche Behandlung, Arzneimittel und zahnmedizinische Versorgung (mit Ausnahme von Zahnersatzleistungen). 64 % der Bevölkerung fallen unter den Versicherungsschutz durch den Ziekenfondswet (National Health Insuranced Act). Dabei handelt es sich um eine Pflichtversicherung, bei der alle

---

<sup>61</sup> eine genaue Leistungsbeschreibung unter dem AWBZ findet sich in: Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt

Personen mit einem Jahreseinkommen unter 62.200 Gulden (28.225 Euro - Stand 1998), Sozialhilfeempfänger, Rentner sowie nicht erwerbstätige Familienangehörige versichert sind.<sup>62</sup> Der Beitragssatz der Arbeitnehmer setzt sich aus einer Flat-rate und gestaffelt nach dem Einkommen zusammen. Der Arbeitgeber muss immer 5,6% des Bruttoeinkommens des Arbeitnehmers beisteuern. Diese Versicherungsform wird von ungefähr 40 regionalen Krankenkassen verwaltet, die unter der Kontrolle des nationalen Gesundheitsrats stehen.

Für Beamte existiert eine besondere Krankenversicherung, die auf der Basis eines Kostenerstattungssystems umfangreichere Leistungen als die nationale Krankenversicherung beinhaltet und durch einkommensabhängige Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert wird (5 % der Bevölkerung)<sup>63</sup>.

Einen privaten Krankenversicherungsschutz schließen Arbeitnehmer, deren Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, sowie Selbständige ab. Für diese Gruppe besteht keine Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Versicherung. Die privat Versicherten zahlen einen Betrag, der altersunabhängig ist und dessen Höhe sich nach dem Leistungsumfang und der Höhe des Selbstbehaltes richtet.<sup>64</sup> Ungefähr 31 % der Bevölkerung sind laut dem Ministerium für Gesundheit privat krankenversichert.

3. Die dritte Versicherungsform bezieht sich auf Leistungen im Krankheitsfall, die nicht als unbedingt notwendig erachtet werden. Hierbei werden die Prämien zwischen der (privaten) Versicherungsgesellschaft und dem Versicherten festgesetzt, sie sind einkommensunabhängig. Zum Leistungspaket dieser Versicherungsform zählen alternative Medizin, besseres Service und Unterbringung im Spital, Zahnersatz, Brillen. 90 % der Pflichtversicherten besitzen diese Zusatzversicherung.

### ***7.5 Aufbau des Gesundheitswesens in den Niederlanden***

Die Leistungserbringung im niederländischen Gesundheitswesen kann in vier unterschiedliche Stufen gegliedert werden (Schema entnommen aus: Schneider et al. (1994): 370):

---

und Sport (1998): S. 10-14

<sup>62</sup> Genaue Beschreibung der Gehaltsgrenzen und die seit 1998 in Kraft getretene Regelung für Pensionisten in: Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (1998): S. 20-22

<sup>63</sup> Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (1998): S. 5f.

<sup>64</sup> vgl. BASYS (1994): S. 369

*Grundstufe:* Örtliche Behörden und private Organisationen sind für die allgemeine Gesundheitsvorsorge verantwortlich

*Erste Stufe:* Hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, Ausstattung mit notwendigen Medikamenten, Geburtshilfe

*Zweite Stufe:* Klinische Behandlung inklusive der Inanspruchnahme aller Fachspezialisierungen, Psychotherapie, Drogenbekämpfung, Pflegeheime, psychiatrische Einrichtungen, Behandlung in Allgemeinkrankenhäuser

*Dritte Stufe:* Spezialeinrichtungen wie Kliniken für Neurochirurgie, Nierentransplantationen, Herzoperationen. Auch Universitätskliniken gehören dieser Versorgungsstufe an.

Der praktische Arzt in den Niederlanden erfüllt die Rolle eines „Gatekeepers“. Der pflichtversicherte Patient benötigt für die fachärztliche Versorgung eine Überweisung durch den Hausarzt. In der Regel sind die gesamte Familie eines Versicherten bei einem Hausarzt eingeschrieben. Privatversicherte könne sich ihren Arzt frei wählen, gewöhnlich sind sie aber auch bei einem Arzt eingeschrieben. Der praktische Arzt in den Niederlande hat ein eingeschränktes Leistungsspektrum im Vergleich zu Österreich und Deutschland. Die Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung gehört nicht zu seinen Aufgaben, sondern wird von den Gemeinden angeboten.

71 % der Hausärzte haben Einzelpraxen, 29 % arbeiten in Gruppenpraxen oder in Gesundheitszentren. In einer Praxis werden durchschnittlich 2.300 Patienten betreut. Die Zahl von 2.700 eingeschriebenen Patienten sollte von einer Praxis nicht überschritten werden. Von den eingeschriebenen Patienten kommen täglich 35 zur Sprechstunde, acht Patienten stattet der Hausarzt einen Hausbesuch ab.<sup>65</sup>

Laut einer Studie hat ein holländischer praktischer Arzt eine durchschnittliche Arbeitswoche von knapp unter 50 Stunden.<sup>66</sup> Es gibt einen 24-Stunden Bereitschaftsdienst, für den sich die praktischen Ärzte selbst organisieren müssen. Niederlassungsbewilligungen für praktische

---

<sup>65</sup> siehe Schneider et al. (1995): S 375

<sup>66</sup> zitiert aus Groenewegen/Van der Zee,/Van Haaften (1991): S. 94

Ärzte werden von den örtlichen Behörden erteilt. In den Niederlanden gibt es eine Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium.<sup>67</sup>

**Tabelle 9:** Ärztedichte in den Niederlanden 1985-1998

<b>Jahr</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
<b>Praktische Ärzte insgesamt</b>	6212	6800	6969	7013	7125	7170	7345	7450
<b>Einwohner pro prakt. Arzt</b>	2327	2190	2187	2188	2165	2170	2119	2101

Quelle: CBS (Statistics Netherlands): [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

### 7.5.1 Das Tarifgesetz

Die staatliche Preisregelung im holländischen Gesundheitswesen hat bereits einige Jahre Geschichte und hat sich über die Preisregelung für Pflegeleistungen (seit 1939) über festgeschriebene Preise im Krankenhausbereich (seit 1965) bis zum heute geltenden Tarifgesetz (WTG), welches auch die Honorare von niedergelassenen Ärzten erfasst, entwickelt. Ziel des WTG ist es, „ein ausgeglichenes System von Tarifen im Gesundheitswesen zu ermöglichen unter Beachtung der Kontrolle der Kostenentwicklung des Gesamtsystems.“

Das WTG bestimmt also alle Preise von Gesundheitsdienstleistungen in Spitälern und im niedergelassenen Bereich. Diese Tarife gelten sowohl für die öffentlichen wie auch die privaten Versicherer. Im holländischen Gesundheitswesen ist es verboten, andere Preise zu verrechnen als die vertraglich vereinbarten. „There is not a single price which can be charged in Holland without prior approval by the COTG (Central Council for Health Care Charges).“<sup>68</sup> Verstöße gegen diese Ordnung haben rechtliche Konsequenzen.

Die Erstellung dieser Tarife geschieht in drei Schritten: In einem ersten Schritt verfasst die COTG, Tarifbehörde, eine Richtlinie über die Anzahl der Wohnbevölkerung, die Bettenzahl, die Ärztezahl, das durchschnittliche Einkommen für niedergelassene Ärzte und die Plankosten.

<sup>67</sup> vgl. Groenewegen/Van der Zee,/Van Haafden (1991): S. 94

<sup>68</sup> COTG (1995), S. 4

Diese Richtlinie kann auf Verlangen des Ministers, der beteiligten Parteien oder der COTG aufgestellt werden. Diese Richtlinien müssen vom Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport genehmigt werden. Würden die vorgeschlagenen Tarife das Makro Budget überschreiten, kann der Minister per Verordnung niedrigere Abschlüsse erwirken. In der zweiten Phase werden aufgrund der Zahlen dieser Richtlinien, die Budgets der einzelnen Institutionen, der praktischen Ärzte und der niedergelassenen Fachärzte zwischen den Versicherungsträgern und den Anbietern verhandelt. In der dritten Phase werden Detailbudgets der betreffenden Institution erstellt.

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte entsprechen die national in Geltung tretenden Tarife ziemlich genau den bereits in den Richtlinien festgesetzten Preisen, können aber auch in den Verhandlungen zwischen den Versicherungsträgern und den Ärzten niedriger angesetzt werden.<sup>69</sup> Im Moment sind zehn verschiedene Tarife für praktische Ärzte und 2.000 Tarife für Leistungen von Fachärzten in Kraft.

Hinsichtlich der Honorierung von Allgemein- und Fachärzten sind Unterschiede zu verzeichnen. Der praktische Arzt erhält eine Kopfpauschale pro Jahr für jeden öffentlich Versicherten auf seiner Liste. Privat Versicherte werden nach dem Einzelleistungsprinzip verrechnet. Die Honorierung von Fachärzten setzt sich aus einer Grundgebühr je überwiesenem Leistungsfall und einer Pauschalzahlung zusammen.

### **7.5.2 Honorarrichtlinie für niedergelassene Ärzte in Holland**

Die Honorare von niedergelassenen Ärzten in Holland errechnet sich nach folgender Formel:

$$\frac{\text{Planeinkommen} + \text{Plankosten}}{\text{Planbeschäftigung}}$$

Das *Planeinkommen* wird in den Richtlinien festgesetzt. Es setzt sich aus dem Gehalt, dem Urlaubsgeld und den Kosten der Sozialversicherung (Kranken-, Sozial- und Pensionsversicherung) zusammen. Die Regierung nimmt dabei das Gehaltsschema von höheren Beamten als Richt- und Vergleichswerte (Referenzeinkommen) und paßt dieses den jährlichen Steigerung an.

---

<sup>69</sup> vgl. dazu COTG (1995), S. 5

*Standardkosten* werden ebenfalls in den Richtlinien festgestellt, wobei von durchschnittlichen Kosten einer Ordination ausgegangen wird. So werden die Kosten der Unterkunft, Auto, Angestellten, Telefon, Praxisgegend, technische Geräte, etc. herangezogen. Sie werden mit 41,43 % angenommen. Diese Kosten werden standardisiert gemäß dem Preisindex und neueren Aufwendungen (wie z.B. Computerisierung) angepaßt.

Die *Planbeschäftigung* ist der Divisor zur Berechnung des Tarifs und ergibt sich aus der Tätigkeit z.B. bei einem Gynäkologen aus der Anzahl der Geburten pro Jahr, bei einem praktischen Arzt aus der Anzahl von Patienten und/oder der Anzahl an Hausbesuchen. Bei anderen Fächern wird die durchschnittliche Zeit für eine bestimmte Behandlung herangezogen. Aus der eben beschriebenen Formel wird dann der Preis einer Leistung berechnet.

Exemplarisch soll die Tarifberechnung für einen allgemeinen Arzt im Jahr 1993 gezeigt werden. (Beispiel entnommen aus COTG, S. 12 f.)

Einkommen	164.000 Gulden (74.420 Euro)
<u>Kosten</u>	<u>116.000 Gulden (52.638 Euro)</u>
Summe	280.000 Gulden (127.058 Euro)

Ausgehend von einem Solleinkommen von 164.000 Gulden pro Jahr (in den Richtlinien festgesetzt) und einer durchschnittlichen Anzahl von 2.350 öffentlich versicherten Patienten pro Praxis erhält man die Kopfpauschale pro Patienten.

280.000 Gulden dividiert durch 2.350 = 119 (54 Euro) Gulden pro Patient pro Jahr.

Da sich die Kosten nicht proportional zu den Patientenzahl entwickeln, werden nur für die ersten 1.600 Patienten auf der Liste das volle Honorar von 119 Gulden bezahlt, für jeden weiteren Patienten erhält der praktische Arzt nur noch 70 Gulden (32 Euro). Bei dem System der Kopfpauschale ist es unerheblich wie oft ein Patient den Arzt aufsucht. Die Tarife von privat Versicherten werden nach dem Einzelleistungsprinzip errechnet. Es wird angenommen, dass ein praktischer Arzt im Durchschnitt 8.230 Kontakte mit Privatpatienten hat. Daraus erhält man das Honorar pro Untersuchung von 34 Gulden (15,4 Euro). 280.000 Gulden dividiert durch 8.230 = 34 Gulden (15,4 Euro) pro privat Versicherten pro Untersuchung. Das Einkommen eines praktischen Arztes setzt sich in der Regel aus Honoraren öffentlich und privat Versicherter zusammen. Die Zusammensetzung kann je nach Wohlstand der Gemeinde differieren. Grundsätzlich arbeiten Fachärzte in den Niederlanden ausschließlich in Krankenhäusern. Dennoch sind die meisten von ihnen, fast zweidrittel, selbständig. Häufig

sind sie freie Unternehmer, beschäftigen ihr eigenes Personal und schließen Verträge für den Gebrauch von Einrichtungen und Räumlichkeiten im Krankenhaus. Es ist durchaus üblich, dass ein Facharzt gleich in mehreren Spitälern arbeitet. 1997 betrug die Gesamtzahl der Fachärzte 14.362, was 1079 Einwohnern pro Fachmann entspricht. Sowohl für öffentlich als auch für privat versicherte Patienten werden Fachärzte nach Einzeltarifen direkt von den Versicherungen (und nicht vom Krankenhaus) bezahlt. Dies gilt für ambulante sowie stationäre Spitalsleistungen.<sup>70</sup> Die Tarife werden wiederum von den Krankenkassen und Ärzten zusammen mit dem COTG festgelegt.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> Wallner (1998): S. 123

<sup>71</sup> [www.nivel.nl/english/dutch.htm#SECONDARY\\_CARE](http://www.nivel.nl/english/dutch.htm#SECONDARY_CARE)

## 8 Bundesrepublik Deutschland

### 8.1 Das Gesundheitssystem im Überblick

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland lässt sich nach Schneider et al. als Sozialversicherungssystem mit weitgehend zuzahlungsfreier Versorgung kennzeichnen. Insgesamt sind in den 454 (Stand: Oktober 1999) Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung rund 88 % der Bevölkerung versichert.<sup>72</sup> Mit dem 1.1.1991 wurde das bisherige bundesdeutsche Sozialversicherungsrecht auf die neuen Länder (der ehemaligen DDR) ausgedehnt. Mit Hilfe von massiven Förderungen des Staates ist seit 1989 ein rascher Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten gelungen.<sup>73</sup>

Die gesetzliche Krankenversicherung ist der älteste Zweig der Sozialversicherung und hat ihren Ursprung im Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter von 1883. Heute sind in ihr rund 88 Prozent der Bevölkerung versichert und haben im Krankheitsfall Anspruch auf Leistungen, um die Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern (vgl. § 1 SGB V). Finanziert werden diese Leistungen hauptsächlich durch Beiträge, die paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen werden. Diese Beiträge sind einkommensabhängig mit einer Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze von 6.375 DM (3.259 Euro) im Jahr 1999 und 6.450 DM (3298 Euro) im Jahr 2000 monatlich. Der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz beträgt im Jahr 2000 13,51 %, der durchschnittliche Höchstbeitrag monatlich 871,40 DM (445,5 Euro) (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil zusammen).<sup>74</sup>

Tragende Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung sind das Solidaritätsprinzip, das gleiche Leistungen unabhängig vom Einkommen und Krankheitsrisiko gewährleistet, das Sachleistungsprinzip, das Leistungen ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten sicherstellt und das Bedarfsprinzip. Nach dem Bedarfsprinzip werden Leistungen allein nach dem medizinischen Bedarf der Versicherten gewährt, unabhängig von der Höhe der entrichteten Beiträge.

---

<sup>72</sup> Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider"

<sup>73</sup> vgl. BASYS (1994): S. 199 f.

<sup>74</sup> Quelle: Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V., [www.vdak.de](http://www.vdak.de)



Träger der GKV sind die nach Kassenarten gegliederten gesetzlichen Krankenkassen<sup>75</sup>, die als Selbstverwaltungskörperschaften finanziell und organisatorisch unabhängig sind. Sie gestalten in Verträgen mit den Verbänden der Leistungserbringer weite Bereiche der ambulanten und stationären Versorgung.

Diese öffentlich-rechtlichen Vertretungsorgane der Vertragsärzte sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Vereinigungen haben den gesetzlichen Auftrag, die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Auf sie wird im Rahmen der Beschreibung des Tarifverhandlungssystems noch einmal zu sprechen zu kommen sein. Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist Aufgabe der Länder, die auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Krankenhauspläne zu erstellen haben.

Der Bundesministerium/Bundesminister für Gesundheit (BMG) ist seit 1991 für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere in den Feldern Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung und -vorsorge, Arzneimittel und Verbraucherschutz zuständig. Wie Schneider et al. hervorheben, ist die seit 1977 bestehende *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG)* zu einer wichtigen Institution im deutschen Gesundheitswesen geworden. In ihr sind Vertreter u.a. der Krankenversicherung, Ärzte, Krankenhausträger, Apotheker, Pharmazeutischen Industrie, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, Länder und kommunalen Spitzenverbände zusammengefasst. Aufgabe der Beteiligten ist es, Vorschläge zu einem effizienteren Gesundheitswesen in der Bundesrepublik zu erbringen.

Der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen Arbeitnehmer, Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsrecht, Jugendliche in besonderen Einrichtungen, Behinderte, Studenten und Rentner. Meistens können sich auch nichtversicherungspflichtige Personen freiwillig in der GKV versichern. Laut Schneider et al. machten von diesem Recht im Jahr 1993 die Mehrheit der nichtversicherungspflichtigen Bevölkerung Gebrauch (10,6 Mio. Personen). 6,9 Millionen waren Anfang 1994 privat krankenversichert. 5,5 Mio. hatten zusätzlich zur gesetzlichen Versicherung noch eine private Zusatzversicherung.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> Zu den Kassenarten zählen die : Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), See-Krankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK), Bundesknappschaft und die Ersatzkrankenkassen der Arbeiter- und Angestellten

<sup>76</sup> Schneider (1995): S. 202

## 8.2 Gesetzlicher Rahmen des deutschen Gesundheitssystems

Wie im *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998* aufgelistet haben folgende Ziele der Gesundheitspolitik Eingang in die deutsche Gesetzgebung gefunden:<sup>77</sup>

- Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit,
- Schutz bzw. Wiederherstellung der Gesundheit und Vermeidung, Heilung oder Linderung von Krankheiten,
- unbeschränkter Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung nach dem Stand des medizinischen Wissens,
- Höchstmaß an Freiheit und Eigenverantwortung für alle Beteiligten,
- Herstellung, Sicherung und Verbesserung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit als Grundlage selbstverantwortlicher Existenzsicherung,
- solidarische Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit bei beitragsfreier Mitversicherung nichterwerbstätiger Familienangehöriger,
- einzelwirtschaftliche Effizienz der Leistungserbringung und gesamtwirtschaftlich vertretbare Höhe der Beitragssätze.

Nach dem Grundgesetz Art. 20 Abs. 1 ist Deutschland ein sozialer Bundesstaat, wodurch das *Sozialstaatsprinzip* in der Verfassung verankert wurde und der Staat verpflichtet ist, die materiellen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der menschlichen Grundrechte zu schaffen. Der Bund hat auf Grundlage der Art. 70-78 des Grundgesetzes im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung wesentliche Gestaltungsaufgaben für die Krankenversicherung; er soll die Finanzierung und Leistungserbringung im Gesundheitswesen gestalten.

Die zentralen Gesetzgebungskompetenzen der Länder betreffen zum einen die Krankenhausplanung und -finanzierung, insbesondere von Investitionen, zum anderen Aufgaben und Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Kreise und kreisfreie Städte besitzen als Träger kommunaler Gesundheitsämter und Krankenhäuser Einfluss auf die regionale Gesundheitsversorgung.<sup>78</sup> Wie bereits erwähnt sind Organisationsstruktur, Leistungsrahmen und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Teil des Sozialgesetzbuches (SGB) kodifiziert; es enthält auch Vorschriften für andere soziale Sicherungssysteme. Darüber hinaus gestalten eine Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen und

---

<sup>77</sup> vgl. Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 2.2

<sup>78</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 2.2

Richtlinien des Gesundheitswesens. Nach Meinung der Verfasser des Gesundheitsberichtes 1998 wird die Bedeutung des supranationalen Rechts im Rahmen der EU vermutlich weiter wachsen.<sup>79</sup>

### **8.2.1 Jüngere Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Der demographische Wandel in der Bevölkerung (sinkende Geburtsraten bei steigender Lebenserwartung), eine Zunahme chronischer Erkrankungen sowie der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt stellen die gesetzliche Krankenversicherung vor dauernde Herausforderungen, auf die die Gesundheitspolitik mit Reformen, allerdings vorwiegend zur Kostendämpfung, reagiert hat.<sup>80</sup> Mit dem Gesundheitsreform-Gesetz (GRG), das 1989 in Kraft trat, wurden der Leistungskatalog der Krankenkassen und die Beziehungen zwischen Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringern neu geordnet. Weiters wurde das Gesetz der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Bestandteil des Sozialgesetzbuch (SGB V) gemacht. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 wurden zentrale strukturelle Erneuerungen der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

Jacobs hebt als strukturelle Reformelemente besonders hervor:

- den Übergang zu leistungsorientierten Vergütungsregelungen im Krankenhaus: Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und Ablösung des tagesgleichen Pflegesatzes durch Sonderentgelte, Fallpauschalen und differenzierte Abteilungspflegesätze spätestens ab 1996;
- bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch die Möglichkeit der Krankenhäuser, vor- und nachstationär zu behandeln und ambulant zu operieren;
- langfristige Begrenzung der Zahl zugelassener Ärzte und Zahnärzte.

Wie im Gesundheitsbericht hervorgehoben wird, ist die „entscheidende Komponente der GKV-Strukturreform jedoch, dass ab 1996/1997 die große Mehrzahl der GKV-Mitglieder nahezu unbeschränkt die Krankenkasse wählen kann. Der Gesetzgeber hat sich bewusst für eine wettbewerbliche Orientierung der GKV entschieden; diese wird durch den Kontrahierungszwang der einzelnen Kassen und den bundesweiten Risikostrukturausgleich flankiert. Im Rahmen der "solidarischen Wettbewerbsordnung" sollen die Kassen ihr Handeln stärker an den Interessen ihrer Versicherten ausrichten und sich vor allem um eine verbesserte

---

<sup>79</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 2.2

<sup>80</sup> Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider"

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung bemühen.“<sup>81</sup>

Angesichts weiter steigender Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sollten die GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOGs) von 1997 insbesondere durch stärkere Eigenbeteiligungen der Versicherten die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der GKV erhalten. Eine Vielzahl dieser Belastungen wurde durch das Solidaritätsstärkungsgesetz der neuen Bundesregierung wieder zurückgenommen. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 soll die Beitragssatzstabilität sichern und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.<sup>82</sup> In nachfolgender Tabelle ist gut zu sehen, wie sich die einzelnen Reformgesetze auf die Finanzlage der Krankenkassen ausgewirkt haben. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 konnten drastische Einsparungen erzielt werden, ebenso wirkte das GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOGs) von 1997 stark kostendämpfend.

---

<sup>81</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 2.2

<sup>82</sup> vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider

**Tabelle 10:** Die Reformen im Gesundheitswesen und ihre finanziellen Auswirkungen

<b>Die Reformen im Gesundheitswesen und ihre finanziellen Auswirkungen</b>		
Saldo aus Einnahmen und Ausgaben in Mrd. DM		
	Ausgaben	Überschuss/Defizit
1989	129,927	9,755
1990	141,654	6,099
1991	183,043	-2,819
1992	210,496	-9,354
1993	211,781	10,414
1994	234,274	2,177
1995	262,825	-6,948
1996	272,630	-7,777
1997	267,930	1,080
1998	273,181	1,188
1999*)	278,042	0,966

\*) vorläufiges Ergebnis KV 45

Quelle: KJ 1 BMG

## **8.3 *Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland***

### **8.3.1 Ambulante Gesundheitsversorgung**

In Deutschland sind die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung traditionell streng getrennt. Trotz der stärkeren Verzahnung beider Bereiche durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre hat deren strukturelle Trennung noch immer einen prägenden Einfluss auf das Gesundheitswesen.<sup>83</sup> Die erste professionelle ärztliche Versorgung findet zumeist in den ärztlichen oder zahnärztlichen Praxen, teilweise auch in den Polikliniken statt. Ambulante Pflegeeinrichtungen stehen als Versorgungsbereich an der Schnittstelle zum stationären Sektor. Ihnen wird vermehrt Bedeutung beigemessen, weil man aus dem demographischen Wandel, insbesondere dem zunehmenden Anteil Hochbetagter einen wachsenden Bedarf an pflegerischen Leistungen ableitet. Neben den Ärzten leisten die Angehörigen der nichtärztlichen Heilberufe als Selbständige einen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung. Ihre Tätigkeit setzt allerdings in vielen Fällen eine ärztliche Verordnung voraus. Im Jahr 1995 waren von allen in ihrem Beruf tätigen Ärzte rund 43 % selbständig, 57 % der deutschen Ärzte arbeiteten in einem Krankenhaus. Die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte nahm als Vertragsarzt an der Versorgung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung teil. 1995 betrieben nur 1,8 % der ambulant tätigen Ärzte eine reine Privatpraxis. Knapp 3 % der Ärzte waren in einer Praxis angestellt, sei es als Assistent, angestellter Arzt oder Vertreter.

---

<sup>83</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6

**Tabelle 11: Niedergelassene Ärzte in Deutschland**

Die Rolle der Praxen in der ärztlichen Versorgung 1995

im Beruf tätige Ärzte	Ärzte	
	Anzahl	in %
Insgesamt	273 880	100,0
* in freier Praxis	117 578	42,9
- in Vertragspraxis	115 503	42,2
• Vertragsärzte	107 497	39,3
• Angestellte, Praxisvertreter, Praxisassistenten	8 006	2,9
- in Privatpraxis	2 075	0,8
* in Krankenhäusern und anderen Bereichen	156 302	57,1

Quelle: Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6.5

Rund 85 % aller ärztlichen Praxen sind Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften. Die Zahl der Praxisgemeinschaften ist dem Statistischen Bundesamt jedoch unbekannt, da die dort tätigen Vertragsärzte getrennt abrechnen. Deshalb ist auch die Gesamtzahl der Praxen als Obergrenze anzusehen (vgl. Tabelle 12). Wie im Gesundheitsbericht 1998 erläutert wird, ist die Zahl der Gemeinschaftspraxen stark steigend, sie verdreifachte sich zwischen 1980 und 1992.<sup>84</sup> Gemeinschaftspraxen sind in der Definition vom *Stichwort: Gesundheitswesen* „wirtschaftliche und personelle Kooperationsform von Ärzten zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung in gemeinsamen Praxisräumen.“<sup>85</sup>

<sup>84</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6

<sup>85</sup> Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider

**Tabelle 12: Die Organisationsformen deutscher Praxen**

---

*Ärztliche Praxen*

---

Insgesamt (maximal)	91 390	100,0
* Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft (maximal)	77 604	84,9
* Gemeinschaftspraxis	13 786	15,1

---

Quelle: Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6.5

#### ***8.4 Der niedergelassene Arzt in Deutschland***

In Deutschland sind 117.000 niedergelassene Ärzte tätig. Im ambulanten Bereich kamen 1994 1,34 niedergelassene Ärzte auf 1000 Einwohner.<sup>86</sup> Damit liegt Deutschland, was die Ärztedichte betrifft, im internationalen Mittelfeld. 1988 besuchten 86,5 % der Versicherten im Laufe des Jahres einen Arzt. Nach den Angaben des Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung haben die niedergelassenen Ärzte 1990 im Westen 39,4 Leistungen je GKV-Versicherten erbracht, 1995 waren es 53,2 und damit um 35,0% mehr. Die daraus abgeleiteten Honorarforderungen stiegen um 29,7%. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung des Leistungsgeschehens zwischen 1990 und 1995 im Westen für die wichtigsten Leistungsgruppen.

---

<sup>86</sup> vgl. Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6



**Tabelle 13: Entwicklung des Leistungsgeschehens zwischen 1990 und 1995 in Deutschland**

Tab. 7.5.4: Abgerechnete Leistungen von Vertragsärzten im Westen

Leistungsgruppe	1990		1995	
	Leistungen		Honorarforderung in DM	
	je GKV-Versicherten			
Insgesamt	39,41	53,19	428,51	555,63
- Beratungen	8,59	12,56	96,73	117,83
- Besuche	0,93	0,94	25,49	26,16
- eingehende Untersuchungen	2,71	3,86	42,32	58,35
- allgemeine Leistungen	3,57	3,26	16,88	18,45
- Mutterschaftsvorsorge	0,67	0,68	10,49	11,28
- Früherkennung	0,45	0,60	12,95	20,13
- sonstige Hilfen	0,39	0,44	3,73	3,65
- allgemeine Sonderleistungen	5,35	7,40	38,61	51,66
- sonstige Sonderleistungen	3,03	4,71	35,61	52,62
- innere Medizin	0,61	0,97	18,44	27,64
- Neurologie, Psychiatrie	0,67	1,38	21,54	40,06
- Augenheilkunde	1,83	2,41	16,11	20,59
- physikalisch-medizinische Leistungen	1,93	2,01	7,98	7,78
- Labor-Basisuntersuchungen	5,43	7,68	24,63	21,24
- Labor-Spezialuntersuchungen	0,82	1,54	17,80	24,86
- Röntgenleistungen	0,77	0,90	35,02	42,42
- sonstige Leistungen	1,65	1,88	4,19	10,91

Quelle: KBV, Frequenzstatistik, entnommen aus: Statistisches Bundesamt (1998)

Gesundheitspolitisch erwünscht, war eine Aufwertung des ärztlichen Gesprächs, da dieses die Patientenzufriedenheit steigert und einen Zugewinn an subjektiv empfundener Gesundheit bewirkt.<sup>87</sup> Die Entwicklung der Ausgaben für die ambulante Versorgung wird nicht allein durch die unmittelbar für die ambulante ärztliche Versorgung aufgewendeten Beträge bestimmt, sondern vor allem auch durch die Verordnungen und Überweisungen, die niedergelassene Ärzte ausstellen. Diese führen zu Ausgaben in anderen Leistungsbereichen, die ein Vielfaches dessen ausmachen, was die niedergelassenen Ärzte selbst als Gesamtvergütung

<sup>87</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6

erhalten. 1990 machten die versichertenbezogenen GKV-Ausgaben für ärztlich veranlasste Leistungen das 3,1-fache der Erstattungen für von ihnen selbst erbrachte Leistungen aus, 1995 war es etwas weniger.<sup>88</sup>

Bei der Entwicklung der wichtigsten Leistungsausgaben seien die Zahlen der Allgemeinen Ortskrankenkassen herangezogen. Man sieht, dass die Ausgaben für Ärzte im Zeitraum 1991-1999 um rund 42 % und damit beinahe um 20 % mehr gestiegen sind als bei den Zahnärzten. Am meisten sind jedoch die Ausgaben für Heil- u. Hilfsmittel gestiegen, gefolgt vom Krankenhausbereich mit 57 %.

**Tabelle 14.: Entwicklung der wichtigsten Leistungsausgaben zwischen 1991-1999**

Entwicklung der wichtigsten AOK Leistungsausgaben in DM je Mitglied

Index: 1991=100

	Ärzte	Zahnärzte einschl. Zahnersatz	Arzneimittel aus Apotheken	Heil-u. Hilfsmittel	Krankenhausbehandlung - ohne Anschlussreha.	Krankengeld	Übrige Leistungsausgaben
1991	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1992	110,77	126,40	114,02	119,74	112,71	112,72	121,19
1993	117,36	106,41	99,07	126,43	122,85	117,45	137,55
1994	125,92	118,08	107,07	146,72	136,80	129,24	155,70
1995	130,53	122,21	115,09	161,54	140,78	147,67	151,63
1996	133,55	133,13	123,17	177,88	144,10	142,37	155,38
1997	136,24	135,24	119,31	175,34	152,62	106,22	133,51
1998	139,32	122,05	125,67	184,94	155,05	98,53	152,75
1999 *	142,48	124,03	141,10	172,55	156,69	98,86	161,10

Quelle: KJ1, \*KV 45, entnommen aus: [www.aok.de/bundesverband](http://www.aok.de/bundesverband)

<sup>88</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 7

## ***8.5 Vergütungssystem bei den niedergelassenen Ärzten in Deutschland***

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die vertragsärztliche Versorgung auf zwei Stufen vertraglich geregelt: Auf der Bundesebene schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung<sup>89</sup> die Bundesmantelverträge ab. Der Inhalt dieser Verträge ist zugleich Bestandteil der Gesamtverträge, die auf Landesebene vereinbart werden. Inhalt der Bundesmantelverträge sind u.a.

- der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM),
- die Richtlinien des Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen,
- die Richtlinien der KVen zur Organisation der Versorgung,
- Vereinbarungen zur Qualitätssicherung und
- Einzelheiten über die Abrechnung ärztlicher Leistungen. (§ 82 SGB V)<sup>90</sup>

Die Gesamtverträge werden hingegen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf Länderebene verhandelt. In ihnen werden die Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung, der Vergütung durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Verfahren zur Abrechnungsprüfung geregelt werden.

Bei der Vergütung der Ärzte ist zwischen Kassen- und Privatpatienten zu unterscheiden. Das vertragsärztliche Honorierungsverfahren ist zweistufig aufgebaut:

In der ersten Stufe wird die Gesamtvergütung der Vertragspartner festgelegt und auf der zweiten Stufe die Aufteilung der Honorare auf die einzelnen Kassenärzte. Das heißt in der ersten Stufe zahlen die Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigungen (KVen/KZVen) für die Übernahme des Sicherstellungsauftrages eine Gesamtvergütung. Mit der Gesamtvergütung werden alle vertragsärztlichen Leistungen und hiermit verbundene Kosten abgedeckt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen dann nach dem Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit (die Verteilung muss nach Art und Umfang der ärztlichen Leistungen erfolgen) die Honorare an die Vertragsärzte.<sup>91</sup> Grundlage ist der sogenannte

---

<sup>89</sup> Unter Gemeinsamer Selbstverwaltung ist zu verstehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam durch Vertragsärzte und Krankenkassen ausgeübt wird.

<sup>90</sup> Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider

<sup>91</sup> Schneider et al. (1995): S. 208 f.

Honorarverteilungsmaßstab, der nach Arztgruppen und Versorgungsgebiet variieren kann.

Wesentlichster Bestandteil des Honorarverteilungsmaßstabs ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der jeweils alle abrechnungsfähigen, nach Punkten bewerteten Leistungen beschreibt. Bei der Gestaltung des EBM müssen die Bewertungsausschüsse gesetzliche Vorgaben wie die Bildung von Leistungskatalogen, Einzelleistungsvergütung und eine aufgewertete hausärztliche Grundvergütung umsetzen. Der EBM umfasste 1994 ca. 2100 Einzelpositionen.<sup>92</sup>

Zur Überprüfung der Honorarforderungen der niedergelassenen Ärzte in Deutschland gibt es drei Prüfverfahren:

- die Abrechnungsprüfung
- die Wirtschaftlichkeitsprüfung
- und die Auffälligkeitsprüfung, wenn bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung große Abweichungen zu den herangezogenen Durchschnittswerten festgestellt werden.<sup>93</sup>

Bei der Privatversicherung stellt der Arzt dem Patienten eine Rechnung aus, die dieser mit seiner Krankenversicherung verrechnet, man spricht in diesem Fall vom Kostenerstattungsprinzip. Abrechnungsgrundlage in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist die Gebührenordnung-Ärzte (GOÄ).

---

<sup>92</sup> Schneider et al. (1995): S. 211

<sup>93</sup> Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider

## 9 Kosten der niedergelassenen Ärzte

Die Leistungen des Gesundheitswesens werden in einem mehrstufigen Prozess produziert. In der ersten Produktionsstufe setzen die Leistungsanbieter Arbeit, Kapital sowie Vorleistungen anderer Wirtschaftszweige dazu ein, Gesundheitsgüter und -dienstleistungen zu erstellen. Diese werden in einer zweiten Stufe - möglicherweise zusammen mit den Anstrengungen des Patienten - dazu herangezogen, "Gesundheit" zu produzieren bzw. "Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Zustand zu bessern" (SGB V). Die produzierten Gesundheitsgüter und -dienstleistungen sind der Output der ersten Produktionsstufe und gleichzeitig Input der zweiten Stufe.<sup>94</sup>

Die bestehenden Finanzierungs- bzw. Vergütungssysteme im Gesundheitswesen beeinflussen die bei den Leistungsanbietern zu beobachtenden Kostenstrukturen. Bei Vergütung nach einer festgelegten Honorarordnung spiegeln die Preise für einzelne Leistungen die "Produktionskosten" derselben nur in begrenztem Maße wider. Die Ärzte passen sich innerhalb bestimmter Grenzen an das vorgegebene Preissystem an und erbringen bevorzugt Leistungen mit einer günstigen Erlös-Kosten-Relation. Dieses Verhalten lässt sich an den Kostenstrukturen beobachten. Ergäben sich die Preise für ärztliche Leistungen im Rahmen eines Wettbewerbsprozesses, dann würden die Preisrelationen viel stärker die abweichenden Erstellungskosten reflektieren, und die Erlös-Kosten-Relationen würden sich weniger voneinander unterscheiden.<sup>95</sup>

Die zu beobachtenden Kostenstrukturen hängen auch von der Fertigungs- oder Wertschöpfungstiefe der Leistungsanbieter ab, wenn z.B. ein niedergelassener Arzt Laborleistungen nicht mehr vergibt, sondern im praxiseigenen Labor erstellen lässt.

---

<sup>94</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 8.5

<sup>95</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 8.5

## 9.1 Kostenstrukturanalyse einer Arztpraxis

Nach dieser allgemeinen Betrachtung des Kostenverhaltens von Arztpraxen wird in einem weiteren Schritt eine Strukturanalyse der Kosten durchgeführt, da die Kosten bei der Höhe der Vergütung und der Erzielung eines adäquaten Einkommens von wesentlicher Bedeutung sind. Es gibt hierzu schon eine Vielzahl von Untersuchungen und Studien, wobei der Kostenanteil an den Einnahmen unterschiedlich hoch geschätzt wird, je nach Interessenslage der Auftraggeber dieser Studien.

Vorweg einige begriffliche Abgrenzungen:

Der *Gewinn vor Steuern* (Arzteinkommen) ergibt sich aus dem Überschuss der (Betriebs-) Einnahmen über die (Betriebs-) Ausgaben.<sup>96</sup> *Betriebseinnahmen* sind alle Einnahmen aus der beruflichen und nebenberuflichen Tätigkeit des niedergelassenen Arztes. *Betriebsausgaben* sind die Aufwendungen oder Ausgaben, die durch den Betrieb veranlasst sind.<sup>97</sup> Der Arzt ist sogenannter Einnahmen-Ausgaben-Ermittler. Es kommt also zu keiner Periodenabgrenzung. Was der Arzt ausgibt, wird sofort als Betriebsausgabe von den Einnahmen abgezogen.

*Aufwand* ist der zu Anschaffungspreisen bewertete Vermögenseinsatz. Dieser wird für die steuerliche Berechnung des Gewinns herangezogen.<sup>98</sup>

*Kosten* hingegen sind der Wertesatz zur Leistungserstellung.<sup>99</sup>

Der Unterschied zwischen den beiden Begriffen liegt einerseits in der Bewertung (Anschaffungskosten vs. Tagespreisen) andererseits im Umfang. Müsste man z.B. bei der Ermittlung der kalkulatorischen Kosten der Abschreibung des KFZ seinen Wiederbeschaffungswert und die tatsächliche Nutzungsdauer heranziehen, wird beim (steuerlichen) Abschreibungsaufwand vom Kaufpreis und der gesetzlich vorgeschriebenen Nutzungsdauer ausgegangen.

Ebenso müssten kalkulatorische Zinsen (für das betriebsnotwendige Kapital), kalkulatorische Wagnisse und ein kalkulatorischer Unternehmerlohn in eine Kostenrechnung der Arztpraxis einbezogen werden. Es erscheint jedoch sinnvoller, die Kostenstruktur der Arztpraxen und später den Vergleich der Ärzteneinkommen mit pagatorischen Größen durchzuführen. Es

---

<sup>96</sup> § 4(3) EStG

<sup>97</sup> § 4(4) EStG

<sup>98</sup> vgl. Lechner/Egger/Schauer (1999): S. 764

<sup>99</sup> Lechner/Egger/Schauer (1999): S.404

erleichtert die Vergleichbarkeit, da das Steuerrecht auf eine einheitliche Bewertung für alle Steuerpflichtigen abzielt und eine Kostenrechnung individuell für jeden Betrieb gemacht werden müsste. Daher ist der oben verwendete Begriff Kosten eigentlich durch den korrekteren Begriff Aufwand/Ausgaben zu ersetzen.

## 9.2 Gesamtaufwand nach Aufwandsarten

Die Aufwandsarten ergeben sich aus den relativ einheitlichen Positionen der Gewinn- und Verlustrechnung. Dies erhöht die Vergleichbarkeit der Aufwandspositionen in den untersuchten Ländern. Eine vollständige und übersichtliche Auflistung der Aufwandsarten ist der Studie „Die Zukunft der Praktischen Ärzte im Burgenland“ entnommen<sup>100</sup>:

Personalkosten (Löhne, Lohnsteuer, DB, Aushilfen, Vertretungen u.a.)
Raumkosten (Miete, Heizung, Reinigung, Reparatur, u.a.)
Praxis- und Laborbedarf (Medikamente, Hilfsstoffe, Röntgenbedarf, Fremdlabor u.a.)
Finanzierungskosten (Zinsen, Darlehen, Gebühren, sonstige, jedoch keine Tilgung)
Leasing (Kfz, Geräte, Immobilien, Nebenkosten)
Kontokorrentzinsen
Gerätekosten (Reparaturen, Wartung, Miete, u.a.)
Fahrzeugkosten (Steuer, Versicherung, Benzin, Wartung, u.a.)
Versicherungen (Haftpflicht, Praxisinhalt, u.a.)
Kammerbeitrag
Steuern und Abgaben
Büro/Porto/Telefon
Fortbildung/Reisekosten (Kongresse, Seminargebühren, Fachliteratur, Diäten, u.ä.)

<sup>100</sup> Elser/Loidl (1993): S. 45

sonstige Kosten (Buchhaltung, Steuerberatung, Blumen, Wartezimmerlektüre,...)
GWG (Anschaffungskosten bis 5000 öS netto)
Abschreibungen (für ordinationsnotwendige Wirtschaftsgüter)
Steuermindernde Maßnahmen (IFB,...)

Die Verteilung der einzelnen Aufwandsarten auf die Gesamtaufwendung ist je nach Fachrichtung des niedergelassenen Arztes sehr unterschiedlich und kann von Praxis zu Praxis erheblich variieren. Als Durchschnittswerte können die von Kemmettmüller ermittelten Werte herangezogen werden. Kemmettmüller geht von einem Anteil von ca. 5 % des variablen Aufwands an den Gesamtaufwendungen aus.

Der fixe ausgabenwirksame Aufwandsanteil ist wie folgt verteilt<sup>101</sup>:

- Personalkosten 35,9 %
- freiwilliger Sozialaufwand 0,5 %
- Miete, Strom, Gas Heizung 7,3 %
- Bedienerin 2,4 %
- Bürobedarf 0,7 %
- Praxisversicherung 2,2 %
- Pflichtversicherung 6,9 %
- Beratungskosten, Buchhaltung 4,1 %
- Telefon, Porto 15,6 %
- Fortbildung 1,5 %
- Kfz-Kosten 7,4 %
- Zinsaufwand und Bankspeisen 5,8 %
- Leasing-Raten 1,8 %
- sonstiger ausgabenwirksamer Aufwand 5,2 %

In den Studien zu den Kostenarten einer Arztpraxis wird oft zwischen variablen, beschäftigungs- und mengenabhängigen Kosten und den fixen, beschäftigungsunabhängigen

---

<sup>101</sup> Kemmettmüller (1994): S. 54 ff. und Anhang



Kosten unterschieden. Es erscheint diese Unterscheidung für die Darstellung der Kostensituation einer Arztpraxis als vernachlässigbar, da, wie bereits erwähnt, der variable Kostenanteil bei nur etwa 5 % der Gesamtkosten berechnet wird<sup>102</sup>. Vielmehr fallen sprungfixe Kosten bei der Entscheidung des Arztes über eine Kapazitäts- oder Leistungsausweitung ins Gewicht. Von sprungfixen Kosten spricht man, wenn Kosten über mehrere Beschäftigungsgrade konstant bleiben und sich durch die zusätzliche Aufnahme von Arbeitskräften oder den Kauf technischer Geräte (sprunghaft) erhöhen. In der Folge sind sie eine fixe Kostenbelastung. Das heißt, der Arzt muss sich entscheiden, ob sich eine weitere AssistentIn wirtschaftlich rechnet oder nicht. Dieser Aspekt wurde m.E. in den bisherigen Untersuchungen nicht ausreichend beachtet.

---

<sup>102</sup> vgl. Kemmetmüller (1994) und Eschenbach (1991)

## 10 Honorarentwicklung in Österreich

Grundlage der Beziehungen zwischen öffentlichen Krankenversicherungsträgern und niedergelassenen Ärzten ist der Gesamtvertrag, der zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der österreichischen Ärztekammer verhandelt wird. Im Gesamtvertrag werden die Rechte und Pflichten des einzelnen Vertragsarztes festgehalten. Der Gesamtvertrag hat prinzipiell unbefristete Geltung.

Einen Teil des Gesamtvertrages bildet die Honorarordnung. In der Honorarordnung wird bestimmt, welche medizinische Leistung zu welchem Preis und unter welchen (fachlichen, technischen) Bedingungen von den Versicherungsträgern nachgefragt und vergütet wird. Die Honorarordnung der §2-Kassen wird in Verhandlungen zwischen den Landesgebietskrankenkassen und den Landesärztekammern für das jeweilige Bundesland mit der Zustimmung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossen. Die Honorarordnung ist von Bundesland zu Bundesland verschieden. Die Geltungsdauer der jeweiligen Honorarordnung ist befristet. Die Honorarordnung besteht aus einem Leistungskatalog, in welchem die Vergütung für Grundleistungen (Pauschalen), Sonderleistungen (diese gilt für alle Fachgruppen) und den Einzelleistungen jeder Fachgruppe festgelegt wird. Diese bildet den Leistungs- und Preisrahmen für den niedergelassenen Vertragsarzt.

Die Honorarpolitik der Krankenversicherungsträger und des Hauptverbandes stand bei den Verhandlungen mit der Ärztekammer in den letzten Jahren im Zeichen des Finanzkonsolidierungskurses der Kassen. Durch ein im Jahr 1996 abgeschlossenes Agreement zwischen dem Bundesminister für Arbeit und Soziales, dem Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes war es möglich, moderate, an den Beitragseinnahmen orientierte, Honorarabschlüsse mit der Ärztekammer zu vereinbaren. Zukünftig sollen bei den Honorarverhandlungen anstelle linearer Erhöhungen Maßnahmen in Richtung einer umfassenden modernen Medizin forciert werden, beispielsweise durch Anpassung von Leistungsbereichen an Musterkataloge.<sup>103</sup>

Der HVB ist in den Honorarverhandlungen an die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik gebunden, die einen Rahmen für die Abschlüsse darstellt. Eine Budgetierung, wie z.B. in

---

<sup>103</sup> Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (1998): S. 23

Deutschland, gibt es nicht. Zu beachten ist jedoch, dass die vereinbarte Honorarsteigerung aufgrund der Mengenkompente nicht ident ist mit der Ausgabenentwicklung des niedergelassenen Bereichs. So rechnet man im HVB bei der Erhöhung aller Leistungen eines Tarifkatalogs um einen Prozentpunkt mit einer Ausgabensteigerung für ambulante Leistungen von 4-5 %.

### ***10.1 Die Entwicklung der Gesamthonorare***

Die Gesamthonorarentwicklung beinhaltet sowohl eine Preis- als auch eine Mengenkompente. Die Preiskompente lässt sich über Preisfestschreibungen für die einzelnen Leistungen in den Honorarverhandlungen regulieren. Problematisch ist die Kontrolle der Mengenkompente, da den Ärzten bei der Wahl der Behandlungsmethoden relativ freie Hand gelassen wird. Zwar gibt es für bestimmte Leistungen Mengenbegrenzungen, wie oft sie ein Arzt durchführen und verrechnen kann, aber prinzipiell kann der Arzt jede von ihm medizinisch notwendig erachtete Untersuchung durchführen. Eine Budgetierung der Gesamtvergütung wie in Deutschland gibt es in Österreich nicht.

Von 1989 bis 1998 erhöhte sich die Gesamtvergütung für die Leistungen ambulant tätiger Ärzte um 9 Mrd. öS, dies entspricht einem Zuwachs von 68,34 %. Im Jahr 1989 zahlten die Krankenversicherungsträger an alle niedergelassenen Ärzte 13,2 Milliarden Schilling und im Jahr 1998 22,2 Milliarden Schilling aus.

Die stark von einander abweichenden Umsätze bei den Fachärzten machen eine grobe Trennung in *allgemeine Fachärzte* (erste Umsatzgruppe) und *sonstige Fachärzte* (zweite Umsatzgruppe) erforderlich. In weiterer Folge werden unter *allgemeinen Fachärzten* Fachärzte für Anästhesie, Pulmologie, Ophthalmologie, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Interne Medizin, Pädiatrie, Laryngologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Urologie, Unfallchirurgie verstanden. Zu den *sonstigen Fachärzten* zählen Fachärzte für Röntgen, Physikalische Therapie, Laboratorien.

Die Ausgaben für den ambulanten Bereich entwickelten sich in diesen zehn Jahren in den einzelnen Gruppen *praktische Ärzte*, *allgemeine Fachärzte* und *sonstige Fachärzte* unterschiedlich. Von 1989 bis 1998 stieg das Gesamthonorar aller *praktischen Ärzte* um 56,45 %. Das Gesamthonorar der *praktischen Ärzte* wuchs damit wesentlich geringer aus als bei den *allgemeinen Fachärzten*, deren Honorarvolumen sich in diesem Zeitraum mit 96,54

% nahezu verdoppelt hat. Das Gesamthonorar aller *sonstigen Fachärzte* stieg in diesen Jahren um 51,9 %. Zu begründen ist die unterschiedliche Entwicklung des Gesamthonorars der drei Gruppen durch eine Erhöhung der Ärztezahl, einem gleichzeitigen Anstieg des Fallwertes und auch der Fallzahl pro Arzt (ausführlicher dazu siehe im Kapitel: Kennzahlen der Honorarentwicklung der niedergelassenen Ärzte in Österreich).

Die größten jährlichen Steigerungsraten erzielte die Gruppe der *allgemeinen Fachärzte* in den Jahren 1992-1994 und erreichten 10 %. Grund dafür war die 50. ASVG-Novelle im Jahr 1992, die neben einer Anhebung der Beitragssätze eine tiefgreifende Veränderung im Leistungskatalog der Krankenversicherungen gebracht hat.<sup>104</sup> Durchschnittlich wuchsen das Gesamthonorar aller *praktischen Ärzte* um 4,16 %, das der *allgemeinen Fachärzte* um 8 % und das der *sonstigen Fachärzte* um 2,3 % pro Jahr.

**Tabelle 15: Honorar gesamt 1989-1998 (alle KV-Träger) in Österreich**

Jahr	Honorar gesamt alle Prakt. Ärzte alle KV-Träger			Honorar gesamt alle allg. Fachärzte alle KV-Träger			Honorar gesamt alle sonst. Fachärzte alle KV-Träger			Honorar gesamt pro Jahr alle KV-Träger		
	absolut in Mio.	Änd. in %	Index	absolut in Mio.	Änd. in %	Index	absolut in Mio.	Änd. in %	Index	absolut in Mio.	Änd. in %	Index
1989	6.643		100,00	4.179		100,00	2.362		100,00	13.184		100,00
1990	7.005	5,44	105,44	4.472	7,02	107,02	2.474	4,74	104,74	13.951	5,82	105,82
1991	7.457	6,46	112,25	4.827	7,94	115,52	2.626	6,10	111,14	14.910	6,87	113,09
1992	8.065	8,15	121,40	5.348	10,79	127,98	2.844	8,31	120,38	16.256	9,03	123,30
1993	8.800	9,11	132,46	5.889	10,12	140,93	3.100	9,02	131,24	17.789	9,43	134,93
1994	9.334	6,07	140,50	6.480	10,03	155,07	3.331	7,45	141,02	19.145	7,62	145,21
1995	9.748	4,43	146,73	6.942	7,13	166,13	3.422	2,73	144,86	20.112	5,05	152,54
1996	9.915	1,72	149,25	7.397	6,55	177,01	3.450	0,82	146,06	20.763	3,23	157,48
1997	9.990	0,76	150,39	7.680	3,82	183,78	3.418	-0,94	144,68	21.088	1,57	159,95
1998	10.393	4,03	156,45	8.213	6,94	196,54	3.588	4,99	151,90	22.195	5,25	168,34

Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998  
HVB

<sup>104</sup> Vgl. Hauptverband der österreichischen. Sozialversicherungsträger (1993): S. 5

## ***10.2 Kennzahlen der Honorarentwicklung der niedergelassenen Ärzte in Österreich***

Die Gesamthonorarentwicklung soll im Folgenden anhand der Entwicklung einiger Kennzahlen des niedergelassenen Bereichs näher untersucht werden.

### **10.2.1 Die Anzahl der Ärzte**

Grundlage der Vertragsbeziehungen zwischen dem niedergelassenen Arzt und den Sozialversicherungsträgern bildet der Einzelvertrag, der dem Arzt von der Krankenversicherung angeboten wird und den der Arzt akzeptieren muss. Für beide Seiten besteht kein Kontrahierungszwang. Die Zahl der Vertragsärzte ist durch den Stellenplan geregelt, der eine regionale und strukturelle Überversorgung oder Fehlbestände ausgleichen soll. Der Stellenplan wird von den Landesärztekammern und den Gebietskrankenkassen erstellt. Grundsätzlich hat aber jeder Arzt mit einem *ius practicandi* das Recht sich niederzulassen. Einen Anspruch des niedergelassenen Arztes auf einen Kassenvertrag, wie dies in Deutschland der Fall ist, gibt es nicht.

Die Anzahl der Ärzte ist insofern von Bedeutung, da nach der Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage ein Steigen der Ärztezahl mit einem überproportionalen Zuwachs der Leistungsnachfrage einhergeht und sich die Kosten für die Krankenversicherungen dadurch überproportional erhöhen. Dadurch ist die Regulierung des Zugangs neuer Anbieter ärztlicher Leistungen eine bedeutende Kostenfrage für das Gesundheitswesen. Die Ärztezahl bestimmt auch, wie viele Ärzte sich den (begrenzten) Honorarkuchen teilen müssen.

Die Zahl praktischer Ärzte mit §2-Kassenvertrag<sup>105</sup> veränderte sich zwischen 1989 und 1999 um 4,2 %. Im Jahr 1999 gab es 3.951 *praktische Ärzte* mit einem §2-Kassenvertrag in Österreich.

1989 waren 2.174 *allgemeine Fachärzte*, 1999 2.661 mit einem §2-Kassenvertrag tätig. Dies entspricht einer Zunahme von 22,4 % bei den *allgemeinen Fachärzten* über die letzten 11 Jahre.

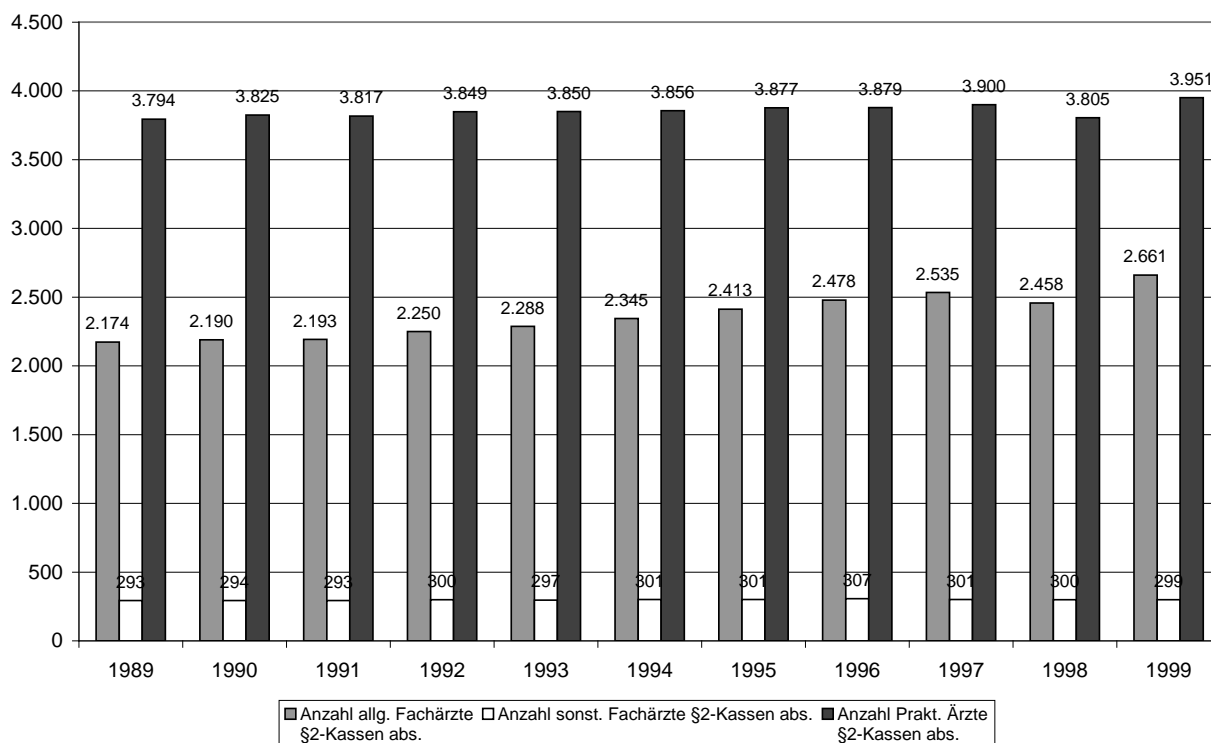
Die Zahl der *sonstigen Fachärzte* blieb mit 299 annähernd konstant. Der

---

<sup>105</sup> Unter §2-Kassen fallen: alle Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus, ab 1. 7. 1998: plus Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Bevölkerungszuwachs in Österreich in den Jahren 1989 bis 1999 betrug 6,15 %.<sup>106</sup>

**Abbildung 1: Anzahl der Ärzte mit §2-Kassenvertrag in Österreich**



Quellen: Anzahl Ärzte für 1999: HV-Statistik, Vertragsärzte und Vertragszahnärzte der Krankenversicherungsträger, Stichtag: 31. 12. 1999

Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Finanzstatistik, Berichtsjahre 1989 - 1999 (für 1999: vorläufige Zahlen)

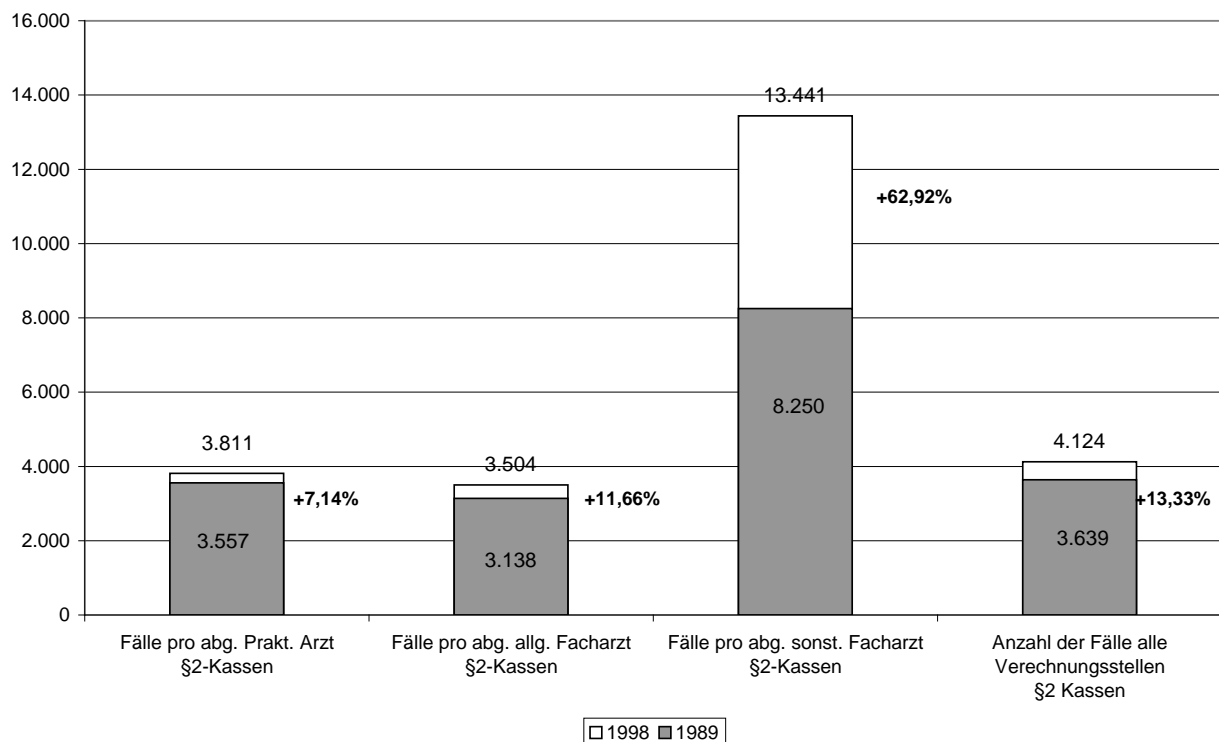
### 10.2.2 Die Anzahl der Fälle

Die Summe der Quartalsfälle (Krankenscheine) pro niedergelassenem Arzt ergibt die Anzahl der Fälle pro Jahr. Die Ärztedichte, der Gesundheitszustand der Patienten, das Wiederbestellverhalten des Arztes und die Nachfrage der Patienten beeinflussen die Anzahl der Fälle. Zwischen 1989-1998 konnte die Gruppe der *praktischen Ärzte* mit §2-Kassen ihre Scheinzahl durchschnittlich um 7,14 % steigern. *Allgemeine Fachärzte* haben in diesem Zeitraum um 11,66 % mehr Patienten betreut. Im Jahr 1998 „sammelte“ ein *allgemeiner*

<sup>106</sup> Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt. Im Jahr 1989 betrug die österreichische Gesamtbevölkerung 7.623.500, im Jahr 1999 8.092.254.

*Facharzt* durchschnittlich 3.504 Krankenscheine. Die Fallzahl bei den *sonstigen Fachärzten* stieg mit 62,92 % am meisten. Dies ist u.a. durch die relativ geringe Niederlassungszunahme an *sonstigen Fachärzten* und eine gesteigerte Nachfrage nach Labor- und Röntgenleistungen zu erklären.

**Abbildung 2: Anzahl der abgerechneten Fälle pro Arzt in Österreich**



Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB

### 10.2.3 Der Fallwert

Der Fallwert ist insofern eine sehr aussagekräftige Kennzahl, da sie sowohl eine Mengen- als auch eine Preiskomponente beinhaltet. Er setzt sich aus einer Pauschale (Grundvergütung) und der Menge der Einzelleistungen mal deren Vergütung zusammen.

Im Jahr 1989 betrug der durchschnittliche Fallwert eines praktischen Arztes in Österreich nach Auskunft des HVB 340,40.- öS, im Jahr 1998 512,54.- öS. Die praktischen Ärzten konnten im Betrachtungszeitraum den Fallwert aufgrund von Preissteigerungen und Ausweitungen der Leistungsmenge demnach um knapp über 50 % steigern. Die Ursache für die Entwicklung des Fallwertes kann in der vorliegenden Studie nicht untersucht werden, da es sich um einen

Durchschnittswert aller Fälle handelt, die nach unterschiedlichen Honorarordnungen sowie Honorartarifen vergütet werden. Eine Untersuchung auf der Ebene der einzelnen Leistungen und der einzelnen Ländern würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es lässt sich jedoch aus den oben behandelten Kennzahlen Fallzahl und Fallwert folgern, dass eine Steigerung des Fallwertes zusammen mit der Ausweitung der Fallzahlen ein höheres Honorar pro praktischem Arzt ergibt.

### ***10.3 Das Honorar pro Arzt***

Der allgemeine Verbraucherpreisindex wird gerne als Anhaltspunkt für eine grobe Beurteilung der Honorarentwicklung bei niedergelassenen Ärzten herangezogen. Ein derartiger Vergleich leidet jedoch, wie Riedel/Bodenhofer<sup>107</sup> feststellen, unter der Tatsache, dass dieses Honorar nicht nur einen Ausgaben- und Kostenindikator aus der Sicht der Krankenkassen darstellt, sondern auch einen Einkommensindikator aus der Sicht der betroffenen Ärzte, für welche die Kassenhonorare einen erheblichen (oder für manche gesamten) Bestandteil ihres Einkommens darstellen. Es erscheint daher sinnvoll, der Honorarentwicklung auch die durchschnittliche Einkommensentwicklung der Gesamtbevölkerung (ausgedrückt im Tariflohnindex<sup>108</sup>) gegenüberzustellen. Es muss jedoch eingeschränkt werden, dass die Honorare die Einnahmen einer Praxis und nicht das Einkommen der Ärzte darstellen. Außerdem ist es generell problematisch, die Einkommensentwicklung selbständiger Unternehmer mit der Lohnentwicklung unselbständig Beschäftigter zu vergleichen. Das durchschnittliche Honorar aus den Zahlungen aller Krankenversicherungsträger pro *praktischem Arzt* ist zwischen 1989 und 1998 um 55,83 % gestiegen. Der Umsatz aus Zahlungen aller Krankenversicherungsträger erreichte im Jahr 1998 2.436.297 öS pro *praktischem Arzt* (ohne Hausapotheke). Größer waren die Umsatzsteigerungen bei der Gruppe der *allgemeinen Fachärzten*, die im Vergleichszeitraum um 73,98 % mehr erwirtschaftete. Ihr durchschnittlicher Umsatz pro Jahr lag 1998 geringfügig über dem der praktischen Ärzte bei 2.454.595 öS. Vor 10 Jahren setzte ein allgemeiner Facharzt noch um 150.000 öS weniger um als ein praktischer Arzt. Der Umsatz von einem *sonstigen Facharzt* wuchs dagegen um 46,07

---

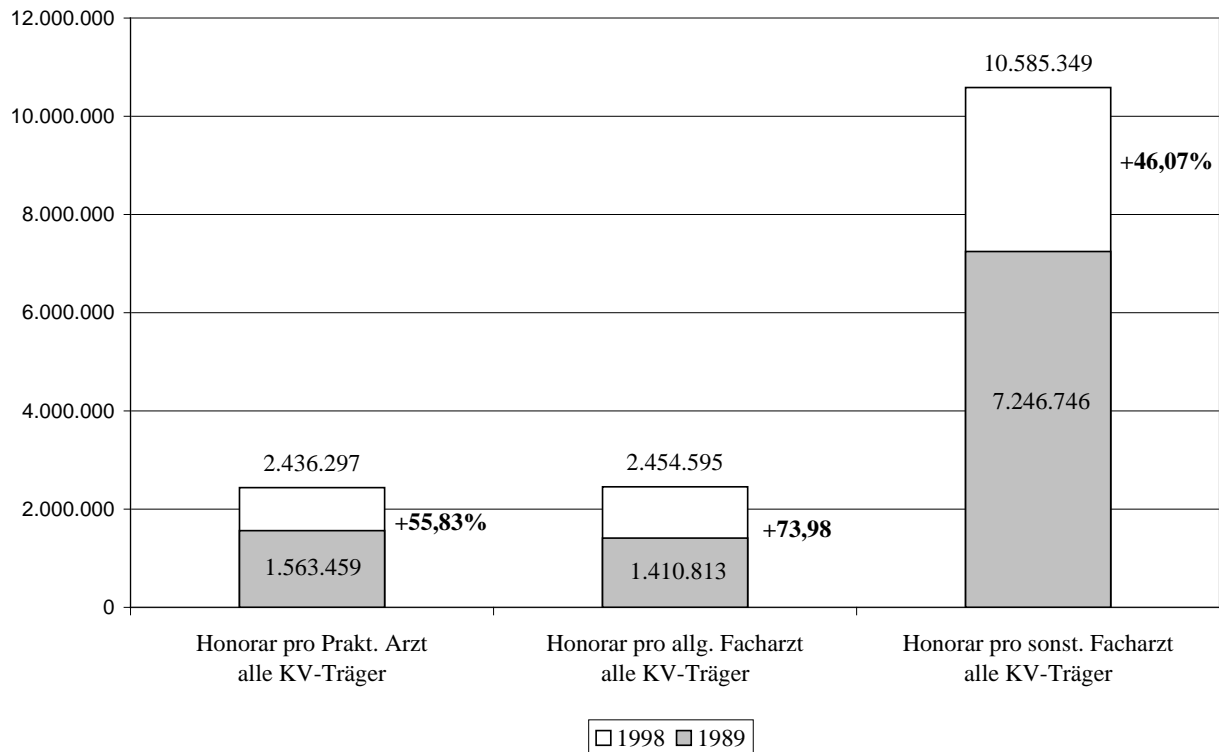
<sup>107</sup> Riedel/Bodenhöfer (1999): S. 14

<sup>108</sup> Der Tariflohnindex errechnet sich aus den Monatsmeldungen der Gewerkschaften über Kollektivvertragsabschlüsse (vgl. [www.oestat.gv.at/fachbereich\\_02/preise](http://www.oestat.gv.at/fachbereich_02/preise)). Er liegt geringfügig unter der „wahren“ Lohnentwicklung, da Einmal- und Sonderzahlungen in diesem Index nicht berücksichtigt werden. (vgl. dazu Riedel/Bodenhöfer (1999): S. 15)



%. Die geringere Steigerungsrate ist durch das Rationalisierungspotential infolge von technischem Fortschritt (z.B. in der Labordiagnostik) zu erklären. (siehe Abbildung 3)

**Abbildung 3: Honorar pro Arzt 89/98**



Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB

Der Tariflohnindex ist im gleichen Zeitraum nur um 42,6 % gestiegen, was einen größeren Einkommenszuwachs der niedergelassenen Ärzte als die kollektivvertraglichen Lohnabschlüsse anderer Berufsgruppen vermuten lässt. Die Honorarzuwächse der Ärzte stellen jedoch lediglich den Zuwachs des Umsatzes der durchschnittlichen Kassenarztpraxis dar und nicht notwendiger Weise gleich hohe Einkommenssteigerungen. Zu überprüfen ist, ob sich die Praxisführungskosten durch die Anschaffung neuer technischer Geräte oder Preissteigerungen wesentlich erhöht haben. Aus dem Verbraucherpreisindex, der zwischen 1989 und 1998 um 26,13 % stieg, ist eine stärkere Erhöhung der Kosten pro niedergelassenem Arzt nicht abzuleiten. Reale Einkommenszuwächse bei den niedergelassenen Ärzten in Österreich in den Jahren 1989 bis 1998 sind anzunehmen. (vgl. Abbildung 4) Auch wenn man

den Teilindex des VPI, das Aggregat „Waren und Dienstleistungen zur Gesundheitspflege“<sup>109</sup> heranzieht, der um 38,1 % gestiegen ist, kommt man auf ein ähnliches Ergebnis. Es sprechen daher wesentliche Gründe dafür, dass das Einkommen der praktischen Ärzte und besonders der Gruppe der allgemeinen Fachärzte aus dem Betreiben einer Kassenpraxis zwischen 1989 und 1998 in Österreich gestiegen sind, und zwar mehr als die Einkommen anderer Berufsgruppen im selben Zeitraum.<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> In diesem Aggregat ist neben Rezeptgebühren, Mullbinden und anderen Komponenten aus dem medizinischen Spektrum auch ein Indikator für Arztkosten enthalten. (vgl. Riedel/Bodenhöfer (1999): S. 14)

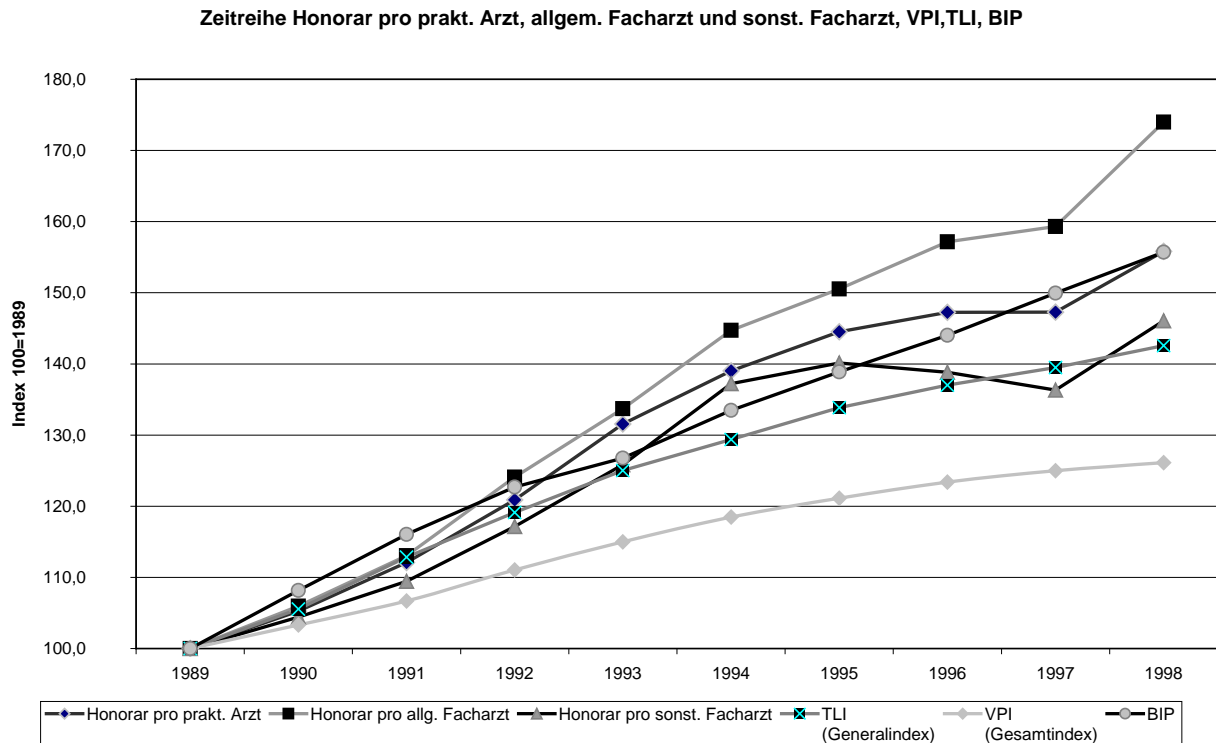
<sup>110</sup> Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangten auch Riedel/Bodenhöfer bei ihrer Untersuchung zur Situation von Kärntner niedergelassenen Ärzten. (vgl. Riedel/Bodenhöfer (1999): S. 14 ff.)

**Tabelle 16: Zeitreihe Honorar pro praktischem Arzt, allgemeinem Facharzt und sonstigem Facharzt, VPI, TLI, BIP in Österreich 1989-1998 (alle KVs)**

Jahr	Honorar pro prakt. Arzt	Honorar pro allg. Facharzt	Honorar pro sonst. Facharzt	TLI (Generalindex)	VPI (Gesamtindex)	BIP
1989	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1990	105,3	105,9	104,4	105,6	103,3	108,2
1991	112,1	113,0	109,5	112,8	106,7	116,1
1992	120,9	124,1	117,1	119,1	111,0	122,7
1993	131,6	133,7	125,8	125,0	115,0	126,8
1994	139,0	144,7	137,2	129,4	118,5	133,5
1995	144,5	150,5	140,1	133,8	121,1	138,9
1996	147,2	157,2	138,8	137,0	123,4	144,0
1997	147,3	159,3	136,3	139,5	125,0	150,0
1998	155,8	174,0	146,1	142,6	126,1	155,7

Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB  
ÖSTAT

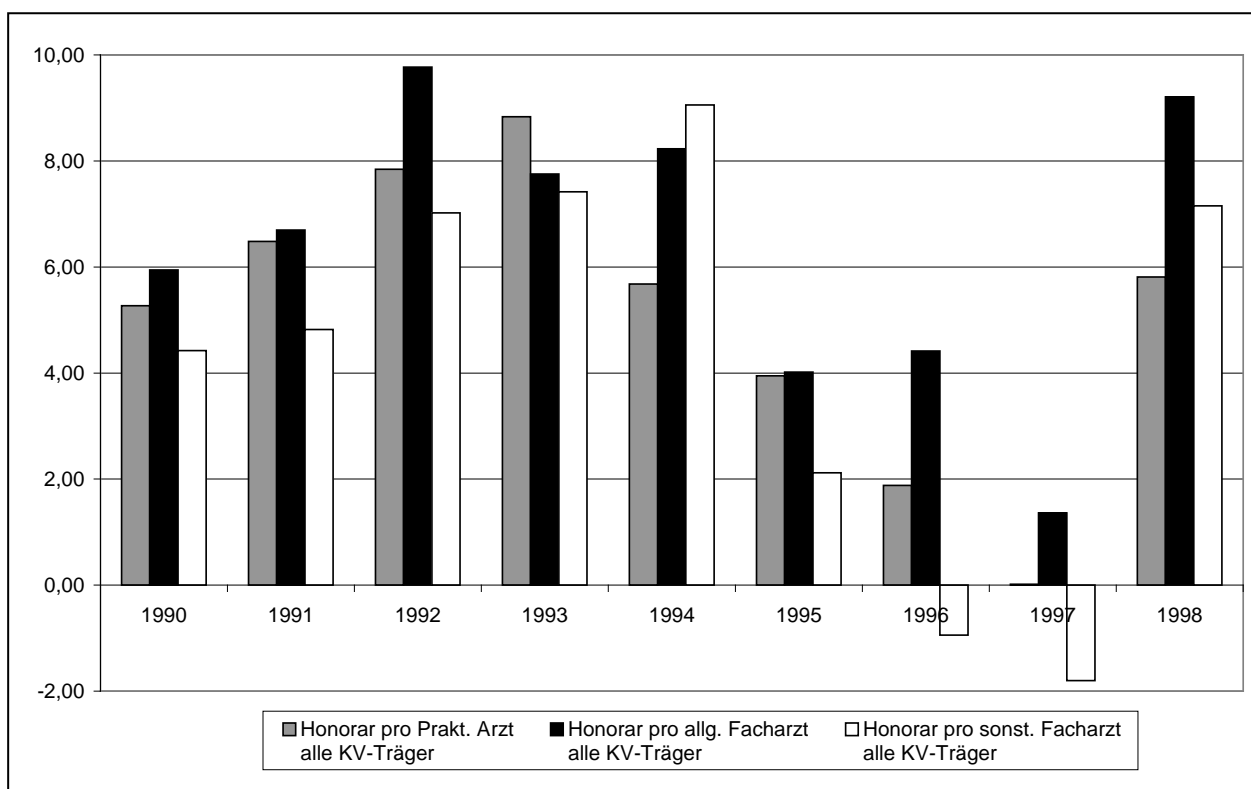
**Abbildung 4: Zeitreihe Honorar pro prakt. Arzt, allgem. Facharzt und sonst. Facharzt, VPI, TLI, BIP in Österreich 1989-1998**



Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB  
ÖSTAT

Abbildung 5 zeigt die relative Umsatzveränderung bei den niedergelassenen Ärzten. Es ist zu sehen, dass im Betrachtungszeitraum mit Ausnahme der Jahre 1996 und 1997 die Umsätze bei allen drei Fachgruppen um über 4 % stiegen. Die durchschnittlichen jährlichen Zuwachsraten zwischen 1989 und 1998 betragen für *praktische Ärzte* 2,79 %, für *allgemeine Fachärzte* 6,61 % und für die *sonstigen Fachärzte* 3,99 %. Die stagnierenden oder rückläufigen Umsätze bei allen Arztgruppen im Jahr 1997 ist durch die Einführung einer Krankenscheingebühr von 50 öS zu erklären. Sie hatte eine geringere Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung zur Folge. Dies drückt sich in der geringeren Fallzahl pro Arzt im Jahr 1997 aus. Im Jahr 1998 ist von einem Gewöhnungseffekt der Bevölkerung an die Krankenscheingebühr auszugehen, wodurch wieder mehr ärztliche Leistungen nachgefragt wurden und das Honorar kräftig stieg.

**Abbildung 5: Relative Veränderung Honorar pro Arzt**



Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB

## 11 Die Honorarentwicklung der Bundesrepublik Deutschland

Im diesem Kapitel soll die Honorarentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland erörtert werden. Besonders beachtet werden die Änderungen beim Vergütungssystem, die Entwicklung der Ärztezahl, die in Deutschland in den 90er Jahren stark gestiegen ist, und der Fallwert als Kennzahl für die Mengen- und Preisentwicklung, der in Deutschland im betrachteten Zeitraum eine gleichbleibende bis fallende Tendenz aufweist. Daran anschließend wird die Honorarentwicklung (1989-1998) der deutschen praktischen Ärzte mit jener ihrer österreichischen Kollegen verglichen. Abschließend werden die Honorarumsätze der niedergelassenen Fachärzte in Österreich und Deutschland gegenübergestellt. Bei diesem Vergleich handelt es sich um eine Momentaufnahme des Jahres 1998. Eine Darstellung der Entwicklung über die Jahre ist aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit der Daten nicht möglich.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Entwicklung der Honorare der niedergelassenen Ärzte von einer Zunahme des Gesamthonorars bei gleichzeitig größerer Zunahme der Zahl der Ärzte gekennzeichnet. Um damit einhergehende Leistungsausweitungen zu verhindern, wurde mit der Einführung von Budgets, Pauschalen und Leistungskomplexen ein Rahmen für den ökonomisch sinnvollen Umgang mit knappen Ressourcen Geld und Gesundheitsleistungen gesetzt. Beschränkte sich die Budgetierung zunächst nur auf Teilbereiche der ärztlichen Gesamtvergütung, so setzt sie inzwischen auch bei der Zahl der ärztlichen Leistungen an. Die Folge daraus war, dass sich die Gesamtvergütung immer mehr Ärzte teilen mussten und es zu einer Abnahme des durchschnittlichen Honorars pro Arzt kam. Seit dem Ende der 70er Jahre bestimmte in Deutschland vor allem der auf Bundesebene zu vereinbarende Einheitliche Bewertungsmaßstab das Einkommen der verschiedenen Arztgruppen. Mit der Einführung der Praxisbudgets im Jahr 1997 erlangen die Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) eine zentrale Bedeutung. Die HVM schreiben die Honorardifferenzen zwischen den Arztgruppen fest; die Verteilungsmaßstäbe verhindern zugleich, dass die Gesamtvergütung nach dem Prinzip „das Geld folgt der Leistung“ umgeschichtet wird.

Grundsätzlich erfolgt die Abwicklung der Vergütung in Deutschland in zwei voneinander unabhängigen Abrechnungskreisen. Zunächst entrichten die gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung für die vertragsärztlichen Leistungen. Diese verteilen sodann die Gesamtvergütung im Honorarverteilungsverfahren unter den Vertragsärzten. Die Dotierung der einzelnen Arztgruppen richtet sich, wie eine

Kritik der Krankenkassen lautet, nicht nach der Entwicklung der Leistungsmenge oder Arztzahlen, sondern häufig nach dem Einfluss einzelner Gruppen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung.<sup>111</sup> Die Vergütung des einzelnen Arztes ergibt sich, indem man die abgerechneten Punkte mit dem Punktwert multipliziert. Der Punktwert wiederum wird ermittelt, indem (nach Ablauf eines Abrechnungsquartals) die von den Krankenkassen regional bezahlte Gesamtvergütung durch die von allen Ärzten abgerechneten Punkte dividiert werden. Dadurch kann es zu dem sogenannten Hamsterrad-Effekt kommen, der die Spirale aus Punktwertverfall und Ausweitung der Leistungsmenge beschreibt.<sup>112</sup>

Von 1990 bis 1996 hat sich die Gesamtvergütung in den alten Bundesländern um zehn Milliarden Mark erhöht; dies entspricht einem Zuwachs von mehr als 40 % innerhalb von sechs Jahren. Die Steigerung des Gesamthonorars hat sich jedoch aufgrund der steigenden Ärztezahl nicht zwangsläufig auf die Vergütung des einzelnen Arztes durchgeschlagen. Wie Manfred Partsch, Leiter der Abteilung für niedergelassene Ärzte beim Bundesverband der AOK, feststellt, waren im Jahr 1990 deutlich weniger Ärzte als 1998 in eigener Praxis tätig. Dennoch wurde schon damals nicht von einem Mangel an Ärzten, sondern von Überversorgung gesprochen. Er meint, dass ein Teil der heute niedergelassenen Mediziner ausreichen dürfte, um die medizinisch notwendigen Leistungen qualifiziert erbringen zu können. Er sieht in der Überversorgung mit Ärzten eine der Hauptursachen für die „Leistungsexplosion im ambulanten Bereich und der damit zusammenhängenden Finanzierungsproblematik.“<sup>113</sup>

### ***11.1 Die Entwicklung der Zahl niedergelassener Ärzte in Deutschland***

Grundsätzlich kann jeder Arzt, der in ein kassenärztliches Register der Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen ist und freiberuflich tätig ist, am kassenärztlichen System teilnehmen. Die Zahl der Vertragsärzte ist in den letzten Jahren stark gestiegen: Allein zwischen 1980 und 1996 nahm die Zahl der Vertragsärzte im Westen von 65.000 auf 91.000 zu - ein Plus von 62 Prozent.<sup>114</sup> Besonders auffällig ist die Steigerungsrate in den Jahren 1993-1995, in denen die Vertragsärztezahl jährlich um 5,1 % stieg. Im Gesundheitsbericht wird diese Entwicklung mit

---

<sup>111</sup> vgl. Gesundheit und Gesellschaft, 1/1998, S. 23 f.

<sup>112</sup> vgl. Gesundheit und Gesellschaft, 10/1998, S. 51

<sup>113</sup> vgl. Gesundheit und Gesellschaft, 1/1998, S. 23

<sup>114</sup> vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider

dem Vorgriff auf die ab 1994 gültigen verschärften Bedarfsplanungsrichtlinien begründet.<sup>115</sup> Seit Jahren werden im Westen jährlich mehr Vertragsärzte neu zugelassen, als in der gleichen Zeitspanne ausscheiden. 1980 betrug der Nettozugang 800 Ärzte, 1990 waren es 1.850, und 1993 wurde der Spitzenwert von 8.490 erreicht. Seitdem liegt der Nettozugang unter dem langfristigen Trend. Ein wesentlicher Faktor für die Wachstumsrate der Vertragsärzte ist die hohe Zahl von Studienplätzen im Fach Humanmedizin. Die Mehrheit der Absolventen möchte sich als Vertragsarzt niederlassen, ein Teil von ihnen sicherlich auch deshalb, weil das Krankenhaus nur wenigen Ärzten eine langfristige Berufslaufbahn bietet.<sup>116</sup>

Zur Begrenzung der an der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden Ärzte soll im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 das bisherige Zulassungssystem durch die Bedarfszulassung ersetzt werden. Idee der Bedarfszulassung ist die strikte Bindung der Zulassung an Verhältniszahlen. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 sieht ein Forschungsvorhaben zur Ermittlung wissenschaftlich fundierter Bedarfskriterien vor, auf deren Grundlage der Gesetzgeber die Bedarfszulassung festlegen soll.<sup>117</sup> Betrachtet man die Entwicklung der Ärztezahlen getrennt nach praktischen Ärzten und Fachärzten, sieht man, dass zwischen 1990 und 1998 die Zahl der Fachärzte um 36,5 % gestiegen ist und die Zahl der praktischen Ärzte um 14,2 %. Insgesamt erhöhte sich die Zahl aller Vertragsärzte in der BRD in diesem Zeitraum um 26,9 %.

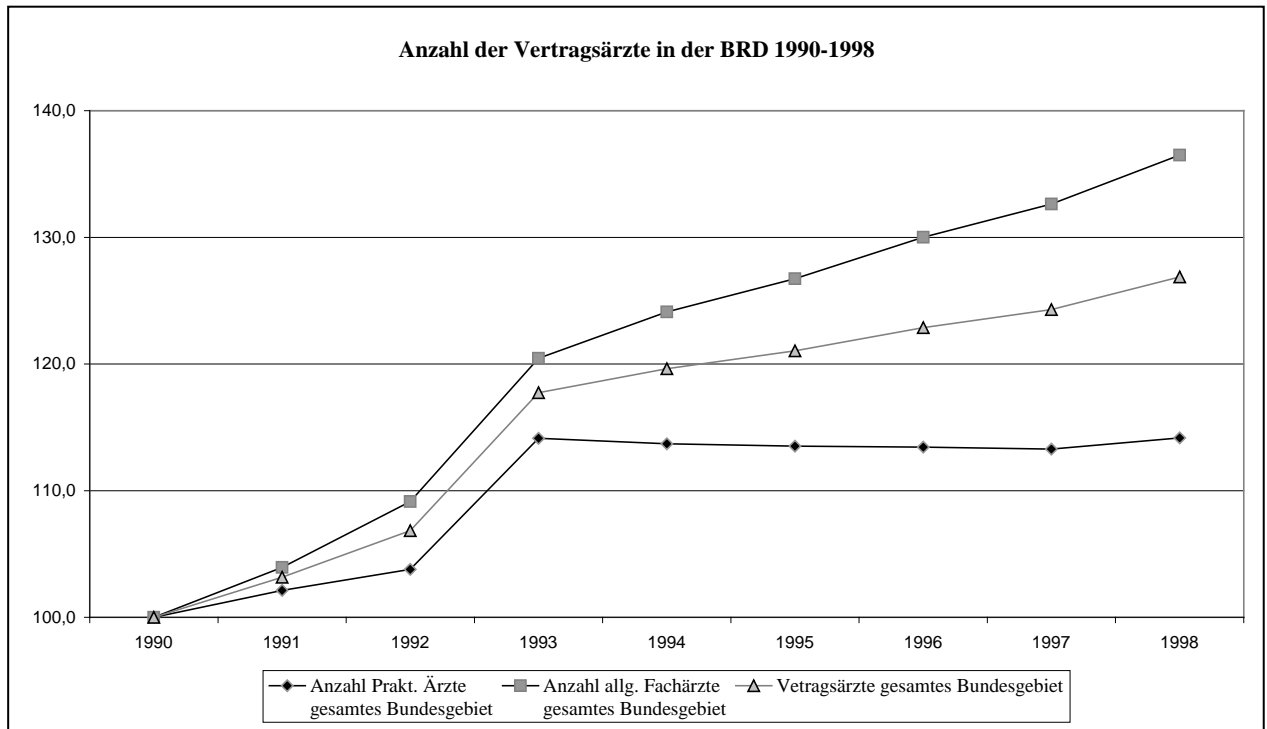
---

<sup>115</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6

<sup>116</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 6

<sup>117</sup> vgl. Stichwort: Gesundheitswesen - "Ein Lexikon für Einsteiger und Insider

**Abbildung 6: Anzahl der Vertragsärzte in der BRD 1990-1998**



Quelle: Bundesregisteramt der KBV, Bundesländer Ost teilweise geschätzt, KBV A8, A9

Verglichen mit Deutschland ist die Zahl der Vertragsärzte in Österreich wesentlich weniger gestiegen. Zwischen 1990 und 1998 stieg die Zahl der niedergelassenen praktischen Ärzte in Deutschland um 14,7 %, in Österreich um nur 4 %. Noch größer war die Differenz bei der Zahl an niedergelassenen Fachärzten, die in Deutschland um 36,5 % wuchs, in Österreich im selben Zeitraum um nur 19 %. Die Auswirkung dieser Entwicklung wird im Kapitel: Vergleich der Honorarentwicklung der praktischen Ärzte in Österreich und Deutschland (West)) erörtert.



## ***11.2 Honorar pro Fall***

Der Fallwert in Deutschland beinhaltet wie in Österreich eine Preis- und eine Mengenkomponekte. Die Vergütung der ärztlichen Leistung setzt sich ebenfalls aus einer Grundvergütung und einer Vergütung für die erbrachten Einzelleistungen zusammen. Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen im Jahr 1995 hat zu grundlegenden Veränderungen der Strukturen im ärztlichen Honorarsystem geführt. Mit der Einführung von sektoralen Budgets für jede Facharztgruppe wird der Wert der Einzelleistung erst im nachhinein bestimmt, indem alle abgerechneten Leistungen (in Form von Punkten) einer Gruppe durch das vorgegebene Budget dividiert werden und sich daraus der tatsächliche Punktwert ergibt. Unter der Prämisse, die "sprechende Medizin" zu fördern, wurden eine Reihe neuer Beratungs- und Betreuungsleistungen eingeführt und Besuchsleistungen aufgewertet. Die sprechende Medizin wurde gegenüber der Gerätemedizin dadurch deutlich gestärkt. Mit diesen Maßnahmen sollten Fehlentwicklungen der Vergangenheit korrigiert werden. Man wollte sich u.a. weniger auf die High-Tech-Medizin konzentrieren und einer dezentralen Gesundheitsversorgung verstärkte Beachtung schenken.<sup>118</sup>

Ihren Ausdruck findet die Honorarreform in fallenden Scheinwerten ab dem Jahr 1995 in Deutschland. Zwischen 1990 und 1994 stieg der durchschnittliche Fallwert in der BRD um 13 %, seit 1995 fiel der durchschnittliche Fallwert deutlich. Der Wert pro Fall verschlechterte sich in den Jahren 1995 bis 1997, insgesamt um über 8 %. Der durchschnittliche Fallwert betrug im Jahr 1997 knapp 80 DM und lag damit auf dem Niveau von 1991 (vgl. **Abbildung 7**). Deutsche Vertragsärzte konnten in dieser Zeit daher ihr Kassenhonorar nur durch eine Vergrößerung ihres Patientenstammes erhöhen.<sup>119</sup> Nachdem der Bevölkerungszuwachs mit 2,6 % einem Zuwachs von niedergelassenen Ärzten von 26 % gegenübersteht, ist das allgemein als schwierig einzustufen.

---

<sup>118</sup> Statistisches Bundesamt (1998): Kap. 8

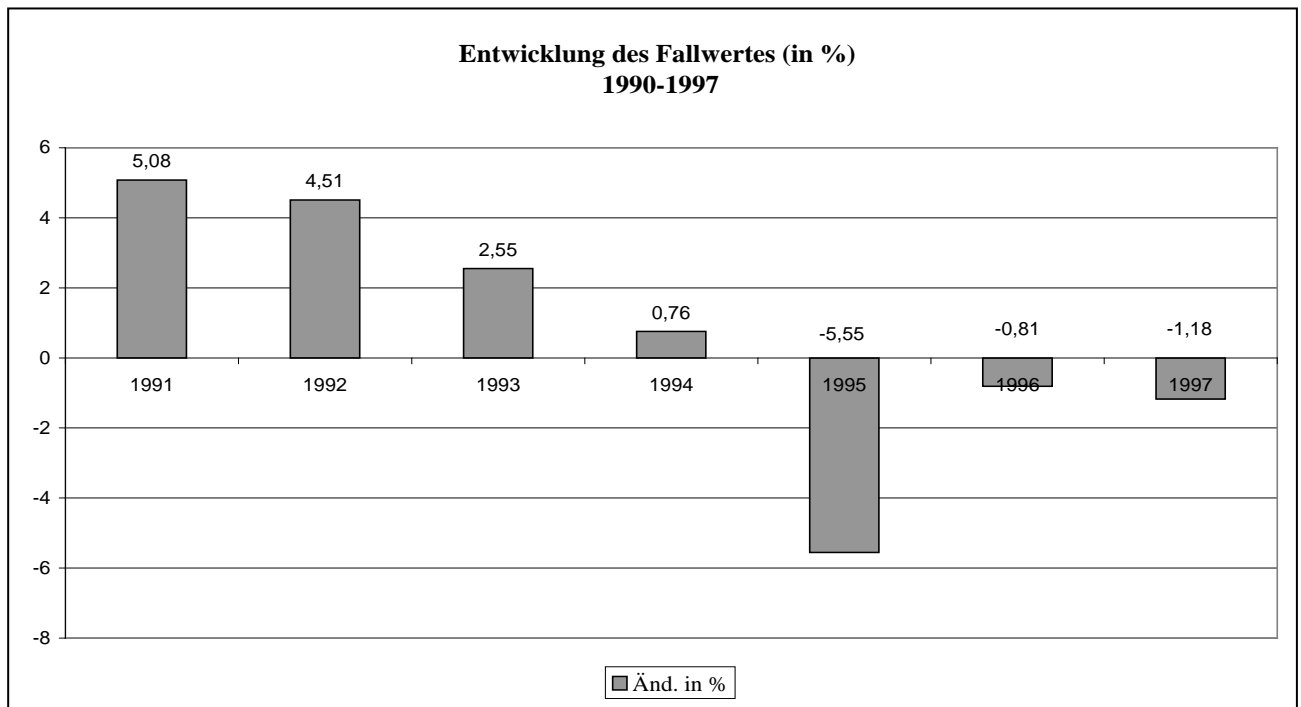
<sup>119</sup> vgl. dazu *Arzt & Wirtschaft* 1/2000, S. 17

**Tabelle 17: Entwicklung des Fallwerts in der BRD 1990-1997**

Jahr	Honorar je Fall		
	abs.	Änd. in %	Index
1990	76,01		100,00
1991	79,87	5,08	105,08
1992	83,47	4,51	109,81
1993	85,60	2,55	112,62
1994	86,25	0,76	113,47
1995	81,46	-5,55	107,17
1996	80,80	-0,81	106,30
1997	79,85	-1,18	105,05

Quelle: Statistik der KBV, Bundesländer West, ab 1995 einschließlich Berlin (Ost)

**Abbildung 7: Relative Honorarentwicklung pro Fall in der BRD (West)**



Quelle: Statistik der KBV, Bundesländer West, ab 1995 einschließlich Berlin (Ost)

Der Bericht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zieht aus dem eben Beschriebenen folgende Schlüsse: „Die seit mehreren Jahren steigenden Arztzahlen in Verbindung mit insgesamt nur gering steigenden Fallzahlen ergibt im Betrachtungszeitraum nur eine unterproportional steigende bzw. bereits abnehmende Zahl der jährlichen Behandlungsfälle je Arzt<sup>120</sup>. Die Fallzahlenentwicklung macht deutlich, dass die Nachfrage der Versicherten nur leicht steigt und sich dabei auf eine immer noch zunehmende Zahl von Ärzten verteilt. Die geringe Abnahme der KV-Einnahmen je Arzt kann dementsprechend auf eine Verringerung der Fallwerte zurückgeführt werden<sup>121</sup>. Eine Analyse der Gründe dieser Fallwerterhöhung nach Mengen-, Struktur- oder Preiskomponenten kann an dieser Stelle nicht erfolgen.“<sup>122</sup> Das Sinken des Fallwertes bei gleichzeitigem Anstieg der Ärztezahl findet seinen Ausdruck im Sinken des Kassenhonorars pro Arzt in Deutschland.

---

<sup>120</sup> Vgl. zur differenzierteren Analyse der Entwicklung ebenda, 24. Jg., 1992; Nr. 1, S. 19ff.; ebenda 23. Jg. 1991; Nr. 15, S. 10; ebenda, 21. Jg., 1989 Nr. 20, S. 12f.; Die Ortskrankenkasse, 1991; Nr. 4/5, S. 190; für 1991: Arzt und Wirtschaft 24.Jg., 1992, Nr. 13, S. 4ff.; für das Jahr 1992: ebenda, 25.Jg., 1993, Nr. 15, S. 8ff.; für das Jahr 1993: ebenda, 26.Jg., 1994, Nr. 11, S. 7ff. für das Jahr 1994: ebenda, 28.Jg., 1996, Nr. 2, S. 9ff. zitiert aus Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (1996): S. 4

<sup>121</sup> Zur Entwicklung der Fallwerte vgl. in: Arzt und Wirtschaft, 25. Jg., 1993, Nr. 6, S. 10; für das Jahr 1992: ebenda, 25. Jg., 1993, Nr. 15, S. 8; für das Jahr 1993: ebenda, 26. Jg., 1994, Nr. 13, S. 19ff. für das Jahr 1994: ebenda, 28.Jg., 1996, Nr. 2, S. 9., zitiert aus Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (1996): S. 4

<sup>122</sup> Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (1996): S. 4

## 12 Vergleich der Honorarentwicklung der praktischen Ärzte in Österreich und Deutschland (West)

In den beiden vorangegangenen Kapitel wurde die Honorarentwicklung in den beiden Ländern beschrieben und versucht, die Gründe für deren Entwicklung aufzuzeigen. An dieser Stelle werden die durchschnittlichen Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit eines praktischen Arztes in Österreich und in (West-)Deutschland gegenübergestellt. Die angeführten Zahlen sind Durchschnittswerte für Gesamtösterreich und Westdeutschland und beziehen sich nur auf die Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Es kann bei der Gruppe der praktischen Vertragsärzte jedoch davon ausgegangen werden, dass diese den größten Teil des Gesamtumsatz der Arztpraxis ausmachen. In Deutschland rechnet man den Anteil der „sonstigen Einnahmen“ (Privathonorare, etc.) am Gesamtumsatz eines Allgemeinarztes mit 16,4 % (vgl. Arzt und Wirtschaft, 1/2000, S. 17). In Österreich ist ein ähnlicher Wert anzunehmen. Die Daten stammen aus der Ärztekostenstatistik des Hauptverbandes österreichischer Sozialversicherungsträger und den Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Deutschland. Beim Vergleich der Honorarumsätze gelangt man zum sehr interessanten Ergebnis, dass der österreichische praktische Arzt im Jahr 1998 mehr „verdiente“ als der deutsche. Setzen deutsche Allgemeinärzte 1989 noch um 21 % mehr aus Zahlungen der Krankenversicherungen um als ihre österreichischen Kollegen, erzielten die österreichischen praktischen Ärzte 1998 ein um 14 % höheres Honorar als der durchschnittliche praktische Arzt in Deutschland. (vgl. Tabelle 18)

Dies ist, wie schon in den vorangegangenen Kapiteln im einzelnen gezeigt wurde, auf mehrere Faktoren zurückzuführen:

- In Österreich blieb die Anzahl der praktischen Ärzte zwischen 1989 und 1998 annähernd gleich (+ 4 %), das Gesamthonorar für praktische Ärzte wuchs in diesem Zeitraum um 56 %. In Deutschland stieg die Anzahl der praktischen Ärzte mit 14 % deutlicher. Gleichzeitig wurde in Deutschland eine Ausweitung der Leistungen durch ein abschließend bestimmtes Honorarvolumen (Budgetierung) für die Gesamtheit aller vertragsärztlichen Leistungen verhindert. Dadurch mussten sich mehr Ärzte einen geringer wachsenden „Honorarkuchen“ teilen.
- Zwischen 1990 und 1997 erhöhte sich der Wert pro Fall bei einem praktischen Arzt in Österreich um 39 % (laut Auskunft vom HVB), während in Deutschland der Fallwert um nur 5 % stieg. Im Jahr 1989 betrug der durchschnittliche Fallwert in Österreich

24,7 Euro in Deutschland 38,8 Euro. Im Jahr 1997 erhielt ein österreichischer praktischer Arzt 36,2 Euro, ein deutscher 40,8 Euro für einen Behandlungsfall.

Die steigende Patientenzahl (+ 7 %) und der gestiegene Fallwert ließen das Honorar aus der gesetzlichen Krankenversicherung eines österreichischen praktischen Arztes von 1989 bis 1998 um 55,8 % anwachsen. Sein deutscher Kollege konnte im selben Zeitraum sein Kassenhonorar nur um 16,9 % steigern. Im Jahr 1998 erwirtschaftete der österreichische praktische Arzt durch kassenvertragliche Tätigkeit im Durchschnitt um 16.098 Euro mehr, als er das in Deutschland gemacht hätte.

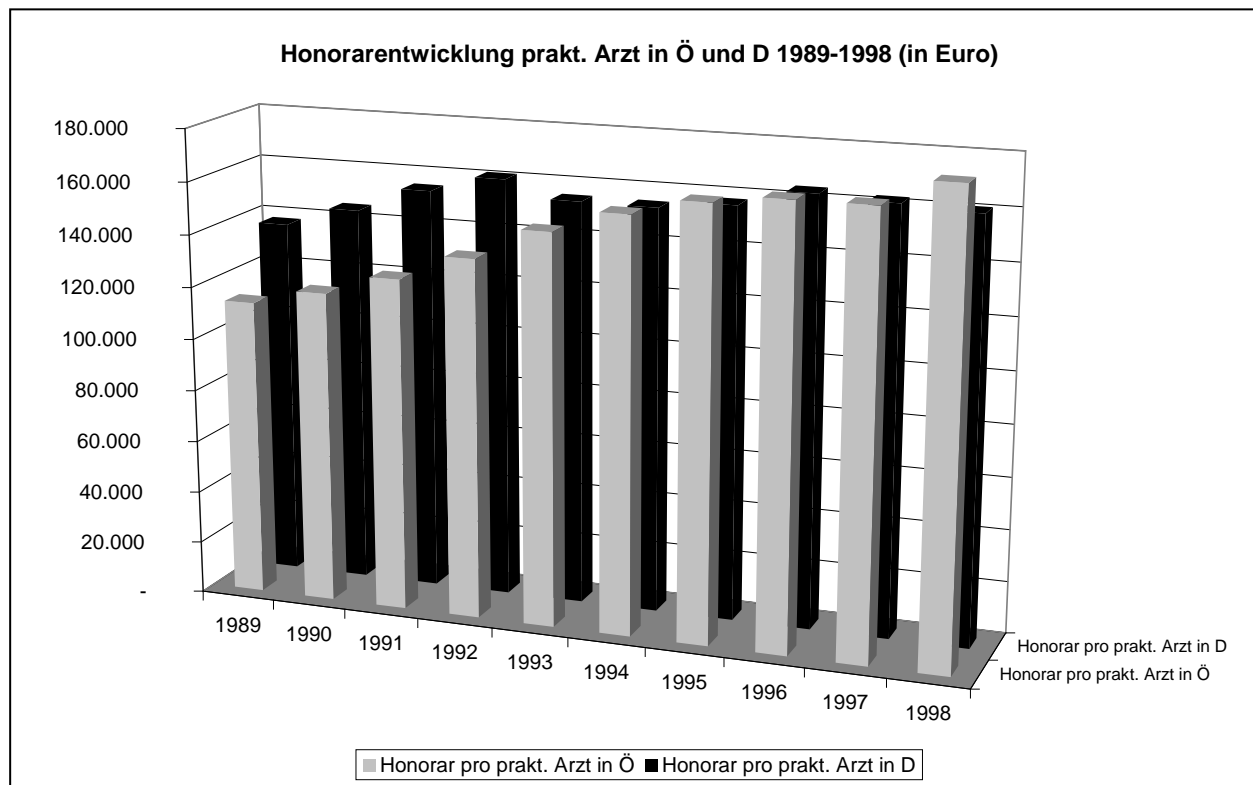
**Tabelle 18: Honorarentwicklung eines praktischen Arztes in Österreich und in Deutschland 1989-1998**

Index 100 = Österreich 1989

Jahr	Honorar pro prakt. Arzt in Ö			Honorar pro prakt. Arzt in D		
	ATS	Euro	Index	DM	Euro	Index
1989	1.563.459	113.621	100,00	269.400	137.742	121,23
1990	1.645.847	119.608	105,27	284.200	145.309	127,89
1991	1.752.505	127.360	112,09	302.900	154.870	136,30
1992	1.889.972	137.350	120,88	315.400	161.261	141,93
1993	2.056.922	149.482	131,56	303.000	154.921	136,35
1994	2.173.701	157.969	139,03	302.600	154.717	136,17
1995	2.259.535	164.207	144,52	308.300	157.631	138,73
1996	2.302.048	167.296	147,24	320.700	163.971	144,31
1997	2.302.454	167.326	147,27	317.800	162.489	143,01
1998	2.436.297	177.053	155,83	314.800	160.955	141,66

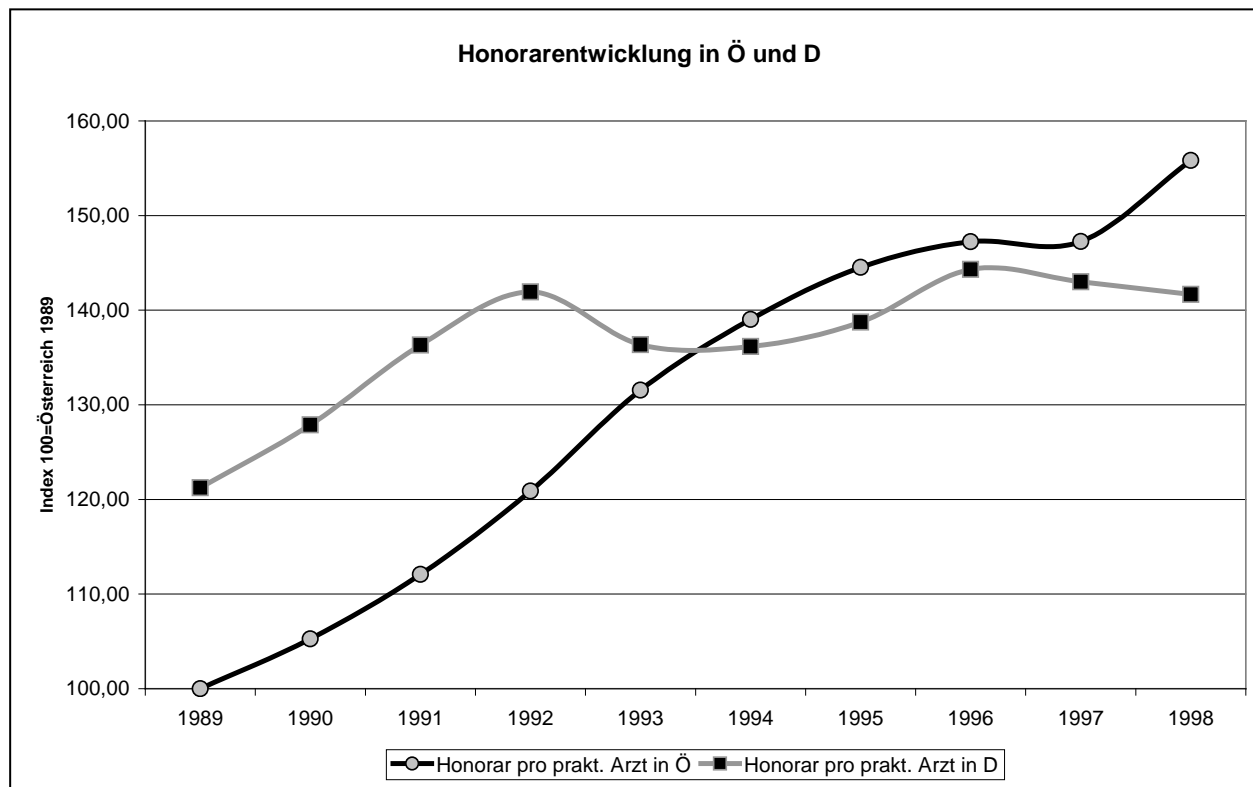
Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB  
Statistik der KBV

**Abbildung 8: Die Entwicklung des Honorars beim praktischen Arzt in Österreich und in Deutschland 1989-1998 (absolut)**



Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB  
Statistik der KVB

**Abbildung 9: Die Entwicklung des Honorars beim praktischen Arzt in Österreich und in Deutschland 1989-1998 (relativ)**



Quelle: Ärztekostenstatistik 1989-1998, HVB

Statistik der KBV

## **13 Honorarvergleich von Fachärzten in Österreich und Deutschland (West) 1998**

In diesem Kapitel soll eine Momentaufnahme der Umsatzsituation von Fachärzten in Österreich und Deutschland im Jahr 1998 wiedergegeben werden. Die angeführten Umsatzzahlen beziehen sich wiederum nur auf die durchschnittlichen Honorare aus der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die Höhe der „sonstigen Einnahmen“ ist nicht exakt definierbar. Durchschnittswerte sagen wenig darüber aus, was der einzelne Arzt tatsächlich bekommt. Die Streubreite der Einnahmen ist groß. Erhebliche Unterschiede bestehen nicht nur zwischen den Fachgruppen, sondern auch innerhalb der einzelnen Fachgruppen. Soweit die Abweichungen auf Unterschiede in der Praxisgröße oder in der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung zurückzuführen sind, ist dies nachzuvollziehen. Auf einen Honorarvergleich mit holländischen Fachärzten muss verzichtet werden, da zu den holländischen Fachärzten keine Umsatzzahlen erhältlich sind. Das holländische System der Fachärzte ist sehr unterschiedlich zu dem System in Österreich und Deutschland. In den Niederlanden praktizieren Fachärzte grundsätzlich in Spitälern, sind aber nicht vom Krankenhaus angestellt, sondern arbeiten auf eigene Rechnung. Das heißt, die Räumlichkeiten und medizinischen Geräte werden den Fachärzten von den Spitälern zur Verfügung gestellt. In den Niederlanden sind die Umsatzzahlen eines niedergelassenen Facharztes dessen Privatsache. Es gibt keine Standardhonorarberechnung (Normativeinkommen) wie für die praktischen Ärzte.

Beim Vergleich der kassenvertraglichen Umsätze verschiedener Arztgruppen in Österreich und Westdeutschland im Jahr 1998 ergibt sich ein uneinheitliches Bild (vgl. Tabelle 19). Einige Fachärztegruppen verdienen durchschnittlich mehr in Österreich als in Deutschland, andere weniger. Den größten Unterschied in den vertragsärztlichen Umsätzen gibt es zwischen den Radiologen der beiden Länder. Ein österreichischer Radiologe setzt im Durchschnitt um 231.200 Euro mehr aus vertragsärztlicher Tätigkeit um als sein deutscher Kollege. Fachärzte für Augen (+26.000 Euro), Dermatologie (+22.500 Euro), Urologie (+11.800 Euro) erzielten 1998 in Österreich ebenfalls einen höheren (Kassen-)Umsatz als in Deutschland. Kinderärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden, Neurologen, Internisten und Augenärzte setzten 1998 in Deutschland mehr um als ihre österreichischen Kollegen. Im Durchschnitt erwirtschafteten in Österreich

Kinderärzte um 45.800 Euro,



Frauenärzte um 41.000 Euro,  
HNO-Ärzten um 34.400 Euro und  
Internisten um 30.800 Euro weniger Honorarumsätze als in Deutschland.

**Tabelle 19: Honorarumsätze von Fachärzten 1998 in Österreich und Deutschland**

Facharzt für	Fachärzte in Österreich	Fachärzte in Deutschland (West)	Fachärzte in Österreich	Fachärzte in Deutschland (West)
	in 1000 ATS	in 1000 DM	in 1000 Euro	in 1000 Euro
Augen	2.993	374,6	217,5	191,5
Dermatologie	2.820	356,9	204,9	182,5
Frauenkrankheiten	2.137	384,1	155,3	196,4
Interne Medizin	2.603	430,3	189,2	220,0
Kinderheilkunde	1.997	373,5	145,1	191,0
Laryngologie	2.386	406,4	173,4	207,8
Neurologie	2.113	315,9	153,6	161,5
Orthopädie	3.312	489,3	240,7	250,2
Urologie	2.998	403	217,9	206,1
Röntgen	9.232	860	670,9	439,7

Quelle: Ärzteneinkommen 1998, HVB  
KBV 1998

## **14 Vergleich der durchschnittlichen Einkommensentwicklung eines praktischen Arztes in Österreich, Deutschland und den Niederlanden**

### *14.1 Methodische Voraussetzungen für den Einkommensvergleich*

Ein Einkommensvergleich bei praktischen Ärzten ist in zweierlei Hinsicht problematisch: erstens liegen nur Schätzwerte für die Höhe der Einnahmen vor, die nicht aus der kassenärztlichen Tätigkeit stammen, und zweitens ist die Bestimmung des Kostenanteils am Umsatz eine schwer zu erfassende Größe. Um Aussagen über die Einkommenssituation von Vertragsärzten treffen zu können, muss die jeweilige Kostenstruktur der Praxen in die Betrachtung miteinbezogen werden. Es ist nicht möglich, das Einkommen eines freiberuflichen Arztes mit den Einkünften eines angestellten Arztes zu vergleichen. Dies liegt weniger daran, dass der selbständige Arzt andere Arbeitszeiten hat und das Berufsrisiko trägt, sondern vor allem daran, dass sein Einkommen auf der Basis von Betriebskosten ermittelt wird, bei denen die kalkulatorischen Größen nicht berücksichtigt sind.

Finanzieren Ärzte die Ausstattung ihrer Praxis mit Eigenkapital, so überzeichnet die Kostenstrukturstatistik ihr Einkommen aus selbständiger Tätigkeit. Diese kalkulatorischen Kosten können auch die relative Einkommensstruktur zwischen den einzelnen Arztgruppen verzerrt widerspiegeln, sofern diese sich hinsichtlich der Kapitalintensität ihrer Praxen spürbar unterscheiden und die Ausstattung eigenkapitalfinanziert ist. Der Kostenanteil am Umsatz wird auch durch die Organisationsform „Einzel- oder Gemeinschaftspraxis“ bestimmt. In den Niederlanden haben 71 % der Hausärzte Einzelpraxen, 29 % arbeiten in Gruppenpraxen oder in Gesundheitszentren. In Deutschland sind rund 85 % aller ärztlichen Praxen Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften. In Österreich gibt es Gruppenpraxen noch nicht. Der Vergleich der Einkommen muss vor Steuern erfolgen, da nicht auf die Besonderheiten der Steuersysteme der zitierten Länder im Rahmen dieser Arbeit eingegangen werden kann. Beim Einkommen vor Steuern handelt es sich jedoch um eine im (internationalen) Unternehmensvergleich häufig verwendete Kennzahl.

In Österreich gibt es grundsätzlich ein Mischsystem aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütung (mit länderweise unterschiedlicher Gewichtung). Meistens geht der praktische Arzt in Österreich neben seiner Praxis noch einer anderen ärztlichen Tätigkeit

nach.<sup>123</sup> Als Nebeneinkommen aus anderen ärztlichen Tätigkeiten lassen sich exemplarisch anführen: Privatpatienten, Betriebsarzt, Gemeindefacharzt, Polizeiarzt, Schularzt, Gutachter, nicht durch den Kassenvertrag erfasster Bereich (z.B. Impfungen). Als ein Schätzwert für die Nebeneinkünfte eines praktischen Arztes werden 18 % des Honorarumsatzes aus Zahlung der gesetzlichen Krankenversicherungen angenommen. Dieser Schätzwert ergibt sich auf Basis von Globalwerten des Bundesministeriums für Finanzen und Erhebungen des HVB. Die Umsätze aus Hausapotheken von praktischen Ärzten werden nicht berücksichtigt.<sup>124</sup>

Problematisch ist die Schätzung des Kostenanteils am Umsatz, der je nach Quelle erheblich variiert. Für Österreich soll ein Kostenanteil von 50 % im Jahr 1989 mit einer Wachstumsrate von 0,5 % pro Jahr den Berechnungen zugrunde gelegt werden.<sup>125</sup> (vgl. Kapitel: Kostenanalyse) In Deutschland gibt es ebenfalls ein Mischsystem aus Grundleistungs- und Einzelleistungsvergütung, wobei einer Ausweitung der Einzelleistungen durch sektorale Budgets ein Rahmen gegeben ist. Weiters gibt es noch sogenannte kombinierte Budgets, bei denen die Arzthonorare und die von ihnen veranlassten Leistungen (z.B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) aus einem Topf bezahlt, also miteinander kombiniert werden. In Deutschland betragen nach Angabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die „sonstigen Einnahmen“ 16,4 % und sind in ihrer Höhe mit den österreichischen Werten vergleichbar. Allerdings steigen die Einnahmen aus Privathonoraren in Deutschland in den letzten Jahren stärker als die Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit.<sup>126</sup> Zu beachten sind die im Vergleich zu Österreich und den Niederlanden höher angenommenen Anteile der Betriebskosten am Umsatz in der Bundesrepublik Deutschland. Statistiken über Kosten in den Arztpraxen werden regelmäßig durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) herausgegeben. Die Daten stammen aus den sogenannten Kostenstrukturerhebungen, die vom ZI jährlich getrennt für die Bereiche der alten und der neuen Länder durchgeführt werden. Nach deren Ergebnissen erhöhte sich der Betriebskostenanteil zwischen 1989 und 1998 von 52,4 % auf 57,3 %.

---

<sup>123</sup> Eine Befragung der burgenländischen praktischen Ärzte hat ergeben, dass dort 81,8 % neben der Praxis eine Anstellung (meistens im öffentlichen Bereich) haben (vgl. Elser/Loidl (1993): S. 13f)

<sup>124</sup> vgl. Angaben des HVB

<sup>125</sup> Eine Studie des niederösterreichischen Hausärzteverbandes kam zu dem Ergebnis, dass der durchschnittliche praktische Arzt in Niederösterreich 35 % sonstige Einnahmen erzielt und der Kostenanteil am Umsatz 55,5 % beträgt. Vgl. Ärzte Woche, 24. November 1999, S. 50

<sup>126</sup> vgl. Arzt & Wirtschaft, 1/2000, S. 17f

Das Honorierungssystem der Niederlande unterscheidet sich grundlegend von dem in Österreich und der BRD. Der praktische Arzt erhält für einen gesetzlich versicherten Patienten einen fixen Betrag pro Jahr (Kopfpauschale), für einen Privatpatienten wird er nach Einzelleistungen honoriert. Die Kopfpauschale erhält der niederländische Arzt unabhängig davon, ob ihn der gesetzlich Versicherte in diesem Jahr aufgesucht hat oder nicht. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach einem Normeinkommen. Das Einkommen von praktischen Ärzten soll dabei dem eines hohen Beamten entsprechen. Das Normeinkommen ergibt sich aus dem durchschnittlichen Umsatz abzüglich der durchschnittlichen Kosten einer Normpraxis (siehe Berechnung im Kapitel: Honorarrichtlinien für niedergelassene Ärzte in den Niederlanden). Die tatsächlich erzielten durchschnittlichen Umsätze der niederländischen Hausärzte weichen in der Regel davon ab. Nach Auskunft der Niederländischen Hausärztervereinigung (Landelijke Huisartsen Vereniging) gibt es keine Statistiken zu den durchschnittlichen Umsätzen von praktischen Ärzten. Beim Vergleich der Einkommen werden daher das Normeinkommen eines Hausarztes herangezogen.

In der Berechnung der Leistungsvergütung wird von einem Patientenstock von 2.350 ausgegangen, durchschnittlich sind bei einem niederländischen Arzt jedoch nur 2.220 Patienten auf der Liste eingetragen. Der Kostenanteil der Normpraxis wird in den Niederlanden mit rund 42 % sehr gering bemessen und liegt nach Angaben der Niederländischen Hausärztervereinigung in der Realität darüber. Dadurch können die verwendeten Einkommenswerte für die Niederlande überhöht dargestellt sein. Eine Beantwortung der Frage nach der Qualität der ärztlichen Leistung kann in dieser Arbeit nicht gegeben werden. Die Arbeitszeit wird als über die Jahre konstant angenommen und dürfte laut der Studie „Remunerating General Practitioners in Western Europe“ von Groenewegen et al. ungefähr 50 Wochenstunden (Praxisöffnungszeit und Bereitschaftsdienste) sowohl in Österreich, als auch in Deutschland und den Niederlanden betragen<sup>127</sup>. Die Arbeitszeit wird daher nicht weiter untersucht. Die Dichte an praktischen Ärzten ist in Österreich und der BRD sehr ähnlich: 752 bzw. 747 Personen/prakt. Arzt. In den Niederlanden liegt sie bei 2101 pro Praktiker. Bei den ermittelten Ergebnissen handelt es sich um Näherungswerte, sie können nur eine Tendenz der Einkommensentwicklung aufzeigen, weil

1. es sich um Durchschnittswerte handelt, im Fall von Holland um ein Solleinkommen,
2. der Anteil der „sonstigen Einnahmen“ am Gesamtumsatz in Österreich einen

---

<sup>127</sup> vgl. Groenewegen et al. (1991): S. 14

Schätzwert darstellt,

3. der Kostenanteil am Gesamtumsatz schwer zu beziffern ist,
4. die Praxisausstattung in den drei Ländern variieren kann und
5. das Einkommen nach Steuern vom ländersüblichen Steuertarif abhängt.

Trotz dieser Einschränkungen ist der Vergleich der Einkommenssituation und Entwicklung legitim und zielführend, weil die Leistungen praktischer Ärzte vergleichbar sind. Sie dienen der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung. Außerdem veränderte sich bei den praktischen Ärzten der Leistungsspiegel im letzten Jahrzehnt nicht so stark wie bei Fachärzten. Es ist berechtigterweise anzunehmen, dass es in der Praxisausstattung eines Praktikers in diesen drei Ländern nur geringe Unterschiede gibt. Groenewegen et al. untersuchten in der oben zitierten Studie „Remunerating General Practitioners in Western Europe“ das Leistungsangebot des praktischen Arztes. Sie kamen zum Ergebnis, dass sich die erbrachten Leistungen gerade zwischen den Hausärzten in Österreich, Deutschland und den Niederlanden sehr ähnlich sind, mit der Ausnahme von Laborleistungen, die österreichische und deutsche Hausärzte häufig anbieten und ihre holländischen Kollegen nicht.<sup>128</sup>

#### ***14.2 Der Einkommensvergleich in Euro***

Beim Vergleich der Durchschnittseinkommen vor Steuern der praktischen Ärzte in Österreich, der Bundesrepublik Deutschland (West) und den Niederlanden, kommt es nicht so sehr auf die absoluten Zahlen an, sondern vielmehr um die Tendenz der Einkommensentwicklung.

Tabelle 20 gibt deutlich zu erkennen, dass der österreichische praktische Arzt sein Einkommen im Betrachtungszeitraum wesentlich mehr steigern konnte als seine Kollegen in der BRD und den Niederlanden. Im Jahr 1998 verdiente er um rund 18 % mehr vor Steuern als in den beiden Vergleichsländern. Im Jahr 1989 verdiente der deutsche praktische Arzt noch am meisten. Der niederländische und österreichische erwirtschaftete damals in etwa gleich viel. Im Laufe der 10 Jahre glichen sich die Einkommen des praktischen Arztes der BRD und der Niederlande einander an.

Die Einkommensentwicklung des praktischen Arztes in Österreich von 1989 bis 1998 ist durch ein stetiges Wachstum gekennzeichnet, ebenso in den Niederlanden, wo das Wachstum jedoch nicht so stark verlief. In Westdeutschland stiegen die Einkommen der praktischen Ärzte

---

<sup>128</sup> vgl. Groenewegen et al. (1991): S. 15ff

nur bis zum Jahr 1992, dann erleidet die Einkommenskurve aufgrund der extrem hohen Zunahme der Zahl niedergelassener Ärzte in den Jahren 1993 und 1994 einen Knick. Seit damals stagnieren die Einkommen der praktischen Ärzte in Deutschland. Von 1989 bis 1998 stieg in Österreich das durchschnittliche Einkommen eines praktischen Arztes um 41,8 %, in Deutschland (West) hingegen in diesen 10 Jahren um nur 4,8 % und in den Niederlanden um 18,1 %. Die Begründungen dieser unterschiedlichen Einkommensentwicklungen ist in den Kapiteln 10 und 11 nachzulesen.

Im Falle von Österreich spricht einiges dafür, dass eine Mischung aus Zulassungsbeschränkung als praktischer (Kassen-)Arzt (+4 %) bei gleichzeitigem Ausweiten des Gesamthonorars (+56 %) zu einer Steigerung des Honorars pro Arzt in diesem Zeitraum geführt hat. Gleichzeitig sind die Kosten der Praxisführung nicht im gleichen Ausmaß gestiegen wie der Praxisumsatz. Trotzdem es von Seiten der österreichischen Ärzteschaft immer wieder Beschwerden wegen einer nicht adäquaten Vergütung ihrer Leistungen gekommen ist, hat sich die Einkommenssituation der Ärzte mit regionalen Unterschieden in den letzten zehn Jahren verbessert.

In Deutschland verschlechterte sich die Einkommenssituation der praktischen Ärzte vor allem aufgrund der Zunahme an niedergelassenen Ärzten bei gleichzeitiger budgetärer Begrenzung der Gesamtvergütung, so dass der Honorarkuchen auf mehr Ärzte aufgeteilt wurde. Die Ausweitung der Gesamtvergütung (+51 % für alle Fachbereiche zwischen 1989 und 1998) lag unter der Steigerungsrate der Ärztezahl. Gerade der Knick in der Einkommensentwicklung im Jahr 1993 ist mit der enorm hohen Zunahme der niedergelassenen Ärzten um 5,1 % im Jahr 1993 und auch im Jahr 1994 zu begründen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wird in der BRD versucht, die Zulassung von Ärzten besser zu regulieren. Oft wird der Kritik wegen zu geringer Ärzteneinkommen der Ärzteschaft von den Kassen und dem Gesundheitsministerium der BRD entgegengehalten, dass, obwohl jedes Jahr mehr Geld für die ambulante Patientenversorgung zur Verfügung steht, die Kassenarztfunktionäre nicht in der Lage sind, die Arzthonorare unter den Arztgruppen gerecht zu verteilen. Das heißt, einige Arztgruppen konnten mehr von der Ausweitung der Gesamtvergütung profitieren als andere. Dieser Aspekt ist bei der Betrachtung der Einkommensentwicklung der praktischen Ärzte in Deutschland zu beachten. Die Gesamtvergütungen konnten in den letzten Jahren entsprechend dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität um die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der Grundlöhne der Mitglieder der Krankenkassen ansteigen. Des weiteren führten in der Bundesrepublik Deutschland gleichbleibende oder sinkende Umsätze bei einem gleichzeitigen Anstieg der

Kosten der Praxisführung zu einer Erhöhung des Kostenanteils am Umsatz. Dies verschlechterte die Einkommenssituation zusätzlich.

Mit der sogenannten Liste individueller Gesundheitsleistungen (ein Leistungskatalog mit einer Palette von Leistungen wie Hauttypberatung über die Glatzenberatung bis hin zur Schullaufbahnberatung, die der Patient privat bezahlen muss), versuchten die Ärzte in Deutschland ihr Einkommen zu erhöhen, ohne dass die gedeckelte Gesamtvergütung belastet wird. Der Anteil der Privateinnahmen konnte dadurch gesteigert werden, ohne aber die Umsatzrückgänge voll kompensieren zu können. In wieweit die stagnierende Einkommensentwicklung der westdeutschen Ärzte auch mit dem Aufbau und der Angleichung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern zu tun hat, kann hier nicht mit Sicherheit beantwortet werden, es lässt sich jedoch durch die im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz für das Jahr 1999 getroffene Regelung, die einen Honorartransfer der Kassenärztlichen Vereinigungen/West zu den Kassenärztlichen Vereinigungen/Ost vorsieht, vermuten, dass es vor 1999 auch schon einen Transfer zur Angleichung der Einkommen gegeben hat.<sup>129</sup> In den Niederlanden ist das Normativeinkommen der Allgemeinärzte an die Lohnabschlüsse hoher Beamter gekoppelt. Dies führt zu einer vergleichsweise gleichmäßig steigenden Einkommensentwicklung. Grundsätzlich gilt, dass die Tarife für ärztliche Leistungen in Verhandlung zwischen der Tarifbehörde (COTG) und dem Hausärzteverband so festgelegt werden sollen, dass die Makrobudgetierung für das Gesundheitswesen eingehalten werden. Für die gesetzlichen Krankenversicherungsträger ist es aufgrund der Honorierung nach einer Kopfpauschale gut möglich, die Ausgaben für den Allgemeinarzt zu budgetieren und voranzuplanen.

---

<sup>129</sup> vgl. Pressemitteilung von Staatssekretär Jordan im Bundesministerium für Gesundheit, Nr. 81 vom 28. September 2000

**Tabelle 20: Das durchschnittliche Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in Österreich, der BRD (West) und den Niederlanden 1989-1998**

Jahr	Deutschland		
	Österreich*	(West)**	Niederlande***
	in Euro****	in Euro****	in Euro****
1989	67.036	76.318	66.993
1990	69.863	79.157	68.968
1991	73.640	84.366	71.166
1992	78.605	87.096	73.165
1993	84.667	80.246	74.533
1994	88.542	79.240	74.404
1995	91.069	78.714	74.869
1996	91.795	80.544	75.941
1997	90.825	79.627	77.177
1998	95.060	79.999	79.183

\* Die Berechnungen zum Ergebnis für Österreich finden sich im Anhang 1

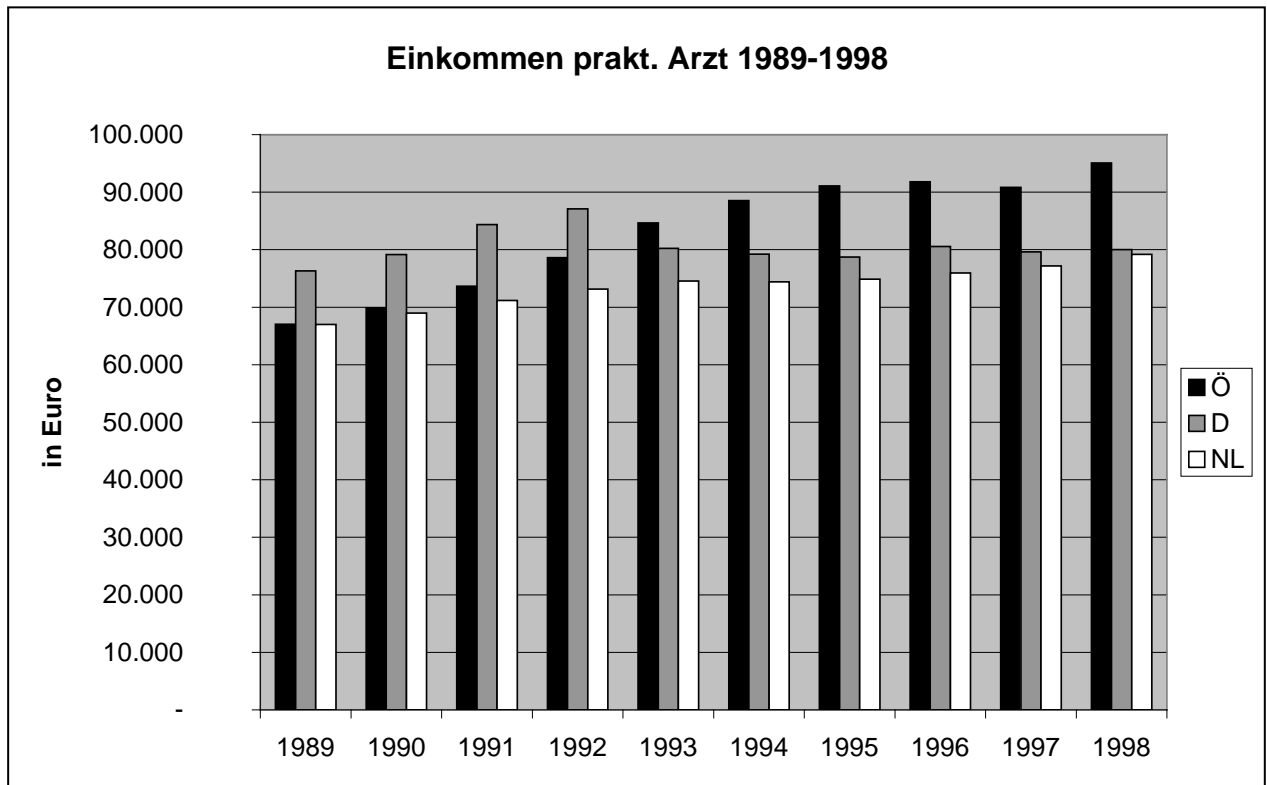
\*\* Die Berechnungen zum Ergebnis für die BRD (West) finden sich im Anhang 2

\*\*\* Die Berechnungen zum Ergebnis für die Niederlande finden sich im Anhang 3

\*\*\*\* umgerechnet zu Euro-Fixkursen, wie festgelegt am 31.12.1998



**Abbildung 10: Das durchschnittliche Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in Österreich, der BRD (West) und den Niederlanden 1989-1998**



### 14.3 Der Einkommensvergleich mittels Kaufkraftparitäten

Der Vergleich der Einkommensentwicklung (vor Steuern) von praktischen Vertragsärzten in Österreich, Deutschland und den Niederlanden soll nun anhand eines Kaufkraftparitätenvergleichs durchgeführt werden. Die dem Ergebnis zugrundeliegenden Berechnungen finden sich im Anhang 4. Kaufkraftparitäten sind Währungsumrechnungskurse, die zu einer Bezugswährung umrechnen und gleichzeitig die Kaufkraft von verschiedenen Währungen ausgleichen. In anderen Worten, Kaufkraftparitäten sind sowohl ein Preisdeflator als auch ein Währungsumrechner. Das bedeutet, dass eine bestimmte Menge Geldeinheiten einer Währung, wenn man sie in eine andere Währung mittels Kaufkraftparitäten umrechnet, dieselbe Menge von Gütern und Dienstleistungen in einem anderen Land kaufen kann. Der Kaufkraftparitätenvergleich eignet sich daher gut, um Einkommen in verschiedenen Währungen zu vergleichen und auf einen Wert zu bringen. Die OECD ermittelt diese Kaufkraftparitäten seit den 60er Jahren. Leider sind die Kaufkraftparitäten nur in bezug auf den US-Dollar verfügbar. Auch wenn ein europäischer Leser mit den US-Dollar Kursen

vielleicht weniger anfangen kann als mit den Euro-Kursen, werden dennoch die US-Dollar Werte verwendet. Wichtigster Grund dafür ist (abgesehen davon, dass die PPPs nur in bezug auf US-Dollar von der OECD herausgegeben werden), dass es nicht so sehr um die tatsächliche Höhe der Bruttoeinkommen der praktischen Ärzte in diesen Länder geht, weil diese aus den obengemachten Einschränkungen nur sehr schwer zu bestimmen sind, sondern um die Fragen: Welcher praktische Arzt verdient(e) gemessen an dem, was er sich dafür in seinem Land kaufen kann, am meisten? Wie hat sich das Einkommen im Betrachtungszeitraum entwickelt? Kommt man mit dem Kaufkraftparitätenvergleich zu einem anderen Ergebnis als mit der bloßen Währungsumrechnung?

Wie man in Tabelle 21: Kaufkraftparitätenvergleich des durchschnittlichen Einkommens vor Steuern eines praktischen Arztes in Ö, der BRD und den NL (1989-1998) sieht, verdiente der praktische Arzt im Kaufkraftparitätenvergleich in Österreich im Jahr 1989 am wenigsten und in Deutschland am meisten. Zehn Jahre später kehrte sich die Reihenfolge um und der österreichische Praktiker lag an der Spitze des Einkommensvergleichs mit einem um 23 % höheren Einkommen als sein deutscher Kollege und um 12,7 % höheren Verdienst als sein niederländischer Kollege. Der niederländische Allgemeinarzt lag mit seinem Einkommen in den betrachteten zehn Jahren immer auf Platz zwei. Trotzdem das Euro-Einkommen der deutschen und holländischen Allgemeinärzte 1998 annähernd gleich hoch war, verdiente der holländische Arzt real aufgrund der höheren Kaufkraft des Gulden mehr.

Man kann also sagen, dass auch der Einkommensvergleich mittels Kaufkraftparitäten zu Ungunsten des deutschen Praktikers ausfällt, der sich 1989 noch mehr als seine Kollegen in Österreich und in den Niederlande leisten konnte, im Jahr 1998 am wenigsten. Der niederländische Allgemeinarzt schneidet aufgrund der höheren Kaufkraft des Guldens beim Einkommensvergleich mittels Kaufkraftparitäten besser ab als bei der Euro-Umrechnung. Der durchschnittliche österreichische praktische Kassenarzt verdiente sowohl im Euro-, als auch im Kaufkraftparitätenvergleich zwischen 1993 und 1998 mehr als seine Kollegen in der Bundesrepublik Deutschland (West) und den Niederlanden. (vgl. Gleichung 1)

**Tabelle 21: Kaufkraftparitätenvergleich des durchschnittlichen Einkommens vor Steuern eines praktischen Arztes in Ö, der BRD und den NL (1989-1998)\***

<b>Das durchschnittliche Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in Österreich, der BRD (West) und den Niederlanden 1989-1998</b>			
<b>Jahr</b>	<b>Österreich</b>	<b>Deutschland (West)</b>	<b>Niederlande</b>
	<b>in US \$, kaufkraftbereinigt</b>	<b>in US \$, kaufkraftbereinigt</b>	<b>in US \$, kaufkraftbereinigt</b>
1989	65.140	70.852	66.866
1990	68.471	74.147	70.201
1991	71.472	78.791	71.786
1992	77.387	82.464	75.502
1993	84.029	74.634	76.954
1994	87.567	74.916	77.215
1995	91.250	76.380	81.380
1996	93.023	77.701	81.847
1997	91.915	77.570	83.637
1998	96.022	77.998	85.183

Berechnung siehe Anhang 4

**Gleichung 1: Rangliste der Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in Ö, BRD (W) und den NL 1989-1998 mittels Kaufkraftparitätenvergleich**

<b>Rang der Einkommen vor Steuern</b>			
<b>Jahr</b>	<b>Österreich</b>	<b>BRD (West)</b>	<b>Niederlande</b>
1989	3	1	2
1990	3	1	2
1991	3	1	2
1992	2	1	3
1993	1	3	2
1994	1	3	2
1995	1	3	2
1996	1	3	2
1997	1	3	2
1998	1	3	2

## 15 Zusammenfassung und Ausblick

Die drei in dieser Arbeit verglichenen Länder - Österreich, die Bundesrepublik Deutschland und die Niederlande - verfügen über hochentwickelte Gesundheitssysteme, in denen fast 100 Prozent der Bevölkerung Krankenversicherungsschutz genießen. In Österreich besteht eine Pflichtversicherung, die nach einem berufsgruppenspezifischen Gliederungsprinzip den größten Teil der Versicherten verschiedenen Krankenkassen zuweist. Sowohl in der BRD als auch in den Niederlanden findet sich ein System der Versicherungspflicht. Das heißt, die Versicherten sind bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Personen, deren Einkommen oberhalb dieser Versicherungspflichtgrenze liegt, und bestimmte privilegierte Berufsgruppen (wie z.B. Beamte) haben in Deutschland die Möglichkeit und in den Niederlanden die Pflicht, sich privat zu versichern. Etwa 9 % der Deutschen und 39 % der Niederländer haben eine private Krankheitskostenvollversicherung. Die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährte Gesundheitsversorgung stützt sich in allen drei Ländern auf das Sachleistungsprinzip.

Die ambulante ärztliche Versorgung ist in den Ländern unterschiedlich organisiert. Nicht nur der Umfang der staatlichen Regulierungen und der öffentlichen Leistungserbringung variieren, auch die Arbeitsteilung zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten, Krankenhausambulatorien und niedergelassenen Ärzten sowie Honorierungsverfahren sind unterschiedlich organisiert. Die österreichischen und deutschen Patienten besitzen eine erhebliche Freiheit bei der Wahl ihres Arztes. Der praktische Arzt sollte die erste Anlaufstelle bei medizinischen Beschwerden sein, es steht dem Patienten jedoch frei, gleich einen Facharzt aufzusuchen. In den Niederlanden fungieren die Hausärzte als „Gatekeeper“: Der pflichtversicherte Patient benötigt für die fachärztliche Versorgung eine Überweisung durch den Hausarzt. In der Regel ist die gesamte Familie eines Versicherten bei einem Hausarzt eingeschrieben. Privatversicherte können sich ihren Arzt frei wählen, gewöhnlich sind sie aber auch bei einem Arzt eingeschrieben.

In Österreich schließt der einzelne Arzt auf Basis der Gesamtverträge mit dem jeweiligen Versicherungsträger einen Einzelvertrag ab. Die Kassenverträge werden entsprechend einem Stellenplan vergeben. Einen Anspruch des niedergelassenen Arztes auf einen Kassenvertrag, wie dies in Deutschland der Fall ist, gibt es nicht. In Deutschland kann grundsätzlich jeder

Arzt, der von einer Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen ist, als Vertragsarzt an der Versorgung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen. In den Niederlanden schließen die Krankenkassen Einzelverträge mit den niedergelassenen Hausärzten ab. Seit 1994 gibt es keinen Kontrahierungszwang gegenüber zugelassenen Medizinern und sonstigen Leistungsanbietern mehr. Die Krankenkassen sind autorisiert, Vertragsärzte selbst auszuwählen.

In Österreich wird die Honorarordnung der gesetzlichen Krankenkassen in Verhandlungen zwischen den Landesgebietskrankenkassen und den Landesärztekammern für das jeweilige Bundesland mit der Zustimmung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossen. Jeder Versicherungsträger zahlt für die erbrachten Leistungen an den einzelnen Vertragsarzt. Dies ist anders in Deutschland: dort rechnen die Kassen nicht unmittelbar mit den ambulant tätigen Ärzten ab, sondern bezahlen für die Sicherstellung der primären Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärzte erhalten dann ihr Honorar von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach einem floatenden Punktesystem innerhalb eines speziellen Honorarverteilungsmaßstabs. Es gibt grundsätzlich keine Einzelverträge zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern mit den Ärzten selbst. Die Krankenkassen in Deutschland können daher auf die erbrachten Gesundheitsleistungen und deren Preis wettbewerbsorientiert kaum direkt Einfluss nehmen.

Die staatliche Preisregelung im holländischen Gesundheitswesen hat Tradition. Grundsätzlich gilt, dass die Tarife für ärztliche Leistungen in Verhandlung zwischen der Tarifbehörde und dem Hausärzterverband so festgelegt werden sollen, dass die Makrobudgetierung für das Gesundheitswesen eingehalten werden. Für die gesetzlichen Krankenversicherungsträger ist es aufgrund der Honorierung nach einer Kopfpauschale gut möglich, die Ausgaben für den Allgemeinarzt zu budgetieren und voranzuplanen. In den Niederlanden kann die Vergütung der Hausärzte theoretisch bis zu einem bestimmten Maximum individuell vereinbart werden. Faktisch finden aber die von der niederländischen Hausärztervereinigung vorgeschlagenen Vergütungsrichtlinien überall Anwendung. Nicht zuletzt die geringe Zahl der Hausärzte stärkt deren Verhandlungsposition.

In Österreich und der Bundesrepublik Deutschland gilt für niedergelassene Ärzte ein Mischsystem aus Pauschalhonoraren und Einzelleistungsvergütung. In den Niederlanden erhalten Hausärzte pro eingeschriebenem Patienten eine Kopfpauschale, für privat Versicherte

wird nach Einzelleistungen bezahlt. Fachärzte arbeiten in den Niederlanden in der Regel als selbständige Belegärzte in der Klinik. Ihre Honorierung setzt sich aus einer Grundgebühr je überwiesenem Leistungsfall und einer Pauschalzahlung zusammen.

Die bestehenden Finanzierungs- bzw. Vergütungssysteme im Gesundheitswesen beeinflussen die bei den Leistungsanbietern zu beobachtenden Kostenstrukturen. Bei Vergütung nach einer festgelegten Honorarordnung spiegeln die Preise für einzelne Leistungen die "Produktionskosten" derselben nur in begrenztem Maße wider. Die Ärzte passen sich innerhalb bestimmter Grenzen an das vorgegebene Preissystem an und erbringen verstärkt solche Leistungen mit einer günstigen Erlös-Kosten-Relation. Neben anderen Faktoren hängen die zu beobachtenden Kostenstrukturen auch von der Fertigungs- oder Wertschöpfungstiefe der Leistungsanbieter ab.

Beim Vergleich der kassenvertraglichen Umsätze verschiedener (Fach-) Arztgruppen in Österreich und Westdeutschland im Jahr 1998 ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Einige Fachärztegruppen verdienen durchschnittlich mehr in Österreich als in Deutschland, andere weniger. Fachärzte für Radiologie, Augen, Dermatologie und Urologie erzielten 1998 in Österreich einen höheren (Kassen-) Umsatz als in Deutschland. Kinderärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden, Neurologen, Internisten und Augenärzte setzten 1998 in Österreich weniger um als ihre deutschen Kollegen. Abgesehen von der unterschiedlichen Praxisausstattung und der damit verbundenen unterschiedlichen Kostenstruktur kann angenommen werden, dass die unterschiedliche Höhe der Kassenumsätze auch mit dem Einfluss einzelner Arztgruppen innerhalb der Ärztevereinigungen sowohl in Österreich als auch in Deutschland zusammenhängt.

Der Einkommensvergleich (1989-1998) zwischen österreichischen, deutschen und niederländischen praktischen Kassenärzten, der aufgrund der nicht exakten Bestimmbarkeit des Kostenanteils und der „sonstigen Einnahmen“ mit Bedacht zu interpretieren ist, geht sehr zu Gunsten des österreichischen Praktikers aus. Im Jahr 1989 verdiente der deutsche praktische Arzt noch am meisten, der niederländische und österreichische erwirtschaftete damals in etwa gleich viel. Im Laufe der zehn Jahre glichen sich die Einkommen eines Praktikers in der BRD und den Niederlanden jedoch aus und der österreichische praktische Arzt verdiente am meisten. Von 1989 bis 1998 stieg in Österreich das durchschnittliche Einkommen eines praktischen Arztes um 41,8 %, in Deutschland (West) hingegen in diesen zehn Jahren um nur 4,8 % und in den Niederlanden um 18,1 %. Der österreichische

Allgemeinarzt verdiente im Jahr 1998 um rund 18 % mehr vor Steuern als seine Kollegen in den beiden Vergleichsländern.

Im Falle von Österreich spricht einiges dafür, dass eine Mischung aus Zulassungsbeschränkung als praktischer (Kassen-)Arzt bei gleichzeitigem Ausweiten des Gesamthonorars zu einer Steigerung des Honorar pro Arztes in diesem Zeitraum geführt hat. Gleichzeitig sind die Kosten der Praxisführung nicht im gleichen Ausmaß gestiegen wie der Praxisumsatz. Man kann daraus schließen, dass sich die Einkommenssituation der praktischen Ärzte in Österreich (mit regionalen Unterschieden) in den letzten zehn Jahren verbessert hat.

In Deutschland verschlechterte sich die Einkommenssituation der praktischen Ärzte vor allem aufgrund der Zunahme an niedergelassenen Ärzten bei gleichzeitiger budgetärer Begrenzung der Gesamtvergütung, so dass der Honorarkuchen auf mehr Ärzte aufgeteilt wurde. Gerade der Knick in der Einkommensentwicklung im Jahr 1993 ist mit der enorm hohen Zunahme der Arztzahl um 5,1 % im Jahr 1993 und auch im Jahr 1994 zu begründen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wird in der BRD versucht, die Zulassung von Ärzten besser zu regulieren. Des Weiteren führten in der Bundesrepublik Deutschland gleichbleibende oder sinkende Umsätze bei einem gleichzeitigen Anstieg der Kosten der Praxisführung zu einer Erhöhung des Kostenanteils am Umsatz. Dies verschlechterte die Einkommenssituation zusätzlich.

In den Niederlanden ist das Normativeinkommen der Allgemeinärzte an die Lohnabschlüsse hoher Beamter gekoppelt. Dies führt zu einer vergleichsweise gleichmäßig steigenden Einkommensentwicklung.

Auch beim Einkommensvergleich auf Basis von US-Dollar-Kaufkraftparitäten ergibt sich ein ähnliches Bild. Dabei verdiente der praktische Arzt in Österreich im Jahr 1989 am wenigsten und in Deutschland am meisten. Zehn Jahre später kehrte sich die Reihenfolge um und der österreichische Praktiker lag an der Spitze des Einkommensvergleichs mit einem um 23 % höheren Einkommen als sein deutscher Kollege und um 12,7 % höheren Verdienst als sein niederländischer Kollege. Der niederländische Allgemeinarzt lag mit seinem Einkommen in den betrachteten zehn Jahren immer auf Platz zwei.

Auch der Einkommensvergleich mittels Kaufkraftparitäten fällt zu Ungunsten des deutschen Praktikers aus, der sich 1989 noch mehr als seine Kollegen in Österreich und in den

Niederlande leisten konnte, im Jahr 1998 am wenigsten. Der niederländische Allgemeinarzt schneidet aufgrund der höheren Kaufkraft des Guldens beim Einkommensvergleich mittels Kaufkraftparitäten besser ab als bei der Euro-Umrechnung. Der durchschnittliche österreichische praktische Kassenarzt verdiente sowohl im Euro-, als auch im Kaufkraftparitätenvergleich zwischen 1993 und 1998 mehr als seine Kollegen in der Bundesrepublik Deutschland (West) und den Niederlanden.

Als Ausblick auf die Zukunft kann angenommen werden, dass der ambulante Bereich weiterhin seine Bedeutung im Gesundheitswesen eines Landes behalten wird, weil hier Entscheidungen getroffen werden, die das Leistungsgeschehen und damit auch die Gesamtkosten im Gesundheitswesen weitgehend bestimmen. In der Zukunft wird es eine verstärkte Einbeziehung der Ärzteschaft in eine Budgetverantwortung auf allen Ebenen geben, ohne die eine Nutzung der wirtschaftlichen Möglichkeiten nicht gelingen wird. Der Vormarsch der Evidence Based Medicine wird auch im ambulanten Bereich Einzug halten. Durch den vermehrten Einsatz des Computers wird es zu einer stärkeren Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs kommen. In Österreich und Deutschland gibt es bereits Feldversuche auf diesem Gebiet. Auch die Chip-Karte wird in Österreich einen vermehrten Einsatz des Computers in den Arztpraxen bewirken. Die Einführung von Ambulanzgebühren ab 2001 in Österreich lässt eine verstärkte Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes vermuten. Wie sich beide Maßnahmen auf die Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte auswirkt, wird die Zukunft zeigen.

Breyer/Zweifel sehen den Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit im ambulanten Bereich im Honorierungssystem für die Tätigkeit des Arztes verborgen. Wird der Arzt so entlohnt, dass er sein individuelles Optimum genau dann erreicht, wenn er mit den volkswirtschaftlichen Ressourcen, über die er kraft seiner Schlüsselrolle entscheidet, effizient umgeht, so ist das Problem der Wirtschaftlichkeit gelöst. Dazu gibt es eine Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation für die Vergütung von primärer Gesundheitsversorgung:

„Gemischte Zahlungssysteme mit einem prospektiven, auf der Pro-Kopf-Pauschale fußendem Element scheinen zusammen mit der Einzelleistungsvergütung für ausgewählte Leistungen die Kosten auf der Makroebene erfolgreicher eindämmen zu können, dabei gleichzeitig die Zufriedenheit der Patienten und Leistungserbringern sicherzustellen und auf der Mikroebene Effizienz und Qualität zu erzielen. Zu den für solche Steuerung zu Verfügung stehenden Instrumenten zählen verschiedene Anreize, durch die sich die Versorgungsstruktur



beeinflussen lässt (z.B. das Angebot von stärker präventiv ausgerichteter Leistungen), und die Gewährleistung einer gerechten Verteilung der für die Erbringung von primärer Gesundheitsversorgung zuständigen Anbieter auf das gesamte Land.“<sup>130</sup>

---

<sup>130</sup> Weltgesundheitsorganisation (1999): S. 164

# ANHANG 1

Das durchschnittliche Einkommen vor Steuern  
eines praktischen Arztes in Österreich 1989-1998 in Euro

Jahr	KV-Honorar pro prakt. Arzt*	Gesamtumsatz inkl. 18 % sonst. Einnahmen**	Anteil der Betriebskosten***	Betriebskosten	Einkommen vor Steuern
	in Euro		in %	in Euro	in Euro
1989	113.621	134.073	50,0	67.036	67.036
1990	119.608	141.137	50,5	71.274	69.863
1991	127.360	150.285	51,0	76.645	73.640
1992	137.350	162.073	51,5	83.468	78.605
1993	149.482	176.389	52,0	91.722	84.667
1994	157.969	186.403	52,5	97.862	88.542
1995	164.207	193.764	53,0	102.695	91.069
1996	167.296	197.409	53,5	105.614	91.795
1997	167.326	197.445	54,0	106.620	90.825
1998	177.053	208.923	54,5	113.863	95.060

\* Ärztekostenstatistik 1989-1998

\*\*Schätzwert auf Basis von Globalwerten des Bundesministeriums für Finanzen und Erhebungen des HVB

\*\*\*Durchschnittswerte der Ergebnisse der Studien Eschenbach (1991), Elser/Loidl, Studie im Auftrag des Niederösterreichischen Hausärzterverbandes, Kemmetmüller (1994), Angaben des Hauptverbandes öst. Sozialversicherungsträger, Karner (1999)-Angaben schwanken zwischen 40 % und 80 % Annahme 50 % im Jahr 1989, jährlich um 0,5 % steigend

## ANHANG 2

### Das durchschnittliche Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in der BRD (West)1989-1998 in Euro

Jahr	KV-Honorar pro prakt. Arzt*	Gesamtumsatz inkl. 16,4 % sonst. Einnahmen**	Anteil der Betriebskosten***	Betriebskosten in Euro	Einkommen vor Steuern in Euro
	in Euro		in %		
1989	137.742	160.332	52,4	84.014	76.318
1990	145.309	169.140	53,2	89.982	79.157
1991	154.870	180.269	53,2	95.903	84.366
1992	161.261	187.708	53,6	100.611	87.096
1993	154.921	180.328	55,5	100.082	80.246
1994	154.717	180.091	56,0	100.851	79.240
1995	157.631	183.482	57,1	104.768	78.714
1996	163.971	190.862	57,8	110.318	80.544
1997	162.489	189.137	57,9	109.510	79.627
1998	160.955	187.352	57,3	107.352	79.999

\* Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1989-1998,  
Herausgegeben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Fachbereich Bedarfsplanung und Bundesarztregister.

\*\*Schätzwert von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Fachzeitschrift Arzt & Wirtschaft, 1/2000

\*\*\*Kostenstrukturerhebungen in niedergelassenen Arztpraxen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, 1989-1998

## ANHANG 3

### Das normative Einkommen vor Steuern eines praktischen Arztes in den Niederlanden 1989-1998 in Euro

Jahr	Normeinkommen* prakt. Arzt vor Steuern	
	in holl. Gulden	in Euro
1989	147.633	66.993
1990	151.985	68.968
1991	156.830	71.166
1992	161.235	73.165
1993	164.250	74.533
1994	163.965	74.404
1995	164.990	74.869
1996	167.353	75.941
1997	170.076	77.177
1998	174.497	79.183

\*Ausgehend von einer Normpraxis mit 2.350 Patienten (61 % gesetzlich Versicherte, 39 % privat Versicherte-1998) und Kostenanteil am Umsatz von 42-44 %

Quelle: Niederländische Hausärztervereinigung und COTG (niederländische Tarifbehörde)

## ANHANG 4

Durchschnittliches Einkommen vor Steuern praktischer Arzt in									
	Österreich*	Deutschland (West)**	Niederlanden***				Österreich	Deutschland (West)	Niederlanden
Jahr	ATS	DM	holl. Gulden	PPP-ATS US-\$****	PPP-DM- US \$****	PPP-NGL US-\$****	in US \$, kaufkraftbereinigt	in US \$, kaufkraftbereinigt	in US \$, kaufkraftbereinigt
1989	922.441	149.265	147.633	14,16	2,11	2,21	65.140	70.852,43	66.865,80
1990	961.336	154.818	151.985	14,04	2,09	2,17	68.471	74.146,72	70.200,92
1991	1.013.302	165.005	156.830	14,18	2,09	2,18	71.472	78.791,45	71.785,60
1992	1.081.634	170.346	161.235	13,98	2,07	2,14	77.387	82.463,96	75.502,22
1993	1.165.038	156.947	164.250	13,86	2,10	2,13	84.029	74.633,84	76.953,71
1994	1.218.359	154.980	163.965	13,91	2,07	2,12	87.567	74.916,47	77.214,50
1995	1.253.140	153.951	164.990	13,73	2,02	2,03	91.250	76.379,82	81.380,09
1996	1.263.131	157.530	167.353	13,58	2,03	2,04	93.023	77.700,56	81.847,21
1997	1.249.773	155.736	170.076	13,60	2,01	2,03	91.915	77.569,56	83.637,08
1998	1.308.051	156.465	174.497	13,62	2,01	2,05	96.022	77.998,37	85.182,82

\*Berechnung siehe Anhang 1

\*\*Berechnung siehe Anhang 2

\*\*\*Berechnung siehe Anhang 3

\*\*\*\*Quelle: OECD, PPPs for GDPs-Historical Series, <http://www.oecd.org/std/ppp/pps.htm>

## Literaturverzeichnis

- Badelt, Christoph (2000): Ökonomische Herausforderungen an das österreichische Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit, 6/2000
- Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter (1999): Gesundheitsökonomie, 3. überarb. und erw. Aufl., Berlin
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Soziales Österreich: Sicherungssysteme im Überblick, Wien
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Das Gesundheitswesen in Österreich, Wien
- COTG, (1995): What is the National Health Tariffs Authority COTG, Utrecht
- Elser, Ralph/Loidl, Richard (1993): Die Zukunft der Praktischen Ärzte im Burgenland, Salzburg
- Eschenbach, Rolf (1991): Niedergelassene Praktische Ärzte in Wien 1991. Empirische Untersuchung und Betriebswirtschaftliche Beratung, Wien
- Grillitsch, Karl/Hayden, Reinhard (2000): Die Österreichische Sozialversicherung im Jahre 1999. In: Soziale Sicherheit 6/2000, Wien
- Groenewegen, Peter/Van der Zee, Jouke/Van Haaften, Rene (1991): Remunerating General Practitioners in Western Europe, Aldershot
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (1998): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, Wien
- Hofmayer, Maria/Riedel, Monika (1999): Gesundheitsausgaben im Internationalen Vergleich mit Schwerpunkt Österreich, in Health System Watch, I/Frühjahr 1999, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, Wien
- Karner, Christian/Tinhofer, Heinrich/Wieninger, Peter (1993): Arzthonorierungsmodell. Praktische Ärzte. Burgenland, Wien
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, mehrere Jahrgänge
- Kemmettmüller, Wolfgang (1994): Strukturanalyse Praktische Ärzte, Wien
- Lechner, Karl/Egger, Anton/Schauer, Reinbert (1999): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 18. Aufl., Wien
- Leienbach, Volker (2000): Gesundheitssysteme in Europa, in: Meggeneder, Oskar (Hrsg.) (2000): Trends im Gesundheitswesen. Neue Modelle der ambulanten Versorgung und Gesundheitsberichterstattung, Linz
- Marhold, Franz (1993): Rechtsfragen der Honorierung von Kassenärzten, Vortrag gehalten im Seminar des Inst. f. Arbeits- und Sozialrecht der Universität Salzburg, Konstanz
- Meggeneder, Oskar (Hrsg.) (2000): Trends im Gesundheitswesen. Neue Modelle der ambulanten Versorgung und Gesundheitsberichterstattung, Linz
- Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (1998): Health Insurance in the Netherlands, 4. Aufl., Den Haag
- Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (1999): The Health Care Budget in a Nutshell, Den Haag
- OECD (1999): OECD Health Data, Paris
- Pfaff, M./Nagel, F. (1995): Vergütungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung. Ein Überblick über die Honorierungsmodelle und ihre Steuerungswirkungen, in: Soziale Sicherheit, Heft 2, 44 Jg., 1995, S. 41-46
- Probst, Josef (2000): Österreichisches Gesundheitswesen. Struktur, Finanzierung, Reform. Vortrag anlässlich des Postgraduellen Hochschulkurses für medizinische Führungskräfte, Bad Waltersdorf
- Rathmayr, Doris (2000): Anreizwirkung unterschiedlicher Arzt-Honorierungssysteme,

Riedel, Monika/ Bodenhöfer, Hans-Joachim (1999): Ausgaben der GKK Kärnten für Leistungen niedergelassener ÄrztInnen, Klagenfurt

Schneider, Markus/Biene-Dietrich, Peter/Gabanyl, Monika/et al. - BASYS (1995): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994, Augsburg

Scholz, Peter (1997): Ökonomiekontrolle bei Vertragsärzten, in: Soziale Sicherheit, 2/97

Schulenburg, J.-M. Graf von der (1981): Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkung, Tübingen

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Wiesbaden

Wallner, Felix (1998): Vergleich der Gesundheitssysteme in der EU. In: Schriftenreihe für den interessierten Arzt, 6/98, Wien

WHO-Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6, Kopenhagen

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1998): Struktur und Veränderung der Inanspruchnahme von Ärzten durch Versicherte nach Einführung der Krankenversichertenkarte, Köln

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1998) Kurzzusammenfassung der Ergebnisse der Kostenstrukturanalyse 1996, Köln

## **Internetadressen**

### **BRD**

[www.bmggesundheits.de](http://www.bmggesundheits.de) - Bundesministerium für Gesundheit

[www.wido.de](http://www.wido.de) - wissenschaftliches Institut der AOK

[www.aok.de](http://www.aok.de) - Allgemeine Ortskrankenkassen

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) - Gesundheitsberichterstattung des Bundes

[www.zi-koeln.de](http://www.zi-koeln.de) - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

[www.arztundwirtschaft.de](http://www.arztundwirtschaft.de) - Fachzeitschrift

### **Niederlande**

[www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) - Statistic Netherlands

[www.cotg.nl](http://www.cotg.nl) - niederländische Tarifbehörde

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) - niederländisches Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) - niederländisches Ministerium für Soziales

[www.nivel.nl/english](http://www.nivel.nl/english) - Netherlands institute of primary health care

### **Österreich**

[www.aekwien.or.at](http://www.aekwien.or.at) - Ärztekammer für Wien

[www.sozvers.at](http://www.sozvers.at) - Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger

[www.ihs.at](http://www.ihs.at) - Institut für höhere Studien

[www.oestat.gv.at](http://www.oestat.gv.at) - Österreichisches Statistisches Zentralamt

[www.bmsg.gv.at](http://www.bmsg.gv.at) - Bundesministerium für Soziales und Gesundheit

### **International**

[www.oecd.org](http://www.oecd.org) - Organisation for Economic Co-operation and Development

[www.who.int](http://www.who.int) - World Health Organisation